



Centre interarmées
de concepts,
de doctrines et
d'expérimentations



Les évacuations médicales stratégiques

Publication interarmées
PIA-4.10.1_STRATEVAC(2017)

N° 74 DEF/CICDE/NP du 26 avril 2017

Version amendée le 1^{er} août 2017



Intitulée *Les évacuations médicales stratégiques*, la publication interarmées (PIA)-4.10.1_STRATEVAC(2017) respecte les prescriptions de l'*Allied Administrative Publication (AAP) 47(B)* intitulée *Allied Joint Doctrine Development*). Elle applique également les règles décrites dans le *Lexique des règles typographiques en usage à l'Imprimerie nationale* (LRTUIN, ISBN 978-2-7433-0482-9) dont l'essentiel est disponible sur le site Internet www.imprimerienationale.fr ainsi que les prescriptions de l'Académie française. La jaquette de ce document a été réalisée par le Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE).

Attention : la seule version de référence de ce document est la copie électronique mise en ligne sur les sites Intradef (<http://portail-cicde.intradef.gouv.fr>) et internet (<http://www.cicde.defense.gouv.fr>) du CICDE.

Directeur de la publication

Général de division Jean-François PARLANTI
Directeur du CICDE

Rédacteur en chef

Médecin général des armées Jean-Marc DEBONNE
Directeur central du Service de santé des armées (DCSSA)

Auteurs

Document collaboratif placé sous la direction du médecin en chef Jérôme BANCAREL (SSA)

Conception graphique

Technicien supérieur hospitalier Anne-Cécile DELPEUCH (SSA)
Premier maître Philippe JEANVOINE (CICDE)

Crédits photographiques

Ministère des armées

Imprimé par

EDIACA – Section IMPRESSION
76, rue de la Talaudière – BP 508
42007 SAINT-ÉTIENNE CEDEX 1
Tél. : 04 77 95 33 21 ou 04 77 95 33 25

Dépôt légal

Centre interarmées des Concepts, des Doctrines et des Expérimentations (CICDE)
1, place Joffre – BP 31
75700 PARIS SP 07
Téléphone du secrétariat : 01 44 42 83 30
Fax du secrétariat : 01 44 42 82 72

Avril 2017

ISBN 978-2-11-131158-9



PIA-4.10.1_STRATEVAC(2017)

LES ÉVACUATIONS MÉDICALES STRATÉGIQUES

N° 74/DEF/CICDE/NP du 26 avril 2017

Version amendée le 1^{er} août 2017

Lettre de promulgation

Paris, le 26 avril 2017

N° 74/DEF/CICDE/NP

Objet : Promulgation de la publication interarmées relative aux évacuations médicales stratégiques – PIA-4.10.1_STRATEVAC(2017).

Références :

- Arrêté ministériel du 21 avril 2005 portant création du Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations.
- Instruction n° 1239 DEF/EMA/GRH/OR du 20 juin 2006 relative à l'organisation et au fonctionnement du Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations.

La publication interarmées concernant les évacuations médicales stratégiques, PIA-4.10.1_STRATEVAC(2017), est promulguée le 26 avril 2017.

Général de division Jean-François PARLANTI
Directeur du Centre interarmées de concepts,
de doctrines et d'expérimentations



Récapitulatif des amendements

1. Ce tableau constitue le recueil de tous les amendements proposés par les lecteurs, quels que soient leur origine et leur rang, transmis au Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE) en s'inspirant du tableau proposé en annexe F (page 39).
2. Les amendements validés par le CICDE sont inscrits **en rouge** dans le tableau ci-dessous dans leur ordre chronologique de prise en compte.
3. Les amendements pris en compte figurent **en violet** dans la nouvelle version.
4. Le numéro administratif figurant au bas de la première de couverture et la fausse couverture est corrigé (**en caractères romains, gras, rouge**) par ajout de la mention : **« amendé(e) le jour/mois/année. »**
5. La version électronique du texte de référence interarmées amendé remplace la version antérieure dans toutes les bases de données informatiques.

N°	Désignation de l'amendement	Page & §	Origine	Date de validité
1	Insertion d'une version de formulaire (11_IS 2015) au bas des pages de l'annexe C	Pages 31 à 37	DIASSA LA RÉUNION	01/08/2017
2	Rajout de la mention « STRATEGIQUE » dans le titre de l'annexe D traitant du message de demande d'évacuation médicale et modification de la référence du MSG suite à abrogation de la MED 03.003 par la présente PIA-4.10.1	Page 38	DIASSA LA RÉUNION	01/08/2017
3	Rajout dans les références de l'abrogation de la MED 03.003	Page 6	DIASSA LA RÉUNION	01/08/2017
4	Mise à jour de la table des matières	Page 10	DIASSA LA RÉUNION	01/08/2017
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Références

Documentation OTAN

- a. *AJMedP-2, Allied Joint Medical Doctrine for Medical Evacuation, 2008, November, 24th ;*
- b. *AAMedP-1.1(ED. A), Aeromedical Evacuation (STANAG 3204), 2014, November, 17th ;*
- c. *International Air Transport Association, Medical manual 8th edition, 2016, April.*

Documentation ONU

- a. *Casualties Evacuation (CASEVAC) Policy (en cours d'élaboration).*

Documentation UE

- a. *Comprehensive Health and Medical Concept for EU-led Crisis Management Missions and Operations, 2014, April.*

Documentation nationale

- a. Organisation mondiale de la santé, Règlement sanitaire international (2005), seconde édition ;
- b. Organisation mondiale de la santé, *International Travel and Health*, 2012 ;
- c. Arrêté du 9 novembre 2012 portant organisation du service de santé des armées ;
- d. IM n° 208/DEF/EMA/OL.5 du 28 janvier 1998 relative aux évacuations sanitaires ;
- e. Note n° 4343/DEF/DCSSA/OSP/ORG du 14 août 2008 relative à la capacité d'évacuation sanitaire aérienne stratégique longue distance « Morphee » ;
- f. Note n° 527904/DEF/DCSSA/PC/EMOS/M3 du 18 décembre 2015 relative aux modalités pratiques de l'organisation de la régulation des évacuations médicales stratégiques par l'EMO-S et le personnel renfort de la DCSSA.

Documentation interarmées

- a. **DIA-4(B), « Doctrine du soutien – le soutien aux engagements opérationnels »**, Livret 1/3, n° 040/DEF/CICDE/NP du 14 mars 2013 (en cours de révision) ;
- b. **DIA-4.10_SOUTMED-OPS(2014), « Doctrine du soutien médical aux engagements opérationnels »**, n° 176/DEF/CICDE/NP du 31 juillet 2014.

Documentation abrogée

- a. MED 03.003 Procédure de demande d'évacuation médicale stratégique, n° 458/DEF/DCSSA/EMO du 20 avril 2011.

Contexte

1. La création l'EMO santé en 2009 a permis de centraliser les demandes d'évacuations médicales (MEDEVAC) stratégiques et d'unifier les évacuations sanitaires organisées par la DCSSA et les rapatriements sanitaires organisés par la direction service de santé (DSS) de la région aérienne Nord, puis par la direction régionale du SSA (DRSSA) de Saint-Germain-en-Laye.
2. Elle a permis ensuite de s'adapter au dispositif du commandement du transport aérien européen (EATC)¹. En 2010, la France a été en effet l'une des nations fondatrices de l'EATC, qui dispose de la majorité des vecteurs aériens militaires européens, mis à sa disposition par les pays adhérents. La mise en place de cette structure de mutualisation des moyens aériens des pays contributeurs a renforcé la nécessité d'optimisation de leur emploi et de mesures visant à davantage d'interopérabilité en vue des opérations conjointes. Elle dispose notamment d'un centre de coordination des évacuations médicales par voie aérienne (*Aeromedical Evacuation Control Center - AECC*) qui concourt à la mise en œuvre des évacuations médicales stratégiques par voie aérienne en relation avec les cellules nationales de coordination des évacuations des patients (*Patient Evacuation Coordination Cell - PECC*). Pour la France, c'est la Cellule M3/MEDEVAC de l'EMO santé qui est devenue la *PECC* nationale.
3. L'EATC et les *PECC* nationales participent désormais à la normalisation de l'organisation des MEDEVAC stratégiques par voie aérienne au plan européen, dans le respect des bonnes pratiques, tout en proposant la solution la plus adéquate au moindre coût dans un environnement budgétaire et capacitaire contraint.

Objet de la PIA 4.10.1_STRATEVAC²

4. La présente PIA est destinée aux forces déployées en opérations, aux forces de présence, aux forces de souveraineté et à l'ensemble des unités militaires projetées (exercices, représentations militaires, bâtiments à la mer, etc.). Elle ne recouvre pas les transferts en France métropolitaine (Corse incluse).
5. Elle ne traite pas non plus des MEDEVAC tactiques ou situées à l'intérieur d'une zone de responsabilité territoriale (FAZSOI, FAA, FANC, etc.). **La réalisation de la boucle amont, spécifique d'un milieu, notamment dans le cas de bâtiments de la marine nationale ou d'un détachement d'instruction isolé, relève ainsi des procédures internes aux composantes.**
6. Elle décrit essentiellement la MEDEVAC stratégique par voie aérienne. Le recours aux voies routière, maritime, ferroviaire relève en effet de l'exception. La procédure de demande resterait cependant identique quel que soit le moyen de transport envisagé.
7. Ne seront pas abordés :
 - a. les conséquences statutaires, financières, du domaine des ressources humaines, sur la détermination de l'aptitude au séjour outre-mer ou à la projection en opération extérieure résultant pour le patient d'une MEDEVAC stratégique ;
 - b. les implications administratives liées à l'existence de la terminologie RAPASAN (rapatriement sanitaire) et EVASAN (évacuation sanitaire) que l'on retrouve dans l'instruction ministérielle (IM) n° 208 et qu'il convient de regrouper, pour les aspects santé, sous le libellé unique MEDEVAC ;
 - c. les rapatriements motivés par un événement familial ou personnel, une sanction disciplinaire incluant un rapatriement, la nécessité d'une réévaluation de l'aptitude à servir, qui ne sont pas des MEDEVAC.

¹ EATC (European Air Transport Command).

² Les MEDEVAC stratégiques ont été régies jusqu'à récemment par un document qui ne prenait pas en compte les évolutions récentes d'organisation du service de santé des armées (SSA), ni la création de l'EATC. Cette instruction ministérielle a certes été déclinée par le service de santé des armées dans la procédure n° 458/DEF/DCSSA/EMO du 20 avril 2011 intitulée « MED 3.003 MEDEVAC - procédure de demande d'évacuation médicale stratégique », mais ce document reste essentiellement technique sans revêtir le caractère doctrinal requis.

Définition

1. Missions interarmées conduites au profit de la communauté militaire, les évacuations médicales (MEDEVAC) stratégiques constituent un maillon essentiel du soutien médical des forces armées.
2. Il s'agit des évacuations réalisées depuis le lieu où stationne le patient (que ce soit sur les théâtres d'opérations, les pays de stationnement de forces de présence – incluant les ports où des patients seraient débarqués pour raison médicale de bâtiments de la Marine nationale – ou des pays, territoires ou départements ultramarins) vers la métropole.
3. Elles s'intègrent dans la chaîne médicale permettant au militaire français en mission, en exercice ou affecté à l'étranger, de bénéficier d'un transport sous supervision ou sous surveillance médicale en cas de maladie, de grossesse ou de blessure pour laquelle une prise en charge adaptée est nécessaire en métropole.
4. L'organisation de toutes les MEDEVAC stratégiques est confiée à la cellule M3/MEDEVAC de l'état-major opérationnel « santé » (EMO santé).
5. Chaque année, près de 700 patients militaires sont rapatriés en métropole pour une raison médicale (voir annexe A).

Organisation générale

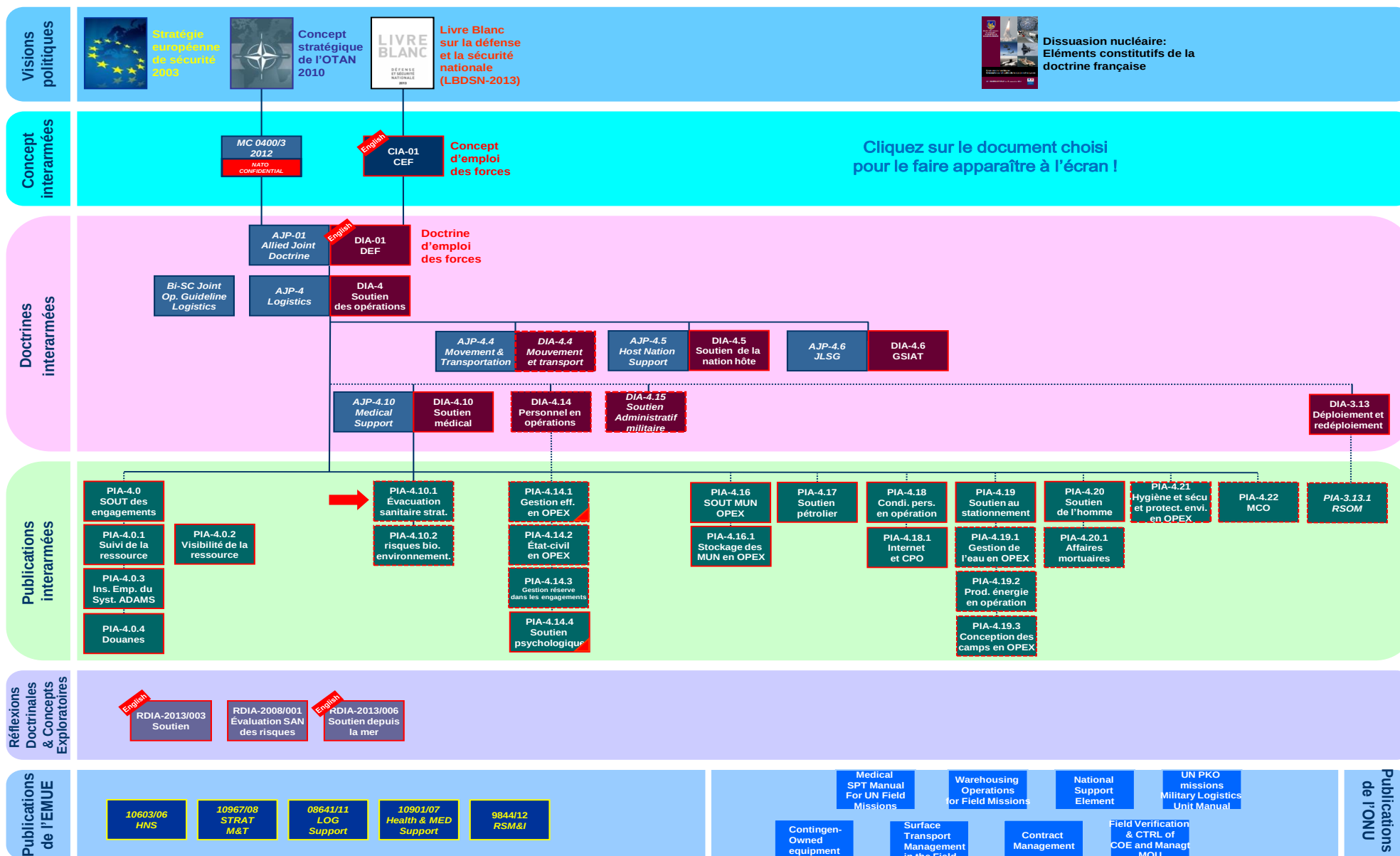
8. Nécessitant la mise en œuvre de moyens interarmées et interalliés, la MEDEVAC stratégique repose principalement sur l'utilisation de moyens aériens et sur une organisation garantissant rapidité et sécurité pour le militaire évacué. Le transport stratégique d'un patient par voie aérienne a comme point de départ un aéroport à terre.
9. Le demandeur, praticien du service de santé des armées ou, à défaut, l'autorité militaire locale ou l'attaché de défense près l'ambassade de France territorialement compétente, adresse sa requête au régulateur national. Ce régulateur national, situé au sein de la cellule MEDEVAC de l'EMO santé, est destinataire d'un message officiel et du document médical standardisé au niveau européen : la demande d'évacuation de patient (PMR)³.
10. Sur cette base, le régulateur organise le transport du patient, dans le respect des règlements internationaux en matière de santé et de transport aérien en s'appuyant sur :
 - a. les aéronefs à usage gouvernemental pour les patients les plus urgents ou les plus graves ;
 - b. le dispositif Morphée permettant le transport collectif de patients graves ;
 - c. les voies aériennes militaires programmées, majoritairement sous le contrôle opérationnel du commandement européen de l'aviation de transport (EATC) ;
 - d. les compagnies aériennes civiles, à défaut et lorsque l'état de santé du patient le permet.
11. Le régulateur coordonne, avec le demandeur, le transport de la structure de soin dans laquelle est hospitalisé le patient jusqu'à l'avion, définit les modalités de l'accompagnement médical en vol du patient s'il est nécessaire puis organise le transport depuis l'avion jusqu'à la structure de soin de destination. Il s'assure in fine de l'hospitalisation du patient dans une structure de soin adaptée à son état de santé, principalement au sein des hôpitaux d'instruction des armées.

3 PMR : Patient Movement Request.



Domaine 4 *Soutien*

Cliquez sur l'enveloppe pour contacter l'officier chargé du (sous)-domaine au CICDE



	<u>Page</u>
Chapitre 1 – Place de la MEDEVAC stratégique dans le soutien médical	11
Section I – Cadre doctrinal	11
Section II – Organisation du soutien médical	12
Section III – MEDEVAC stratégique	13
Chapitre 2 – Responsabilités et principes.....	15
Section I – Le bénéficiaire	15
Section II – Les acteurs	15
Section III – Le déroulement.....	17
Section IV – La traçabilité	19
Chapitre 3 – Procédure	21
Section I – La demande d'évacuation de patient (<i>Patient Movement Request/PMR</i>).	21
Section II – Organisation de la mission	22
Annexe A – Évacuations médicales stratégiques en 2016	24
Annexe B – <i>PMR (Patient Movement Request) for strategic AE (low care patient)</i>.....	26
Annexe C – <i>PMR (Patient Movement Request) for strategic AE (high care patient)</i>.....	30
Annexe D – Message de demande de MEDEVAC STRATÉGIQUE	37
Annexe E – Catégorisation des critères de l'AAMedP-1.1	38
Annexe F – Demande d'incorporation des amendements	39
Annexe G – Lexique	40
Résumé (quatrième de couverture)	42

Place de la MEDEVAC stratégique dans le soutien médical

- 101. L'évacuation pour raison médicale est un acte médical à part entière qui correspond au transport d'un malade, d'un blessé ou d'une parturiente, dans le but d'un gain thérapeutique ou diagnostique, réalisé sous supervision ou surveillance médicale.
- 102. Elle s'adresse également aux militaires dont l'état de santé, tout en ne nécessitant pas de moyen diagnostique ou thérapeutique supplémentaire, ne permet pas de faire face à leur environnement ou pourrait être aggravé par un maintien dans leur unité.
- 103. Elle est partagée en interarmées mais aussi en interalliés, en particulier pour la mise en œuvre des moyens aériens dans un but d'optimisation, d'efficacité et de complémentarité des moyens. Elle représente un point d'intérêt potentiel médiatique et politique pour les P1 et P2.

Section I – Cadre doctrinal

- 104. Le maintien de l'autonomie stratégique de la France est un impératif majeur du Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2013. Cette autonomie repose sur la maîtrise nationale des capacités essentielles à sa défense. Elle implique pour le service de santé des armées de pouvoir déployer une chaîne médicale complète afin d'assurer le soutien médical des forces armées.
- 105. Comme décrit dans la DIA-4.10_SOUTMED-OPS, le soutien médical des opérations a pour objet :
 - a. de préserver la vie humaine ;
 - b. de limiter les séquelles potentielles des blessures et des maladies provoquées ou occasionnées lors des opérations ;
 - c. d'assurer le soutien médico-psychologique du personnel en opérations ;
 - d. de contribuer à l'entretien du moral des combattants, en leur assurant un suivi médical permanent et en leur donnant l'assurance d'être secourus le plus rapidement possible.
- 106. La doctrine française du soutien médical des opérations est fondée sur les principes suivants :
 - a. la **médicalisation à l'avant**⁴, forme particulière et très spécifique d'exercice médical qui intègre notamment le sauvetage au combat et le *Damage Control Resuscitation* ;
 - b. la **réanimation et la chirurgicalisation à l'avant** selon les modalités d'intervention médicale spécialisée au plus tôt et au plus près du lieu de la blessure. L'équipe chirurgicale déployée à l'avant met en œuvre des techniques chirurgicales spécifiques, notamment la chirurgie de sauvetage (*Damage Control Surgery*) ;
 - c. l'**évacuation médicale (MEDEVAC) stratégique systématique et précoce**, la France ne privilégiant pas une hospitalisation prolongée sur le théâtre d'opérations. Le blessé ou le malade est ainsi évacué vers la structure hospitalière la plus adaptée du territoire national métropolitain pour traitement définitif.

4 On entend par « à l'avant » l'ensemble des actions du SSA conduites au contact et au plus près des forces et de l'action opérationnelle. C'est une approche différente de celle retenue par l'OTAN et de nombreux pays.

107. **La MEDEVAC stratégique doit respecter les termes du règlement sanitaire international (RSI), spécifiquement pour les pathologies infectieuses et doit être en accord avec les préconisations des textes militaires internationaux agréés par la France**, en particulier les *Standardized Agreements – STANAG* – de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord concernant les évacuations médicales⁵ et les évacuations médicales par voie aérienne⁶.

Section II – Organisation du soutien médical

108. Le Service de santé des armées est en mesure de déployer une chaîne médicale complète, cohérente et en interarmées.

Le soutien médical aux engagements opérationnels

109. Objet de la DIA-4.10_SOUTMED-OPS, il s'appuie en particulier sur des unités médicales opérationnelles (UMO) et les matériels déployés qui permettent :
- a. au rôle 1 d'assurer les soins médicaux de premier recours et la médicalisation à l'avant ;
 - b. au rôle 2 d'assurer la réanimation et la chirurgie à l'avant. Potentiel lieu d'accueil d'un afflux saturant de blessés, le rôle 2 dispose d'une capacité d'hospitalisation limitée tant dans la durée qu'en nombre. En effet, les malades et blessés admis dans un rôle 2 n'ont pas vocation à y rester mais doivent bénéficier au plus tôt d'une MEDEVAC tactique⁷ vers le rôle 3 ou stratégique vers le rôle 4. C'est pourquoi le rôle 2 dispose de la capacité de mise en condition d'évacuation des opérés, y compris en vue d'une MEDEVAC stratégique⁸ ;
 - c. au rôle 3 d'accepter tout type de patients et de pratiquer des techniques avancées de réanimation et de chirurgie, facilitées par l'existence de lits de réanimation, de chirurgie viscérale et d'orthopédie, ainsi que de certaines chirurgies spécialisées (comme l'ophtalmologie ou la neurochirurgie, etc.). Sa vocation est de préparer les patients à une MEDEVAC stratégique vers une formation de rôle 4.
110. Le rôle 4 a la charge du traitement définitif des blessés et des malades. Il correspond aux structures hospitalières métropolitaines et est la destination privilégiée des MEDEVAC stratégiques.

Le soutien médical aux forces de souveraineté et aux forces de présence

111. Le commandant interarmées outre-mer et à l'étranger (COMIA OME) dispose d'un directeur interarmées du service de santé (DIASS) auquel plusieurs UMO peuvent être subordonnées.
112. Les principes de la MEDEVAC dans leur zone de responsabilité sont superposables à ceux décrits pour le soutien médical aux engagements opérationnels. Le DIASS assure les fonctions de PECC pour l'organisation des MEDEVAC intra théâtre ou de DIRMED pour la demande de MEDEVAC stratégique vers la métropole à l'EMO santé.

Cas particuliers

113. Les militaires en poste à l'étranger, en escale, en exercice, ou en détachements de formation/conseil auprès des armées partenaires, peuvent être isolés d'un soutien médical mis en place par le SSA.
114. La prise en charge médicale initiale sera alors effectuée en recourant soit au service de santé du pays hôte, soit à des organismes de soins civils. Dans l'un ou l'autre cas, un protocole établi au préalable en fixera utilement les modalités.

⁵ AJMedP-2, *Allied Joint Doctrine for Medical Evacuation*.

⁶ AAMedP-1.1(ED. A), *Aeromedical Evacuation*, standard couvert par le STANAG 3204 Edition 8.

⁷ Les MEDEVAC de l'avant et tactiques reposent sur des moyens aériens, routiers ou maritimes. Leur coordination et leur gestion sont une responsabilité du *Patient Evacuation Coordination Cell (PECC)* du théâtre quand il existe, sous l'autorité technique du directeur médical (DIRMED).

⁸ La demande de MEDEVAC stratégique qui est faite auprès de l'EMO santé relève de la responsabilité du DIRMED.

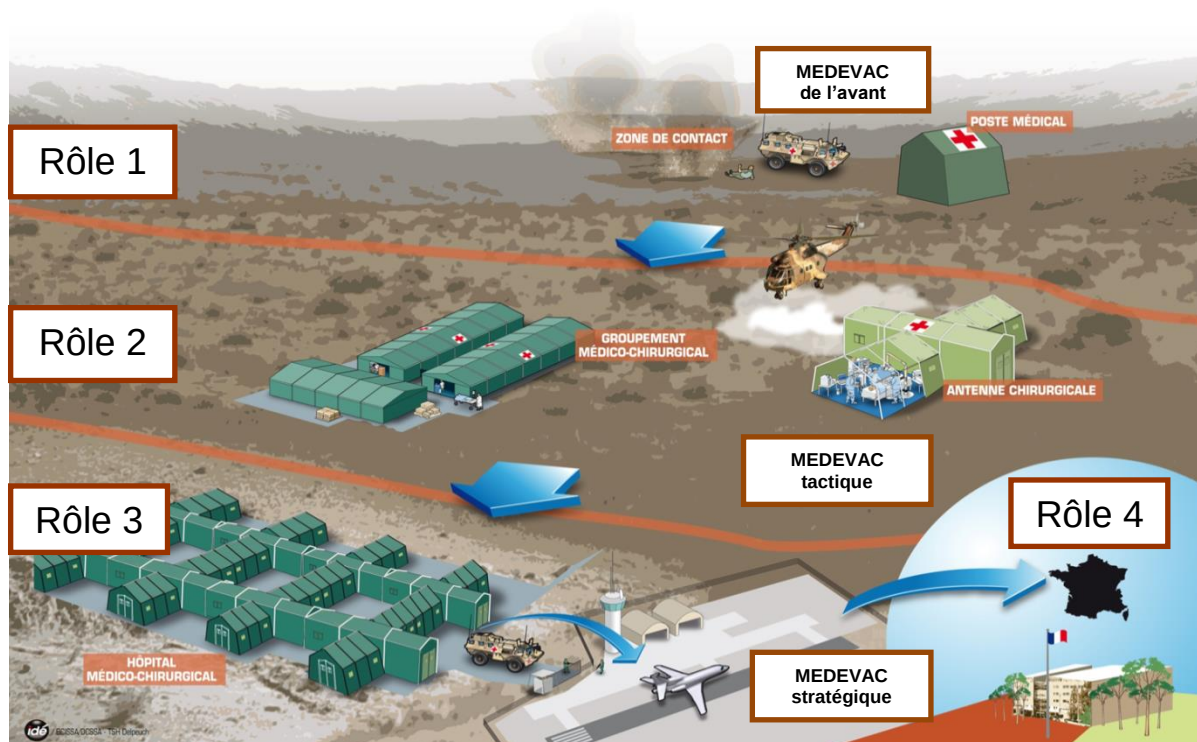
115. L'autorité militaire du patient, avec l'aide de l'attaché de défense du pays concerné, est en charge d'exprimer le besoin d'une MEDEVAC stratégique auprès de l'EMO santé.

Section III – MEDEVAC stratégique

116. Contribuant à assurer la continuité fonctionnelle de la chaîne médicale par la continuité clinique des soins, une MEDEVAC est un acte médical à part entière dont l'initiative et la responsabilité technique appartiennent à un médecin. Mettant en œuvre des moyens de transport des armées, l'exécution et la conduite des MEDEVAC sont des actes opérationnels relevant de la responsabilité du commandement.
117. Les MEDEVAC stratégiques sont principalement réalisées à partir :
- a. d'un théâtre d'opérations ;
 - b. d'un département ou d'une collectivité d'outre-mer ;
 - c. d'un pays étranger où sont stationnées des forces ;
 - d. d'une zone géographique où transitent des forces.
118. Par principe, les MEDEVAC stratégiques ont pour destination la France métropolitaine.
119. Exceptionnellement, les MEDEVAC stratégiques ont pour destination :
- a. le pays d'origine du patient évacué s'il est étranger ;
 - b. une zone de transit prédéterminée dans un pays allié.
120. Les MEDEVAC stratégiques peuvent être réalisées avec ou sans accompagnement médical⁹.
121. La voie aérienne constitue le mode privilégié des MEDEVAC stratégiques. En combinant leur souplesse d'emploi et les capacités d'emport des aéronefs, le transport par voie aérienne permet :
- a. d'accéder à la quasi-totalité des théâtres d'opérations et des zones d'engagements opérationnels ;
 - b. de s'affranchir des discontinuités territoriales ;
 - c. de donner rapidement aux blessés et aux malades les soins les plus adaptés ;
 - d. d'assurer une surveillance médicale ou paramédicale pendant le vol, lorsque cette dernière s'impose ;
 - e. d'assurer la continuité du traitement pendant le vol ;
 - f. d'offrir les meilleures conditions de confort ;
 - g. d'optimiser l'emploi des moyens médicaux ;
 - h. de restaurer les capacités d'accueil des unités médico-chirurgicales en évacuant rapidement les blessés et les malades vers d'autres structures de soins.
122. Dans le cadre d'accords multinationaux, et sous la supervision de l'EMO santé, les MEDEVAC stratégiques peuvent s'effectuer par des vecteurs et des équipes médicales de pays partenaires et alliés.

⁹ Le médecin régulateur national définit le niveau d'accompagnement (Cf. Chapitre 2, Section II, paragraphe 214 du présent document).

123. La figure présentée ci-dessous explicite la schématisation de la marche en avant d'un patient blessé dans le cadre d'un exemple d'engagement opérationnel au travers des diverses UMO par la succession de MEDEVAC de l'avant, tactique et stratégique.



Encart RETEX n° 1 – MEDEVAC stratégique sur voie aérienne civile – Centralisation de l'achat des prestations aériennes à l'EMO Santé/MEDEVAC.

Le déplacement du personnel militaire à l'étranger fait l'objet d'un marché public. Une société de voyages est le prestataire unique d'achat de billets d'avion sur les lignes commerciales pour le ministère de la défense. Ce marché ne prend pas en compte les particularités du transport de patients par voie aérienne.

Les demandes de transport aérien pour le personnel militaire sont faites par les organismes disposant d'une « suppléance TACITE » permettant, via une interface dédiée, de commander l'achat d'une prestation de vol. Certains J1 de théâtre d'opérations, les DIRCOM/DiCOM ou GSBDD des forces pré-positionnées et le groupement de soutien du personnel isolé (GSPI) disposent de cette suppléance et peuvent effectuer directement leur demande d'achat auprès de ladite société de voyage.

La multiplicité des intervenants non spécialisés dans le transport par voie aérienne pour raison médicale rendait complexe les échanges d'informations utiles pour la régulation médicale. Elle n'offrait pas la garantie que les services médicaux des compagnies aériennes sollicitées disposaient des informations nécessaires à la bonne prise en compte des spécificités de chaque patient devant embarquer sur des lignes commerciales.

Ainsi l'EMO santé a souhaité pouvoir bénéficier d'une suppléance Tacite dans le cadre de la MEDEVAC stratégique pour disposer d'un accès direct au prestataire (société de voyage) et permettre une communication avec les services médicaux des compagnies aériennes dans le respect des règles de la transmission de données sensibles et du secret médical. Mise en place à titre expérimental le 10 décembre 2015 et restreinte aux seuls marins isolés devant bénéficier d'une MEDEVAC, la suppléance Tacite de l'EMO santé a été étendue le 8 janvier 2017 à l'ensemble des militaires relevant d'une MEDEVAC stratégique par voie aérienne civile.

Aujourd'hui, la suppléance tacite détenue par l'EMO santé et une procédure claire avec la société de voyage permettent la mise en relation directe avec les services médicaux des compagnies aériennes pour la gestion des situations complexes. Les dossiers de MEDEVAC stratégiques par voie aérienne civile sont traités dans leur ensemble et dans leur globalité à l'EMO santé dans une logique de bout-en-bout.

Chapitre 2

Responsabilités et principes

201. Mission aux multiples acteurs, utilisant des moyens interarmées et interalliés, la MEDEVAC stratégique repose sur une organisation garantissant rapidité et sécurité pour le patient.

Section I – Le bénéficiaire

Rappel : les notions de rapatriement sanitaire (RAPASAN) et d'évacuation sanitaire (EVASAN) n'existent plus dans le service de santé des armées. Le terme d'évacuation médicale (MEDEVAC) regroupe toutes les évacuations pour raison médicale.

202. Le militaire français, masculin ou féminin, en mission, en exercice ou affecté à l'étranger peut bénéficier d'une MEDEVAC stratégique pour maladie, grossesse ou blessure pour laquelle une prise en charge médicale¹⁰ adaptée est nécessaire en métropole (cf. § 010) ou ne permet pas le maintien de l'intéressé sur le lieu de survenue.
203. Dans certains cas particuliers détachables du service¹¹, la MEDEVAC stratégique pourra être organisée, régulée et exécutée par un prestataire privé dans le cadre d'un contrat d'assurance souscrit par le militaire.
204. L'embarquement à bord d'un aéronef (militaire ou civil) d'un militaire bénéficiant d'une MEDEVAC stratégique est soumis à la validation obligatoire par un médecin qualifié en médecine aéronautique qui atteste de la compatibilité de son état de santé avec les contraintes liées au vol¹².
205. Tout passager se présentant à l'embarquement d'un aéronef et qui est ostensiblement porteur d'une affection médicale, d'une immobilisation d'un membre ou d'une altération de sa mobilité peut se voir refuser l'embarquement par le commandant de bord s'il n'est pas préalablement déclaré sur la liste des passagers comme patient bénéficiant d'une MEDEVAC.

Section II – Les acteurs

206. À l'exception des cas particuliers (cf. alinéa 2003), le SSA est présent à chaque maillon de la chaîne de prise en charge médicale d'un patient.

Le demandeur

207. Le demandeur est l'autorité locale du SSA :
- a. le directeur médical sur les théâtres d'opérations (DIRMED) ;
 - b. le directeur interarmées du SSA (DIASS) ou, à défaut, le chef du centre médical interarmées pour les forces de présence et de souveraineté ;
 - c. le médecin major du bâtiment de la Marine nationale débarquant un militaire pour raison médicale.
208. En l'absence de praticien français, la demande émanera de l'autorité militaire présente sur place et, à défaut, de l'attaché de défense près l'ambassade de France territorialement compétente.

10 Pour traitement ou diagnostic.

11 Excluant l'OPEX.

12 AAMedP1.1(ED. A), Aeromedical Evacuation, Chapter 2 titled: 'Fitness for Air Travel'.

209. La demande est constituée :
- a. d'un message d'autorité (sans information médicale) ;
 - b. d'un formulaire médical à remplir par un professionnel de santé : *Patient Movement Request (PMR)*, selon le modèle et les règles en vigueur concernant la priorité, la classification et la dépendance du patient.
210. Il existe un modèle de *PMR* :
- a. *low care*, pour les patients nécessitant peu ou pas de soins médicaux durant la MEDEVAC (cf. [annexe B](#)) ;
 - b. *high care*, pour les patients nécessitant des soins intensifs (cf. [annexe C](#)).

Le régulateur

211. Le praticien du SSA affecté au poste de M3 de l'EMO santé est le médecin régulateur national qui prescrit la MEDEVAC stratégique. En heures non ouvrables, cette fonction est assurée par le praticien d'astreinte MEDEVAC de la DCSSA¹³.
212. Il collige les éléments nécessaires à la prise de décision d'évacuation médicale stratégique, s'assure des modalités de la mise en œuvre de la boucle amont et décide de l'évacuation médicale proprement dite ainsi que de la boucle aval et de la destination du patient.
213. La cellule M3/MEDEVAC de l'EMO santé, avec en heures non ouvrables l'appui de la cellule accueil de la DCSSA, est en mesure de recevoir toute demande de MEDEVAC stratégique, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 et d'en référer au médecin régulateur national.

L'équipe médicale de convoyage

214. Le médecin régulateur national définit la nécessité et la nature de l'accompagnement en accord avec les besoins du patient¹⁴.
215. Si une équipe médicale de convoyage est constituée et comprend plusieurs médecins, son chef est un praticien qualifié en médecine aéronautique.
216. L'équipe médicale de convoyage assume la responsabilité technique de la continuité des soins.
217. L'équipe médicale de convoyage est responsable de la réévaluation de l'état de santé du patient avant le vol et de la vérification de la conformité de celui-ci avec les informations contenues sur la PMR. Elle a autorité pour refuser l'embarquement d'un patient dont l'état de santé ne serait plus compatible avec un transport par voie aérienne.
218. La récusation d'un patient doit systématiquement faire l'objet d'un compte rendu au régulateur.
219. Le personnel participant à la médicalisation des patients à bord des aéronefs est issu :
- a. de l'escadrille aérosanitaire 6/560 « Étampe » de Villacoublay pour le personnel infirmier convoyeurs de l'armée de l'Air ;
 - b. du centre médical des armées de Villacoublay, renforcé de personnel praticien militaire pour les médecins convoyeurs, qualifiés en médecine aéronautique et/ou en médecine d'urgence, et pour le personnel infirmier militaire à compétence aéronautique¹⁵ ;
 - c. des plateformes hospitalières nord et sud pour les médecins spécialistes (en particulier anesthésistes réanimateurs, neurochirurgiens, psychiatres...) qui seraient requis par l'état de santé du patient.

13 Cf. Note n° 500590/DEF/DCSSA/PC/EMOS/M3 du 12 janvier 2017 relative aux modalités pratiques de l'organisation de la régulation des évacuations médicales stratégiques par l'EMO santé et le personnel renfort de la DCSSA.

14 61 % des patients MEDEVAC en 2015 présentaient une pathologie (fracture de membre supérieur, trouble de l'adaptation, pathologie médicale, etc.) qui leur permettait de voyager sans accompagnement médical ni paramédical.

15 Dans le cadre de Morphee des praticiens d'autres centres médicaux des armées ayant suivi la formation spécifique concourent à la mission.

L'hôpital receveur

- 220. Sauf exception¹⁶, les blessés et les malades ayant fait l'objet d'une MEDEVAC stratégique sont hospitalisés au sein des hôpitaux d'instruction des armées (HIA), structures de niveau 4 pour le soutien aux opérations.
- 221. Dans certains cas spécifiques, il est possible que le patient soit hospitalisé dans une structure de soins civile détenant une capacité spécifique (centre expert, établissement de santé de référence, etc.).

Les autorités militaires

- 222. L'accord du commandant de la Force, autorité militaire du patient évacué, doit être obtenu par le demandeur pour toute organisation d'évacuation stratégique.
- 223. L'EATC, qui dispose de la majorité des vecteurs aériens militaires européens des pays adhérents, est une autorité militaire.
- 224. Pour les patients les plus graves ou les plus urgents, le cabinet du ministre de la Défense sollicite le niveau interministériel pour la mise à disposition des aéronefs à usage gouvernemental ou des forces aériennes stratégiques.

Section III – Le déroulement

Les moyens utilisés pour la réalisation des MEDEVAC stratégiques sont interarmées ou interalliés.

- 225. La MEDEVAC stratégique s'articule autour :
 - a. d'une boucle amont permettant le transport du patient du lieu où il se trouve jusqu'au moyen d'évacuation stratégique ;
 - b. de l'évacuation stratégique en elle-même ;
 - c. de la boucle aval permettant le transport du patient depuis le vecteur stratégique jusqu'à la structure de soin de destination.
- 226. L'EMO santé s'assure de la coordination des moyens permettant la continuité dans le transfert du patient, sans rupture qualitative tout au long de la chaîne.
- 227. Le niveau de soin prodigué doit être constant et adapté à l'état clinique du patient, quel que soit le vecteur, du départ du patient jusqu'à son arrivée dans la structure de soin de destination.

La boucle amont

- 228. Il s'agit du transfert du patient de la structure de soin vers son point d'embarquement. Elle utilise les moyens adaptés maritimes, routiers, ferroviaires, aériens à voilure tournante ou fixe disponibles, avec un accompagnement médical du niveau requis par les soins à prodiguer.
- 229. La boucle amont est réalisée avec des moyens militaires ou civils, sous l'autorité technique du DIRMED/DIASS ou du praticien du SSA demandeur et, dans tous les cas, sous l'autorité du commandement militaire français local concerné, en coordination avec l'EMO santé.
- 230. Le demandeur s'assure que le patient dispose de tous les documents administratifs (passeport, visa, etc.) et médicaux (livret médical réduit, compte rendus médicaux, impression de la *PMR*, etc.) nécessaires à sa prise en charge, tant au cours de l'évacuation que lors de son accueil dans la structure de soin destinataire.

16 Prise en charge directement par son centre médical des armées lorsque son état de santé le permet.

231. Pour les patients les plus urgents, le demandeur renseigne en continu l'EMO santé sur l'évolution du patient tant qu'il est sous sa responsabilité puis rend compte du départ effectif du patient.

Le transport stratégique

232. Pouvant théoriquement faire appel à tous types de vecteurs routiers, ferroviaires, maritimes ou aériens, l'immense majorité des MEDEVAC stratégiques utilise un vecteur aérien¹⁷ pour sa rapidité et son confort. Il reste toutefois un environnement confiné, avec des contraintes spécifiques à prendre en compte. Le Service de santé des armées ne dispose pas d'aéronefs en propre.

Les vecteurs de l'EATC

L'EATC est le pourvoyeur principal de moyens aériens pour la MEDEVAC stratégique des patients français.

233. Depuis 2010, les armées européennes ont mutualisé leurs moyens de transport aérien en créant l'EATC basé à Eindhoven aux Pays-Bas. Ce commandement organise l'optimisation de l'emploi des aéronefs stationnés dans les pays mais placés sous son contrôle, sur le modèle du *pooling and sharing* (mise en commun et partage).
234. L'EATC a le contrôle opérationnel (OPCON)¹⁸ sur la majorité des vecteurs aériens tactiques et stratégiques des pays membres¹⁹.
235. L'EATC dispose d'un centre de coordination des évacuations aéromédicales, *Aeromedical Evacuation Control Center (AECC)* qui est l'autorité médicale décidant des conditions du transport d'un patient à bord d'un aéronef sous OPCON de l'EATC. À ce titre, l'EATC/AECC est l'interlocuteur principal de l'EMO santé dans l'organisation idoine de l'évacuation stratégique (vecteur, équipe médicale de convoyage, etc.).

Les aéronefs à usage gouvernemental (AUG)

236. L'Escadron de Transport 60, qui met en œuvre des aéronefs Falcon, A330, Super Puma pour le transport des autorités gouvernementales, assure également une mission MEDEVAC stratégique grâce, notamment, à la mise en configuration médicale des Falcon 2000 et 900.
237. Pour les patients les plus graves ou les plus urgents, ne pouvant attendre une voie aérienne militaire (VAM) programmée ou voyager à bord d'un avion commercial, il est possible de demander la mise à disposition d'un AUG.
238. Ces avions ayant une vocation gouvernementale, leur utilisation nécessite des autorisations préalables ainsi qu'une configuration adaptée pouvant néanmoins être obtenues dans un délai très court pour un décollage en quelques heures²⁰.

Le dispositif MoRPHÉE²¹

239. Il permet de doter un C 135 FR²² d'une capacité à transporter jusqu'à 12 patients (4 patients de réanimation et 8 patients plus légers) ou jusqu'à 6 patients nécessitant des soins lourds de réanimation.
240. Cet outil nécessite un délai de mise en œuvre de 24h00 avant décollage.

17 L'utilisation d'un autre vecteur (routier, ferroviaire, maritime) relevant de l'exception, nous ne décrivons que les moyens aériens disponibles.

18 À l'exclusion des aéronefs engagés en OPEX.

19 Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Luxembourg et Pays-Bas.

20 *Notice to move* à 3 heures pour les priorités 1, conformément à la note n° 521580/DEF/DCSSA/PC/CCO/DR du 16 octobre 2014 sur la mise en œuvre du dispositif santé de veille opérationnelle adapté à l'échelon national d'urgence.

21 MoRPHÉE : Module de réanimation pour patient à haute élévation d'évacuation.

22 Avion ravitailleur des forces aériennes stratégiques.

241. Sur décision du ministre, le CPCO est l'autorité qui met en œuvre le dispositif MoRPHEE, conformément à la note de référence²³.

La voie aérienne civile (VAC)

242. Particulièrement adaptée au transport de patients ou de malades ayant une relative autonomie et ne nécessitant pas ou peu de soins durant le vol, le recours à la voie aérienne civile est possible en l'absence de VAM.
243. Les limitations du recours à la VAC dans le cadre d'une réponse urgente pour un patient dépendant de soins médicaux sont liées à :
- a. l'emport de matériel médical et de produits de santé ;
 - b. la réalisation de soins dans un environnement commercial public ;
 - c. les contraintes de la mise en place au préalable d'un équipement dans l'avion et d'une équipe médicale de convoyage, quand ils s'imposent.
244. L'autorisation d'embarquement d'un patient sur un vol commercial est soumise systématiquement à l'accord du service médical de la compagnie aérienne. Cet accord formel sera obtenu par le demandeur. Il repose le plus souvent sur l'établissement d'un formulaire (MEDIF pour les pathologies médicales, INCAD pour les restrictions de mobilité et handicap)²⁴.

La boucle aval

245. Il s'agit du transport du patient du point d'arrivée du vecteur stratégique, en général une plateforme aéroportuaire vers la structure de soin de destination. Sauf cas particulier, cette structure est un hôpital d'instruction des armées.
246. Son organisation est adaptée à l'état du patient et utilise majoritairement des moyens du peloton d'évacuation sanitaire (PES) du CMA de Vincennes ou de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) pour les patients arrivant à Paris.
247. Lorsque la BSPP est sollicitée, son régulateur médical définit les moyens qu'elle engage pour la bonne réalisation de cette étape de la MEDEVAC stratégique.
248. Pour les arrivées hors région parisienne, l'EMO santé désigne l'autorité du SSA territorialement compétente pour organiser la boucle aval. Il peut s'appuyer lorsque c'est nécessaire et possible sur le bataillon des marins pompiers de Marseille (BMPM) ou le SAMU géographiquement concerné.

Section IV – La traçabilité

Partie intégrante du parcours de soin du patient et mission militaire à part entière, la MEDEVAC stratégique doit répondre aux exigences de traçabilité requise pour tout acte médical et tout mouvement de personnel militaire.

249. La demande est exprimée par :
- a. un message d'autorité de demande de MEDEVAC stratégique (Transwin, NeMO) ne contenant aucune information médicale mais indiquant le degré d'urgence²⁵ de la demande ;
 - b. un formulaire de type *Patient Movement Request* (PMR), permettant la transmission d'informations médicales.

²³ Note n° 4343/DEF/DCSSA/OSP/ORG du 14 août 2008. Capacité d'évacuation sanitaire aérienne stratégique longue distance 'Morphée'.

²⁴ Disponibles en ligne sur les sites Internet des principales compagnies aériennes ou via leur réseau de médecins agréés.

²⁵ P1, P2 ou P3.

250. Les accords/refus et les modalités d'organisation sont également transmis au demandeur par messagerie d'autorité.
251. L'archivage de ces documents permet la traçabilité de la mission depuis la demande initiale jusqu'à l'arrivée dans la structure de soin de destination²⁶.

26 Favorisé par le déploiement de LUMM en opérations et les développements futurs de l'infrastructure santé (ISSAN).

301. Depuis l'uniformisation des pratiques au niveau européen (*EATC*), le circuit de transmission de l'information médicale (*PMR*) et des messages d'autorité a été standardisé.
302. À ce titre, le demandeur doit :
 - a. formuler la MEDEVAC stratégique à l'EMO santé par messagerie officielle (sans information médicale), selon le modèle de message présenté en annexe C ;
 - b. déterminer sa catégorisation selon les critères utilisés par l'*EATC*, conformément au standard *AAMedP-1.1*. Pour ce faire, il établit une demande d'évacuation de patient (*PMR*).

Section I – La demande d'évacuation de patient (*Patient Movement Request/PMR*).

La *PMR*, véritable pièce du dossier médical du patient, a pour but de décrire de façon fidèle l'état de santé du patient et de transmettre à l'EMO santé les éléments permettant de définir les conditions de la MEDEVAC stratégique, dans le respect de l'éthique médicale, des bonnes pratiques médicales et en intégrant les contraintes du mode d'évacuation.

Généralités

303. Ce document médical, commun à sept pays européens membres de l'*EATC*, est transmis par le demandeur à la cellule M3/MEDEVAC de l'EMO santé en proposant, pour chaque patient, une catégorisation selon les critères de l'*AAMedP-1.1* (STANAG 3204), telle que précisée en annexe D.
304. En dehors de la circonstance particulière de la demande émanant de l'attaché militaire près l'ambassade de France, la *PMR* est établie par un praticien du SSA : le DIASS, le DIRMED, le médecin major d'un bâtiment, etc.
305. La *PMR* ayant vocation à être principalement transmise à l'*EATC/AECC* mais également, le cas échéant, à d'autres partenaires étrangers (OTAN), elle est à cette fin renseignée en langue anglaise.
306. Elle est ensuite transmise par le demandeur à la cellule M3/MEDEVAC pour analyse et décision puis transférée à l'*EATC/AECC*.
307. Lorsque les modalités du transport aérien et l'hôpital de destination du patient sont connus, la *PMR* est transmise à l'équipe médicale de convoyage, à l'équipe médicale de boucle aval et à l'hôpital receveur.

Traitement par l'EMO santé

308. Après analyse de la *PMR*, le régulateur :
 - a. vérifie ou fait vérifier l'aptitude au vol du patient ;
 - b. choisit parmi l'ensemble des options la plus adaptée à l'état de santé du patient ;
 - c. fixe les limitations de réalisation du vol (pressurisation de la cabine, etc.) ;
 - d. valide les conditions d'installation du patient à bord de l'avion (assistance à l'embarquement, siège, civière) ;

- e. valide l'équipement médical et les produits de santé nécessaires à bord de l'aéronef pour la poursuite de soins et la surveillance du patient ;
- f. désigne le personnel du SSA composant l'équipe médicale de convoyage ;
- g. s'assure des modalités de réalisation de la boucle aval ;
- h. définit le service hospitalier receveur.

Traitement par l'EATC

L'AECC de l'EATC reçoit toutes les PMR des patients susceptibles de voyager sur une VAM sous OPCON de l'EATC.

- 309. Pour les patients embarquant à bord d'une VAM sous OPCON de l'EATC, l'AECC a des prérogatives identiques à celles du régulateur national (cf. § 308), à l'exclusion de l'organisation de la boucle aval et du choix de l'hôpital receveur.
- 310. À chaque réception de PMR, l'EATC répond par :
 - a. un *aeromedical evacuation statement* en cas d'absence de moyen EATC disponible et adapté à la demande ;
 - b. un *aeromedical evacuation mission order*, qui fixe les conditions du rapatriement du patient à bord d'une VAM et qui atteste de l'inscription du patient sur le manifeste de vol. L'option retenue par l'EATC/AECC peut être *in fine* déclinée par le régulateur national s'il dispose d'une meilleure alternative pour le patient.

Section II – Organisation de la mission

L'organisation de la MEDEVAC stratégique est guidée par les besoins du patient, en premier lieu l'urgence à remplir la mission.

P1 et P2

- 311. Les demandes P1 et P2 correspondent respectivement à des délais de décollage (*notice to move*) de l'aéronef inférieur à 3h00 et inférieur à 24h00 (cf. annexe E).
- 312. Les patients priorisés P1 et P2 nécessitent une prise en charge médicale urgente²⁷ qui dépasse les capacités de traitement ou de diagnostic des structures médicales déployées ou du pays hôte. Dans la plupart des cas, ces patients peuvent bénéficier de l'emploi d'un AUG médicalisé après sollicitation du cabinet du ministre de la Défense (CM23 et CM15) par le régulateur. La demande de l'EMO santé, comme l'agrément (ou le refus) du cabinet du ministre, sont formalisés par messages d'autorité.
- 313. En l'état actuel des choses, le recours à des moyens mutualisés paraît être possible pour la catégorisation P2. Cependant, rien n'empêche la mutualisation pour une mission catégorisée P1 si les conditions sont satisfaites.

P3

- 314. Les demandes P3 correspondent à un délai de décollage pouvant être supérieur à 24h00 ce qui représente la grande majorité des demandes de MEDEVAC stratégique.
- 315. Les patients priorisés P3, dits « routine », ne nécessitent pas la création d'une mission aérienne dédiée et leur état de santé est compatible avec l'organisation d'un transport par voie aérienne militaire planifiée ou, à défaut, commerciale civile.

²⁷ Pronostic vital ou fonctionnel engagé.

316. Cette priorisation est celle qui laisse le plus d'opportunités à une coopération interalliée via l'EATC.

Encart RETEX n° 2 – Procédure MEDEVAC – Déclaration de l'état de santé des patients.

Le 6 octobre 2016, un militaire se blesse à la cheville lors d'un match de Volley-ball en Nouvelle Calédonie. Il en réfère à l'infirmier qui soutient son détachement isolé et il est constaté un traumatisme bénin de la cheville, sans critère de gravité. Les consignes usuelles d'économie articulaire sont données, accompagnées d'un traitement symptomatique simple, sous couvert d'un avis médical. C'est une attitude conforme aux bonnes pratiques médicales.

Ce qui échappe à la perspicacité du militaire concerné, de son commandement et du soignant, c'est le vol de fin de mission pour un retour en métropole, programmé trois jours plus tard et pour lequel il n'est pas perçu la nécessité de déclarer la blessure subie en demandant une MEDEVAC stratégique.

Le soldat de première classe embarque donc comme prévu en tant que passager sur le vol Nouméa-Paris. N'ayant pas le bénéfice des sièges les plus confortables réservés aux patients MEDEVAC et officiers de haut rang, il voyage en fond d'avion, avec peu d'espace pour loger ses membres inférieurs.

Après 15 heures de voyage, lors de l'escale à Honolulu le 9 octobre, le militaire se plaint d'une forte douleur articulaire et d'un gonflement remontant sur le mollet. Devant l'apparition de ces signes inquiétants il est décidé par l'*European Air Transport Command (EATC)* qui a le contrôle opérationnel sur cette voie aérienne militaire, de la nécessité d'un transfert vers l'hôpital local pour des examens complémentaires.

L'apparition d'œdèmes des membres inférieurs en avion est une conséquence logique et connue des contraintes physiologiques liées au vol. Ce phénomène est accentué s'il existe un traumatisme récent. La complication extrême peut être la survenue d'une thrombose (phlébite) qui peut se compliquer d'une embolie pulmonaire et engager le pronostic vital d'un passager.

Le militaire ne parlant pas anglais, un officier de son unité est également débarqué de l'avion pour servir d'interprète. Le temps d'escale étant compté, l'avion repart vers la France sans les deux militaires.

Une fois l'ensemble des examens nécessaires réalisés et n'ayant rien montré de plus qu'une entorse simple de la cheville qui a subi les effets néfastes d'un vol de longue durée dans des conditions inadaptées, il faut maintenant bien faire organiser une MEDEVAC stratégique depuis Honolulu vers Paris. Ceci sera fait au plus tôt, le 11 octobre, dans des conditions dictées par l'état de santé du patient à savoir avec le membre inférieur blessé surélevé.

Le coût global de cette manœuvre dépasse les 35000 euros en incluant les soins reçus aux États-Unis, les nuitées d'hôtel et le coût des billets d'avion pour le militaire et son accompagnant.

En outre, ce patient aurait embarqué sur la même VAM, aurait bénéficié d'une préparation spécifique de son vol et aurait été placé sur un siège permettant d'étendre et de surélever son membre inférieur. Ceci aurait empêché la survenue de l'œdème et des complications afférentes, aussi bien médicales qu'organisationnelles et pécuniaires.

La déclaration en amont des altérations de l'état de santé des passagers embarquant dans un avion, quand bien même elles apparaissent bénignes, garantissent qu'elles seront confrontées aux contraintes aéronautiques par des spécialistes de médecine aéronautique qui s'engagent à maîtriser le risque de survenue d'une complication au cours du vol.

Évacuations médicales stratégiques en 2016

- A01. En 2016, 686 patients ont été rapatriés, dont 25 de façon très urgente (P1), 28 de façon urgente (P2) et 633 en routine (P3). Cette année 2016, donnée à titre d'exemple, est relativement similaire aux années précédentes en termes de nombre de patients et de répartition par armées. Les patients P1 et P2 ont été majoritairement rapatriés par Falcon (il n'y a pas eu de déclenchement de dispositif Morphée depuis 2012). Les patients P3 ont été rapatriés majoritairement par voie aérienne militaire sous contrôle de l'EATC.

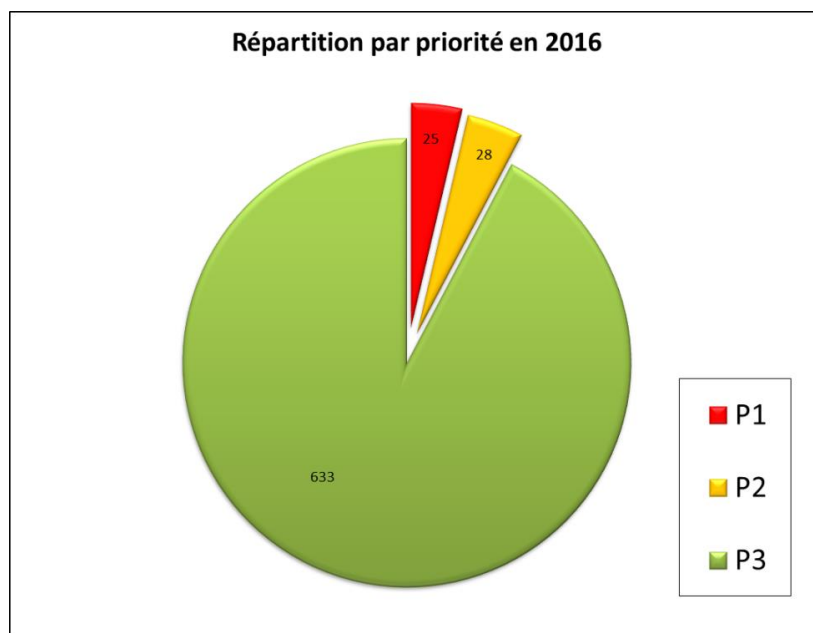


FIG. 1. – Répartition par priorité en 2016.

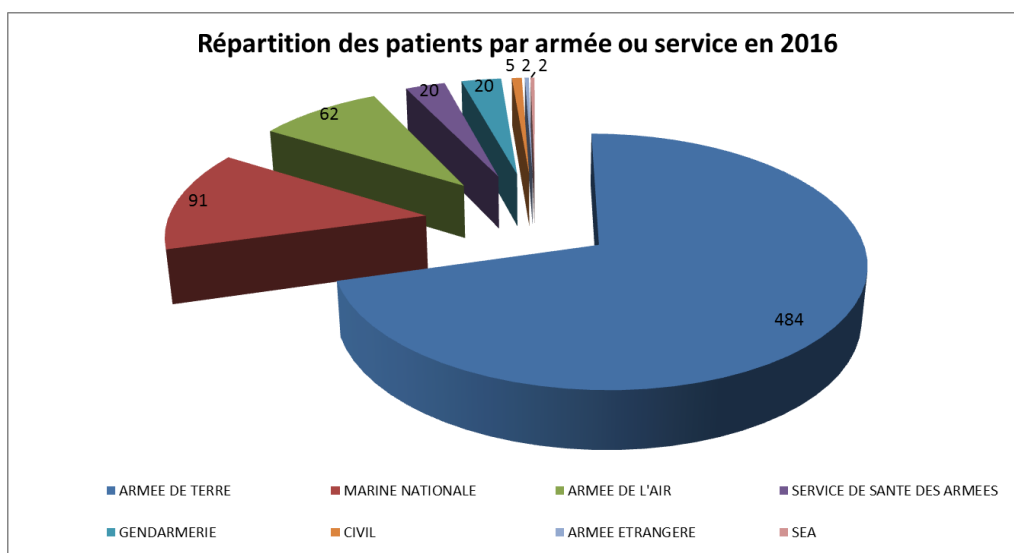


FIG. 2. – Répartition des patients par armée ou service en 2016²⁸.

²⁸ En provenance de l'ensemble des théâtres d'opérations, forces de présence, de souveraineté, en exercice ou en poste permanent à l'étranger, marin débarqué. L'origine géographique est plus sensible à l'évolution des missions opérationnelles.

Répartition géographique en nombre de patients en 2016	
OPEX	
BARKHANE (Mauritanie, Mali, Niger, Tchad, Burkina-Faso)	254
DAMAN (Liban)	8
CHAMMAL (Jordanie, Émirats Arabes Unis, Irak)	33
SANGARIS (Centrafrique)	40
CORYMBE (Golfe de Guinée)	3
MARINE autres opérations (divers pays)	41
Forces de Présence	
Émirats Arabes Unis	34
Gabon	17
Djibouti	69
Côte d'Ivoire	29
Sénégal	5
Forces de souveraineté	
Océan Indien	12
Nouvelle Calédonie	22
Antilles	26
Guyane	53
Polynésie	3
Autre : exercices, marins en escale, postes à l'étranger, etc.	
Pays divers	37
TOTAL des patients 2016	686

Source : EMO Santé

Annexe B

PMR (Patient Movement Request) for strategic AE (low care patient)

Date:

Patient-/PECC-Number:

1. To (À): Patient Evacuation Coordination Center (PECC)				
Tel.:		MDTN:		Mobile:
Fax:		MDTN:		
E-Mail:				

2. REQUESTOR (Demandeur) *				
Last name (Nom):		First name (Prénom):		
Rank (Grade):		Function (Fonction):		
Telephone:		Fax:		
Mobile phone:		E-mail:		
Beneficiary Nation		Requesting Unit (Unité):		
Requestor nationality (if other):		Mission:	Area:	

* Requestor is attending physician at deployed location or – in absence of physician– medical personnel or Officer in charge of the mission (Le demandeur est le médecin responsable sur place ou – à défaut – le personnel médical ou l'officier en charge de la mission)

3. PATIENT INFORMATION:			
Last name (Nom):		Status of Patient:	Military ☐ Civilian ☐
First name (Prénom):		Service:	Army ☐ Navy ☐ Air Force ☐ Medical ☐ Other (military) ☐ Not applicable ☐
Gender:		SER/ID No/ PK (mle ou SS):	
NATO Rank (Grade)		Home Unit (Unité d'origine):	
Date of Birth (dd/mm/yyyy):		Theatre Unit (Unité Théâtre):	
Estimated age: (If DoB unknown)		Home Address:	
Nationality:		Medical case manager(BEL):	

4. LOCATION:			
Military compound (installation militaire):	None ☐	City:	Country (pays):
Level of care:	Unit ☐ Role1 ☐ Role2 Basic ☐ Role2 Enhanced ☐ Role3 ☐ Host Nation hospital ☐ Host Nation physician ☐		
Inpatient (hospitalisé) ☐ Outpatient(non-hospitalisé) ☐			
Treating physician or POC for patient info (Médecin en charge ou POC pour info concernant le patient):	Name:	Tel:	
	E-mail:		

5. IMPORTANT ADDITIONAL INFORMATION:					
Requested APOE (airport of embarkation-(aéroport de départ souhaité):					
Patient delivery to APOE (moyen de transport vers l'aéroport):		Non-medical vehicle ☐ Ambulance ☐ Intensive Care Ambulance ☐ TAC AE ☐ Helicopter ☐ ☐ Other ☐ Specify:			
Requested APOD (airport of destination-(aéroport de destination souhaité):					
Patient collection at APOD (moyen de transport à l'arrivée):		Non-medical vehicle ☐ Ambulance ☐ Intensive Care Ambulance ☐ TAC AE ☐ Helicopter ☐ ☐ Other ☐ Specify:			
Flight Attending Physician ☐ Nurse ☐ or Paramedic ☐ (personnel médical accompagnant durant le vol):					
Embarking on:	Litter ☐	Wheelchair ☐		Disembarking on:	Litter ☐
					Wheelchair ☐
Disposition at destination:	Military Hospital ☐	Unit ☐	Home ☐	Other ☐	
	Location:			Location:	
Other relevant additional information (autres informations importantes):					

Name, First Name:	SER/ID No/ PK (mle ou SS):
-------------------	----------------------------

6. CATEGORISATION

For reasons other than medical (logistic/operational/social/sensible/political...) the patient should be evacuated in a timeframe from
to
(These reasons should not change the medical categorisation).

Specify reason:

Navy only:	Port:	ETA	ETD
------------	-------	-----	-----

MEDICAL CATEGORISATION (mark the appropriate category with a cross **based only in medical criteria**)

Priority *NTM (Notice to move)	P1 Urgent ☐ NTM < 12 hrs	P2 Priority ☐ NTM < 24 hrs	P3 Routine ☐ NTM > 24 hrs
-----------------------------------	--	--	---

*NTM = time needed for aircraft to take off from home base (NOT the time of patient pick-up at APOE)

Dependency	D1 ☐ Intensive care	D2 ☐ Medium care	D3 ☐ Low care	D4 ☐ No nursing care
------------	---	--	---	--

Classification	1A ☐	1B ☐	1C ☐	2A ☐	2B ☐	3A ☐	3B ☐	4 ☐
	Stretcher	Seat + stretcher available	Seat (Medical) (escort)	Stretcher Medical escort required		Seated patients (Medical) escort or assistance		
	Medical escort required			(Medical) escort required	No escort			

For Class 1 patients	Auto aggressive: Y ☐ N ☐	Hetero aggressive: Y ☐ N ☐	Fill in paragraph 11-1st row!!!
----------------------	--	--	---------------------------------

CATEGORISATION OF PATIENTS FOR AEROMEDICAL EVACUATION Ref: STANAG 3204, Edition 8

A. PRIORITY (degree of emergency)

P1 = Urgent: Emergency patients for whom speedy evacuation is necessary to save life, to prevent complications or to avoid serious permanent disability. (NTM for StratAE <12 hrs)

P2 = Priority: Patients who require specialised treatment not available locally & who are liable to deteriorate unless evacuated with the least possible delay. (NTM for StratAE <12-24 hrs)

P3 = Routine: Patients whose immediate treatment is available locally but whose prognosis would benefit from air evacuation on routine scheduled flights. (NTM for StratAE >24 hrs)

B. DEPENDENCY (need for medical support)

D1 = High: Patients who require intensive support during flight. (Patients requiring ventilation, monitoring of central venous pressure and cardiac monitoring. They may be unconscious or under general anaesthesia.)

D2 = Medium: Patients who, although not requiring intensive support, require regular, frequent monitoring and whose condition may deteriorate in flight. (Patients with a combination of oxygen administration, one or more i.v. infusions and multiple drains or catheters.)

D3 = Low: Patients whose condition is not expected to deteriorate during flight but who require nursing care of, for example, simple oxygen therapy, an i.v. infusion or a urinary catheter.

D4 = Minimal: Patients who do not require nursing attention in flight but who might need assistance with mobility or bodily functions (i.e. arm cast: assistance with clothing or meals or luggage).

C. CLASSIFICATION (need for aircraft space and physical assistance/restraints/supervision)

1. CLASS 1 – NEUROPSYCHIATRIC PATIENTS

a. **Class 1A: Severe psychiatric patients* (stretcher):** Patients who are frankly disturbed and inaccessible, and require restraint, sedation and close supervision.

b. **Class 1B: Psychiatric patients of intermediate severity*:** Patients who do not require restraint and are not, at the moment, mentally disturbed, but may react badly to air travel, or commit acts likely to endanger themselves or the safety of the aircraft and its occupants. These patients need close supervision in flight and may need sedation.

c. **Class 1C: Mild psychiatric patients (sitting):** Patients who are co-operative and have proved to be reliable under pre-flight observation.

2. CLASS 2 – STRETCHER PATIENTS (other than psychiatric)

a. **Class 2A: Immobile stretcher patients:** Patients unable to move about of their own volition under any circumstances (even in case of emergency).

b. **Class 2B: Mobile stretcher patients:** Patients able to move about of their own volition in an emergency.

3. CLASS 3 – SITTING PATIENTS (other than psychiatric)

a. **Class 3A:** Sitting patients, including handicapped persons, who, in an emergency, would require assistance to escape.

b. **Class 3B:** Sitting patients who would be able to escape unassisted in an emergency.

4. CLASS 4 – WALKING PATIENTS (other than psychiatric):

Walking patients who are physically able to travel unattended.

Requestor Name, Rank:	Signature:
-----------------------	------------

Name, First Name:	SER/ID No/ PK (mle ou SS):
-------------------	----------------------------

FOR MEDICAL USE only

MEDICAL PART

7. EVACUATION CAUSE (optional)							
Battle injury	☐	Non-battle injury	☐	Disease	☐	Battle stress	☐

8. MEDICAL SPECIALTY							
Internal medicine	☐	Surgery	☐	Orthopedics	☐	Gynecology	☐
Neurology	☐	Mental Health	☐	Burns	☐	Ophthalmology	☐
Dermatology	☐	Ear Nose Throat	☐	Others	☐		

9. PATIENT CONTAGIOUS:			
☐ Yes	☐ No	If yes – required protection:	
Certificate of non-contagious condition issued (FRA):		Yes ☐	No ☐
This certificate should be given to the flight crew before embarking.			

10. CLINICAL DATA (Données cliniques)		
Weight (poids):	kg	Length (taille):
		cm
Blood group (groupe sanguin): specify		
Date (and time) of first consultation of the current accident ☐ /acute process ☐ /relapse/exacerbation in chronic process ☐ (date -et horaire- de la première consultation de l'accident / début d'affection aiguë / exacerbation de maladie chronique):		
Diagnosis and clinical details (including mechanism of injury) with date/time (diagnostic et détails cliniques avec dates et heures):		
Essential Lab results and/or results of X-rays, Ultrasound, CT, MRI etc. with date/time: (Résultats de laboratoire et autres résultats (Radiographie, Scanner etc.) avec dates/heures):		
Previous medical history (Antécédents médicaux):		
Allergies (specify):	Motion sickness : Y ☐ N ☐ (naupathie)	Ear/Sinus Problems: Y ☐ N ☐ (problèmes d'oreilles – sinus)
Received medical treatment and/or surgical procedure(s) with date(s): (Traitements médicaux et/ou procédures chirurgicales reçus avec dates):		

Plaster cast or splint (plâtre ou attelle): Yes ☐ No ☐			Crutches ☐
Location	Type	Date of cast	

Name, First Name:	SER/ID No/ PK (mle ou SS):
-------------------	----------------------------

11. CURRENT PATIENT STATUS (État actuel du patient)

Aggressiveness control: Medical ☐ Physical ☐

Cervical Spine Control:	☐	Oxygen required: ☐
Airway problems-obstruction:	☐	Sat O2 with I O2/min: %.
Breathing impaired:	☐	Respiratory Rate: /min
Circulatory Problems:	☐	Heart Rate (fréquence cardiaque): /min
Active haemorrhage:	☐	Blood Pressure (tension artérielle): / mm Hg
Exposure (e.g. toxins, radiation):	☐	
Disability:	☐	
Special diet requirements (including allergies)	☐	

When box(es) above checked please specify:

Actual medical treatment (Traitement médical actuel) / Date:

12. TO BE COMPLETED BY VALIDATING FLIGHT SURGEON* (à compléter par le Médecin Personnel Navigant):

1. Stresses of flight	Impact on patient, specify necessary countermeasures: (Effets sur le patient, préciser les précautions nécessaires):	
Decreased partial pressure of oxygen	No ☐	Yes:
Decreased barometric pressure (e.g. trapped air)	No ☐	Yes:
Decreased humidity in aircraft cabin	No ☐	Yes:
Turbulence, vibration, acceleration, deceleration	No ☐	Yes:
Unstable temperature	No ☐	Yes:
Decreased lighting	No ☐	Yes:
Increased noise	No ☐	Yes:
Anxiety/apprehension	No ☐	Yes:
Other special considerations:		

2. Flight medical advice	
Advice on patient preparation for flight:	
Advice on premedication for flight:	
- Analgesics - Antiemetics - Thrombosis prophylaxis	
Cabin Altitude restriction: Specify	If yes: restriction to Feet cabin altitude
Advice on patient transport	
- In-flight Oxygen: - Positioning of patient:	
Other:	

Requestor Name, Rank:	Signature:
-----------------------	------------

Validated by Flight Surgeon (FS) or AE consultant (validé par médecin PN): ☐	
FS Name, Rank & Function:	FS Signature:
FS or AE consultant Tel./E-mail:	

This form should be checked by NPECC before being submitted to EATC

PMR (Patient Movement Request) for strategic AE (high care patient)

Date:

Patient's national PECC-Number: FRA

1. To (À):			
Operations Medical Staff - Paris – EMO Santé Paris			
Tel.:	+33 9 88 68 35 21	PNIA:	841 168 35 21
Fax:	+33 9 88 68 73 21	On duty Mobile Strat AE:	+33 679 16 45 21
E-Mail:	emo-sante-medevac-h24.regulateur.fct@intradef.gouv.fr		

2. REQUESTOR (Demandeur) *:	
Last name (Nom):	First name (Prénom):
Rank (Grade):	Function (Fonction):
Telephone:	Fax:
Mobile phone:	E-mail:
Beneficiary Nation (Bénéficiaire): specify If other – specify:	Requesting Unit / Mission Area: (Unité / Zone de la mission)
Reference number:	

* Requestor is attending physician at deployed location or – in absence of physician – Officer in charge of the mission
(Le demandeur est le médecin responsable sur place ou – à défaut – l'officier en charge de la mission)

3. PATIENT INFORMATION:	
Last name (Nom):	First name (Prénom):
Status of Patient: specify If other: specify	Service: specify If other: specify
Date of Birth: Age (If DoB unknown):	Gender: specify
Rank (Grade):	SER/ID No/PK (mle ou SS):
Home Unit (Unité d'origine):	Theatre Unit (Unité Théâtre):
Civil Home Address (City):	Family support unit (FBZ, DEU):
Street:	Medical case manager (BEL):

4. LOCATION:	
Current location (localisation actuelle):	Medical Treatment Facility - Hospital: Role (Niveau): specify
Treating physician or POC for patient info: (Médecin en charge ou POC pour info concernant le patient):	Tel: E-mail:
For reasons other than medical*, the patient should be evacuated in a timeframe from to .	
*This includes logistic, operational and practical reasons e.g.: unit leaving deployed location in 2 days, ship doesn't arrive at harbour before next day etc.	Specify reason:
ETA and ETD of ship at Port (Navy only):	Name of Port:

Last Name, First Name:	SER/ID No/PK (mle ou SS):
------------------------	---------------------------

5. CATEGORIZATION (mark the appropriate category with a cross) :								
Priority *NTM (Notice to move)	P1 Urgent ☐ NTM < 12 hrs		P2 Priority ☐ NTM < 24 hrs			P3 Routine ☐ NTM > 24 hrs		
Dependency	D1 ☐ Intensive care		D2 ☐ Medium care		D3 ☐ Low care	D4 ☐ No nursing care		
Classification	1A ☐	1B ☐	1C ☐	2A ☐	2B ☐	3A ☐	3B ☐	4 ☐
	Stretcher	Seat + stretcher available	Seat	Stretcher, Medical escort required		Escort or assistance		No escort
	Seated patients							
For Class 1 patients:								
Auto aggressive: Y ☐ N ☐			Hetero aggressive: Y ☐ N ☐					

*NTM = **time needed for aircraft to take off from home base (NOT the time of patient pick-up at APOE)**

CATEGORIZATION OF PATIENTS FOR AEROMEDICAL EVACUATION (Ref: STANAG 3204, Edition 8).

A. PRIORITY (degree of emergency)

P1 = Urgent: Emergency patients for whom speedy evacuation is necessary to save life, to prevent complications or to avoid serious permanent disability. **(NTM for StratAE <12 hrs)**

P2 = Priority: Patients who require specialised treatment not available locally & who are liable to deteriorate unless evacuated with the least possible delay. **(NTM for StratAE <12-24 hrs)**

P3 = Routine: Patients whose immediate treatment is available locally but whose prognosis would benefit from air evacuation on routine scheduled flights. **(NTM for StratAE >24 hrs)**

B. DEPENDENCY (need for medical support)

D1 = High: Patients who require intensive support during flight. (Patients requiring ventilation, monitoring of central venous pressure and cardiac monitoring. They may be unconscious or under general anaesthesia.)

D2 = Medium: Patients who, although not requiring intensive support, require regular, frequent monitoring and whose condition may deteriorate in flight. (Patients with a combination of oxygen administration, one or more i.v. infusions and multiple drains or catheters.)

D3 = Low: Patients whose condition is not expected to deteriorate during flight but who require nursing care of, for example, simple oxygen therapy, an i.v. infusion or a urinary catheter.

D4 = Minimal: Patients who do not require nursing attention in flight but who might need assistance with mobility or bodily functions (i.e. arm cast: assistance with clothing or meals or luggage).

C. CLASSIFICATION (need for aircraft space and physical assistance/restraints/supervision)

1. CLASS 1 – NEUROPSYCHIATRIC PATIENTS

a. Class 1A: Severe psychiatric patients (stretcher): Patients who are frankly disturbed and inaccessible, and require restraint, sedation and close supervision.

b. Class 1B: Psychiatric patients of intermediate severity: Patients who do not require restraint and are not, at the moment, mentally disturbed, but may react badly to air travel, or commit acts likely to endanger themselves or the safety of the aircraft and its occupants. These patients need close supervision in flight and may need sedation.

c. Class 1C: Mild psychiatric patients (sitting): Patients who are co-operative and have proved to be reliable under pre-flight observation.

2. CLASS 2 – STRETCHER PATIENTS (other than psychiatric)

a. Class 2A: Immobile stretcher patients: Patients unable to move about of their own volition under any circumstances (even in case of emergency).

b. Class 2B: Mobile stretcher patients: Patients able to move about of their own volition in an emergency.

3. CLASS 3 – SITTING PATIENTS (other than psychiatric)

a. Class 3A: Sitting patients, including handicapped persons, who, in an emergency, would require assistance to escape.

b. Class 3B: Sitting patients who would be able to escape unassisted in an emergency.

4. CLASS 4 – WALKING PATIENTS (other than psychiatric):

Walking patients who are physically able to travel unattended.

Last Name, First Name:	SER / ID No / PK (mle ou SS):
------------------------	-------------------------------

6. IMPORTANT ADDITIONAL INFORMATION:		
Requested APOE (airport of embarkation) (aéroport de départ souhaité):	Patient delivery to APOE (moyen de transport vers l'aéroport): specify	
Requested APOD (airport of destination) (aéroport de destination souhaité):	Patient collection at APOD (moyen de transport à l'arrivée): specify	
Flight Attending Physician or Paramedic (personnel médical accompagnant durant le vol):		
Patient embarking/disembarking on Litter:	☐ Yes	☐ No
Patient embarking/disembarking on Wheelchair:	☐ Yes	☐ No
Hospitalization at destination: specify		
Address:		
Tel:	Fax:	
Mil Network:	E-mail:	
Name, Rank & Function of receiving physician:		
Other relevant additional information (autres informations importantes):		

7. EVACUATION CAUSE (optional):			
Battle injury ☐	Non-battle injury ☐	Disease ☐	Battle stress ☐

8. MEDICAL SPECIALTY:			
Internal medicine ☐	Surgery ☐	Orthopedics ☐	Gynecology ☐
Neurology ☐	Mental Health ☐	Burns ☐	Ophthalmology ☐
Dermatology ☐	Ear Nose Throat ☐	Dental Issues ☐	☐

9. CONTAGIOUS PATIENT:		
☐ Yes	☐ No	If yes – required protection:
Certificate of non-contagious condition issued (FRA):		☐ Yes ☐ No

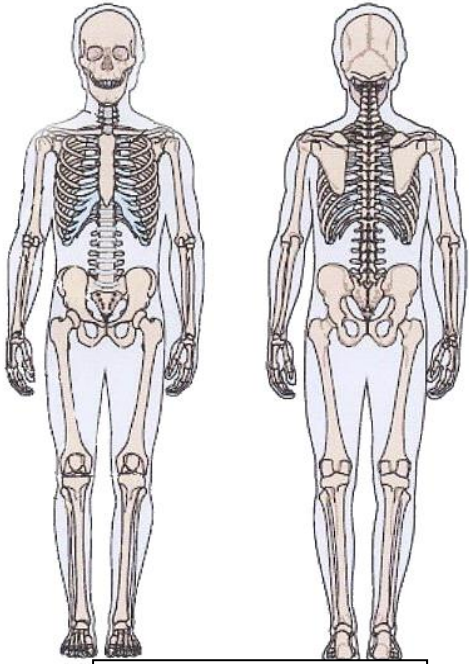
If validated by Flight Surgeon (FS) or AE consultant (si validé par médecin PN), <u>paragraph 13 must be completed.</u>	
FS Signature:	
FS Name, Rank & Function:	
FS or AE consultant Tel./E-mail:	

Requestor Name, Rank:
Requestor Signature:

PMR**MEDICAL PART****FOR MEDICAL USE only****10. ADMINISTRATIVE DATA** (Données administratives):

Last name (Nom):	First name (Prénom):
Date of Birth:	Gender: specify
Rank (Grade):	SER/ID No/PK (mle ou SS):

11. CLINICAL DATA (Données cliniques):

Weight (poids): kg	Height (taille): cm	Blood group (groupe sanguin): specify
Date and time of accident/beginning of disease: (date et horaire de l'accident/début de l'affection): Diagnosis, clinical details and dates/time : (diagnostic et détails cliniques avec dates et heures):		 MARK LESION(S)
Essential Lab results (Hgb, Hct, SatO₂, Coag etc.) with date/time: Résultats laboratoire avec dates / heures:		
Results of X-rays, Ultrasound, CT, MRI etc. with date/time: Autres résultats (Radiographie, Scanner etc.) avec dates / heures:		
Wounds/Burns: TBSA – <u>T</u>otal <u>B</u>urned <u>S</u>urface <u>A</u>rea (rule of nines) (Plaies / Brûlûres: TBSA – règle des neuufs):		

Last Name, First Name:	SER / ID No / PK (mle ou SS):
------------------------	-------------------------------

Previous medical history & long-term medication (Antécédents médicaux & médicaments habituels):		
Allergies (specify):	Motion sickness: Y ☐ N ☐ (Mal des transports)	Ear/Sinus Problems: Y ☐ N ☐ (Problèmes d'oreilles/sinus)
Received medical treatment and/or surgical procedure(s) with date(s): Traitements médicaux et / ou procédures chirurgicales reçus avec date(s):		
Decompensation risks (Risques de décompensation):		
Plaster cast or splint (plâtre ou attelle):	Yes ☐ No ☐	
Location:	Type:	Date of cast:

12. CURRENT PATIENT STATUS (État actuel du patient)

Respiration Status:			
☐ Spontaneous	☐ Dyspnoea	☐ Stridor / Spasticity	☐ Rhonchi
☐ Oxygen	l/min. Respiratory Rate:		/min
Ventilation Status:			
Intubation:	Respirator mode:	FiO ₂ :	P _{inst} :
	PEEP:	Freq:	/min
Circulation Status:		ECG:	
BP: / mmHg	HR: /min	☐ SR or Pacemaker (intact)	
☐ Stable	☐ Unstable	☐ Needs catecholamine	☐ SVES/AV-B. II/VES mono
		☐ QRS-Tachyc/VES poly/A. fib	☐ VT/VF/EMD
		☐ Other: AV-B III	
Most recent Blood gas analysis: DTG (Z): pH: BE: pCO ₂ : pO ₂ :			
Total number of peripheral i.v. accesses:			
Location(s): 1.		3.	
2.		4.	
Arterial and central venous accesses:		Location:	
CVC: ☐ 1 – lumen	☐ x-ray controlled	AC: ☐ radialis	
☐ 2 – lumen	☐ ECG - controlled	☐ femoralis	
☐ Multi - lumen			

Last Name, First Name:	SER/ID No/ PK (mle ou SS):
------------------------	----------------------------

Infusions: (perfusions)	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Medication in Syringe pumps:			
1.	Rate: mg/h	6.	Rate: mg/h
2.	Rate: mg/h	7.	Rate: mg/h
3.	Rate: mg/h	8.	Rate: mg/h
4.	Rate: mg/h	9.	Rate: mg/h
5.	Rate: mg/h	10.	Rate: mg/h

Drains:	
☐ Gastric ☐ Cerebral Ventricle ☐ Pleural left ☐ Pleural right ☐ BUELAU ☐ MONALDI ☐ VacuSeal ☐ Urinary (charr.:) (1 charri = 0.3mm) ☐ Abdominal ☐ Other (specify location):	

Requested Monitoring:	
☐ ECG ☐ non inv. BP ☐ inv. BP ☐ Oxygen sat. ☐ CVP ☐ PAP ☐ Capnometry ☐ ICP ☐ Temperature ☐ Blood Gas Analysis ☐ Pacemaker	

Neurological Status:						
Pupillary status at rest			Pupillary responses	Meningism	Pain	Paralysis
Left		Right	☐ Direct response ☐ Consensual response ☐ Accomodation response	☐ No ☐ Yes	☐ No pain ☐ Medium level ☐ Strong ☐ No evaluation possible	☐ No ☐ Yes, Specify:
☐	Narrow	☐				
☐	Mid	☐				
☐	Wide	☐				
☐	Unrounded	☐				

Glasgow Coma Scale (GCS):		
Eye Opening: specify	Motor response: specify	Verbal response: specify
Total GCS score /15		
Revised Trauma Score (RTS) - based on GCS, Systolic Blood Pressure (SBP – mm Hg) & Respiratory Rate (RR – breaths/min):		
RTS: specify		

Special treatment/special medication required on board: (Besoin de traitement particulier à bord)
Requested Medical crew composition: (Composition souhaitée de l'équipe médicale)

Last Name, First Name:	SER / ID No / PK (mle ou SS):
------------------------	-------------------------------

Additional requirements upon arrival at APOD: (Besoins particuliers à l'arrivée à l'aéroport)

13. TO BE COMPLETED BY VALIDATING FLIGHT SURGEON (à compléter par le Médecin Personnel Navigant):

1. Stresses of flight	Impact on patient, specify necessary countermeasures: (Effets sur le patient, préciser les précautions nécessaires):	
Decreased partial pressure of oxygen	No ☐	Yes:
Decreased barometric pressure (e.g. trapped air)	No ☐	Yes:
Decreased humidity in aircraft cabin	No ☐	Yes:
Turbulence, vibration, acceleration, deceleration	No ☐	Yes:
Unstable temperature	No ☐	Yes:
Decreased lighting	No ☐	Yes:
Increased noise	No ☐	Yes:
Anxiety / apprehension	No ☐	Yes:
Other special considerations:		
Special diet requirements: specify In detail – if applicable:		

2. Flight medical advice		
Advice on patient preparation for flight:		
Advice on premedication for flight: ▪ Analgesics ▪ Antiemetics ▪ Thrombosis prophylaxis		
Cabin Altitude restriction: specify	If yes: restriction to	Feet cabin altitude
Advice on patient transport: ▪ In-flight Oxygen: ▪ Positioning of patient:		
FS Name, Rank & Signature:		

This form should be checked by NPECC before being submitted to EATC

Message de demande de MEDEVAC STRATÉGIQUE

Les champs à renseigner figurent en rouge.

FM DEMANDEUR

TO SANTE EMO PARIS

INFO

UNITE METROPOLE DU PATIENT

UNITE DE SEJOUR DU PATIENT

ORGANISMES D'ADMINISTRATION

BT

DIFFUSION RESTREINTE

MCA / MEDEVAC

OPS /

NMR /

OBJ / DEMANDE DE MEDEVAC P1 ou P2 ou P3 DEPUIS LIEU D'ORIGINE

REF / PIA-4.10.1 STRATEVAC(2017)

TXT

PRIMO

VOUS DEMANDE MEDEVAC AU PROFIT DE :

ALPHA / GRADE PRENOM NOM

BRAVO / MATRICULE

CHARLIE / NE LE XX / XX/ XXXX

DELTA / UNITE France

ECHO / UNITE Théâtre

SECUNDO

ALPHA / AEROPORT D'EMBARQUEMENT SOUHAITE

BRAVO / AEROPORT D'ARRIVEE SOUHAITE

CHARLIE / TRANSPORT / COUCHE ou ASSIS

DELTA / ACCOMPAGNEMENT MEDICAL (EX : REA/MED/INF...) SOUHAITE

ECHO / DELAI SOUHAITE ENTRE MSG DE DEMANDE MEDEVAC ET DECOLLAGE DU

VECTEUR / P1 = MOINS DE 3 H ou P2 = MOINS DE 24 H ou P3 = PLUS DE 24 H

TERTIO

PMR EN COURS DE TRANSMISSION

QUARTO

POC DU DEMANDEUR

BT

Catégorisation des critères de l'AAMedP-1.1

CATÉGORISATION DE PATIENTS POUR AE (évacuation aéromédicale de patients)

Ce système est utilisé pour aider le personnel responsable de la coordination des mouvements de malades et de blessés afin d'estimer l'**urgence**, le **soutien médical nécessaire** et le **besoin d'espace**, sans se référer à des informations cliniques détaillées non facilement disponibles.

A. **PRIORITÉ** (degré d'urgence)

P1 = Urgent : malades et blessés pour lesquels une évacuation rapide (décollage < 12h pour le STANAG 3204 Édition 8) est nécessaire pour sauver leur vie, soulager des membres, empêcher des complications graves ou éviter une infirmité permanente sérieuse. Pour la France, le délai de décollage est de 3h.

P2 = Prioritaire : malades et blessés qui ont besoin d'un traitement spécial qui ne peut être administré sur place et qui auraient à supporter des douleurs ou des infirmités sans raison, à moins qu'ils ne soient évacués dans les meilleurs délais (décollage < 24h).

P3 = Routine : malades ou blessés qui peuvent recevoir sur place les soins nécessaires mais dont l'évolution serait nettement améliorée s'ils pouvaient être évacués lors d'un vol de routine (> 24h).

B. **DÉPENDANCE** (besoins en soutien médical)

D1 = Élevée : patients qui ont besoin d'un soutien médical intensif en vol (patient ventilé, contrôle de la pression veineuse centrale, surveillance cardiaque, inconscient ou sous anesthésie totale).

D2 = Moyenne : patients qui, bien qu'ils n'aient pas besoin d'un soutien médical intensif, nécessitent une surveillance régulière et fréquente et dont l'état peut s'aggraver en vol (patient combinant oxygénothérapie, une ou plusieurs perfusions et drains ou cathéters multiples).

D3 = Basse : patients dont l'état ne devrait pas s'aggraver en vol, mais qui nécessitent des soins infirmiers (oxygénothérapie simple, perfusion ou cathéter urinaire).

D4 = Minimale : patients qui ne nécessitent pas de soins infirmiers en vol, mais qui peuvent avoir besoin d'aide pour leur mobilité ou certaines fonctions corporelles (ex : bras plâtré : assistance pour s' (dés)habiller et pour les repas).

C. **CLASSIFICATION** (besoins en espace et en assistance/surveillance physique)

1. CLASSE 1 – PATIENTS NEUROPSYCHIATRIQUES

a. **Classe 1A : cas psychiatriques graves (couchés)** : malades franchement déséquilibrés et inaccessibles, exigeant des moyens de contention, des calmants et une surveillance étroite.

b. **Classe 1B : cas psychiatriques de gravité moyenne (couchés)** : malades n'exigeant pas de moyens de contention et n'étant pas, pour le moment, mentalement dérangés, mais risquant de mal réagir au transport par air ou de compromettre leur sécurité ou celle de l'aéronef et de ses passagers. Ces patients réclament une surveillance étroite en vol et peuvent avoir besoin de calmants.

c. **Classe 1C : cas psychiatriques bénins (assis)** : malades prêts à coopérer et qui, en observation avant le vol, se sont montrés dignes de confiance.

2. CLASSE 2 – PATIENTS COUCHÉS (autres que psychiatriques)

a. **CLASSE 2A : patients couchés immobilisés** : patients qui ne peuvent en aucun cas (même en cas d'urgence) se mouvoir par leurs propres moyens.

b. **CLASSE 2B : patients couchés mobiles** : patients capables, en cas d'urgence, de se mouvoir par leurs propres moyens.

3. CLASSE 3 – PATIENTS ASSIS (autres que psychiatriques)

a. **CLASSE 3A** : patients assis, y compris les handicapés, qui, en cas d'urgence, auraient besoin d'aide pour échapper au danger.

b. **CLASSE 3B** : patients assis qui pourraient, en cas d'urgence, échapper au danger, sans aide.

4. CLASSE 4 – PATIENTS AMBULATOIRES (autres que psychiatriques)

Patients ambulatoires qui sont physiquement capables de voyager sans être accompagnés.

Demande d'incorporation des amendements

1. Le lecteur d'un document de référence interarmées ayant relevé des erreurs, des coquilles, des fautes de français ou ayant des remarques ou des suggestions à formuler pour améliorer sa teneur, peut saisir l'EMO Santé (copie CICDE) en les faisant parvenir (sur le modèle du tableau ci-dessous) au :

DCSSA
EMO Santé/M3
60, boulevard du général Martial Valin
75509 PARIS CEDEX 15

Copie : **CICDE**
École militaire
1, place Joffre – BP 31
75700 PARIS SP 07

N°	Origine	Paragraphe (n°)	Sous-paragraphe	Ligne	Commentaire
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

2. Les amendements validés par le Directeur du CICDE seront répertoriés **en rouge** dans le tableau intitulé « *Récapitulatif des amendements* » figurant en **page 5 de la version électronique du document**.

Partie I – Sigles, acronymes et abréviations

- G01. Les sigles, acronymes et abréviations d'origine française sont écrits en **Garamond gras, taille 9, caractères romains, couleur rouge**. Les sigles, acronymes et abréviations d'origine anglo-saxonne sont écrits en **Garamond gras, taille 9, caractères italiques, couleur bleue**.

AECC	<i>Aeromedical Evacuation Control Center</i>
AAMedP	<i>Allied Aeromedical Publication</i>
AJP	<i>Allied Joint Publication</i>
AUG	Avion à Usage Gouvernemental
BMPM	Bataillon des Marins Pompiers de Marseille
BSPP	Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris
CMA	Centre Médical des Armées
COMANFOR	COMmANDant de la FORce
COMFOR	COMmandant des FORces de présence
COMSUP	COMmandant SUPérieur des forces
CONSMED	CONSeiller MÉDical
CPCO	Centre de Planification et de Conduite des Opérations
DCSSA	Direction Centrale du Service de Santé des Armées
DIASS	Directeur InterArmées du Service de Santé
DIRMED	DIRecteur MÉDical
DRSSA	Direction Régionale du Service de Santé des Armées
EATC	<i>European Air Transport Command</i>
EMO	État-Major Opérationnel
EMO-S	État-Major Opérationnel Santé
FAA	Forces armées aux Antilles
FANC	Forces armées en Nouvelle-Calédonie
FAZSOI	Forces armées dans la zone sud de l'océan Indien
GMC	Groupeement Médico-Chirurgical
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
IM	Instruction Ministérielle
INCAD	<i>Incapacitated Passengers Handling Advice</i>
MEDEVAC	<i>MEDical EVAcuation (= ÉVAcuation MÉDicale)</i>
MEDIF	<i>Medical Information Form</i>
MORPHEE	MOdules de Réanimation pour Patients à Haute Élongation d'Évacuation
OPCON	OPerational CONtrol
PECC	<i>Patient Evacuation Coordination Cell</i>
PES	Peloton d'Évacuation Sanitaire
PMR	<i>Patient Movement Request</i>
RSI	Règlement Sanitaire International
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
STANAG	<i>Standardized Agreement</i>
SSA	Service de Santé des Armées
UMO	Unité Médicale Opérationnelle
VAC	Voie Aérienne Civile
VAM	Voie Aérienne Militaire

Résumé

PIA-4.10.1_STRATEVAC(2017)

1. Missions interarmées conduites au profit de la communauté militaire, les évacuations médicales (*MEDEVAC*) stratégiques constituent un maillon essentiel du soutien médical des forces armées.
2. Il s'agit des évacuations réalisées depuis le lieu où stationne le patient (que ce soit sur les théâtres d'opérations, les pays de stationnement de forces de présence - incluant les ports où des patients seraient débarqués pour raison médicale de bâtiments de la Marine nationale - ou des pays, territoires ou départements ultramarins) vers la métropole.
3. Elles s'intègrent dans la chaîne médicale permettant au militaire français en mission, en exercice ou affecté à l'étranger, de bénéficier d'un transport sous supervision ou sous surveillance médicale en cas de maladie, de grossesse ou de blessure pour laquelle une prise en charge adaptée est nécessaire en métropole.
4. L'organisation de toutes les *MEDEVAC* stratégiques est confiée à la cellule M3/*MEDEVAC* de l'état-major opérationnel « santé » (EMO santé), où se trouve le régulateur national qui traite toutes les demandes d'évacuation de patient (*Patient Movement Request/PMR*).
5. Chaque année, près de 700 patients militaires sont rapatriés en métropole pour une raison médicale.



Ce document est un produit réalisé par le Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE), Organisme interarmées (OIA) œuvrant au profit de l'État-major des armées (EMA). Point de contact :

**CICDE,
École militaire
1, place Joffre – BP 31
75700 PARIS SP 07**

Le CICDE ne gère aucune bibliothèque physique et ne diffuse aucun document sous forme papier. Il met à la disposition du public une bibliothèque virtuelle unique réactualisée en permanence. Les documents classifiés ne peuvent être téléchargés que sur des réseaux protégés.

La version électronique de ce document est en ligne sur le site Intradef du CICDE (<http://portail-cicde.intradef.gouv.fr>).

ISBN : 978-2-11-131158-9 – Avril 2017