

Evacuations médicales aériennes stratégiques militaires depuis la bande Sahélo-Saharienne de 2013 à 2019

Type de contenu : Texte

Type de médiation : sans médiation

Type de support : Volume

Titre(s) : Evacuations médicales aériennes stratégiques militaires depuis la bande Sahélo-Saharienne de 2013 à 2019 : place et rôle du médecin urgentiste / Bérengère Arnoux ; directeur de thèse Cyril Carfantan

Auteur(s) : Arnoux, Bérengère (1993-....)

Autre(s) auteur(s) : Carfantan, Cyril (1978-...)
Sorbonne université Paris Faculté de médecine

Production : 2020

Description matérielle : 1 vol. (110 f.) : ill. ; 30 cm

Note sur les bibliographies et les index : Bibliogr. 99 ref. Annexes

Note de thèses et écrits académiques : Thèse d'exercice Médecine. Médecine d'urgence Sorbonne Université 2020

Résumé ou extrait : Les évacuations médicales aériennes stratégiques précoces sont une spécificité du SSA français. L'objectif est de pouvoir extraire les blessés au plus vite de la zone de combat pour compléter le "damage control" réalisé sur le terrain et ainsi réaliser le deuxième temps chirurgical en métropole dans une structure adaptée. Cette stratégie nécessite une chaîne médicale continue du lieu de la blessure à l'Hôpital d'Instruction des Armées en métropole. Les évacuations médicales stratégiques précoces par voie aérienne font partie de cette doctrine qui a pour corolaire de transporter des patients susceptibles d'être graves ou à risque d'instabilité. C'est cette particularité française qui explique en partie le déploiement majoritaire de médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) sur les vecteurs médicaux dédiés. Mais la ressource humaine spécialisée étant limitée et un afflux important de blessés devant être anticipé un questionnement apparaît sur la composition des équipes médicales d'évacuation. C'est dans ce contexte qu'intervient cette étude. Elle concerne les patients blessés ou malades, issus du plus important théâtre de cette décennie, la Bande Sahélo Saharienne, de 2013 à 2019. Les évacuations les plus urgentes (priorité 1 et 2) sur vecteur dédié (Falcon) ont été étudiées. L'objectif était de déterminer les caractéristiques (démographiques, logistiques et cliniques) de ces patients rapatriés, mais aussi rechercher des pistes de réflexion pour l'optimisation des déploiements des équipes médicales qu'ils s'agissent de MAR ou d'urgentistes. Cette étude a inclus 191 patients dont un civil en majorité masculin et de nationalité française. Cent trois patients ont été évacués pour des motifs traumatiques dont 68 (66%) polytraumatisés et 63 (61%) patients ont bénéficié d'une chirurgie de «damage control » avant la StratAE.

Quatre-vingt-huit (46%) patients ont été rapatriés pour des motifs médicaux principalement pour des pathologies cardiovasculaires et infectieuses. Les patients ont été catégorisés selon la classification STANAG 3204 en termes de priorité et de dépendance. La dépendance (D), qui est déterminée par le soutien médical nécessaire durant l'évacuation, s'avère à l'usage un critère majeur de sélection de l'équipe médicale de convoyage. Quarante-six patients ont été catégorisés D1 dont 89% ont été pris en charge par un réanimateur. Il s'agissait de patients majoritairement polytraumatisés dans un contexte post opératoire immédiat avec un score pronostic IGS-2 médian à 20.5 [15-35]. Quatre-vingt- quinze patients ont été catégorisés D2 dont 56% ont bénéficié du déploiement d'un MAR sur l'évacuation. Le score IGS-2 médian était de 8 [6-10.5]. Ils n'ont pas bénéficié de soutien vasopresseur et un seul patient a bénéficié d'une ventilation mécanique à la suite d'une erreur de catégorisation. Aucun n'a nécessité l'introduction d'amines lors du vol. La catégorisation STANAG 3204 est une échelle OTAN qui ne semble pas entièrement adaptée aux évacuations précoces dans un contexte post opératoire immédiat et à l'évolution des techniques de réanimation. Les critères D1 et D2 s'avèrent très larges d'utilisation et ne peuvent suffire à encadrer le choix du déploiement de l'équipe médicale. Du fait de la précocité des évacuations médicales, cette classification ne reflète pas l'instabilité initiale et le risque d'aggravation en vol. De la même façon, le critère D1 s'avère trop large pour réellement qualifier l'ensemble de la population de réanimation et 1*environnement humain et matériel pouvant être nécessaire. La place d'un MAR pour les évacuations de patients de dépendance 1, principalement les polytraumatisés en post opératoire immédiat à fort risque d'instabilité en vol semble indéniable. Une des pistes de réflexion mise en évidence dans ce travail serait une optimisation du déploiement de médecins urgentistes pour les patients de dépendance 2. La création du DES de Médecine d'Urgence proposant une formation polyvalente et spécifique, le développement de l'échographie d'urgence, et l'instauration d'exercice de simulation et de formations complémentaires spécifiques pourraient permettre un tel exercice.

Sujet - Nom commun : France -- Armées -- Services médicaux et sanitaires
Secours aux militaires blessés ou malades en temps de guerre
Opération Barkhane (2014-....)
Médecins militaires

Forme, genre ou caractéristiques physiques : Thèses et écrits académiques