

Nations Unies

Département de l'appui opérationnel

Département des opérations de paix

Département des affaires politiques et de la consolidation de la paix

Département de la sûreté et de la sécurité

Réf. DOS/2020.7



Politique

Politique sur l'évacuation sanitaire primaire sur le terrain

Document approuvé par :	le Secrétaire général adjoint à l'appui opérationnel ; le Secrétaire général adjoint aux opérations de paix ; la Secrétaire générale adjointe aux affaires politiques et à la consolidation de la paix ; le Secrétaire général adjoint à la sûreté et à la sécurité
Date d'entrée en vigueur :	1 ^{er} mars 2020
Services à contacter :	Section du soutien sanitaire et Service de l'appui à l'approvisionnement (Division de la logistique, Bureau de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, Département de l'appui opérationnel)
Date de révision :	1 ^{er} mars 2023

Table des matières

A. <u>OBJET</u>	3
B. <u>CHAMP D'APPLICATION</u>	3
C. <u>RATIONALE</u>	3
D. <u>POLITIQUE</u>	3
D.1. <u>DÉFINITION DE L'ÉVACUATION SANITAIRE PRIMAIRE ET PRINCIPES DIRECTEURS</u>	3
D.2. <u>INCIDENCES DU PROTOCOLE 10-1-2 DANS LE CONTEXTE DES MISSIONS</u>	4
D.3. <u>PROCÉDURE (voir schéma à l'annexe A)</u>	7
D.4. <u>CATÉGORIES DE PATIENTS ET PRIORITÉS D'ÉVACUATION</u>	9
D.4.1 <u>Catégories de patients</u>	9
D.4.2 <u>Priorités d'évacuation</u>	10
D.5. <u>ÉVACUATION SANITAIRE PRIMAIRE POUR LES PERSONNES ET ENTITÉS NE FAISANT PAS PARTIE DE LA MISSION</u>	11
D.5.1 <u>Évacuation sanitaire primaire du personnel des Nations Unies ne faisant pas partie de la mission</u>	11
D.5.2 <u>Évacuation sanitaire primaire des patients ne faisant pas partie du personnel des Nations Unies</u>	11
D.5.3 <u>Centres médicaux ne dépendant pas des Nations Unies</u>	12
E. <u>AUTORITÉ, FONCTIONS ET ATTRIBUTIONS</u>	12
E.1. <u>Siège de l'Organisation des Nations Unies</u>	12
E.1.1 <u>Secrétaire général adjoint à l'appui opérationnel</u>	12
E.1.2 <u>Secrétaire général adjoint aux opérations de paix</u>	12
E.1.3 <u>Secrétaire général adjoint aux affaires politiques et à la consolidation de la paix</u>	13
E.1.4 <u>Secrétaire général adjoint à la sûreté et à la sécurité</u>	13
E.2. <u>Personnel sur le terrain</u>	13
E.2.1 <u>Chef de mission</u>	13
E.2.2 <u>Chef de la composante militaire et de la composante Police</u>	14
E.2.3 <u>Directeur ou chef de l'appui à la mission</u>	15
E.2.4 <u>Chef d'état-major</u>	15
E.2.5 <u>Chef du service médical</u>	16
E.2.6 <u>Chef du service médical de la force</u>	16
E.2.7 <u>Chef des transports aériens</u>	16
E.2.8 <u>Conseiller principal pour la sécurité, conseiller en chef pour la sécurité ou chef des services de sécurité</u>	16
E.2.9 <u>Commandant ou responsable des centres médicaux d'accueil</u>	17
F. <u>RÉFÉRENCES</u>	17
G. <u>SUIVI DE L'APPLICATION</u>	17
H. <u>SERVICE À CONTACTER</u>	17
I. <u>HISTORIQUE</u>	18
<u>Annexe A. Diagramme de décision pour le lancement d'une évacuation sanitaire primaire</u>	19
<u>Annexe B. Exemple d'instructions permanentes relatives aux évacuations sanitaires primaires à l'usage des missions</u>	20

POLITIQUE SUR L'ÉVACUATION SANITAIRE PRIMAIRE SUR LE TERRAIN

A. OBJET

1. La présente politique vise à guider et à orienter la gestion des évacuations sanitaires primaires dans les missions des Nations Unies. Elle est centrée sur les patients, dans la mesure où la rapidité d'intervention et d'évacuation sont primordiales.

B. CHAMP D'APPLICATION

2. La présente politique s'applique à toutes les missions des Nations Unies gérées par le Département des opérations de paix, le Département des affaires politiques et de la consolidation de la paix et le Département de l'appui opérationnel. Elle ne traite pas des incidences en matière de ressources et laisse les responsables de la mission décider des priorités en la matière dans la réalisation des évacuations sanitaires primaires. Les évacuations sanitaires secondaires¹ et le transport des dépouilles n'entrent pas dans le cadre de la présente politique.

C. CONTEXTE

3. Les missions sur le terrain et les missions politiques spéciales des Nations Unies sont généralement menées dans un environnement opérationnel difficile, dans lequel les menaces sont nombreuses. Les Nations Unies doivent donc mettre en place des capacités d'évacuation et de traitement qui tiennent compte du lien direct existant entre une évacuation rapide et la survie des personnes souffrant de blessures traumatiques ou de pathologies graves mettant leur vie en danger. Une évacuation efficace requiert l'orchestration d'un ensemble de structures et de moyens. La présente politique définit les mesures concrètes devant être prises pour évacuer rapidement le personnel des Nations Unies du lieu de la blessure ou de la maladie vers un centre médical adapté².

D. POLITIQUE

D.1. DÉFINITION DE L'ÉVACUATION SANITAIRE PRIMAIRE ET PRINCIPES DIRECTEURS

4. L'évacuation sanitaire primaire est définie comme l'évacuation d'une victime³ depuis le lieu de la blessure ou de la maladie vers le centre médical approprié le plus proche, par le moyen de transport le plus efficace⁴. Cette prise en charge médicale destinée à faciliter le rétablissement commence sur le lieu de la blessure ou de la maladie, se poursuit par l'évacuation et s'achève dans le bloc opératoire où dans le service de soins intensifs, le cas échéant.

¹ L'évacuation sanitaire secondaire est la procédure d'évacuation permettant de transporter des patients d'un établissement médical vers un autre. Une fois qu'une victime a été admise dans un établissement médical, tout déplacement ultérieur à des fins médicales est considéré comme une évacuation sanitaire secondaire.

² Les centres médicaux sont des installations médicales de niveau 1, 1+, 2 et 3 dans la classification de l'ONU. Des opérations chirurgicales peuvent être réalisées dans tous les établissements de niveau 2 et au-delà, voire dans certains centres de niveau 1+.

³ On entend ici par « victimes » les personnes souffrant d'un traumatisme et celles qui sont atteintes d'une pathologie grave et soudaine qui met leur vie en danger et nécessite l'intervention immédiate d'un ou d'une spécialiste.

⁴ Dans des situations extrêmes, il peut être nécessaire d'utiliser tout moyen de transport disponible.

5. C'est le chef de mission⁵ qui est responsable du dispositif d'évacuation sanitaire primaire de la mission, même si celui-ci est normalement géré par le directeur ou chef de l'appui à la mission, le chef du service médical ou d'autres fonctionnaires à qui cette tâche a été confiée. Le dispositif d'évacuation sanitaire primaire doit être caractérisé par une structure simple et une gestion allégée, tout en étant facilement compréhensible par celles et ceux qui l'utilisent.
6. Les évacuations sanitaires primaires sont prioritaires par rapport à toutes les autres activités de la Mission, à l'exception des mesures contre les menaces immédiates visant le personnel des Nations Unies. Les niveaux de priorité de ces évacuations seront établis en fonction de la catégorie et du nombre de patients.
7. Dans le cas d'un traumatisme pénétrant, il n'y a pas de moment décisif après la blessure à partir duquel les taux de mortalité ou d'invalidité résiduelle s'élèvent fortement ; il s'agit plutôt d'une augmentation progressive, largement linéaire. Par conséquent, un retard dans le traitement entraîne une augmentation du taux de mortalité et d'invalidité. Des directives ont été élaborées aux fins de la planification sanitaire opérationnelle, afin de trouver un équilibre entre les besoins cliniques et les risques opérationnels. Le système des Nations Unies a adopté le protocole « 10-1-2 »⁶, qui stipule ce qui suit :

10	Des mesures immédiates de sauvetage sont prises par du personnel formé aux gestes de premiers secours. Pour les blessés les plus graves, les saignements doivent être maîtrisés et les voies respiratoires dégagées dans les dix minutes , et un message d'alerte doit être transmis.
1	Les procédures de réanimation ou de traitement suivantes doivent être entamées par le personnel médical d'urgence dans l'heure suivant la blessure ou le début de la maladie.
2	Si une opération de chirurgie de sauvetage est nécessaire, elle doit démarrer dès que possible, au maximum deux heures après la blessure ou le début de la maladie ⁷ .

8. Pour respecter ce cadre temporel strict, une démarche fondée sur « *l'appropriation au plus haut niveau et l'exécution au plus bas niveau* » sera adoptée (voir paragraphe 17). Les hauts responsables de la mission sont responsables du dispositif d'évacuation primaire mais l'autorité relative au lancement des opérations d'évacuation est déléguée au niveau le plus bas⁸ *sans qu'il ne soit nécessaire de demander l'autorisation* du « niveau responsable ».

D.2. INCIDENCES DU PROTOCOLE 10-1-2 DANS LE CONTEXTE DES MISSIONS

9. **Ressources.** Le respect du protocole 10-1-2 devrait avoir un poids égal à celui des autres facteurs de planification essentiels lors de la mise en place de la structure médicale de la mission. Un réseau de plateformes d'évacuation terrestres et aériennes doit être mis en place et les centres médicaux capables de procéder à des opérations chirurgicales de réanimation doivent être suffisamment nombreux. Les capacités des contingents, des capacités à l'ONU, des capacités sous contrat et des capacités du pays hôte peuvent ainsi

⁵ Dans le présent document, le masculin à valeur générique a parfois été utilisé à la seule fin d'alléger le texte : il renvoie aussi bien aux femmes qu'aux hommes.

⁶ Le protocole « 10-1-2 » a été élaboré en fonction du type de traumatisme pénétrant généralement observé sur le champ de bataille. Le personnel des Nations Unies étant exposé à ce type de blessures, ce protocole décrit la structure du dispositif d'évacuation sanitaire primaire mis en œuvre dans ce contexte. Voir référence A.

⁷ Les éléments du protocole « 10-1-2 » se cumulent : le délai total entre la blessure ou le début de la maladie et l'intervention chirurgicale doit être inférieur à deux heures (120 minutes).

⁸ Le niveau le plus bas possible sera le ou les centres d'opérations désignés, dans lesquels les responsabilités en matière d'évacuation sanitaire primaire peuvent être transférées à un autre niveau, notamment au niveau sectoriel si besoin.

être combinées. Dans les missions de maintien de la paix, tous les moyens disponibles seront référencés dans le plan d'appui sanitaire de la mission (*mission health support plan*), tout comme les moyens associés nécessaires aux évacuations sanitaires primaires, comme les hélicoptères d'attaque. C'est le chef de mission qui est responsable du dispositif sanitaire de la mission, même si celui-ci est normalement géré par le directeur ou chef de l'appui à la mission, le chef du service médical ou un autre fonctionnaire à qui cette tâche a été confiée.

10. **Gestion des risques.** S'il est impossible de respecter le protocole 10-1-2, le chef de mission doit décider si les risques sont acceptables ou non dans les limites du mandat de la mission. Cette décision doit être fondée sur une estimation des risques exhaustive tenant compte des conseils du chef du service médical, et figurer dans le plan d'appui sanitaire. La direction du Service médical du Siège de l'ONU doit également être informée de l'acceptation de ce risque⁹.
11. Le chef du service médical doit s'assurer que les responsables de la mission comprennent bien les risques médicaux dont la responsabilité leur incombe. Si le chef de mission décide d'accepter des risques liés à une incapacité prévisible de respecter le protocole 10-1-2, cette information doit être clairement indiquée dans le plan de mission, l'inventaire des risques ou le plan d'appui sanitaire (ou dans tout autre document approprié) et toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour atténuer le risque. La décision d'accepter les risques liés au non-respect du protocole doit être régulièrement réexaminée par les responsables de la mission et, si ou lorsque les circonstances le permettent, ou si le profil de risque passe à un niveau inacceptable pour le chef de mission, l'écart par rapport au cadre temporel du protocole doit être rectifié, ou les opérations doivent être modifiées de manière à réduire l'exposition au risque pour la faire passer à un niveau acceptable.
12. **Premiers secours.** Les mesures prises dans les premières minutes suivant la blessure sont parmi les plus déterminantes pour la survie. Par conséquent, tous les militaires et le personnel de police déployés dans une mission doivent recevoir une formation et une certification de premiers secours en cas de traumatisme selon les normes applicables à l'ONU et doivent recevoir un équipement adapté à ce type de secours afin de pouvoir réaliser ces gestes sur eux-mêmes et sur d'autres personnes¹⁰. En outre, là où la procédure de gestion des risques de sécurité stipule qu'un programme de secouristes doit être mis en place, le chef de mission, en sa qualité de responsable désigné, nommera les secouristes aux termes du système de gestion de la sécurité des Nations Unies parmi le personnel civil (on se reportera au Manuel des politiques de sécurité, chapitre IV, section A sur la gestion des risques de sécurité et au *Security Management Operations Manual* (Manuel des opérations de gestion de la sécurité, document non disponible en français), chapitre III sur les lignes directrices relatives au programme de secouristes¹¹). L'équipement et la formation doivent mettre l'accent sur la maîtrise des hémorragies graves et le dégagement des voies respiratoires.
13. **Secouristes et soins de longue durée sur le terrain.** Les secouristes sont des personnes n'appartenant pas au corps médical, qui ont reçu une formation approfondie aux premiers secours et sont capables de traiter une victime sur le lieu de la blessure ou de la maladie pendant une période prolongée avant l'arrivée du personnel formé à la médecine d'urgence¹². À l'ONU, les secouristes sont appelés assistants médicaux de terrain. Ils doivent être formés pour assister une victime pendant une période prolongée jusqu'à

⁹ La collecte de données épidémiologiques dans l'ensemble des missions au fil du temps en tenant compte de profils de risque spécifiques permet à l'Organisation de mieux comprendre les risques acceptés et constitue la base d'une prise de décision éclairée à l'avenir.

¹⁰ Il faut au minimum que les normes du Programme de formation aux gestes élémentaires de survie de l'Organisation des Nations Unies soient respectées.

¹¹ Est considéré comme faisant partie des secouristes le personnel civil ayant suivi avec succès la formation sur l'utilisation de la trousse de traumatologie ou le cours sur les trousse de premiers secours individuelles.

¹² Ils doivent être capables de traiter les facteurs qui sont à l'origine de la plupart des décès dus à des traumatismes (qui sont connus sous le nom de « triade létale »).

l'arrivée du personnel de soins d'urgence. Par conséquent, leurs compétences vont au-delà des soins initiaux des 10 premières minutes et parfois même au-delà de la première heure du protocole 10-1-2. Les secouristes doivent avoir le matériel qui leur permettra de remplir ce rôle¹³.

14. **Personnel de soins d'urgence.** Le personnel de soins d'urgence est normalement composé de membres des services de santé ou du service médical du pays fournisseur de contingents ou de personnel de police ou de personnel civil ou contractuel de l'Organisation des Nations Unies employé à cette fin. Entrent dans cette catégorie le personnel ambulancier, les techniciens médicaux de terrain ou de combat, le personnel paramédical, les infirmiers et les médecins formés aux soins préhospitaliers de traumatologie.
15. **Soins en route.** L'évacuation doit être effectuée par une équipe capable de fournir des soins médicaux d'urgence spécialisés en cours de route, quel que soit le moyen utilisé. Les équipes d'évacuation sanitaire aérienne seront dirigées par un médecin formé aux soins d'urgence préhospitaliers¹⁴.
16. **Chirurgie initiale.** L'intervention chirurgicale initiale est menée selon les principes de la chirurgie de sauvetage, une évacuation sanitaire rapide étant réalisée vers un centre de traitement définitif si nécessaire.
17. **Commandement et contrôle.** Un haut responsable de la mission – le directeur ou chef de l'appui à la mission généralement – est responsable du dispositif d'évacuation primaire mais l'autorité relative au lancement des opérations d'évacuation sera déléguée au niveau le plus bas *sans qu'il ne soit nécessaire de demander l'autorisation* du « niveau responsable ». Une évacuation rapide nécessite un haut niveau de confiance entre le haut responsable et les subordonnés à qui cette autorité a été déléguée. Dans la plupart des missions, l'autorité relative au lancement sera déléguée au personnel du quartier général ayant connaissance de la situation en matière de sécurité et de moyens aériens et médicaux dans l'ensemble de la zone de mission. Dans les missions plus importantes, dans lesquelles les bureaux locaux et les états-majors de secteur sont établis au niveau infranational (chefs de bureau, police, secteurs militaires), l'autorité relative aux évacuations sanitaires primaires peut être décentralisée et déléguée à ces structures le cas échéant. Leur personnel devra donc assumer les fonctions d'officier de permanence telles qu'elles sont décrites ci-dessous dans la section Procédure. Les plans d'appui opérationnel et sanitaire des missions doivent préciser quelles sont les personnes qui ont autorité pour ce qui concerne le dispositif d'évacuation sanitaire primaire.

Allocation temporaire de ressources et contrôle opérationnel. L'appui sanitaire est un élément clé de la planification des opérations. La planification opérationnelle doit tenir compte de la disponibilité des capacités d'évacuation sanitaire primaire à tous les niveaux. Les risques d'une évacuation rapide, tels que des conditions météorologiques défavorables ou des obstacles techniques, doivent être pris en compte dans la planification et l'exécution de la mission et peuvent limiter l'activité opérationnelle. L'atténuation des risques peut entraîner la réaffectation temporaire des moyens de traitement et d'évacuation. Au cours d'opérations à haut risque, il peut être nécessaire pendant une période déterminée – pendant la durée de cette opération généralement – d'allouer des ressources à ces opérations de façon exclusive, en particulier des hélicoptères et une équipe d'évacuation

¹³ Les exigences minimales en matière d'équipement de premiers secours sont décrites dans la référence B. Plus complet que celui de la trousse de premiers secours individuelle, l'équipement fourni est prévu pour une utilisation en équipe.

¹⁴ Une équipe d'évacuation sanitaire aérienne comporte habituellement deux sous-équipes composées chacune d'un médecin et de deux infirmiers ou personnels paramédicaux (soit six personnes au total) formés aux soins d'urgence et à l'évacuation sanitaire aérienne. En l'absence de normes de formation internationalement reconnues pour certaines spécialisations médicales – notamment la médecine d'urgence – l'ensemble des compétences cliniques requises, et les documents d'accréditation nécessaires pour les étayer, sont définis par le directeur du Service médical du Siège de l'ONU. Toutes les personnes occupant ces postes seront soumises à un processus officiel d'accréditation mené par le Siège. On trouvera dans la référence B, chapitre 3, annexe C, appendice 8 les exigences minimales en matière d'équipement pour une équipe d'évacuation sanitaire aérienne.

sanitaire aérienne, ce qui s'appliquerait également au contrôle opérationnel temporaire de ces ressources en cas d'évacuation sanitaire primaire, selon les besoins. Cette allocation est approuvée par le chef de mission. Les dispositions en matière de commandement et de contrôle doivent être conformes à la Politique du Département des opérations de paix et du Département de l'appui opérationnel sur l'autorité, le commandement et le contrôle (référence C).

18. **Missions politiques spéciales.** Dans les missions politiques spéciales dans lesquelles il n'existe pas de centre d'opérations désigné qui pourrait coordonner l'appui aux évacuations sanitaires primaires, le chef de mission devra établir un système de prise en charge des personnes blessées ou malades adapté aux besoins de la mission. Ce système doit tendre vers le respect du protocole 10-1-2 et la conformité avec les procédures décrites dans la présente politique en associant des ressources des Nations Unies et d'autres moyens disponibles dans la zone de mission. Une fois établi, il devra être testé périodiquement comme dans les autres missions. Le chef de mission nommera une personne responsable du dispositif d'évacuation sanitaire primaire, ce qui doit être stipulé dans les plans d'appui opérationnel et sanitaire de la mission.

D.3. PROCÉDURE (voir schéma à l'annexe A)

19. **Message d'alerte :** Dès que possible après une blessure, un message d'alerte doit être transmis à un centre d'opérations désigné¹⁵ pour déclencher une évacuation sanitaire primaire. Le format du message d'alerte sera défini dans les instructions permanentes de la mission relatives aux évacuations sanitaires primaires, mais il doit obligatoirement comprendre au moins quatre informations distinctes :
 - Lieu de l'événement, ainsi que les références de carroyage et l'indicatif d'appel ;
 - Nature de l'événement (explosion d'un engin explosif improvisé, accident de voiture, etc.) ;
 - Mesures actuellement prises sur les lieux (traitement et sécurité) ;
 - Nombre de victimes et ressources spéciales nécessaires en raison de l'état des patients¹⁶.
20. La transmission orale de ces informations doit se faire directement du lieu de l'événement au centre d'opérations désigné si la structure de communication de la mission le permet. Dans le cas contraire, il convient de réduire au minimum le nombre d'intermédiaires dans la transmission de ces informations. Les postes de commandement intermédiaires entre le lieu de l'événement et le centre d'opérations désigné – tels que les postes de commandement de bataillon, de secteur et de la police des Nations Unies – ne seront pas utilisés pour transmettre le message d'alerte initial lorsque la structure de communication le permet, mais ils doivent être informés dès que possible. La réception du message d'alerte par le centre d'opérations désigné *DOIT* déclencher rapidement une évacuation sanitaire primaire.
21. **Ordre préparatoire.** Dès réception du message d'alerte, l'officier des opérations de permanence du centre d'opérations désigné envoie immédiatement un ordre préparatoire aux éléments les plus susceptibles d'être utilisés pour l'évacuation, généralement une unité d'hélicoptères, une équipe d'évacuation sanitaire aérienne et un centre médical d'accueil, généralement de niveau 2. Lorsque plusieurs autres éléments pourraient être utilisés pour

¹⁵ Le plan d'appui sanitaire de la mission (mission health support plan) et les instructions permanentes relatives aux évacuations sanitaires primaires doivent désigner clairement un centre d'opérations désigné unique (il peut s'agir du centre d'opérations conjoint, du centre d'opérations militaires, du centre d'opérations tactiques, du centre des opérations aériennes, du centre des opérations de police, du centre d'appui à la mission, etc.) responsable des opérations d'évacuation sanitaire primaire, qui peut se situer au niveau de la mission ou du secteur, le cas échéant, l'autorité nécessaire lui ayant été déléguée comme indiqué au paragraphe 17. Le chef de mission doit désigner le poste de commandement qui sera responsable du centre d'opérations désigné.

¹⁶ Un exemple de message d'alerte (en 9 lignes) est joint dans le modèle d'instructions permanentes à l'annexe B.

accomplir une tâche, un ordre préparatoire doit être communiqué à tous en attendant que la liste des moyens nécessaires soit établie. L'ordre préparatoire doit inclure toutes les informations du message d'alerte. Lorsqu'elles ne se trouvent pas au même endroit, les équipes d'évacuation sanitaire aérienne ayant reçu un ordre préparatoire doivent se rendre immédiatement à leur plate-forme d'évacuation désignée.

22. **Consultation sur le lancement.** Lors de l'envoi de l'ordre préparatoire ou immédiatement après, l'officier des opérations de permanence consultera le spécialiste des opérations aériennes de permanence¹⁷ et le médecin responsable des évacuations de permanence pour confirmer que l'évacuation sanitaire primaire doit être lancée, clarifier la situation aérienne et les conditions de sécurité en général (dans certaines missions à haut risque¹⁸, il peut être nécessaire de mener en urgence une évaluation formelle des risques au sol) et obtenir confirmation du centre médical d'accueil¹⁹. Une fois que ces trois autorités ont confirmé que l'évacuation sanitaire primaire doit être lancée, l'officier des opérations de permanence transmettra l'autorité relative au lancement aux moyens d'évacuation aériens ou terrestre et à l'équipe d'évacuation sanitaire aérienne ou équipe d'évacuation concernée²⁰. Le centre médical d'accueil sera également informé et lui communiquera une heure probable d'arrivée et une estimation du nombre de victimes. Si, pour une raison quelconque, l'officier des opérations de permanence et le spécialiste des opérations aériennes de permanence ne peuvent obtenir rapidement un avis médical, ils sont habilités à lancer une évacuation sanitaire primaire sans en référer au médecin responsable des évacuations de permanence. L'officier des opérations de permanence peut également autoriser l'utilisation de moyens d'évacuation terrestres sans en référer au spécialiste des opérations aériennes de permanence lorsqu'il n'est pas nécessaire de procéder à une évacuation aérienne. Lorsqu'il est prévu de recourir à une évacuation aérienne, le spécialiste des opérations aériennes de permanence doit confirmer le lancement afin de respecter les normes de sécurité aérienne²¹. L'officier des opérations de permanence est responsable de coordonner tous les aspects de la procédure d'évacuation sanitaire primaire, depuis la réception du message d'alerte jusqu'à l'arrivée du dernier patient dans le centre médical.
23. **Informations de coordination.** L'officier des opérations de permanence doit s'assurer que les personnes se trouvant sur le lieu de l'événement, le bureau des opérations aériennes et les membres de l'équipe d'évacuation (aérienne ou terrestre) ont reçu les informations de coordination, celles-ci devant être obtenues avant que l'autorisation de lancement ne puisse être donnée. Au nombre de ces informations figurent notamment :

- Les références de carroyage du lieu de l'événement ;
- Les références de carroyage de l'aire de poser d'hélicoptère ou du point de prise en charge s'il est différent du lieu de l'événement ;
- Les indicatifs d'appel des moyens d'évacuation et du commandant sur le lieu de l'événement ;
- Les fréquences radio principales et secondaires ;
- Le nombre de victimes devant être transportées ;

¹⁷ Généralement situé dans le centre des opérations aériennes de la mission. Voir référence D.

¹⁸ Un exemple d'évaluation formelle des risques au sol figure dans le modèle d'instructions permanentes à l'annexe B.

¹⁹ Si les victimes sont nombreuses, il peut y avoir plusieurs centres médicaux.

²⁰ L'officier des opérations de permanence peut déléguer la transmission de l'autorité relative au lancement au Groupe des transports aériens et au centre médical concernés au spécialiste des opérations aériennes de permanence et au médecin responsable des évacuations de permanence respectivement, **lorsque cela permet de gagner du temps.**

²¹ Les instructions permanentes de la mission relatives aux évacuations sanitaires primaires doivent indiquer que l'officier des opérations de permanence doit contacter en cas de désaccord sur la décision de lancement entre lui-même et le spécialiste des opérations aériennes de permanence, afin qu'une décision finale soit prise quant au lancement.

- Les nom et emplacement du centre médical ;
 - L'évaluation formelle des risques au sol (si nécessaire).
24. **Compte rendu de situation de la victime.** Le compte rendu de situation de la victime vise à informer le médecin responsable des évacuations de permanence de l'état de la victime. Ces informations sont généralement recueillies par les secouristes qui doivent être formés et équipés pour les communiquer. Ce rapport doit être mis à jour et transmis à intervalles réguliers au médecin responsable des évacuations de permanence au centre d'opérations désigné lorsque la structure de communication le permet. Le médecin responsable des évacuations de permanence doit transmettre toutes les données médicales pertinentes au ou aux centres médicaux d'accueil et aux équipes d'évacuation sanitaire aérienne pendant le trajet si possible, dont le nombre de victimes et l'heure probable d'arrivée. Ce compte rendu n'est *pas* nécessaire pour prendre la décision de lancement et la réception de ces informations ne doit pas retarder la prise de décision²².
25. **Premier rapport médical :** Le premier rapport médical est fourni par le ou les centres médicaux qui reçoivent la ou les victimes et transmis directement au médecin responsable des évacuations de permanence dans l'heure qui suit l'arrivée de celle(s)-ci. Ce rapport informe les responsables de la mission de l'état de la victime et constitue la base d'une décision sur une éventuelle nouvelle évacuation sanitaire²³.
26. **Besoin d'en connaître.** Au cours de la procédure d'approbation du lancement, il n'est pas nécessaire de consulter ou d'informer systématiquement des personnes extérieures au centre d'opérations désigné ; ces personnes doivent cependant être tenues informées par l'officier des opérations de permanence, ou son équipe, dès que cela est raisonnablement possible après avoir achevé toutes les autres tâches de coordination plus prioritaires. Ces informations peuvent, dans la plupart des cas, être transmises par courrier électronique pendant la journée de travail normale, bien qu'elles puissent nécessiter une communication téléphonique en dehors des heures de travail habituelles. Les personnes qui ne participent pas directement à la prise de décision et à la coordination de l'évacuation sanitaire primaire doivent s'abstenir de demander des informations au personnel du centre d'opérations désigné avant que les victimes ne soient arrivées aux centres médicaux d'accueil ; toutefois, dans la limite des capacités du centre d'opérations désigné et de l'événement concerné, l'officier des opérations de permanence doit tenir informées les principales parties intéressées extérieures.
27. **Analyse après action.** Dans les 72 heures suivant une évacuation sanitaire primaire, le chef du service médical doit effectuer une analyse après action officielle afin de passer en revue les procédures de l'évacuation, de mettre au jour les enseignements tirés et de formuler des recommandations pour améliorer le dispositif. Cette analyse doit être présentée au chef ou directeur de l'appui à la mission ou à la personne désignée par le chef de mission aux fins de la gestion de la qualité du dispositif d'évacuation sanitaire primaire.

D.4. CATÉGORIES DE PATIENTS ET PRIORITÉS D'ÉVACUATION

D.4.1 Catégories de patients

28. Un triage des patients est réalisé aux fins de la présente politique ; les catégories définies en fonction du niveau de priorité des soins médicaux et de l'évacuation sont les suivantes²⁴ :

²² Un exemple de compte rendu de situation de la victime figure dans le modèle d'instructions permanentes à l'annexe B.

²³ Un exemple de premier rapport médical figure dans le modèle d'instructions permanentes à l'annexe B.

²⁴ La catégorisation des victimes est effectuée sur place par la personne ayant le plus haut niveau de formation clinique.

- **Catégorie Alpha (critique).** La vie est menacée de façon immédiate : une évacuation rapide, une réanimation ou une intervention chirurgicale en urgence sont nécessaires pour sauver la vie, un membre ou la vue. En l'absence d'assistance médicale ou d'opération chirurgicale rapide et appropriée, le risque de mortalité ou de morbidité augmentera considérablement.
 - **Catégorie Bravo (urgent).** La vie, un membre ou un œil est en péril : il faut procéder à l'évacuation dès que possible. Les patients dans cette catégorie sont prioritaires pour ce qui concerne la stabilisation, le traitement sur le lieu de la blessure et l'évacuation, mais il est peu probable qu'une détérioration de leur état ou des complications surviennent dans les six heures.
 - **Catégorie Charlie (retardé ou en attente).** Il n'y a pas de menace grave pour la vie, un membre ou un œil : l'évacuation doit être effectuée dès qu'un mode de transport approprié est disponible. Cette catégorie demeure prioritaire pour les soins médicaux ; l'évolution et l'emplacement de la blessure ou de la maladie ne laissent pas craindre des complications dans les 24 heures à venir.
 - **Catégorie Delta (en attente).** Victimes ayant des blessures auxquelles elles ne peuvent survivre ; elles seront évacuées après d'autres patients de la catégorie Bravo.
29. Le triage sur la base de ces catégories est dynamique et peut être modifié à mesure que l'état des patients est réévalué en attendant l'évacuation ou lorsque ceux-ci sont examinés par un médecin plus expérimenté à n'importe quelle étape de l'évacuation. Par exemple, un médecin de l'équipe d'évacuation sanitaire aérienne qui arrive sur les lieux d'un événement ayant entraîné un lourd bilan humain alors qu'aucun médecin n'était présent peut procéder à un nouveau triage si le nombre de victimes est supérieur à la capacité de l'avion, afin que les plus malades et les blessés les plus graves soient évacués en premier.

D.4.2 Priorités d'évacuation

30. **Principes généraux.** Les évacuations sanitaires primaires sont prioritaires par rapport à toutes les autres activités de la mission, à l'exception des mesures contre les menaces immédiates visant le personnel des Nations Unies. Les niveaux de priorité de ces évacuations seront établis en fonction de la catégorie et du nombre de patients.
31. **Situation entraînant un grand nombre de victimes.** On parle de situation entraînant un grand nombre de victimes lorsque le nombre de patients vivants est supérieur aux ressources disponibles pour les évacuer ou les traiter rapidement, un retard risquant alors d'entraîner des décès qui auraient pu être évités. Une telle situation est généralement déclarée du « bas vers le haut », dans chaque niveau de commandement ou centre médical. Elle peut avoir des répercussions importantes sur les opérations en cours et doit donc être gérée « du haut vers le bas ». Lorsqu'une situation entraînant un grand nombre de victimes a été déclarée, le chef du service médical ou son représentant doit être disponible au centre d'opérations désigné afin de donner des conseils quant à la répartition des victimes dans les centres médicaux appropriés et sur l'utilisation des ressources cliniques et des moyens d'évacuation. Il peut être nécessaire de modifier la démarche de traitement en l'axant non plus sur les besoins individuels des patients mais sur l'obtention du meilleur résultat pour le plus grand nombre de victimes. Une situation entraînant un grand nombre de victimes peut aussi être déclarée du haut vers le bas par l'officier des opérations de permanence sur avis du médecin responsable des évacuations de permanence ou du chef du service médical. Une fois déclarée, les principes suivants sont appliqués :
- La priorité absolue est accordée aux patients de la catégorie Alpha : ils doivent être évacués directement vers le centre médical le plus indiqué.
 - Les patients de la catégorie Delta seront évacués après les victimes des catégories Alpha et Bravo.

- Les patients de la catégorie Charlie doivent rester sur le lieu de la blessure ou de la maladie jusqu'à ce que tous les patients des catégories Alpha, Bravo et Delta aient été évacués.
- Les patients des catégories Bravo et Charlie peuvent être évacués en premier lieu vers un centre médical de niveau I pour des soins initiaux afin de décongestionner les installations de niveau 1+ (chirurgie), de niveau 2 et de niveau 3.
- S'il reste de la place dans une unité d'évacuation sanitaire arrivant au centre médical alors qu'il n'y a plus de patients de catégorie Alpha, l'évacuation des patients de catégorie Bravo et Charlie doit commencer sans tarder.
- Les membres du personnel déclarés morts sur les lieux de l'événement seront déplacés en dernier en utilisant un moyen de transport approprié.

D.5 ÉVACUATION SANITAIRE PRIMAIRE POUR LES PERSONNES ET ENTITÉS NE FAISANT PAS PARTIE DE LA MISSION

D.5.1 Évacuation sanitaire primaire du personnel des Nations Unies ne faisant pas partie de la mission

32. Dans les zones de mission où une équipe de pays des Nations Unies est présente, des plans de sécurité approuvés par l'agent habilité en consultation avec l'équipe de coordination du dispositif de sécurité sont élaborés dans le cadre du système de gestion de la sécurité des Nations Unies, en application des politiques et directives pertinentes. Un plan d'évacuation sanitaire primaire est inclus dans ce(s) plan(s) de sécurité au titre des plans médicaux. Dans les missions, le conseiller en chef pour la sécurité ou le chef des services de sécurité selon le cas, aide l'agent habilité à intégrer aux plans de sécurité les plans relatifs aux évacuations sanitaires primaires, qui ont été élaborés et coordonnés avec les hauts responsables chargés de diriger et de gérer le dispositif d'évacuation sanitaire primaire dans la mission et les organisations appliquant le système de gestion de la sécurité. À cet égard, ils devraient tous collaborer pour qu'une réponse cohérente soit apportée, notamment en cas d'événement ayant des répercussions à la fois sur le personnel de la mission et sur celui du système de gestion de la sécurité²⁵.

D.5.2 Évacuation sanitaire primaire des patients ne faisant pas partie du personnel des Nations Unies

33. Les combattants hostiles et les civils blessés par les forces des Nations Unies pendant les opérations des Nations Unies doivent être traités et évacués avec le personnel des Nations Unies en fonction du niveau de priorité clinique²⁶. L'évacuation des civils extérieurs aux Nations Unies se fera normalement vers des installations ne dépendant pas des Nations Unies et pourra être réalisée en coopération avec les services de santé locaux, le cas échéant. Les personnes considérées comme des combattants hostiles doivent être évacuées vers une installation des Nations Unies ou vers une autre installation indiquée par le chef de mission dans le plan d'appui sanitaire²⁷.

²⁵ Est considéré comme « personnel du système de gestion de la sécurité » le personnel défini dans le Manuel des politiques de sécurité du système de gestion de la sécurité des Nations Unies dans la partie sur le champ d'application du système de gestion de la sécurité des Nations Unies (Manuel des politiques de sécurité, chapitre III, section A.)

²⁶ Cette obligation est imposée par le droit des conflits armés.
Voir <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/dih.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=E2A2186FD6070E205C12563BD002BE355>.

²⁷ Il peut être nécessaire de mettre en place un dispositif de sécurité pendant l'évacuation des combattants hostiles et dans les installations où ils seront soignés. Cette question doit être prise en compte dans l'élaboration d'une procédure formelle d'évaluation formelle des risques au sol par les missions. Tout doit être mis en œuvre pour que cette décision n'entraîne pas de retard inutile dans l'évacuation.

34. Les patients extérieurs aux Nations Unies qui ont été blessés ou sont tombés malades dans des circonstances indépendantes de l'action des Nations Unies peuvent également bénéficier d'une évacuation sanitaire primaire. Cette procédure peut être engagée à la demande de tiers extérieurs aux Nations Unies par l'intermédiaire du bureau du chef de mission ou d'un autre bureau sur instructions du chef de mission et être autorisée par le chef de mission ou par une personne habilitée par le chef de mission à prendre cette décision. Lorsque les moyens de la mission d'évacuation sanitaire primaire sont utilisés pour des entités extérieures aux Nations Unies, le chef de mission ou la personne qui le représente doit s'assurer que des capacités de réserve sont disponibles pour toute évacuation du personnel des Nations Unies ou d'autres personnes dont l'évacuation serait prévue dans le mandat.

D.5.3 Centres médicaux ne dépendant pas des Nations Unies

35. Les patients peuvent être évacués vers un centre médical local ou dans un pays voisin pour y recevoir un traitement approprié et rapide si cela est plus facile ou si la situation l'exige. Les missions sont chargées d'établir les modalités d'accès aux centres médicaux extérieurs aux Nations Unies, si nécessaire, telles que l'inspection, la certification, la passation de contrats et les approbations (dont les autorisations de vol) pour les évacuations sanitaires primaires transfrontalières. Les informations relatives à l'emplacement et aux coordonnées des centres médicaux locaux et du pays voisin doivent figurer dans le plan de la mission relatif aux évacuations sanitaires primaires.

E. AUTORITÉ, FONCTIONS ET ATTRIBUTIONS

E.1. Siège de l'Organisation des Nations Unies

E.1.1 Secrétaire général adjoint à l'appui opérationnel

36. Le Secrétaire général adjoint à l'appui opérationnel relève du Secrétaire général pour ce qui est de :
- Confirmer la mise en place d'un dispositif d'évacuation sanitaire primaire propre à la mission, qui est doté de ressources appropriées, bénéficie d'un appui et fait l'objet de contrôles tout au long du cycle de vie de la mission ;
 - Fournir une orientation stratégique pour ce qui concerne la préparation du budget, les effectifs et les ressources logistiques afin de soutenir les dispositifs d'évacuation sanitaire primaire de la mission ;
 - Veiller à l'instauration de normes de gouvernance sanitaire des Nations Unies pour les dispositifs d'évacuation sanitaire primaire et vérifier qu'elles sont contrôlées et respectées.

E.1.2 Secrétaire général adjoint aux opérations de paix

37. Le Secrétaire général adjoint aux opérations de paix relève du Secrétaire général pour ce qui est de :
- Faire en sorte que les évacuations sanitaires primaires soient prises en compte dans le concept de la mission²⁸ pendant sa phase de démarrage ;
 - Veiller à ce que tous les soldats de la paix respectent la présente politique et les politiques connexes des Nations Unies ;
 - S'assurer de l'obtention des ressources nécessaires aux contingents aux fins des évacuations sanitaires primaires.

²⁸ Elles devraient également figurer dans le concept d'appui à la mission et dans son plan.

E.1.3 Secrétaire général adjoint aux affaires politiques et à la consolidation de la paix

38. Le Secrétaire général adjoint aux affaires politiques et à la consolidation de la paix relève du Secrétaire général pour ce qui est de :
- Fournir un appui aux différentes missions politiques spéciales déployées sur le terrain dans l'organisation des évacuations sanitaires primaires, en coordination avec les départements concernés au Siège ;
 - Faire en sorte que les évacuations sanitaires primaires soient prises en compte dans le concept de la mission pendant sa phase de démarrage.

E.1.4 Secrétaire général adjoint à la sûreté et à la sécurité

39. Le Secrétaire général adjoint à la sûreté et à la sécurité relève du Secrétaire général pour ce qui est de mettre en œuvre, de respecter et de soutenir les aspects relatifs à la sécurité des activités du système de gestion de la sécurité visant à protéger le personnel des Nations Unies, tels que décrits dans le chapitre sur le champ d'application du système de gestion de la sécurité des Nations Unies.

E.2. Personnel sur le terrain

E.2.1 Chef de mission

40. Le chef de mission relève du Secrétaire général pour ce qui est de :
- Veiller à ce que la mission soit dotée d'un dispositif intégré d'évacuation sanitaire primaire et à ce que celui-ci soit testé dans les meilleurs délais après la définition de la zone de responsabilité de la mission ;
 - S'assurer que la mission dispose de tous les moyens d'appui logistique et administratif nécessaires pour mener à bien les opérations relatives aux évacuations sanitaires primaires et que tous les membres du personnel connaissent leurs attributions en la matière en organisant régulièrement des exercices ;
 - Désigner parmi les hauts responsables de la mission la personne chargée de diriger et de gérer le dispositif ;
 - Définir un centre d'opérations désigné unique pour la coordination des opérations d'évacuation au niveau de la mission et, le cas échéant, au niveau infranational ou sectoriel ;
 - Procéder à des exercices de formation pour tester le dispositif de façon régulière, à des intervalles ne dépassant pas quatre mois²⁹ ;
 - Chercher des possibilités de rationaliser les ressources allouées aux évacuations sanitaires primaires dans la zone de la mission en coopérant avec d'autres entités des Nations Unies, des entités locales, des ONG et d'autres entités internationales reconnues présentes dans la zone de la mission ;
 - Collaborer avec les gouvernements des pays hôtes pour créer un environnement favorable au dispositif d'évacuation sanitaire primaire et, lorsque cela est possible, mener des exercices d'évacuation conjoints ;
 - Veiller à ce que, lorsque le dispositif d'évacuation sanitaire primaire de la mission doit être étendu à d'autres entités des Nations Unies, à d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales, à des membres du corps diplomatique ou à des nationaux et à d'autres personnes extérieures pour des raisons humanitaires, les modalités et conditions de fourniture de l'aide soient clairement définies, en faisant

²⁹ Le minimum absolu pour la conduite de tels exercices doit être fixé à quatre exercices mensuels, l'intervalle idéal étant de deux exercices par mois. Ces exercices doivent, dans la mesure du possible, suivre les grandes rotations de troupes afin que les unités nouvellement arrivées connaissent les procédures.

notamment figurer les paramètres administratifs, financiers et logistiques dans un accord distinct³⁰ ;

- Pour la protection du personnel des Nations Unies, telle que définie par la politique de l'Organisation à l'échelle du système sur le champ d'application du système de gestion de la sécurité des Nations Unies (voir référence E), le chef de mission, en sa qualité d'agent habilité, est responsable devant le Secrétaire général, par l'intermédiaire du Secrétaire général adjoint à la sûreté et à la sécurité, de l'application des politiques et des directives du système de gestion de la sécurité, dont celles qui concernent la gestion des risques de sécurité ;
- La responsabilité et l'autorité de la mise en œuvre de la présente politique incombent au chef de mission, qui peut déléguer par écrit à tout haut responsable de la mission la direction et la gestion (commandement et contrôle) du dispositif d'évacuation sanitaire primaire de la mission, bien que cette responsabilité incombe normalement au directeur ou chef de l'appui à la mission³¹.

E.2.2 Chef de la composante militaire et de la composante Police

41. Le chef de la composante militaire et de la composante Police relève du chef de mission pour ce qui est de :

- Concevoir et faire appliquer des instructions visant à garantir que la composante militaire et la composante Police respectent la présente politique et le cadre de mission associé ;
- Veiller à ce que la planification des opérations comprenne une évaluation des risques et une estimation du nombre de victimes, qui précise les besoins en ressources nécessaires à une évacuation sanitaire primaire ;
- Fournir des informations, contrôler les itinéraires d'évacuation au sol, sécuriser les zones d'atterrissage et assurer la protection des équipes d'évacuation terrestre et aérienne, selon les besoins ;
- Veiller à ce que le déroulement de l'évacuation sanitaire primaire soit décrit ou mentionné³² dans tous les ordres d'opérations pour toutes les activités militaires et policières menées dans la zone de responsabilité ;
- S'assurer que tous les militaires et le personnel de police assistent à un exposé obligatoire sur les instructions permanentes de la mission relatives aux évacuations sanitaires primaires et comprennent leurs rôles et responsabilités dans le dispositif ;
- Faire en sorte que les militaires et le personnel de police soient affectés et intégrés aux structures de la mission chargées de la coordination et de l'exécution des évacuations sanitaires primaires ;
- S'assurer que le chef du service médical de la force connaît ses responsabilités dans un dispositif d'évacuation sanitaire primaire ;
- Dispenser des formations, organiser des exercices et intégrer les ressources médicales à toutes les opérations.

³⁰ Les détails de cet arrangement *ne doivent pas* être décrits dans les instructions permanentes de la mission relatives aux évacuations sanitaires primaires mais être détaillés ailleurs.

³¹ Il convient de noter que dans les cas où la gestion du dispositif d'évacuation sanitaire primaire est confiée à une personne autre que le directeur ou chef de l'appui à la mission, lorsque des subordonnés, tels que le chef du service médical, doivent rendre des comptes dans le cadre de cette politique au directeur ou chef de l'appui à la mission pour certains aspects du dispositif d'évacuation sanitaire primaire, cette responsabilité reviendrait à l'agent habilité plutôt qu'au directeur ou chef de l'appui à la mission.

³² Les instructions permanentes de l'évacuation sanitaire primaire sont normalement le document de référence.

E.2.3 Directeur ou chef de l'appui à la mission³³

42. Le directeur ou chef de l'appui à la mission met en œuvre tous les pouvoirs qui lui ont été délégués pour faire en sorte que les évacuations sanitaires primaires organisées dans la mission se déroulent rapidement et sans heurt, et rend des comptes pour ce qui est de :
- Veiller à ce qu'un dispositif cohérent et intégré d'évacuation sanitaire primaire soit en place pour satisfaire aux exigences de la présente politique dans toute la zone d'opération de la mission et pour instaurer et appliquer les procédures permettant d'appuyer et de garantir un protocole de gouvernance efficace et transparent aux fins des évacuations organisées dans la mission ;
 - Veiller à ce que le budget relatif aux ressources des évacuations sanitaires primaires figure dans les besoins budgétaires annuels de la mission ;
 - Veiller à ce que les moyens de la mission, qu'il s'agisse de matériel appartenant à l'ONU ou aux contingents, dont le matériel médical, de transport (aérien, terrestre et maritime), de communication, etc., soient adéquats, pleinement intégrés et dans un état fonctionnel optimal à tout moment pour soutenir les activités d'évacuation de la mission ;
 - Concevoir et publier, en collaboration avec toutes les parties prenantes, des instructions permanentes propres à la mission pour les évacuations sanitaires primaires (un exemple est présenté à l'annexe B). Ces instructions doivent préciser les pouvoirs et attributions de toutes les parties intéressées, notamment les canaux de communication et les relations hiérarchiques, les procédures, les ressources disponibles et leur répartition, etc ;
 - Permettre l'accès à des centres médicaux conformes aux normes médicales des Nations Unies pour compléter les centres mis à disposition par la composante militaire et la composante Police, si nécessaire ;
 - Mettre en place, en collaboration avec les commandants de la composante militaire et de la composante Police et d'autres acteurs clés³⁴, un programme de formation intégré relatif aux évacuations sanitaires primaires dans la mission ;
 - Veiller à ce qu'un avis de perte officiel soit soumis au Siège de l'ONU, conformément aux instructions données dans la référence F ;
 - Favoriser la mise en place et le bon fonctionnement du centre d'opérations désigné du dispositif d'évacuation sanitaire primaire, conformément aux instructions du chef de mission ;
 - Mettre en œuvre toutes les instructions du chef de mission relatives à la fourniture d'un appui en matière d'évacuation sanitaire primaire aux agences, fonds et programmes des Nations Unies, aux organisations gouvernementales et non gouvernementales, aux organisations humanitaires, aux membres du corps diplomatique, ainsi qu'aux ressortissants et autres personnes pour des raisons médicales et humanitaires.

E.2.4 Chef d'état-major

43. Le chef d'état-major doit s'assurer que les procédures et les capacités permettant d'appuyer la coordination de toutes les évacuations sanitaires primaires sont en place dans la zone de responsabilité de la mission³⁵.

³³ Si le chef de mission a délégué la gestion du dispositif d'évacuation sanitaire primaire à une autre personne, ceci ne s'applique pas. Lorsque cette responsabilité est déléguée à une autre personne de façon permanente, il lui incombe d'assumer ces responsabilités.

³⁴ Les responsables du personnel civil par exemple.

³⁵ Pour une explication complète du rôle du chef d'état-major, voir la Politique du Département des opérations de paix et du Département de l'appui opérationnel sur l'autorité, le commandement et le contrôle (référence C).

E.2.5 Chef du service médical

44. Le chef du service médical relève du chef ou directeur de l'appui à la mission pour ce qui est de :
- Mettre en œuvre les normes cliniques approuvées dans le dispositif d'évacuation sanitaire primaire ;
 - Maintenir un système de permanence afin qu'un médecin responsable des évacuations de permanence soit toujours disponible (24 heures sur 24) ;
 - Faire en sorte que toutes les équipes d'évacuation sanitaire aérienne des missions gardent le niveau de préparation demandé par le chef ou directeur de l'appui à la mission ;
 - Veiller à ce que les données soient saisies dans le module d'évacuation sanitaire primaire d'EarthMed ;
 - Produire une analyse après action de chaque évacuation sanitaire primaire selon les consignes du chef ou directeur de l'appui à la mission ou d'une personne nommée par le chef de mission ;
 - Mettre en place et superviser un programme de formation du personnel sanitaire de la mission pour la conduite des opérations d'évacuation.

E.2.6 Chef du service médical de la force

45. Le chef du service médical de la force relève du chef du service médical pour ce qui est de :
- Veiller à ce que les capacités médicales militaires soient fournies et maintenues conformément aux normes applicables des Nations Unies, à la référence B et au memorandum d'accord propre au contingent ;
 - Former le personnel sanitaire en uniforme à la conduite des opérations d'évacuation sanitaire primaire.

E.2.7 Chef des transports aériens

46. Le chef des transports aériens relève du chef ou directeur de l'appui à la mission pour ce qui est de :
- Veiller à la disponibilité des moyens aériens à l'appui des opérations d'évacuation sanitaire primaire ;
 - Veiller à ce que les aéronefs et les équipages aient en permanence le niveau de préparation demandé par le directeur de l'appui à la mission, dans le respect du contrat ou de la lettre d'attribution applicable ;
 - Confirmer que les listes d'aires de poser des hélicoptères sont à jour et fournir toutes les informations en la matière aux entités concernées dans les missions, et ce dans les meilleurs délais ;
 - Maintenir un système de permanence afin qu'un spécialiste des opérations aériennes de permanence soit toujours disponible (24 heures sur 24).

E.2.8 Conseiller principal pour la sécurité, conseiller en chef pour la sécurité ou chef des services de sécurité

47. Le conseiller principal pour la sécurité, le conseiller en chef pour la sécurité ou le chef des services de sécurité doit faire figurer dans les plans de sécurité les plans relatifs aux évacuations sanitaires primaires, qui ont été élaborés et coordonnés avec les hauts responsables chargés de diriger et de gérer le dispositif d'évacuation sanitaire primaire dans la mission et les organisations appliquant le système de gestion de la sécurité.

48. Collaborer avec les hauts responsables chargés de diriger et de gérer le dispositif d'évacuation sanitaire primaire dans la mission et les entités du système de gestion de la sécurité afin que les plans soient harmonisés et coordonnés entre eux et pour qu'une réponse cohérente soit apportée, notamment en cas d'événement ayant des répercussions à la fois sur le personnel de la Mission et sur celui du système de gestion de la sécurité.

E.2.9 Commandant ou responsable des centres médicaux d'accueil

49. Le commandant ou responsable des centres médicaux d'accueil doit :
- 49.1. Veiller à ce que les premiers rapports médicaux soient complétés et soumis dans les délais et le format requis ;
 - 49.2. Aider le chef du service médical à remplir l'analyse après action en communiquant les informations cliniques et autres qu'il aura demandées.

F. RÉFÉRENCES

50. La présente politique doit être lue en parallèle avec les documents ci-après.
- a) 2015.12 Manuel de soutien sanitaire pour les missions des Nations Unies (3^e édition)
 - b) Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux opérations de maintien de la paix (Document de l'Assemblée générale publié sous la cote A/72/288, 2017)
 - c) 2019.23 Politique sur l'autorité, le commandement et le contrôle dans les opérations de maintien de la paix des Nations Unies
 - d) 2018.21 Aviation Manual (non disponible en français)
 - e) Manuel des politiques de sécurité du système de gestion de la sécurité des Nations Unies et Security Management Operations Manual (non disponible en français)
 - f) 2017.22 Instructions permanentes sur la notification des pertes survenues dans le cadre des opérations de maintien de la paix et des missions politiques spéciales
 - g) United Nations Crisis Management Policy (2018, non disponible en français)

G. SUIVI DE L'APPLICATION

51. Les Départements des opérations de paix, des affaires politiques et de la consolidation de la paix et de l'appui opérationnel sont habilités à superviser et à contrôler le respect de la présente politique dans leurs domaines respectifs. Les chefs de ces départements doivent collaborer afin que les chefs de mission soient correctement informés du contenu de la présente politique.

H. SERVICE À CONTACTER

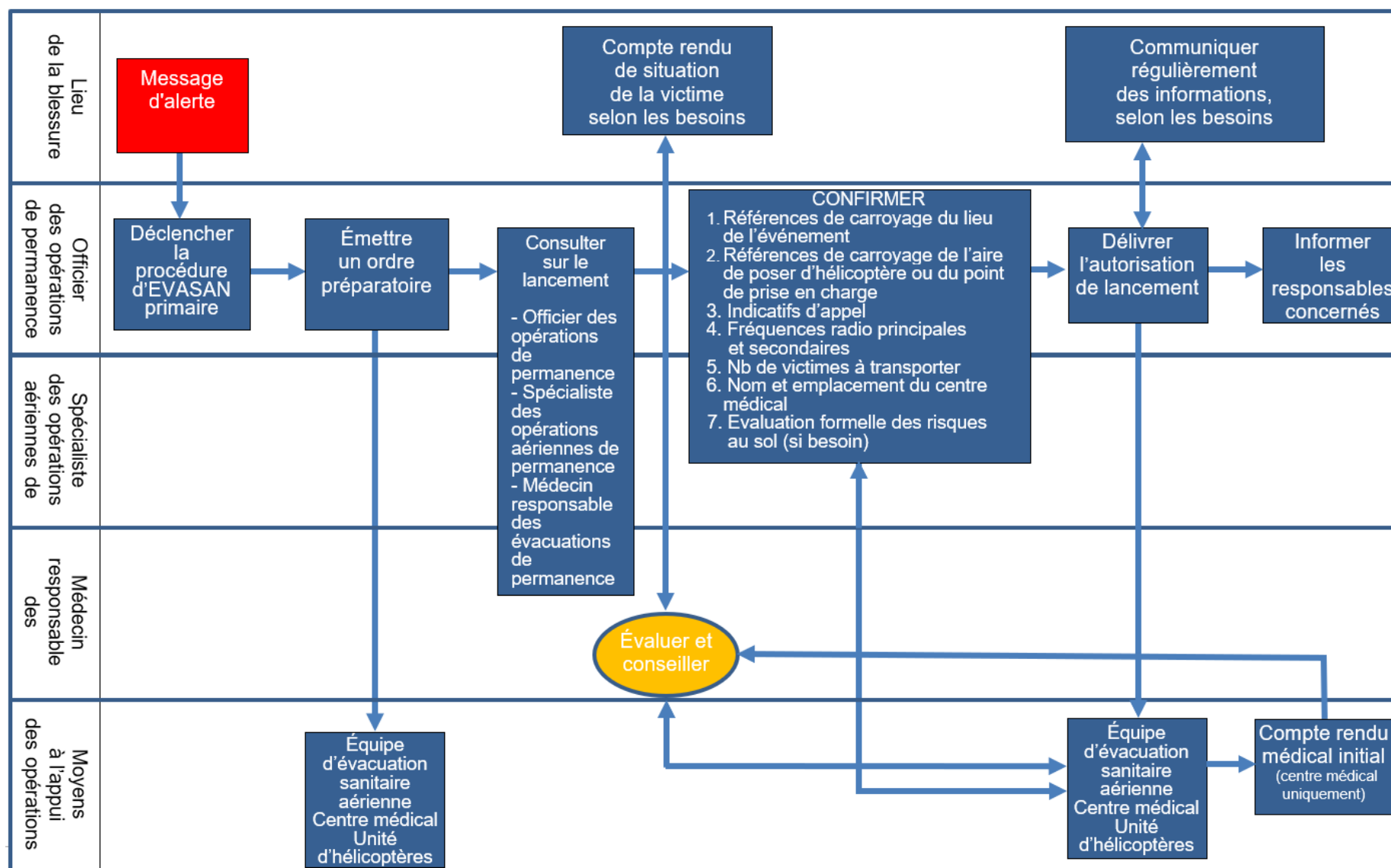
52. Toutes les questions concernant la présente politique et les demandes de modification doivent être adressées au chef de la Section du soutien sanitaire (Service de l'appui à l'approvisionnement, Division de la logistique, Bureau de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, Département de l'appui opérationnel).

I. HISTORIQUE

53. La présente politique sera réexaminée dans trois ans à compter de la date de promulgation. Elle remplace toute version antérieure, y compris la politique 2018.12 (*Policy on Casualty Evacuation in the Field*).
-

SIGNATURES :

Annexe A. Diagramme de décision pour le lancement d'une évacuation sanitaire primaire



Annexe B. Exemple d'instructions permanentes relatives aux évacuations sanitaires primaires à l'usage des missions

INSTRUCTIONS PERMANENTES RELATIVES AUX ÉVACUATIONS SANITAIRES PRIMAIRES (EVASAN primaires³⁶) À L'USAGE DES MISSIONS

Table des matières :

- A. Objet
- B. Champ d'application
- C. Contexte
- D. Principe sous-jacent
- E. Procédure
- F. Évacuation sanitaire primaire de victimes externes au système des Nations Unies
- G. Formation, test et évaluation
- H. Références
- I. Suivi de l'application
- J. Service à contacter
- K. Historique

A. OBJET

1. Ces instructions permanentes s'appliquent à l'ensemble du personnel des missions qui est amené à participer à une évacuation sanitaire primaire.

B. CHAMP D'APPLICATION

2. L'application de ces instructions permanentes est obligatoire pour tous les membres du personnel civil, de la police et du personnel militaire, notamment les unités de police constituées qui sont déployées dans la zone de responsabilité, au quartier général de la mission, dans les états-majors de secteur et sur d'autres bases opérationnelles.

C. CONTEXTE

3. Les évacuations sanitaires primaires sont des procédures complexes, qui font intervenir plusieurs parties prenantes et requièrent une coordination poussée. Les présentes instructions permanentes définissent les mesures devant être prises pour évacuer rapidement les victimes du lieu de la blessure ou de la maladie vers un établissement médical adapté.

³⁶ On évitera de répéter inutilement dans ces instructions permanentes les informations générales déjà communiquées dans le plan d'appui sanitaire ou d'autres ordres ou instructions relatifs à la planification des opérations de la mission, sauf si ces informations ont une incidence concrète sur la *procédure* à suivre.

D. PRINCIPE SOUS-JACENT

4. **Protocole 10-1-2.** Le protocole 10-1-2, articulé autour de trois repères chronologiques simples, a été mis au point pour orienter les mesures devant être prises lors d'une évacuation sanitaire primaire et structurer le dispositif de la mission en la matière :

10 Des mesures immédiates de sauvetage sont prises par du personnel formé aux gestes de premiers secours. Pour les blessés les plus graves, les saignements doivent être maîtrisés et les voies respiratoires dégagées **dans les dix minutes**, et un message d'alerte doit être transmis.

1 Les procédures de réanimation ou de traitement suivantes doivent être entamées par le personnel médical d'urgence **dans l'heure** suivant la blessure ou le début de la maladie.

2 Si une opération de chirurgie de sauvetage est nécessaire, elle doit démarrer dès que possible, **au maximum deux heures** après la blessure ou le début de la maladie³⁷.

5. Les responsables de la mission sont conscients qu'il n'est pas toujours possible d'appliquer le protocole 10-1-2 à la lettre, auquel cas, les risques devront être gérés en conséquence et faire l'objet de mesures d'atténuation énergiques de manière à permettre le recours à d'autres solutions d'appui sanitaire.
6. Les évacuations sanitaires primaires sont prioritaires par rapport à toutes les autres activités de la mission, à l'exception des mesures visant à parer aux menaces imminentes qui pèsent sur la sûreté et la sécurité du personnel.

E. PROCÉDURE

E.1. Mesures initiales à prendre sur le lieu de la blessure ou de la maladie

7. Si le lieu de la blessure ou de la maladie se trouve dans l'enceinte de la base ou du complexe d'une mission disposant d'un centre médical (niveau 1 ou au-delà), le personnel présent sur les lieux doit intervenir dans les dix minutes pour :
 - 7.1. Prodiquer les gestes de premiers secours afin d'arrêter les hémorragies et de dégager les voies respiratoires ;
 - 7.2. Envoyer un message d'alerte au médecin qui est de permanence sur place. Un modèle de message d'alerte figure dans l'annexe A.
8. Dans les dix minutes qui suivent la réception du message d'alerte, le centre médical dépêche sur place une équipe d'intervention médicale des Nations Unies, qui sera chargée, sous la direction d'un médecin, de stabiliser le patient et de le transporter au centre ou de demander qu'il soit évacué vers un établissement de niveau supérieur si son état l'exige. Si l'équipe juge que le patient est dans ce dernier cas, la procédure à suivre est la même que pour les événements qui se produisent en dehors de l'enceinte de la mission.
9. **Si le lieu de la blessure ou de la maladie est situé en dehors l'enceinte de la base ou du complexe d'une mission**, le personnel présent sur les lieux doit intervenir dans les dix minutes pour :

³⁷ Les éléments du protocole 10-1-2 se cumulent : le délai total entre la blessure ou le début de la maladie et l'intervention chirurgicale doit être inférieur à deux heures (120 minutes).

- 9.1. Prodiguer les gestes de premiers secours afin d'arrêter les hémorragies et de dégager les voies respiratoires ;
- 9.2. Envoyer un message d'alerte au centre d'opérations désigné, en utilisant le modèle fourni à l'annexe A.

E.2. Mesures initiales à prendre au centre d'opérations désigné

10. **Consultation sur le lancement et ordre préparatoire.** Dans les **dix minutes** qui suivent la réception du premier message d'alerte, l'officier des opérations de permanence du centre d'opérations désigné applique les consignes suivantes, par ordre de priorité :
 - 10.1. Consulter le spécialiste des opérations aériennes de permanence, après l'avoir informé des faits ;
 - 10.2. Consulter le médecin responsable des évacuations de permanence, après l'avoir informé des faits³⁸;
 - 10.3. Procéder à une rapide estimation des risques.

L'OFFICIER DES OPÉRATIONS DE PERMANENCE PREND LA DÉCISION DE LANCEMENT PROVISOIRE DE L'ÉVACUATION³⁹

- 10.4. Envoyer un ordre préparatoire aux moyens susceptibles d'être mobilisés dans le cadre de l'évacuation sanitaire primaire (véhicules terrestres, hélicoptère, équipes d'évacuation, centres médicaux d'accueil). L'officier des opérations peut déléguer cette tâche au spécialiste des opérations aériennes et au médecin responsable des évacuations qui sont de permanence⁴⁰.
11. **Spécialiste des opérations aériennes de permanence.** Dans les **15 minutes** qui suivent la décision de lancement provisoire :
 - 11.1. Confirmer la localisation de l'aire ou des aires de poser d'hélicoptère la ou les plus proches de l'événement ou du lieu de la blessure ou de la maladie, et de celle(s) qu'il faudra utiliser à l'arrivée au centre médical d'accueil ;
 - 11.2. Confirmer les moyens aériens à mobiliser pour l'évacuation sanitaire primaire ;
 - 11.3. Confirmer l'autorisation de vol et les autorisations relatives à la sécurité du lancement de l'évacuation ainsi qu'à l'utilisation de l'espace aérien.
12. **Officier des opérations de permanence du centre d'opérations désigné.** Doit confirmer, dans les **15 minutes** qui suivent la décision de lancement provisoire⁴¹ :
 - Les références de carroyage du lieu de l'événement ;
 - Les références de carroyage de l'aire de poser d'hélicoptère ou du point de prise en charge s'il est différent du lieu de l'événement ;
 - L'itinéraire des moyens d'évacuation terrestres jusqu'au lieu de la blessure ou de la maladie ou au point de prise en charge ;

³⁸ L'officier des opérations et le spécialiste des opérations aériennes de permanence ne doivent pas différer la décision de lancement provisoire d'une évacuation s'ils ne peuvent pas entrer en contact, pour quelque raison que ce soit, avec le médecin responsable des évacuations de permanence.

³⁹ Le terme « lancement » désigne à la fois les plateformes d'évacuation terrestres et aériennes.

⁴⁰ Dans certaines missions, il peut être nécessaire de prévoir une escorte pour transporter les membres de l'équipage et l'équipe d'évacuation sanitaire aérienne de leur logement jusqu'à l'appareil.

⁴¹ Dans certaines missions, les officiers de permanence peuvent être tenus de recourir à une matrice d'évaluation rapide des risques qui leur impose de faire approuver le lancement de l'évacuation par leur hiérarchie quand les risques encourus dépassent un certain seuil. Lorsque tel est le cas, il convient de joindre la matrice d'évaluation des risques en annexe des présentes instructions permanentes.

- Les indicatifs d'appel des moyens d'évacuation et du commandant sur le lieu de la blessure ou de la maladie, ou de l'événement ;
- Les fréquences radio principales et secondaires, et les coordonnées téléphoniques, selon le cas ;
- Le nombre de victimes devant être transportées ;
- Les nom et emplacement du centre médical d'accueil ;
- Les menaces connues ;
- Informer les autres membres du personnel du centre d'opérations et du personnel de service susceptibles d'être amenés à fournir des moyens ou une aide supplémentaires dans le cadre de l'évacuation sanitaire primaire (Groupe du contrôle des mouvements, personnel de sécurité, par exemple).

13. **Médecin responsable des évacuations de permanence.** Dans les **15 minutes** qui suivent la décision provisoire de lancement :

13.1. Confirmer que les informations suivantes figurent bien dans le plan d'évacuation sanitaire primaire⁴² :

- Les priorités d'évacuation ;
- Les renforts nécessaires en matière d'appui sanitaire sur les lieux et pendant le transport ;
- Le moyen d'évacuation le plus adapté (terrestre, aérien) d'un point de vue clinique ;
- L'équipe d'intervention médicale des Nations Unies ou l'équipe d'évacuation sanitaire aérienne la mieux à même d'intervenir sur les lieux et pendant le transport ;
- Le ou les centres médicaux d'accueil.

13.2. Prendre contact avec le ou les centres médicaux d'accueil et les tenir régulièrement informés de l'état des victimes et de leur heure probable d'arrivée.

L'OFFICIER DES OPÉRATIONS DE PERMANENCE CONFIRME LE LANCEMENT DE L'ÉVACUATION AU MAXIMUM 20 MINUTES APRÈS LA DÉCISION PROVISOIRE

14. **Mobilisation des moyens d'évacuation et des moyens médicaux.** Dans les **15 minutes**⁴³ qui suivent la réception de l'ordre préparatoire :

- 14.1. L'équipage de l'hélicoptère et le personnel au sol doivent être prêts à effectuer les procédures avant vol.
- 14.2. Les équipes d'évacuation sanitaire aérienne doivent se trouver à bord lorsque ces procédures débutent. Le contact radio est également établi avec les personnes présentes sur le lieu de la blessure ou de la maladie, lorsque cela est possible.
- 14.3. Les équipes d'évacuation au sol sont prêtes à partir et attendent des instructions plus détaillées, s'il y a lieu. Un contact radio ou téléphonique est également établi avec les personnes présentes sur les lieux, quand cela est possible.
- 14.4. Les équipes de traumatologie sont mobilisées dans les différents services du centre médical d'accueil (urgences, chirurgie, laboratoire d'analyse, imagerie médicale, entre autres) et se préparent à prendre en charge les patients.

⁴² Le médecin responsable des évacuations de permanence ne doit fixer les priorités que s'il est en contact direct avec le lieu de la blessure ou de la maladie et en l'absence de médecin plus expérimenté sur les lieux. À défaut, *faire confiance aux personnes présentes sur le terrain et les laisser établir les priorités.*

⁴³ Si pour certaines missions, ce délai ne peut effectivement être respecté, compte tenu des dispositions prises pour le stationnement des avions ainsi que du lieu d'hébergement de l'équipage et de l'équipe d'évacuation sanitaire aérienne, il ne faut épargner aucun effort pour qu'il n'excède pas 30 minutes.

E.3. Mesures suivantes – sur le lieu de la blessure ou de la maladie

15. Le commandant ou le responsable présent sur les lieux doit veiller à ce que :
 - 15.1. La ou les victimes continuent de recevoir les premiers secours.
 - 15.2. Un compte rendu de situation de la victime soit transmis au centre d'opérations désigné tous les quarts d'heure.
 - 15.3. Les victimes soient classées par ordre de priorité d'évacuation, s'il y en a plusieurs (voir annexe D).
 - 15.4. Le centre d'opérations désigné ait reçu confirmation des références de carroyage de l'aire de poser d'hélicoptère ou du point de prise en charge.
 - 15.5. L'aire de poser d'hélicoptère soit préparée conformément aux instructions permanentes de la mission relatives aux opérations aériennes. Le contact radio doit également être établi avec les plateformes d'évacuation, lorsque cela est possible.

E.4. Mesures suivantes – au centre d'opérations désigné

16. **Officier des opérations de permanence au centre d'opérations désigné :**
 - 16.1. Démobiliser après confirmation tous les moyens pour lesquels un ordre préparatoire avait été émis et qui n'ont finalement pas été mis à contribution dans le cadre de l'évacuation sanitaire primaire. Cette tâche peut être déléguée au spécialiste des opérations aériennes et au médecin responsable des évacuations qui sont de permanence.
 - 16.2. Informer les personnes suivantes de l'évacuation sanitaire primaire dès que possible après son lancement et les tenir informées, conformément aux instructions :
 - À déterminer par les responsables de la mission ;
 - À déterminer par les responsables de la mission.
 - 16.3. Coordonner de bout en bout l'évacuation sanitaire primaire en centralisant toutes les communications.
 - 16.4. Dans les 24 heures qui suivent l'évacuation, diriger l'établissement d'un compte rendu après action, en collaboration avec le spécialiste des opérations aériennes et le médecin responsable des évacuations de permanence.
17. **Spécialiste des opérations aériennes de permanence au centre d'opérations désigné :**
 - 17.1. Faciliter de bout en bout la coordination des opérations d'évacuation sanitaire primaire.
 - 17.2. Dans les 24 heures qui suivent l'évacuation, contribuer à l'établissement d'un compte rendu après action, en collaboration avec l'officier des opérations et le médecin responsable des évacuations de permanence.
18. **Médecin responsable des évacuations de permanence au centre d'opérations désigné :**
 - 18.1. Faciliter de bout en bout la coordination de l'évacuation sanitaire primaire faite par voie aérienne.
 - 18.2. Fournir des conseils cliniques aux membres du personnel présents sur les lieux selon les besoins.
 - 18.3. Tenir informées de l'état des victimes les équipes d'évacuation sanitaire aérienne et du centre médical d'accueil, entre autres.

- 18.4. Dans les 24 heures qui suivent l'évacuation, contribuer à l'établissement d'un compte rendu après action, avec l'officier des opérations et le spécialiste des opérations aériennes de permanence.
- 18.5. Joindre si nécessaire à ce compte rendu une annexe relevant du secret médical, à inclure dans l'exemplaire adressé au Chef du service médical.
- 18.6. Soumettre un compte rendu dans le module d'évacuation sanitaire primaire d'EarthMed.
- 18.7. Soumettre post facto une demande officielle d'évacuation sanitaire primaire dans le ou les systèmes d'enregistrement des demandes et de gestion des moyens aériens utilisés par la mission.

F. ÉVACUATION SANITAIRE PRIMAIRE DE VICTIMES EXTERNES AU SYSTÈME DES NATIONS UNIES

- 19. Le droit international humanitaire fait obligation à l'Organisation des Nations Unies de soigner les combattants hostiles et les civils blessés par les forces des Nations Unies dans les limites de la capacité de son système de santé, lorsqu'aucune autre solution de prise en charge n'est immédiatement disponible. Ces victimes doivent être traitées et évacuées conformément aux priorités cliniques exposées à l'annexe B, en même temps que les victimes faisant partie du personnel des Nations Unies. Les frais sont à la charge de l'Organisation jusqu'à ce que ces victimes soient remises à une autorité compétente.
- 20. Des victimes sans lien avec les opérations de l'Organisation peuvent bénéficier d'une évacuation sanitaire primaire à la demande de tiers extérieurs aux Nations Unies par l'intermédiaire du Bureau du Coordonnateur de l'action humanitaire et avec l'autorisation du chef de mission. Lorsque des moyens d'évacuation sanitaire primaire appartenant à la mission sont mis au service d'entités extérieures aux Nations Unies, les responsables de la mission doivent s'assurer que des capacités de réserve sont disponibles pour toute évacuation du personnel des Nations Unies.

G. FORMATION, TEST ET ÉVALUATION

- 21. Tous les membres du personnel du centre d'opérations désigné devront être capables de centraliser et gérer les messages d'alertes, et de prendre dans la foulée les mesures qui s'imposent, et ils devront avoir été formés à cette fin.
- 22. Tous les membres du personnel de la mission concernés doivent être formés à tous les aspects des évacuations sanitaires primaires (procédures, équipement, compétences, communication et comportement à adopter) et ils devront également avoir été testés.
- 23. La mission est tenue d'organiser tous les quatre mois des exercices de simulation et des exercices sur le terrain pour tester et évaluer les procédures d'évacuation sanitaire primaire. L'application des procédures et les compétences spécifiques requises sur certains théâtres d'opérations devront également être testées en situation réelle au minimum tous les semestres.

H. RÉFÉRENCES

- A. Politique sur l'évacuation sanitaire primaire sur le terrain, 2019
- B. Manuel de soutien sanitaire pour les missions des Nations Unies (3^e édition) ; Département des opérations de paix/Division de l'appui opérationnel, réf. 2015.012

- C. *Aviation Manual* (non disponible en français) ; Département des opérations de paix/Division de l'appui opérationnel, réf. 2018.21
 - D. Autorité, commandement et contrôle dans les opérations de maintien de la paix des Nations Unies ; Département des opérations de paix/Division de l'appui opérationnel, réf. 2019.23
 - E. *United Nations Security Management System Policy Manual* (non disponible en français) ; Département de la sûreté et de la sécurité, 2011
-

I. SUIVI DE L'APPLICATION

- 24. *Les missions doivent définir la manière dont elles contrôlent l'application des présentes instructions permanentes. Préciser qui a la responsabilité de ce suivi au nom du chef de mission et à qui l'autorisation de lancement est déléguée. On indiquera la fonction, sans citer de noms, afin que les membres du personnel de service gardent à l'esprit que cette autorité ne leur a été déléguée qu'en vertu des fonctions qu'ils exercent.*
-

J. SERVICE À CONTACTER

- 25. *Coordonnées du département ou de l'équipe qui a élaboré les instructions permanentes de la mission relatives à l'évacuation sanitaire primaire. Indiquer une adresse électronique générique (département), plutôt que des adresses nominatives.*
-

K. HISTORIQUE

- 26. *Indiquer la date à laquelle les présentes instructions permanentes relatives à l'évacuation sanitaire primaire ont été approuvées et diffusées pour la première fois, ainsi que les dates de toutes les révisions et modifications ultérieures. Mentionner également toutes les précédentes instructions qui ont été modifiées de façon substantielle, abrogées ou rendues caduques par suite de la publication des présentes instructions. Si nécessaire, joindre un récapitulatif des changements apportés et des dates auxquelles ils ont été faits.*
-

SIGNATURE :

DATE D'APPROBATION :

ANNEXE A AUX INSTRUCTIONS PERMANENTES

Message d'alerte en 9 lignes concernant une évacuation sanitaire primaire

Ligne	MESSAGE D'ALERTE EN 9 LIGNES CONCERNANT UNE ÉVACUATION SANITAIRE PRIMAIRE		
	Groupe date-heure :		
1	LIEU :	CARTE N° :	Référence de carroyage :
		Coordonnées GPS :	
2	INDICATIF D'APPEL ET FRÉQUENCE :	IND. :	FRÉQ. :
3	NOMBRE DE PATIENTS / ORDRE DE PRIORITÉ :	CAT A	A.
		CAT B	B.
		CAT C	C.
		CAT D	D.
4	MATÉRIEL SPÉCIALISÉ NÉCESSAIRE :	AUCUN	A.
		TREUIL (pour hélitreuillage)	B.
		DÉSINCARCÉRATION (véhicule accidenté)	C.
		AUTRE(S)	D.
5	NOMBRE DE PATIENTS PAR TYPE :	COUCHÉS (à évacuer sur civière)	C.
		DEBOUT (capables de marcher)	D.
6	CONDITIONS DE SÉCURITÉ AU POINT DE PRISE EN CHARGE :	AUCUNE MENACE DANS LA ZONE	N.
		MENACE POTENTIELLE DANS LA ZONE	P.
		MENACE DANS LA ZONE	M.
		ESCORTE ARMÉE REQUISE	X.
7	MARQUAGE DU POINT DE PRISE EN CHARGE :	PANNEAUX D'ÉVACUATION AÉROMÉDICALE	A.
		SIGNAUX PYROTECHNIQUES (fusée à étoiles multiples / fusée éclairante)	B.
		FUMIGÈNE	C.
		LUMIÈRE STROBOSCOPIQUE	D.
		AUTRE(S)	E.
8	NOMBRE DE PATIENTS PAR NATIONALITÉ ET STATUT :	SOLDATS DES NATIONS UNIES	A.
		FORCES ADVERSES	B.
		AUTRE(S)	C.
9	TERRAIN ET OBSTACLES SUR LA ZONE DE PRISE EN CHARGE :	% DE PENTE (type de terrain)	A.
		OBSTACLES	C.
		SÉCURITÉ AU POINT DE PRISE EN CHARGE	D.
		NOMBRE DE PASSAGERS	E.
		AIRE DE STATIONNEMENT DES VÉHICULES D'ÉVACUATION	F.
		LOCALISATION DES FORCES ADVERSES (DIRECTION)	G.

Message d'alerte en 4 lignes

Ligne	MESSAGE D'ALERTE EN 4 LIGNES CONCERNANT UNE ÉVACUATION SANITAIRE PRIMAIRE		
	Groupe date-heure :		
1	LIEU ET INDICATIF D'APPEL	NOM DU LIEU / DESCRIPTION	A
		RÉFÉRENCE GPS DE CARROYAGE	B
		INDICATIF D'APPEL DU COMMANDANT SUR LE LIEU DE L'ÉVÉNEMENT	C
2	RÉCIT DES FAITS	QUE S'EST-IL PASSÉ ? (fusillade, accident de la route, explosion, etc.)	D
		COMBIEN DE VICTIMES Y A-T-IL ?	E
3	MESURES PRISES SUR LES LIEUX	SOINS PRODIGUÉS ET PRÉPARATIFS D'ÉVACUATION	
4	MOYENS NÉCESSAIRES SUR LES LIEUX POUR SECOURIR ET ÉVACUER LES VICTIMES	AMBULANCE, ÉVACUATION AÉRIENNE, ÉQUIPE D'ÉVACUATION SANITAIRE AÉRIENNE	

ANNEXE B AUX INSTRUCTIONS PERMANENTES

Modèle d'évaluation urgente des risques au sol*

1	Situation actuelle sur le lieu de l'événement ou le site d'atterrissage	Pas de combattants à proximité <input type="checkbox"/>	Présence de combattants dans un rayon de 10 à 20 km <input type="checkbox"/>	Présence de combattants dans un rayon de 5 km <input type="checkbox"/>
2	Y a-t-il des combats sur la zone même ?	Non <input type="checkbox"/>	Aucune information <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
3	Type d'armes utilisées ou présentes dans la zone	Fusils ou pistolets de petit calibre / aucune arme <input type="checkbox"/>	Armes lourdes (exemples : mitrailleuses lourdes, roquettes) <input type="checkbox"/>	Armes montées sur véhicules ou systèmes portables de défense antiaérienne <input type="checkbox"/>
4	Attitude des forces qui contrôlent la zone à l'égard du personnel des Nations Unies et des autres forces présentes dans la zone même	Amicale <input type="checkbox"/>	Neutre <input type="checkbox"/>	Hostile <input type="checkbox"/>
5	Attitude des forces qui contrôlent la zone à l'égard du personnel des Nations Unies et des autres forces présentes dans les environs	Amicale <input type="checkbox"/>	Neutre <input type="checkbox"/>	Hostile <input type="checkbox"/>
6	Présence de forces amies en mesure d'assurer la sécurité ainsi qu'une protection	Suffisante <input type="checkbox"/>	Minimale <input type="checkbox"/>	Aucune <input type="checkbox"/>
7	Niveau de risque évalué	Faible <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>

* Se reporter au paragraphe 20 de la politique pour en savoir plus sur le minimum absolu d'informations à fournir dans le cadre d'une évacuation sanitaire primaire. Les personnes chargées d'élaborer les instructions permanentes relatives aux évacuations sanitaires primaires à l'usage des missions doivent tenir dûment compte des éléments suivants :

1. le niveau global de menace ;
2. la formation et l'expérience du personnel des missions ;
3. les éventuelles contraintes inhérentes au système de communication ;
4. les difficultés linguistiques

lorsqu'elles adoptent un modèle de message d'alerte et se prononcent sur la nécessité de réaliser une évaluation formelle des risques au sol et d'établir un compte rendu de situation de la victime et sur les modèles à suivre, s'il y a lieu. La décision de lancer une évacuation pourra intervenir avant la confirmation de l'évaluation formelle des risques au sol et de la situation de la victime.

ANNEXE C AUX INSTRUCTIONS PERMANENTES

COMPTE RENDU DE SITUATION DE LA VICTIME*

A	Âge et sexe du (de la) patient(e) :
T	Heure de l'événement ou de la mise à jour du compte rendu :
M	Mécanisme lésionnel :
I	Maladie ou blessures constatées ou présumées :
S	Signes et symptômes : <ul style="list-style-type: none"> • Voies respiratoires dégagées – oui/non • Respiration – oui/non • Pouls – oui/non • Pression artérielle • Température • État de conscience : éveillé(e) / réagit à la parole / réagit à la douleur / inconscient(e) <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 10px;"> <div>Fréquence :</div> <div>Fréquence :</div> </div>
T	Soins prodigués et soins nécessaires :

* Se reporter au paragraphe 20 de la politique pour en savoir plus sur le minimum absolu d'informations à fournir dans le cadre d'une évacuation sanitaire primaire. Les fonctionnaires chargés d'élaborer les instructions permanentes relatives aux évacuations sanitaires primaires à l'usage des missions doivent tenir dûment compte des éléments suivants :

1. le niveau global de menace ;
2. la formation et l'expérience du personnel des missions ;
3. les éventuelles contraintes inhérentes au système de communication ;
4. les difficultés linguistiques

lorsqu'elles adoptent un modèle de message d'alerte et se prononcent sur la nécessité de réaliser une évaluation formelle des risques au sol et d'établir un compte rendu de situation de la victime et sur les modèles à suivre, s'il y a lieu. La décision de lancer une évacuation pourra intervenir avant la confirmation de l'évaluation formelle des risques au sol et de la situation de la victime.

ANNEXE D AUX INSTRUCTIONS PERMANENTES

Catégories de patients et priorités d'évacuation

Catégories de patients. Aux fins des présentes instructions permanentes, les catégories de patients suivantes ont été définies en fonction du niveau de priorité des soins médicaux et de l'évacuation :

Catégorie Alpha (critique). La vie est menacée de façon immédiate : une évacuation rapide, une réanimation et/ou une intervention chirurgicale en urgence sont nécessaires pour sauver la vie, un membre ou la vue. En l'absence d'assistance médicale et/ou d'opération chirurgicale rapide et appropriée, le risque de mortalité ou de morbidité augmentera considérablement dans les deux heures qui suivent.

Catégorie Bravo (urgent). La vie ou un membre est en péril : il faut procéder à l'évacuation dès que possible. Les patients dans cette catégorie sont prioritaires pour ce qui concerne la stabilisation, le traitement sur le lieu de la blessure et l'évacuation, mais il est peu probable qu'une détérioration de leur état ou des complications surviennent dans les six heures.

Catégorie Charlie (retardé ou en attente). Il n'y a pas de menace grave pour la vie ou un membre : l'évacuation doit être effectuée dès qu'un mode de transport approprié est disponible. Cette catégorie demeure prioritaire pour les soins médicaux ; l'évolution et l'emplacement de la blessure ne laissent pas craindre des complications dans les 24 heures à venir.

Catégorie Delta (en attente). Cette catégorie ne doit être utilisée que lorsque le quartier général de la mission a signalé la survenue d'un événement ayant entraîné un lourd bilan humain. Victimes ayant des blessures qui ne compromettent pas la survie ; elles seront évacuées après d'autres patients de la catégorie Alpha.

ANNEXE E AUX INSTRUCTIONS PERMANENTES

DIFFUSION RESTREINTE AU PERSONNEL SANITAIRE

COMPTE RENDU MÉDICAL INITIAL OU ACTUALISÉ

1	DATE ET HEURE DE L'ÉTABLISSEMENT DU COMPTE RENDU	12 NOVEMBRE 2019 – 13 h 40
2	NOM et PRÉNOM(s)	SMITH Peter Robert
3	MILITAIRE/POLICE/CIVIL	MILITAIRE
4	GRADE (militaire ou police)	CAPORAL (militaire)
5	NATIONALITÉ	CANADIENNE
6	UNITÉ	CANBAT 1
7	ENDROIT OÙ LA PERSONNE SE TROUVE ACTUELLEMENT	INDIAN LEVEL 3 GOMA
8	DIAGNOSTIC PRINCIPAL	FRACTURE TIBIA-PÉRONÉ GAUCHE ; AMPUTATION TRAUMATIQUE MAIN GAUCHE
9	BREF COMPTE RENDU CLINIQUE	BLESSURE AU BRAS ET À LA JAMBE GAUCHE CAUSÉE PAR L'EXPLOSION D'UN ENGIN EXPLOSIF IMPROVISÉ AU PASSAGE DU VÉHICULE BLINDÉ DE TRANSPORT DE TROUPES. FRACTURE ET LUXATION DU TIERS INFÉRIEUR DU TIBIA ET DU PÉRONÉ GAUCHES. AMPUTATION TRAUMATIQUE DE LA MAIN GAUCHE AU NIVEAU DU POIGNET. STABLE ET CONSCIENT AU MOMENT DE SON ADMISSION EN NIVEAU 3. AUCUNE AUTRE BLESSURE GRAVE AU MOMENT DE SON ADMISSION. LÉGER CHOC HYPOVOLÉMIQUE.
10	TRAITEMENT	STABILISATION DE LA JAMBE ET POSE D'UNE ATTELLE SUR LES LIEUX. POSE D'UN GARROT SUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DU BRAS GAUCHE, APPLICATION D'UN BANDAGE DE COMPRESSION SUR LA PLAIE À LA MAIN. ANALGÉSIE ET INJECTION DE FLUIDES INTRAVEINEUX SUR LES LIEUX. LORS DE L'ADMISSION EN NIVEAU 3 : RÉDUCTION DE LA FRACTURE OUVERTE ET POSE D'UN FIXATEUR EXTERNE. PARAGE DE LA PLAIE À LA MAIN GAUCHE, FERMETURE PRIMAIRE DU MOIGNON EN DEUX TEMPS. ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE. ADMISSION EN SOINS INTENSIFS POUR UNE PRISE EN CHARGE POSTOPÉATOIRE.
11	PRONOSTIC	BON.
12	UNE ÉVACUATION SANITAIRE HORS DE LA ZONE DE LA MISSION EST-ELLE NÉCESSAIRE ?	OUI.
13	DATE DU PROCHAIN COMPTE RENDU	13 NOVEMBRE 2019 – 12 h
14	POUVOIR D'AUTORISATION : NOM ET POSTE	COLONEL B. RAWAT, COMMANDANT DE L'HÔPITAL DE GOMA (INDIAN LEVEL 3)

DIFFUSION RESTREINTE AU PERSONNEL SANITAIRE