Bilan des évacuations aéromédicales gérées par le *European Air Transport Command* après sa première année d'existence avec mise au point sur les résultats français

B. Renard, L. Fournil

Article reçu le 26 mars 2012, accepté le 29 septembre 2012.

Résumé

Au cours de sa première année calendaire d'existence, le *Aeromedical Evacuation Control Centre* au sein du *European Air Transport Command* à Eindhoven a reçu 1155 demandes de transport de patients provenant de tous les continents, qui ont dans 73 % des cas pu être transportés à moindre coût par des vecteurs militaires, parfois d'une autre nationalité que celle du patient. Cet article décrit les caractéristiques globales des patients pris en charge, les vecteurs aériens utilisés et en particulier les missions multinationales réalisées. Enfin, l'accent est mis sur les statistiques des patients français qui représentent 58 % des demandes de transport reçues. La discussion permet de commenter ces résultats et d'envisager des voies de progrès dans cette gestion commune des évacuations aéromédicales.

Mots-clés : Centre de contrôle des évacuations aéromédicales. Commandement européen du transport aérien. Demande de transport de patient. Évacuation aéromédicale stratégique. STRATAEROMEDEVAC.

Abstract

EUROPÉEN AIR TRANSPORT COMMAND RESULTS OF AEROMEDICAL EVACUATIONS AFTER ONE YEAR OF EXISTENCE: FOCUS ON THE FRENCH RESULTS.

Within the European Air Transport Command, the Aeromedical Evacuation Control Centre received 1155 patient movement requests during its first fiscal year of existence and succeeded in transporting 73 % of the patients on cost-effective and sometimes cross-national military flights. This article describes the global characteristics of the patients, the chosen aircrafts and focuses especially on the cross-national missions. Last, the emphasis is laid on the French scores, bearing in mind that they represent 58 % of all the patient movement requests received. Some comments on these results and proposals for further improvement of multinational aeromedical evacuation management are eventually discussed.

Keywords: Aero medical Evacuation Control Centre. Cross-national evacuation. European Air Transport Command. Patient movement request. Strategic aeromedical evacuation.

Introduction

L'*European Air Transport Command* (EATC) a été créé en septembre 2010 pour optimiser la gestion de la flotte de transport aérien militaire des quatre pays participants (Allemagne, Belgique, France et Pays-Bas). Au sein de l'EATC, l'*Aeromedical Evacuation Control Centre* (AECC) se consacre exclusivement à l'organisation du transport du fret le plus précieux, à savoir les patients, pour les évacuer dans les meilleures conditions possibles et au meilleur coût vers leur pays d'appartenance.

B. RENARD, médecin en chef, praticien confirmé. L. FOURNIL, adjudant AECC assistant.
Correspondance : Médecin en chef B. RENARD, EATC, AB. Eindhoven, PO Box 52 – 5600AB Eindhoven, Pays-Bas.
E-mail : b.renard@eatc-mil.com

Cet article se propose de faire le bilan de la première année calendaire d'existence de l'AECC, en présentant tout d'abord les statistiques globales des patients, les caractéristiques des aéronefs utilisés et les missions réalisées de façon multinationale, avant de décrire plus précisément les caractéristiques françaises. La discussion finale permettra de commenter ce bilan et d'aborder certaines difficultés dans le domaine de la gestion commune des évacuations aéromédicales.

L'EATC gère en commun les aéronefs de transport militaires placés volontairement sous son contrôle opérationnel (OPCON) par les nations membres, afin d'optimiser leur emploi (efficacité accrue) tout en réalisant de substantielles économies (meilleure efficience) (1, 2). Or, tous les aéronefs des nations membres n'ont pas été placés sous le contrôle opérationnel

de l'EATC, certaines missions sensibles comme le ravitaillement en vol ou les missions au profit des forces spéciales pour la France, ou encore le transport de personnalités pour la majorité des pays participants étant toujours gérées au niveau national. Les aéronefs sous contrôle de l'EATC utilisés principalement pour les évacuations aéromédicales (telles que définies par le STANAG 3204 (3)), sont essentiellement les avions tactiques C130 Hercule (fig. 1), C160 Transall (fig. 2), et Casa CN235 en attendant prochainement l'A400M, ainsi



Figure 1. C130 Hercule.



Figure 2. C160 Transall.

que les avions gros porteurs de type commercial KDC10 et Airbus A340 (fig. 3), A330 et A310 (dont un A310 allemand d'alerte 24/24 en configuration d'évacuation aéromédicale avec 6 modules pour soins intensifs et 38 brancards (fig. 4),). Les quatre Embraer ERJ135 et ERJ145 belges qui n'ont pas été mis sous OPCON permanent de l'EATC peuvent relativement facilement être utilisés pour une mission d'évacuation aéromédicale, l'aéronef étant ponctuellement placé sous OPCON EATC (l'AECC reçoit alors officiellement une demande de transport de patient ou PMR, *Patient Movement Request*), ou la mission étant gérée de façon nationale sans qu'une PMR ne soit adressée à l'AECC. De même, un Airbus



Figure 3. Airbus A340.



Figure 4. Airbus A310 allemand en configuration AE.

A319 allemand avec possibilité de transporter un patient en soins intensifs peut temporairement être confié à l'EATC pour cette mission d'évacuation aéromédicale, avec utilisation d'une PMR. Du côté français, les Boeing KC135 pouvant accueillir les modules Morphée (4) ou les Falcon 50 et 900 utilisés couramment comme vecteurs dédiés d'évacuation pour raison médicale (ex « évasan ») (5-7) ne sont pas sous OPCON EATC : leurs statistiques (91 patients transportés en 2011, à savoir 23 patients lors de deux missions Morphée, 27 patients sur Falcon 50 et 41 patients sur Falcon 900) ne font donc pas partie des résultats exposés ici.

Caractéristiques globales des patients gérés par l'AECC

Les données administratives et médicales des patients nous paraissant pertinentes fournies par les PMRs, ainsi que les caractéristiques du transport aérien réellement effectué fournies par les *Patient Evacuation Coordinating Center* (PECC) nationaux – dans le cas de la France l'EMO Santé – ont été colligées en flux continu dans un fichier Excel® (Microsoft Office Excel 2007) ; leur saisie a été réalisée par un opérateur unique afin de réduire les

divergences d'interprétation entre plusieurs opérateurs. Les tableaux et graphiques ci-dessous sont majoritairement issus du calculateur Excel.

La montée en puissance de l'EATC ayant été progressive à partir du 1er septembre 2010, et le transfert des aéronefs sous son autorité ne s'étant pas déroulé au même moment pour toutes les nations (15 octobre pour l'Allemagne, 26 novembre pour les Pays-Bas, 1er décembre 2010 pour la France et finalement 28 avril 2011 pour la Belgique), nous avons choisi arbitrairement de présenter comme premiers résultats l'année calendaire 2011, même si la Belgique n'y a participé que durant huit mois. Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011, l'AECC a reçu 1 155 demandes de transport de patients (fig. 5) : 672 (58,2 %) concernaient des patients français, 393 (34,0 %) des ressortissants allemands, 43 (3,7 %) patients

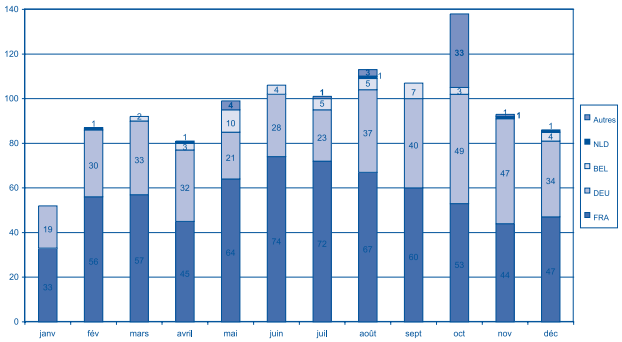


Figure 5. Nombre de patients par mois et par nationalité.

étaient belges, tandis que 5 patients (0,4 %) étaient de nationalité néerlandaise. Des ressortissants de pays non-membres de l'EATC (pour un total de 42 patients, soit 3,6 %) ont également été pris en charge par l'AECC, sur décision du ministère des Affaires étrangères allemand pour 2 patients afghans et 33 patients libyens, ces derniers évacués lors d'une mission réalisée le 18 octobre au moyen de l'Airbus A310 allemand en configuration Aeromedical Evacuation (AE) entre Sfax (Tunisie) et Cologne, ou dans le cadre d'accords bilatéraux de soutien médical pour 5 Hongrois, 1 Polonais (3 Hongrois et 1 Polonais étant évacués sur le même Airbus A310 dédié allemand ayant effectué le trajet Termez-Budapest-Cologne) et 1 Anglais (vol en C160 Transall entre Bologne et Birmingham).

Les patients étaient dans la très grande majorité des hommes (1 083 patients, soit 93,7 %), l'âge moyen s'établissait à 30,8 ans avec des extrêmes allant de 14 ans pour un patient libyen, à 61 ans pour un patient allemand évacué de Termez. Mille cent quinze patients (96,5 %) étaient militaires, et leur armée d'appartenance se répartissait comme suit : 755 (67,7 %) pour l'armée de Terre, 196 (17,6 %) pour la Marine, 80 (7,2 %) pour l'armée de l'Air, 52 (4,7 %) pour les forces de Police militaire et de Gendarmerie, enfin 32 (2,8 %) pour les personnels de santé.

La catégorisation des patients selon la définition du STANAG 3204 s'établissait comme suit : 21 des PMR reçues (1,8 %) étaient des priorités P1, imposant un décollage du vecteur dans les 12 heures après réception de la PMR ; 71 (6,2 %) étaient des priorités P2, avec décollage du vecteur entre 12 et 24 heures après réception de la PMR ; l'immense majorité des PMR (1063, soit 92 %) étaient des priorités P3, avec délai de décollage supérieur à 24 heures. Concernant la dépendance des patients, permettant d'évaluer l'importance du soutien médical à fournir durant le vol, 17 patients (1,5 %) relevaient de la dépendance D1 (élevée, correspondant à des soins intensifs durant le vol), 60 (5,2 %) de la dépendance D2 (moyenne, correspondant à des patients nécessitant une surveillance régulière et dont l'état est susceptible de se détériorer durant le vol), 165 (14,3 %) de la dépendance D3 (basse, correspondant à des soins infirmiers pour des patients dont l'état n'est pas supposé se détériorer durant le vol), 913 enfin (79 %) de la dépendance D4 (minimale, correspondant à l'absence de surveillance infirmière mais pouvant nécessiter de l'aide pour les actes de la vie courante). La classification des patients, permettant d'adapter la configuration de l'aéronef et l'accompagnement requis, était la suivante (fig. 6) : 230 patients (soit 19,9 %) appartenaient à la classe 1 des patients évacués pour cause neuro-psychiatrique, avec au sein de ce groupe 4 patients de classe 1A (patients psychiatriques sévères, nécessitant une immobilisation sur brancard avec sédation et surveillance rapprochée), 14 patients de classe 1B (patients de gravité intermédiaire pouvant potentiellement mal réagir au vol ou susceptibles de mettre en danger l'aéronef ou ses occupants ; une civière doit être disponible au cas où une sédation soit nécessaire durant le vol), 212 patients enfin de classe 1C (patients coopératifs et fiables pouvant voyager assis). La classe 2 correspondant aux patients, autres que psychiatriques, devant voyager allongés, comportait 189 patients (soit 16,4 %) : 69 de la sous-catégorie 2A qui même en cas d'urgence sont incapables de se mobiliser seuls, et 120 de la sous-catégorie 2B qui peuvent en cas de besoin se déplacer de façon autonome. La classe 3 correspondant aux patients autres que psychiatriques voyageant en position assise, comportait 334 patients (28,9 %) : là encore, 106 patients de la sous-catégorie 3A ayant besoin d'assistance pour évacuer l'aéronef en cas d'urgence, et 228 patients de la sous-catégorie 3B pouvant quitter l'aéronef de façon autonome si besoin est. Autant que possible, les patients appartenant à l'une des trois classes ci-dessus devraient

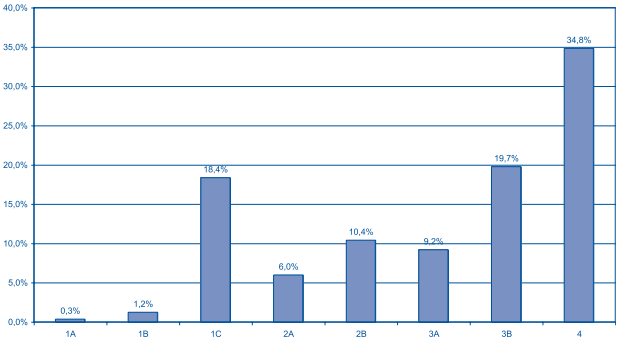


Figure 6. Répartition par classe en pourcentage.

être accompagnés durant le vol, par du personnel médical ou non-médical (aide au port des bagages par exemple pour les patients classés 3B). Les patients catégorisés classe 4 (402 patients, soit 34,8 % des PMR reçues) sont quant à eux des patients ambulatoires capables médicalement de voyager sans accompagnement.

Les causes de l'évacuation aéromédicale se répartissaient comme suit (fig. 7) : 436 patients (37,7 %) pour blessure subie hors combat, 247 (21,4 %) pour stress de combat, 330 (28, %) pour maladie, 132 (11,4 %) pour blessure au combat et 10 autres (diagnostics de grossesse uniquement) (0,9 %).

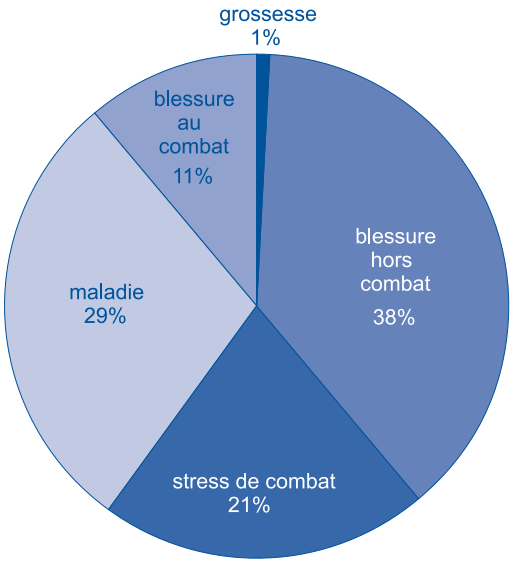


Figure 7. Causes des évacuations pour l'ensemble de l'AECC.

Caractéristiques globales des missions réalisées

Le type de mission (aéronef civil ou militaire, et pour ces derniers vol de routine ou dédié à l'évacuation aéromédicale) est présenté par pays d'appartenance des patients dans la figure 8. En réponse à la totalité des 1 155 demandes de transport reçues par l'AECC, 844 patients (soit 73 %) ont pu être transportés par un aéronef militaire dont 136 (11,8 % du total) via un vecteur dédié ; 311 patients (27 %) ont eu recours à une compagnie aérienne civile faute de vecteur militaire disponible. Les chiffres diffèrent néanmoins en fonction de la nationalité du patient : au cours de l'année 2011, 68 % des patients français (457 sur 672) ont utilisé un vecteur militaire, contre 78 % des patients allemands (306 sur 393) et 79 % des patients belges (34 sur 43). Les cinq patients néerlandais ont tous été transportés par des vecteurs militaires. L'évolution mensuelle du ratio vol militaire/vol civil ainsi que les tendances annuelles pour les vols militaires et civils sont présentées dans la figure 9. Quant à la figure 10, elle montre les types d'avions militaires utilisés par ordre décroissant : 2 aéronefs (Airbus A310 et A340) représentent à eux seuls 82 % des avions utilisés, avec respectivement 50,6 % et 31,4 % des missions réalisées. Le total des avions militaires utilisés excède légèrement le nombre de 844 patients transportés par un aéronef militaire, deux vecteurs militaires différents ayant parfois été nécessaires pour évacuer certains patients.

Le classement décroissant des 10 principaux aéroports d'embarquement pour l'ensemble des patients est détaillé dans la figure 11, pour un total de 95 provenances différentes de tous les continents ; ces 10 lieux d'embarquement principaux correspondent à 70 % des missions.

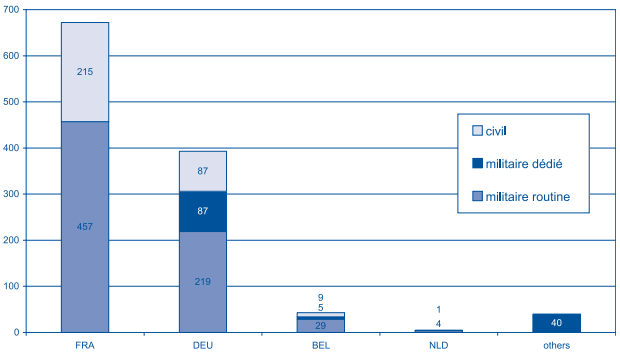


Figure 8. Type de mission selon la nationalité du patient.



Figure 9. Statut de l'aéronef (militaire ou civil) par mois.

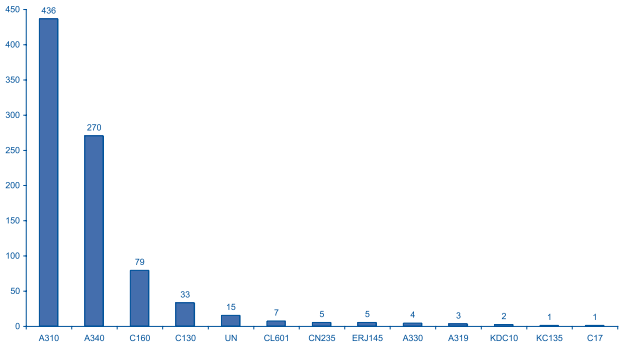


Figure 10. Aéronefs militaires utilisés.

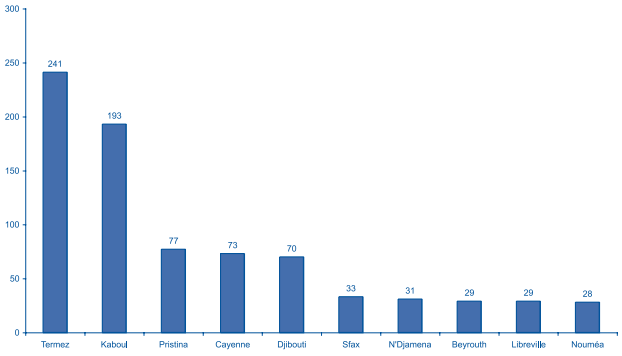


Figure 11. Principaux aéroports d'embarquement.

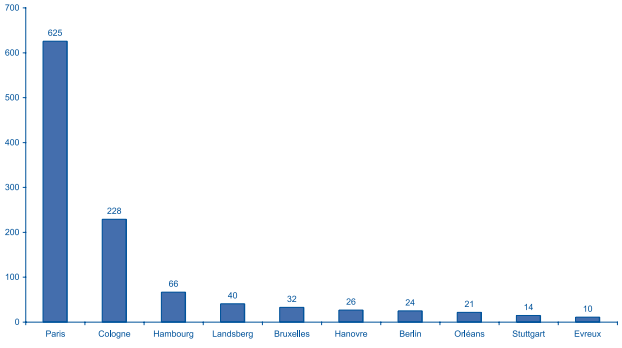


Figure 12. Principales destinations.

Les destinations principales pour l'ensemble des patients, sur un total de 36 aéroports d'arrivée, sont décrites dans la figure 12, avec Paris comme première destination française pour 54 % des patients, et Cologne comme première destination allemande pour 19,7 % des patients ; ces 10 principales destinations concernent 94 % des patients transportés.

L'AECC a organisé 45 vols dédiés aux évacuations aéromédicales, pour 136 patients ; les nationalités des patients en ayant bénéficié sont exposées dans la figure 13 tandis que les avions utilisés sont présentés dans la figure 14. Malheureusement les Challengers CL 601 allemands utilisés pour sept patients ont été retirés du service en novembre 2011 et ont été remplacés par le Global 5000, jet très performant et rapide mais qui n'est

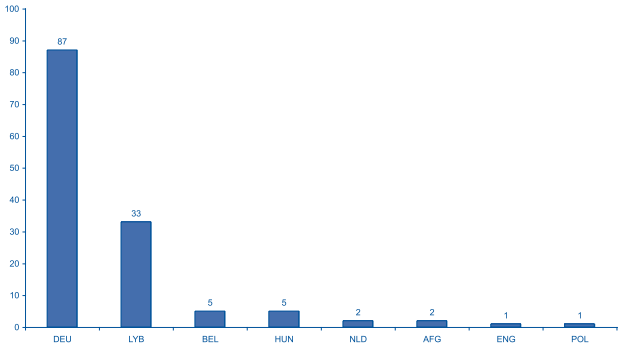


Figure 13. Patients ayant bénéficié de vols dédiés.

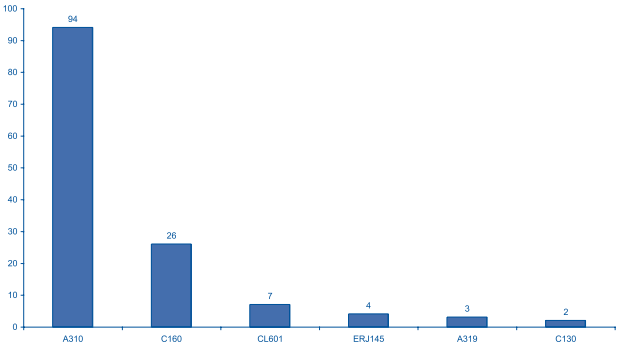


Figure 14. Aéronefs utilisés pour les vols dédiés.

actuellement disponible qu'en version VIP et par conséquent moins propice à la réalisation d'évacuations aéromédicales.

Missions multinationales

La mutualisation des ressources en vecteurs aériens disponibles pour obtenir une plus grande efficience, but de l'EATC, s'applique également au transport de patients : c'est pourquoi l'AECC essaie dans la mesure du possible en fonction de l'état clinique du ou des intéressé(s) et de sa (ses) localisation(s) de fournir un vecteur militaire pour effectuer la mission. L'EATC a ainsi permis l'établissement de 89 missions multinationales en 2011, correspondant à 7,7 % des patients transportés : parmi elles, 46 missions (3,9 % du total) ont été réalisées au profit de patients originaires de nations membres de l'EATC, 7 au profit de ressortissants de nations membres de l'OTAN, et 35 au profit de ressortissants du théâtre d'opération (33 Libyens et 2 Afghans). La figure 15 présente leur pourcentage en fonction du nombre mensuel de patients transportés, ainsi que la tendance au cours de l'année.

Une étude plus poussée fait apparaître quelques différences entre les nations membres de l'EATC : 1,8 % (7 sur 393) des patients allemands ont bénéficié d'un aéronef non germanique, tandis que 2,7 % (18 sur 672) des patients français ont utilisé un vecteur militaire extranational. Ce chiffre s'établit à 41,8 % (18 sur 43) pour la Belgique et 80 % (4 sur 5) pour les Pays-Bas. L'Allemagne a transporté sur ses vecteurs 61 ressortissants

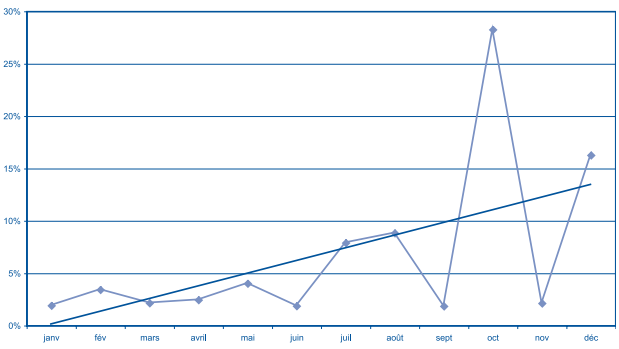


Figure 15. Missions multinationales.

d'une autre nationalité (soit 16,3 % des patients transportés), la France 16 (correspondant à 3,5 %), la Belgique 9 (soit 36 %), enfin les Pays-Bas 1 (soit 50 %).

Ces missions multinationales entrent dans une banque d'échange de Services entre les armées de l'Air participantes, basée sur le protocole *Air Transport and Air-to-air Refuelling and other Exchange of Services* (ATARES) qui permet une mutualisation des capacités de transport aérien et de ravitaillement en vol en évitant tout échange financier, la « monnaie d'échange » étant définie comme une heure de vol de C130 Hercules (ayant par définition la valeur 1 EFH ou Equivalent Flying Hour). Chaque nation participante (au nombre actuel de 19) établit le coût réel de cette unité pour l'année en cours ainsi que les équivalences des autres moyens aériens dont elle dispose. Ce tarif de l'heure de vol de C130 Hercules était fixé par la France au 1er juin 2010 à 11 604 euros. Un passager « coûte » ainsi 1/150e d'EFH, l'Embraer ERJ135 belge en configuration d'évacuation aéromédicale (AE) « coûte » 0,65 EFH, tandis que l'Airbus A310 allemand en configuration AE est annoncé à 2,50 EFH. Chaque mission entrant dans ce cadre ATARES est enregistrée par le Movement Control Centre Europe (MCCE) situé à proximité immédiate de l'EATC sur la base aérienne d'Eindhoven ; chaque nation possède son propre compte qui doit rester autant que possible à l'équilibre. Si une nation demande l'utilisation à son profit exclusif d'un aéronef, elle devra supporter la totalité du coût de cette mission dans ATARES ; elle n'en paiera qu'une partie, fonction du nombre de passagers (cf. 1/150e d'EFH par passager) ou de la quantité de fret demandée si elle ne fait qu'utiliser une mission déjà planifiée par une autre nation (partload). Des logiciels permettent ainsi de calculer le surcoût engendré par l'adjonction d'une étape au plan de vol initial pour aller chercher un patient par exemple, en fonction du temps de vol supplémentaire effectué et du poids chargé, mais ce surcoût est limité par rapport au règlement de la totalité de la mission. Globalement, l'utilisation d'un vol militaire planifié par une autre nation, vol de routine par exemple ou vol dédié multinational, reste pour la nation profitant de cette opportunité d'un coût minime, bien inférieur au montant à débourser pour l'utilisation d'un vecteur civil. Même s'il ne nous a pas été possible d'obtenir le montant moyen d'un billet d'avion civil payé en 2011 par la France pour le transport de ses ressortissants, nous pouvons en avoir une idée avec nos collègues allemands, qui ont en moyenne dépensé 2 000 euros par billet. De plus, la dette dans ATARES pourra ultérieurement être équilibrée par un service d'un autre genre, comme le transport de fret ou un largage de parachutistes. Le but de l'AECC est donc de limiter les coûts du transport en favorisant ces missions multinationales lorsqu'un vecteur militaire homonational au patient n'est pas disponible. Historiquement, la première mission multinationale organisée par l'AECC a été le transport le 10 janvier 2011 d'un patient allemand victime de brûlures sur un A310 français effectuant un vol Pristina – Cologne, avec le soutien médical d'une convoyeuse française. Le premier patient français ayant bénéficié d'un vol multinational, en l'occurrence un C160 allemand effectuant le trajet Chania – Dijon, a été un patient évacué sans escorte le 9 juin 2011 pour traumatisme des membres inférieurs non lié au combat.

Résultats français

Comme décrit plus haut, la France est le principal solliciteur de l'AECC, avec 672 demandes de transport de patients, correspondant à 58,2 % du nombre total de PMRs reçues. Les raisons de ces évacuations, exposées dans la figure 16, diffèrent légèrement des résultats globaux de l'AECC, avec 258 patients (38,4 %) transportés pour blessure subie hors combat, 201 (29,9 %) pour stress de combat, 154 (22,9 %) pour maladie, 51 (7,6 %) pour blessure au combat et 8 diagnostics de grossesse (1,2 %). Les classifications

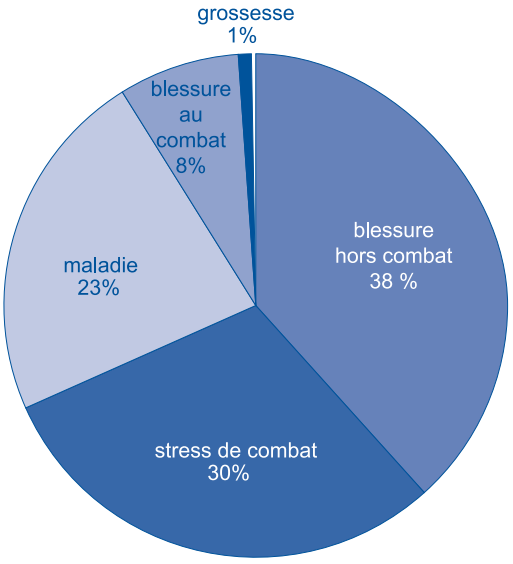


Figure 16. Causes des évacuations pour les patients français.

sont les suivantes : 1 patient (0,15 %) en priorité P1, 24 (3,6 %) en priorité P2, et 647 (96,25 %) en priorité P3. La dépendance propre aux Français est répartie en 1 patient (0,1 %) en D1, 10 (1,5 %) en D2, 77 (11,5 %) en D3 et 584 (86,9 %) en D4. La classe enfin est résumée dans la figure 17 : la classe 4, première catégorie en nombre, correspond à 33 % des patients. Six cent trente-sept patients (94,8 %) étaient ambulatoires, tandis que 37 patients (5,2 %) étaient alités durant le vol. Quatre cent cinquante-sept patients (68 %) ont pu être transportés par Voie aérienne militaire (VAM), contre 215 (32 %) par Voie aérienne civile (VAC). Aucun patient français n'a été transporté sur un aéronef dédié géré par l'AECC en 2011. Concernant l'accompagnement des patients durant la mission, près de la moitié des patients (317, soit 47,2 %) étaient escortés par un(e) convoyeur(euse) de l'Escadrille Aérosanitaire 06.560 « Étampes » basée à Villacoublay, 23 (3,4 %) par du personnel de santé spécifiquement formé aux évacuations aéromédicales (incluant cinq missions réalisées par des auxiliaires sanitaires « paramedics » belges et allemands), 55 (8,2 %) par du personnel de santé non spécifiquement entraîné

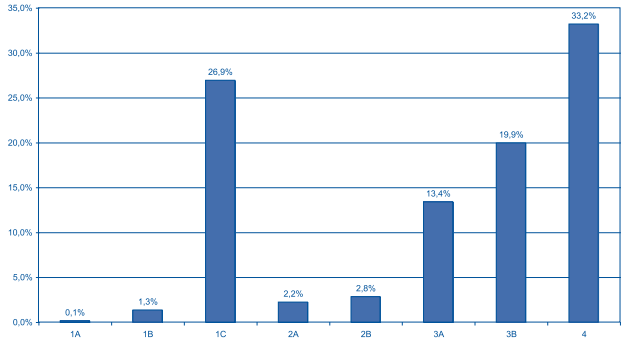


Figure 17. Répartitions par classe des patients français.

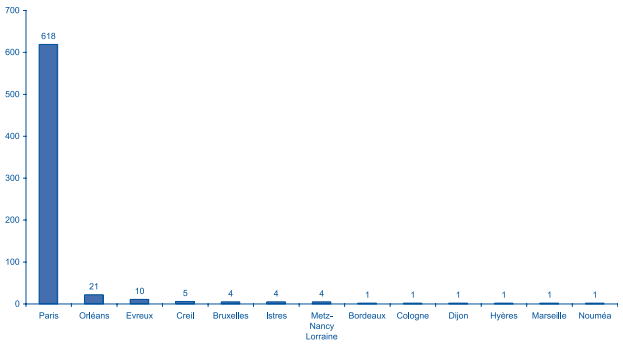


Figure 19. Destinations des patients français.

(personnel infirmier ou médecin non titulaire du brevet aéronautique), enfin 294 (43,8 %) non escortés. Certains patients ont pu être soutenus par plusieurs personnels, ce qui explique le chiffre total de 395 accompagnants pour 378 patients escortés. Les 10 principales villes de départ des patients par ordre décroissant, pour un total de 50 aéroports d'embarquement différents, sont exposées dans la figure 18 : ces dix principaux aéroports d'embarquement regroupent 74,4 % des patients. La totalité des treize destinations des patients français est présentée dans la figure 19 : Paris à lui seul correspond à 92 % des destinations.

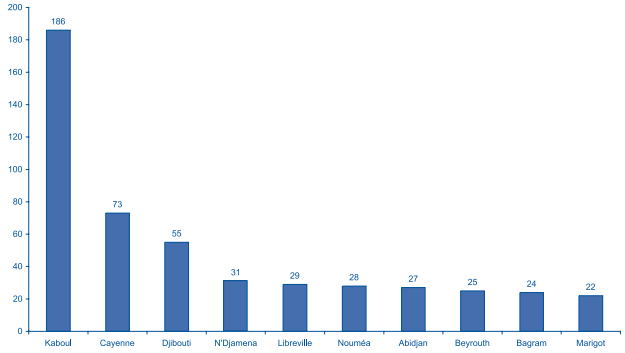


Figure 18. Principaux aéroports d'embarquement des patients français.

Si l'on regarde les missions multinationales, 17 patients français ont bénéficié d'un transport par un aéronef militaire d'une autre nationalité, répartis pratiquement à égalité entre aéronefs allemands et belges : 3 patients ont utilisé un Hercules C130, 3 un Embraer ERJ145, enfin 2 patients un Airbus A330 belges, tandis que 8 patients ont été évacués par un Airbus A310 et 1 patient par un Transall C160 allemands.

Discussion et voies de progrès

Le fait que les aéronefs français les plus utilisés pour le transport urgent de patients nécessitant des soins intensifs, Falcons et KC135, ne soient pas sous le contrôle opérationnel de l'EATC, et donc que les patients ayant bénéficié de ces vecteurs ne figurent pas dans ces statistiques, explique aisément les pourcentages inférieurs pour la France par rapport aux résultats globaux de l'AECC dans la priorité d'évacuation et dans la dépendance des patients. Ce fait explique également la moindre proportion de patients alités (appartenant aux classes 2A et 2B) dans les statistiques françaises par rapport aux statistiques globales. Fait intéressant, ce déficit en pourcentage se reporte quasiment en totalité sur les patients classés 1C, soit les patients évacués pour raison psychiatrique ou psychologique, sans gravité, ces patients ne nécessitant effectivement pas de vecteur dédié le plus souvent. Proportionnellement, les patients français sont plus souvent évacués pour cause de stress de combat (30 % contre 21 % dans les résultats globaux), et moins pour maladie (23 % contre 29 %). Les taux de blessures hors combat et de grossesses sont identiques dans les deux cas. Les raisons d'évacuation pour l'ensemble de l'AECC sont comparables aux données de la littérature décrivant les causes des évacuations aéromédicales au cours des opérations Iraqi Freedom et Enduring Freedom.

L'AECC a obtenu dès sa première année d'existence des résultats concrets indéniables dans la gestion commune des évacuations aéromédicales, avec une proportion croissante de vecteurs militaires utilisés, synonyme d'économies substantielles. Hélas, cette progression ne pourra mathématiquement se poursuivre indéfiniment dans le futur : une stabilisation de ce pourcentage dans la valeur la plus élevée possible doit être le but visé…

Le nombre total de patients transportés sur des vecteurs hétéronationaux constitue également un autre témoin efficace de l'action de l'AECC : là encore, la progression du pourcentage de ces missions multinationales au cours de l'année est un légitime sujet de fierté. Néanmoins, ce résultat est faible par rapport au nombre total de patients gérés par l'AECC, et le pourcentage diminue encore de 7,7 % à 3,9 % si l'on ne considère que les services rendus entre nations membres de l'EATC. Ce pourcentage aurait facilement pu être augmenté en créant dès l'arrivée de la coalition internationale dans le théâtre afghan une plate-forme commune d'embarquement pour les vols stratégiques : les Allemands par exemple ont choisi Termez comme aéroport d'embarquement principal au départ du théâtre, mais les Français ne peuvent en bénéficier, les autorités ouzbèques ne l'ayant pas

souhaité. Les deux vols planifiés par semaine Termez-Cologne en A310 ne sont donc pas exploitables pour des personnels français. Les Allemands quant à eux, et contrairement aux Français, refusent de poser leurs Airbus à Kaboul pour raisons de sécurité, ceux-ci n'étant pas auto-protégés…

Si l'organisation de missions multinationales en utilisant des vols de routine n'est pas rare au sein de l'AECC, les missions multinationales avec des vecteurs dédiés représentent un défi plus difficile à relever : le délai d'évacuation est plus court, avec des patients plus graves devant être escortés par du personnel médical spécialisé. Aucun patient français par exemple n'en a bénéficié en 2011. Néanmoins, l'AECC est intimement persuadé que seule la persévérance dans cette voie de la coopération multinationale permettra de répondre de façon adéquate aux besoins futurs de nos forces armées respectives : une fois décidé le déclenchement d'un vol dédié, il est de l'intérêt de tous d'essayer de le rentabiliser au maximum, en fonction de ses capacités d'emport, en proposant les places disponibles à bord aux nations nous informant de leurs besoins. Par exemple, s'il est déjà en vol en direction de, ou en escale dans le théâtre afghan, l'A310 allemand dédié peut permettre d'éviter de déclencher un Falcon pour évacuer en urgence vers la métropole un patient français.

Le développement de ces missions multinationales dédiées avec des équipages médicaux mixtes (également multinationaux) nécessite en avance de phase la reconnaissance par chaque nation des compétences médicales des intervenants, ainsi qu'une formation spécifique sur l'aéronef utilisé, afin que ces personnels puissent être considérés comme des membres d'équipage à part entière. Cette qualité implique en effet une connaissance des matériels médicaux embarqués, des spécificités de l'avion et des procédures d'évacuation d'urgence de l'aéronef si besoin. L'Allemagne a ainsi déjà validé cette formation pour 9 personnels français, 9 néerlandais et 8 belges en développant depuis 2011 un cours intitulé « International Workshop for Aeromedical Specialists » ; la France a fait de même en mars 2012 au profit de personnels médicaux allemands et belges en incluant la présentation du système Morphée. La Belgique et les Pays-Bas sont également en phase active de création d'un cours équivalent au profit des autres nations de l'EATC. Il faut noter que de nombreux pays, au premier rang desquels les États-Unis d'Amérique, organisent des cours semblables sur les procédures de sécurité des aéronefs au profit de leurs personnels de santé amenés à pratiquer des évacuations aéromédicales.

L'efficacité de l'AECC réside en grande partie dans une réception la plus exhaustive possible des demandes de transport émanant des différents théâtres, quelle que soit l'armée d'appartenance du patient : utiliser une procédure propre sous le prétexte d'un isolement de l'unité ou d'une maîtrise de la procédure d'évacuation par voie civile ne peut qu'aboutir à gaspiller inutilement les ressources du ministère de la Défense. De même, l'envoi le plus précoce possible de la demande officielle de transport à l'AECC, dès que la décision d'évacuation est prise par le praticien traitant, permet de pouvoir utiliser toutes les ressources militaires disponibles : quelques opportunités de placer le ou les patients sur des vols militaires ont été ainsi malencontreusement perdues, la demande parvenant à l'AECC quelque temps après le décollage du vecteur militaire du théâtre…

La réalisation de la boucle aval (trajet entre l'aéroport d'arrivée et l'hôpital de destination) entre enfin bien entendu dans la procédure du choix du vecteur aérien, un trajet trop long ou trop contraignant pour l'équipe médicale de convoyage au sol amenant à écarter un vol militaire, le rôle de l'AECC consistant à offrir la meilleure solution globale de transport possible au meilleur coût. L'étude des aéroports d'embarquement et de destination révèle une organisation territoriale différente entre les deux premières nations de l'EATC en terme de nombre de PMR reçues : alors que l'Allemagne embarque la plupart de ses patients au départ d'un seul lieu, en l'occurrence Termez, puis les répartit dans différentes villes germaniques, les patients français dont l'origine géographique est beaucoup plus diverse sont à quelques exceptions près tous évacués sur Paris. Cette centralisation peut rallonger la boucle aval sans réelle justification lorsque le vecteur utilisé atterrit à Bruxelles ou Cologne et que la possibilité d'hospitalisation dans l'HIA Legouest de Metz est refusée. Par ailleurs, Bruxelles et Cologne possèdent des liaisons ferroviaires rapides, directes et fréquentes avec Paris (5 fois par jour pour Cologne et jusqu'à 20 fois par jour pour Bruxelles) dont l'utilisation mériterait d'être envisagée pour des patients ne nécessitant pas de soins médicaux particuliers comme les retours pour diagnostics de grossesse par exemple.

Conclusion

Les contraintes budgétaires pesant sur toutes les nations européennes obligent les forces armées à revoir leurs procédures habituelles, et l'organisation du transport stratégique de patients n'échappe pas à cette règle. La création de l'EATC en septembre 2010, en autorisant une gestion commune des vecteurs aériens, a permis d'obtenir des résultats très satisfaisants dans le domaine des évacuations aéromédicales, avec une augmentation du pourcentage de patients transportés sur des vecteurs militaires, et plus intéressant encore, du pourcentage de patients transportés sur des aéronefs militaires hétéronationaux. Néanmoins, ce résultat peut encore être amélioré en amenant chaque décideur à considérer de façon objective les solutions multinationales, une coopération accrue permettant dans une bonne partie des cas d'éviter le recours aux compagnies aériennes civiles, relativement onéreuses par rapport aux solutions de transport militaires ; ces missions multinationales avec éventuellement des équipages médicaux également multinationaux peuvent être organisées à moindre frais, tout en maintenant le haut niveau de soin apporté au patient, en acceptant quelques adaptations de nos procédures habituelles, comme l'hospitalisation du patient dans un hôpital militaire non parisien ou l'utilisation de la voie ferrée pour la boucle aval. Une meilleure coopération dans le domaine des évacuations aéromédicales serait enfin grandement facilitée par un choix commun des aéroports d'embarquement pour les vols stratégiques au départ du théâtre d'opérations.