

Par la configuration éclatée de la Polynésie française, quelque 68 îles habitées sur un territoire vaste comme l'Europe, peuplé par 250 000 âmes, le système de santé polynésien qui se veut aussi performant que celui d'un pays développé laisse la part belle aux évacuations sanitaires, inter-îles et internationales.

Les « Évasans » ont évolué sur les quatre dernières décennies, au rythme du développement des infrastructures aéroportuaires des îles et de leur ouverture sur le monde. Ces évacuations sanitaires mobilisent de nombreux moyens financiers, humains et matériels et prennent de multiples formes (urgentes, non urgentes, par vol spécial ou régulier...).

Pour le transport sanitaire urgent inter-îles, la partie la plus spectaculaire des Évasans, les moyens aériens doivent être disponibles 24h/24. L'hélicoptère, utilisé partout dans le monde pour les vols spéciaux rapides, mobilisé depuis 1995 pour les Évasans inter-archipels, est aujourd'hui dans l'impasse en Polynésie française, faute de convention et de subventions octroyées à ce type de transport sanitaire rapide. Les Évasans internationales se sont quant à elles structurées depuis l'arrivée en 2003 d'Europ Assistance, en charge de leur logistique.

De nombreux acteurs, dévoués avant tout à la santé des patients, interviennent dans ce système sanitaire original : personnel médical, SAMU, compagnies aériennes locales et internationales, pilotes, Caisse de Prévoyance Sociale, service d'État de l'aviation civile, Europ Assistance, associations.

Manureva est allé à leur rencontre afin de comprendre le fonctionnement, la nécessité et les enjeux des évacuations sanitaires par voie aérienne.

Les « Évasans » : un concept ancien, une mis en œuvre récente

Les premières tentatives d'un système de soins datent de la fin de la première guerre mondiale, avec la dépopulation de la Polynésie française (notamment due à l'épidémie de grippe espagnole de 1918 qui décima plus de 20 % de la population totale). Face aux difficultés de secourir une population aussi éparpillée, les évacuations sanitaires se sont imposées comme une solution qui se mit en place au rythme de l'équipement aéroportuaire des îles.

Les limites de la médecine mobile

Comme en Afrique ou en Indochine, la présence coloniale métropolitaine a permis la mise en place d'une médecine mobile avec des tournées médicales effectuées en bateau afin de dispenser des soins curatifs, les vaccinations, les soins d'hygiène élémentaires, les consultations maternelles et infantiles et la collecte d'informations démographiques. En 1920, on recensait quatre médecins publics, deux médecins libéraux et quatre infirmiers. En 1939, ils n'étaient que neuf au total. C'est l'augmentation du nombre d'infirmiers et de sages-femmes qui a surtout contribué à la promotion de la médecine dans les îles. On dénombrait dix-neuf infirmiers en 1960. Le nombre de lits hospitaliers a pour sa part augmenté de 60 en 1935 à 450 sur quatre îles à la fin des années 50.

Dès le début des années 50, les contraintes insulaires paraissent insurmontables et la médecine mobile, trop incertaine et ponctuelle, atteint ses limites en termes d'efficacité. En 1954, un rapport du chef de la Santé concluait : « *La solution idéale serait que chaque île dispose d'un infirmier et d'une station radiophonique.*

A partir de 1981, les Évasans sont assurés grâce au Nomad dont le Territoire a fait l'acquisition et au Piper Navajo du haut-commissariat. Ces avions administratifs sont exploités par le pilote-inspecteur du service de l'aviation civile, quelques pilotes des corps techniques de la navigation aérienne et des volontaires à l'aide technique (VAT) pilotes professionnels. Bon nombre de ces derniers ont poursuivi une carrière de pilote au sein d'Air Tahiti, puis d'Air Tahiti Nui.



A Papeete, un hydravion affecté au Service de la Santé, sera prêt à répondre à tous les appels et un médecin pourra alors se rendre sur place pour examiner les malades graves et les ramener éventuellement sur le centre de Papeete. Espérons que la situation économique permettra un jour de telles réalisations. » Le concept d'« Évasan » était né, du moins dans l'esprit !

Sans évacuations sanitaires, point de salut !

Au début des années 60, l'infrastructure sanitaire était essentiellement limitée et réservée au service public avec du personnel non médical confronté à l'éloignement et à la distance. Dans les années 60, une augmentation de l'offre publique et privée (médecins, infirmiers, lits d'hôpitaux) se fait jour. Mais, les transports sanitaires apparaissent comme le seul moyen de faire face à l'insularité, la Polynésie française n'ayant pas retenu les solutions de « médecins aux pieds nus » ou de médecin volant, système très coûteux et insuffisant. Si l'idée des évacuations sanitaires est ancienne, sa mise en œuvre ne s'est faite que tardivement, au rythme des évolutions techniques et du développement des infrastructures aéroportuaires. La desserte maritime se révélait en effet trop lente et inadaptée pour faire face aux urgences médicales.

Les Évasans internationales ont pour leur part débuté avec la piste d'aviation de Tahiti-Faa'a en 1962, vers la Nouvelle-Zélande et la métropole.

Les premières Évasans aériennes

Avant le CEP, les atterrissages n'étaient possibles qu'aux îles Sous-le-Vent et les urgences dans les îles éloignées restaient des cas désespérés.

C'est avec les Catalina de la Marine en 1965 que débute la forme actuelle des Évasans par voie aérienne, depuis les îles les plus éloignées vers l'hôpital de Hao ou Papeete. Par la suite, n'importe quel vol, commercial, militaire ou privé, passant au plus près de la demande, devait se dérouter s'il pouvait intervenir.

Les années 80 : le grand bond en avant

La procédure de déclenchement des Évasans urgentes inter-îles telle qu'on la connaît aujourd'hui a été mise en place à la fin des années 1970. A partir de 1981, le Territoire acquit son propre avion, un Nomad N22-B, avion australien médicalisé, pour permettre des tournées sanitaires dans les îles des médecins et dentistes ainsi que les Evasans. C'était un bi-turbopropulseur capable de se poser sur toutes les pistes de la Polynésie française. Cependant, sa lenteur constituait un handicap pour l'accomplissement des Evasans urgentes déclenchées à partir des îles les plus éloignées.

En 1983, la mise en place de la carte sanitaire avec un système de soins publics à organisation pyramidale qui reflète les hiérarchies insulaires et démographiques est un véritable bond en avant (voir page 6).

Avec le développement des pistes dans de plus en plus d'îles, les Évasans étaient alors effectuées avec des avions plus performants et par des sociétés privées sous convention. La première a été TCA (Tahiti Conquest Airlines) à partir de 1992 pour les Évasans sur l'ensemble de la Polynésie, suivie par Wanair qui prit le relais pour quelques mois. Le marché des Évasans inter-îles fut ensuite scindé en deux avec Air Océania pour les Tuamotu et TCA pour les autres archipels avant d'être repris en 1996 par Air Archipels.

DANS LES ANNÉES 80

A la fin des années 70 et jusqu'au début des années 90, la mise en œuvre des Evasans a été confiée à l'aviation civile. Le système comprenait la mise en place de cinq civières à Faa'a, Raiatea, Rurutu, Rangiroa et Nuku Hiva spécialement conçues pour être rapidement adaptées aux Fokker 27 de Air Polynésie. Cette solution avait le mérite d'éviter l'affrètement d'un avion spécial. Ce dispositif était complété par les moyens aériens fournis par les avions administratifs : le Nomad FODMX du Territoire, quand celui-ci n'était pas en tournées médicales pluridisciplinaires et le Piper Navajo FOCHS du haut-commissaire. Des conventions étaient passées avec des propriétaires de bimoteurs pour l'utilisation en dernier recours de leurs appareils. Enfin en ultime recours, un avion des Armées ou d'Air Polynésie pouvait être réquisitionné.

Lorsqu'une Evasan s'avérait nécessaire dans une île, la consigne consistait à vérifier si le patient pouvait être embarqué sur civière sur un vol régulier Air Polynésie. Dans la négative, le commandant de permanence du service de la navigation aérienne était sollicité pour rechercher un avion et un équipage. Il est arrivé plusieurs fois de passer des messages via RFO pour prévenir les agents des îles d'allumer les radiobalises nécessaires, d'être présents pour assurer les opérations d'avitaillement en carburant.

Bien que n'entrant pas dans la vocation normale de l'aviation civile, cette organisation a fonctionné et a pu répondre, à des coûts acceptables, aux besoins d'Evasan en attendant l'émergence de compagnies de transport public conventionnées avec la CPS.

Polynésie française : un système de santé unique au monde

En raison de son étendue géographique, la Polynésie française a mis en place un système sanitaire original majoritairement organisé autour du service public dans la plupart des îles et caractérisé par la dispersion des infrastructures sanitaires. Plusieurs niveaux de soins coexistent, dessinant une organisation qui laisse donc une large place aux évacuations sanitaires inter-îles et internationales.

Une hiérarchie des soins a été mise en place en tenant compte de la localisation géographique et de la densité démographique des îles polynésiennes. Chaque île habitée de manière permanente dispose d'un correspondant de santé. Seuls dans les atolls réputés inhabités avec population temporaire, la Santé n'a pas placé de structure.

Un système de santé hiérarchisé

Les soins de santé primaires sont assurés par de multiples structures publiques de proximité (49 postes de secours, 20 infirmeries, 6 dispensaires, 11 centres médicaux) dans les archipels et par les dispensaires de Tahiti où les activités de soins curatifs et préventifs sont assurées par l'hôpital de Taravao et le Centre de la mère et de l'enfant. Le secteur libéral complète le dispositif, mais il est essentiellement concentré dans les îles Sous-le-Vent et les îles du Vent.

Dans les îles les moins peuplées (Tuamotu-Gambier et Australes), on trouve des postes de secours sous la responsabilité d'un agent communal ou un auxiliaire de santé. Dès lors que la population dépasse 300 à 500 habitants, une infirmerie permet sa prise en charge sanitaire par un professionnel de santé. Au-delà de 1 000 habitants, le centre médical sous la responsabilité d'un médecin et d'infirmiers assure des consultations quotidiennes.

Les soins hospitaliers de proximité sont dispensés :

- à l'hôpital d'Uturoa sur l'île de Raiatea dans les îles Sous-le-Vent et à l'hôpital de Taiohae sur l'île de Nuku-Hiva dans les Marquises Nord avec une activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique ;
- à l'hôpital d'Ofanaiti sur l'île de Moorea en médecine et obstétrique ;
- à l'hôpital de Taravao sur la presqu'île de Tahiti en médecine et en soins de longue durée.

Les soins spécialisés et les soins hospitaliers de plus haut niveau sont assurés à Papeete :

- par le secteur ambulatoire public (Centre de la mère et de l'enfant) et libéral (la quasi-totalité des médecins spécialistes libéraux sont installés à Papeete) ;
- par le secteur hospitalier privé : deux cliniques privées (Cardella et Paofai), un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (centre Te Tiare), et la clinique ambulatoire de Mamao ;
- par le secteur hospitalier public, le Centre hospitalier de Polynésie française qui dispose d'un plateau technique complet avec imagerie lourde (Scanner et IRM) et coronarographie.

Traitement des urgences : de grandes disparités

Dans les archipels, le traitement des urgences se fait à différents niveaux, selon l'équipement sanitaire et le personnel disponible.

Dans les postes de secours, les auxiliaires de santé ont une formation de secourisme pour effectuer les premiers gestes d'urgence. Ils sont reliés avec le SAMU par téléphone ou BLU. Aux Tuamotu, les acheminements vers l'infirmierie la plus proche se font en speed boat en 2-3 heures. L'équipement d'urgence est composé d'une bouteille d'oxygène, des aérosols (crise d'asthme), un otoscope, appareil à dextro.

Les infirmieries, reliées par téléphones et fax au SAMU, sont équipées de trouses d'urgence, bouteilles d'oxygène, matelas et barquette d'évacuation, appareil à doser l'hémoglobine, otoscope... Une permanence de soins est assurée par l'infirmier assisté d'un auxiliaire de soins.

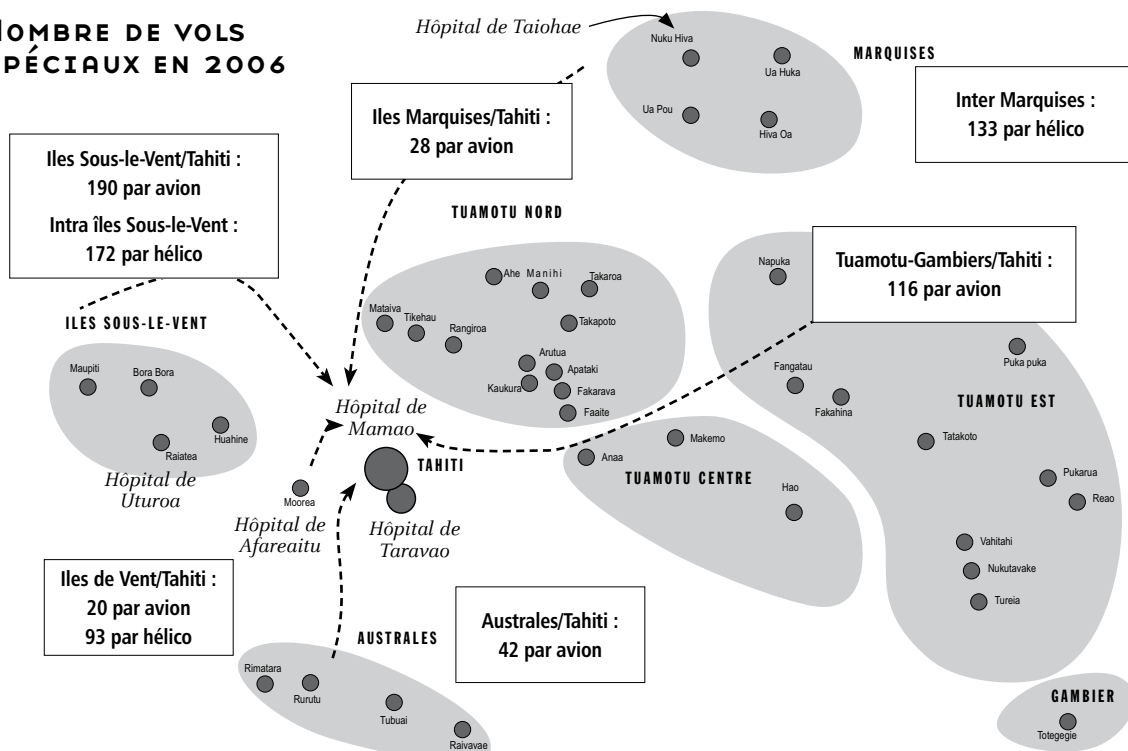
Les centres médicaux (Rangiroa, Hao, Ua Pou, Hiva Oa, Fakarava, Rurutu, Tubuai, Huahine, Bora Bora, Maupiti, Tahaa) comportent pour leur part une salle d'urgence équipée avec de l'oxygène, une trousse d'urgence, barquette d'évacuation, matériel de contention...

Les hôpitaux de Taiohae, Moorea, Raiatea et Taravao comportent un plateau médico-chirurgical (lits d'hospitalisation, bloc opératoire, centre d'accouchement, dispensaire...). Ils représentent le premier recours pour les pathologies courantes et les urgences vitales. Des médecins, chirurgiens, anesthésiste-réanimateurs, sages-femmes, infirmiers disponibles H24 composent le personnel, avec des médecins de garde.

LES CONSULTATIONS AVANCÉES

Dans le but d'améliorer l'offre des soins et de limiter les coûts des Évasans, un nouveau dispositif, les « Consultations avancées », qui offre des soins de proximité aux patients résidant dans les îles, a été mis en place en 2003. Le médecin traitant prend rendez-vous pour le malade auprès de la structure de soins de l'île. Les médecins spécialistes se déplacent vers le patient lui évitant le voyage, l'éloignement familial et les frais divers (hébergement, transport, ...). En 2003, 4 305 patients en consultations avancées ont été examinés, 8 280 en 2004 et 8 471 en 2005.

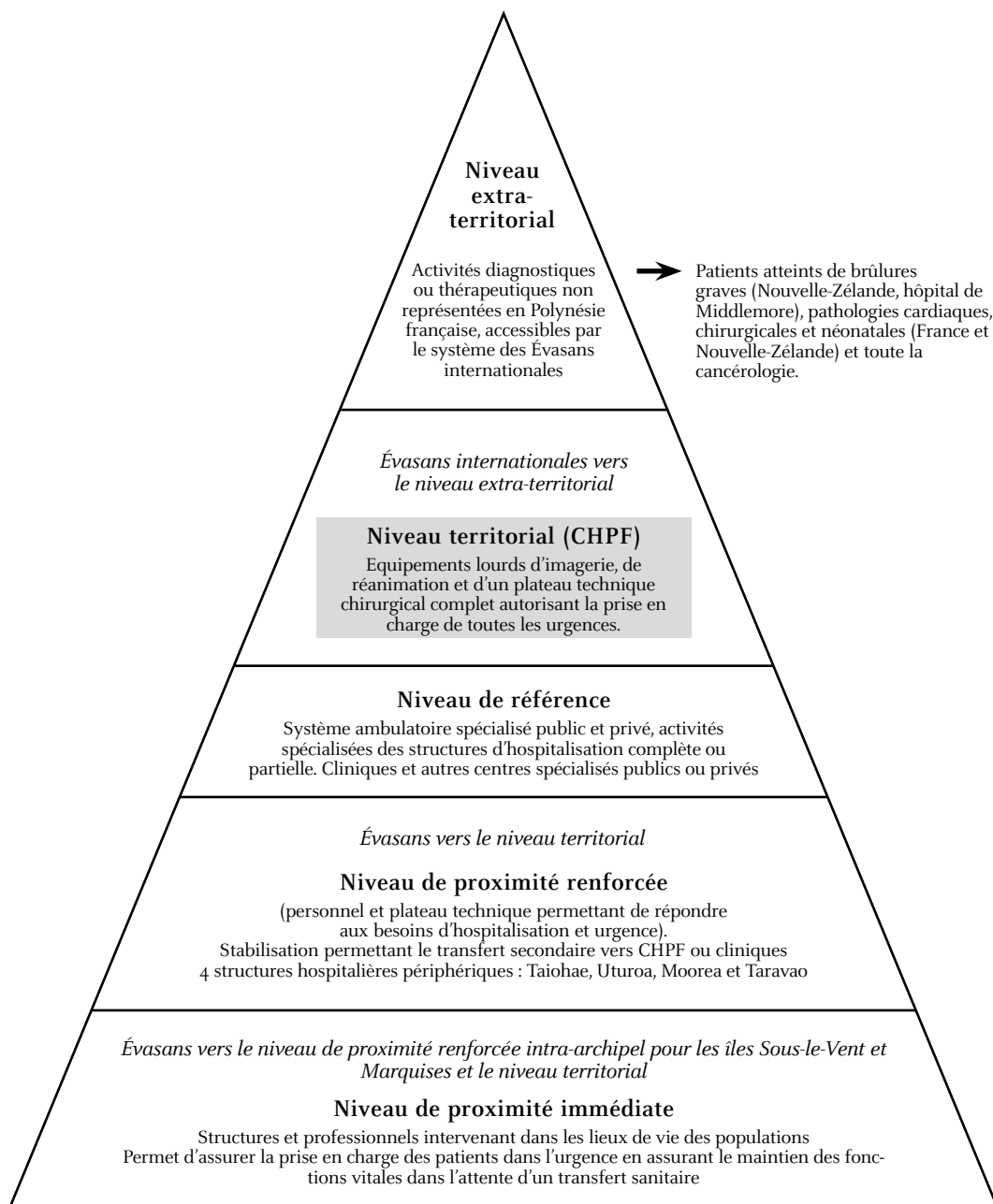
NOMBRE DE VOLS SPÉCIAUX EN 2006



Source : Centre hospitalier de la Polynésie française.

UN SYSTÈME DE SANTÉ PYRAMIDAL

L'organisation des soins en Polynésie française est structurée en cinq niveaux comme le décrit le schéma d'organisation sanitaire. Les Évasans urgentes inter-îles interviennent à deux niveaux : au sein d'un même archipel pour rapatrier les patients vers un niveau de proximité renforcé, puis vers Tahiti de ces niveaux de proximité renforcés vers le niveau territorial, le CHPf. Les évacuations sanitaires internationales interviennent au niveau territorial vers le niveau dit « extra-territorial ».



« Évasans » : un mot, plusieurs réalités

Par évacuation sanitaire, on entend à la fois, au sens large, « l'évacuation de malades ou blessés par hélicoptère, avion de ligne commerciale ou avion spécial » ou au sens strict, « l'évacuation par avion spécial ou Évasan : avion affecté uniquement au transport du patient. » En Polynésie française, ces deux concepts cohabitent pour les Évasans inter-îles et internationales, selon le degré d'urgence.

Évasans inter-îles : deux degrés d'urgence

Une évacuation sanitaire inter-îles est le transport du patient de son île de résidence vers l'hôpital le plus proche lorsque les soins ne sont pas réalisables sur son lieu de résidence par manque d'infrastructures, de services ou de moyens adaptés. Les patients relevant de pathologies non urgentes sont transférés sur vols réguliers, tandis que les pathologies urgentes bénéficient d'une évacuation par vol spécial.

- Les évacuations sanitaires non urgentes :

Après avoir programmé des rendez-vous chez un médecin spécialiste à Tahiti, le médecin traitant adresse le formulaire « *Demande d'entente préalable* » à la CPS. Après avis favorable du médecin-conseil de la CPS, un bon de transport aller-retour est expédié au médecin demandeur.

- Les évacuations sanitaires urgentes :

Le SAMU (ancien SMUR jusqu'en 2005) est aujourd'hui l'organisme habilité à déclencher une Évasan. Alertés en cas d'urgence sanitaire, les correspondants sanitaires des îles entrent en contact avec le SAMU de l'hôpital de Mamao qui, à l'appréciation de la gravité du cas, choisit de déclencher une évacuation sanitaire. Un formulaire « message d'Évasan » est adressé à la CPS et une réquisition de transport au fournisseur.

Évasans extérieures : pour les pathologies non traitées à Tahiti

Selon la délibération n°2001-6 APF du 11 janvier 2001, « *l'évacuation sanitaire (Évasan) à l'extérieur de la Polynésie Française constitue une offre de soins proposée au patient lorsque le diagnostic et/ou le traitement et/ou le suivi thérapeutique ne sont pas réalisables dans le Pays par manque d'infrastructure, de service et/ou de moyens adaptés à sa pathologie.* » Il s'agit essentiellement des radiothérapies pour le cancer, la prise en charge des grands brûlés, la chirurgie cardiaque et neurologique ainsi que certaines greffes.

Les Évasans en quelques chiffres

COMBIEN ÇA COÛTE ?

Exemples de coûts d'une Évasan urgente en avion ou en hélico :

- Une heure d'hélicoptère :
231 000 Fcfp aux Marquises
152 000 Fcfp aux îles Sous-le-Vent
- A/R Tahiti/îles Sous-le-Vent (en B200):
230 000 Fcfp x 1,5 heure =
345 000 000 Fcfp
- A/R Marquises/Tahiti (B200) :
230 000 Fcfp x 7 heures =
1 610 000 Fcfp
- A/R Tahiti/Totegegje (B200) :
230 000 Fcfp x 8 heures =
1 840 000 Fcfp
- Tahiti/Rapa (avion et hélico) :
A/R Tahiti/Raivavae en B200 :
230 000 Fcfp x 3 heures =
690 000 Fcfp
A/R Tahiti/Raivavae/Rapa en Superpuma :
400 000 Fcfp x 8 heures =
3 200 000 Fcfp
Soit un total de 690 000 +
3 200 000 = 3 890 000 Fcfp
NB : transfert en ambulance médicalisée : 60 000 Fcfp

Les évacuations sanitaires inter-îles et internationales ont un coût important supporté par la Caisse de Prévoyance Sociale qui prend en charge à 100 % en tiers payant les frais du patient liés à l'évacuation sanitaire inter-îles ou internationale (transport aller-retour et hébergement du patient et de l'accompagnateur agréé, frais médicaux liés à l'Évasan, transfert terrestre, frais d'interprétariat à l'étranger, rapatriement en cas de décès...). Alors que pour les évacuations inter-îles, l'évolution est à la hausse depuis 2000, la tendance s'inverse pour l'international.

Évasans inter-îles urgentes : un triplement en trente ans

On enregistrait en 1979, 127 vols spéciaux, 332 en 1990 et 466 en 2006. Depuis l'introduction de l'hélicoptère et des évacuations sanitaires inter-îles, la progression de ce type de transport rapide a été similaire. La tendance est depuis 2000, à l'augmentation du nombre d'Évasans urgentes dans les îles par avion et hélicoptère. L'offre médicale avec les moyens mis en œuvre crée-t-elle la demande ? Comme l'explique le Dr Vincent Simon, responsable du SAMU, « En 2000, nous avons eu une augmentation de 30 % qui n'a pas trouvé d'explication cohérente si ce n'est, paradoxalement la plus grande médicalisation des îles. En effet, nous avons constaté que plus il y a de médecins dans les îles, plus il y a d'Évasans, urgentes ou programmées. En effet, quand il y a un médecin, la population vient consulter et le médecin décèle des pathologies urgentes qui en son absence auraient mal évolué. L'offre crée la demande. Sur Tahiti également, nous avons de plus en plus de consultations en urgence. Cela s'est fait brutalement en 2001 où il y a eu une épidémie de dengue qui a causé l'évacuation de plus de 40 patients des îles. Mais la tendance s'est confirmée en 2002 et 2003. » Mais depuis 2001, le nombre d'évacuations sanitaires vers Tahiti (hors vols intra-archipels) semble avoir atteint un palier, entre 450 et 500 vols par an sur l'ensemble des archipels, vers Tahiti.

ÉVOLUTION DES ÉVASANS URGENTES PAR VOLS SPÉCIAUX AVION ET HÉLICOPTÈRE VERS TAHITI (NOMBRE DE VOLS)

1989	332	1995	286	2001	520
1990	349	1996	312	2002	519
1991	255	1997	299	2003	452
1992	257	1998	286	2004	473
1993	289	1999	272	2005	426
1994	243	2000	334	2006	466

Pour une ventilation par provenance et par type pour l'année 2006, voir la carte page 5.

Évasans inter-îles non urgentes (visites de spécialistes)

Ces Évasans non urgentes concernent les transports de patients assurés en vol régulier vers Tahiti et sont remboursées par la CPS pour les visites de médecins

spécialistes (ophtalmologie, ortho-rhumatologie, cardiologie, obstétrique). Elles augmentent depuis 2001 au rythme d'environ 10 % par an. Une tendance qui,

**EVOLUTION DEPUIS 2001 DES ÉVASANS NON URGENTES
(NOMBRE DE PATIENTS)**

2001	17 093
2002	19 051
2003	18 775
2004	20 783
2005	22 559

comme pour les Évasans urgentes peut être expliquée par la médicalisation croissante des îles.

Évasans internationales : vers une baisse

Globalement 80 % des Évasans sont effectuées vers la France et 20 % vers la Nouvelle-Zélande. Comme le précise Marc Lehartel, responsable du Service Évasans à la CPS, « *Vers la Nouvelle-Zélande, nous envoyons les malades en cardiologie et les grands brûlés, et en France surtout les traitements anti-cancéreux et les greffes. Mais, bien entendu, le médecin soignant prend lui-même les rendez-vous avec les spécialistes à l'extérieur, selon ses contacts... La communication est plus facile avec les praticiens métropolitains avec lesquels il n'y a pas la barrière de la langue.* » Sur les quatre dernières années, la baisse du nombre des évacuations sanitaires internationales est liée à la prise en charge des coronographies et greffes de la cornée en Polynésie française. En 2005, 23 % des Évasans internationales ont été médicalisées dont 108 vers la France et 52 à destination de la Nouvelle-Zélande.

**EVOLUTION DES ÉVASANS INTERNATIONALES DEPUIS 2002
(NOMBRE DE PATIENTS)**

	2002	2003	2004	2005
Total	1017	774	703	705
France	707	571	551	567
Nouvelle-Zélande	310	203	173	137

**PATHOLOGIES CONCERNÉES (VERS LA NOUVELLE-ZÉLANDE,
CHIFFRES 2004)**

Maladies de l'appareil respiratoire	115
Tumeurs	27
Maladies du sang	1
Maladies du système nerveux	11
Lésions traumatiques	19

Source : CPS.



Déclenchement d'une Évasan : des procédures précises

Les évacuations sanitaires, mettant en œuvre des moyens humains, techniques et financiers lourds, répondent à un schéma précis de déclenchement où rien n'est laissé au hasard. Les procédures de déclenchement diffèrent selon le type d'évacuation sanitaire (inter-îles, internationales), l'île de destination, les vecteurs disponibles et la pathologie.

Évasans inter-îles : agir dans l'urgence !

Toutes les Évasans urgentes concernant les différents archipels de la Polynésie française sont régulées et organisées par le SAMU du Centre Hospitalier de Polynésie française. Les demandes des responsables sanitaires des îles sont adressées au médecin régulateur du SAMU qui enregistre à la main sur le registre et informatiquement sur le logiciel Centaure 15 le message de la demande d'Évasan. Il engage aussitôt la procédure en prenant tous les contacts nécessaires avec les opérateurs (Air Archipels, Polynésie Hélicoptères, Haut-Commissariat, Armées...) et informe sans délai l'île d'origine de l'heure prévisible d'arrivée de l'avion et des besoins liés à la logistique : balisage par gooseneck ou équivalent, nécessité d'amener le patient à la piste...

Toutefois, les jours ouvrables, de 7h30 à 15h30, l'archipel des Tuamotu-Gambier est en relation avec le dispensaire des Tuamotu-Gambier à Papeete, mais il incombe toujours au médecin régulateur du SAMU la décision du déclenchement de l'Évasan demandée par les médecins du dispensaire.

La procédure actuelle de déclenchement des Évasans inter-îles urgentes date des années 90. Dans les années 80, à l'époque du Nomad du Territoire, les demandes d'Évasans étaient adressées au service d'État de l'aviation civile, avec son commandant de permanence qui était un des fonctionnaires de garde de l'aviation civile. Puis avec Tahiti Conquest Airlines (TCA) en 1992, le SMUR a commencé à passer en direct avec les opérateurs. Dans l'éventualité où TCA ne répondait pas, le SMUR s'adressait au commandant de permanence du service d'État de l'aviation civile qui trouvait une autre solution, civile ou militaire.

Évasans inter-îles programmées : sur vol régulier

Les Évasans programmées vers des médecins spécialistes, s'effectuent à la demande des médecins traitants des îles. Elles sont planifiées par vol régulier sur Air Tahiti. Après avoir programmé des rendez-vous chez le médecin spécialiste, le médecin traitant adresse le formulaire « *Demande d'entente préalable* » à la CPS. Après avis favorable du médecin-conseil de la CPS, un bon de transport aller-retour est expédié au médecin demandeur.

Évasans internationales : Europ Assistance en tant que coordinateur

La chaîne des Évasans internationales commence par le médecin traitant du patient qui fait une demande d'Évasan en Nouvelle-Zélande ou en France selon la pathologie détectée. Elle est reçue par Europ Assistance et le contrôle

ÉVASANS INTER-ÎLES URGENTES : LES MENTIONS OBLIGATOIRES

La demande d'Évasans inter-îles urgente doit impérativement comporter les rubriques suivantes, informées par le médecin régulateur du SAMU :

- Lieu de prise en charge, destination ;
- Nom, prénom, âge, sexe du ou des malades à évacuer ;
- Malade assis ou couché, couveuse ;
- Pathologie justifiant la demande (non transmise aux pilotes et codée) ;
- Nom du médecin et /ou infirmier sage-femme accompagnateurs ;
- Nom et prénom de la personne accompagnant pour les malades mineurs ou justifiant la présence d'un accompagnant ;
- Matériel spécifique (module pédiatrique, oxygène, scope...) ;
- Organisme de prise en charge (salarie, RST, RNS, privé...) ;
- Nom et qualification du demandeur.

médical de la CPS dont les médecins-conseil valident la demande et envoient ensuite cette validation avec les moyens demandés à Europ Assistance qui prend alors en charge la gestion du dossier depuis 2003, sous convention avec la CPS (voir interview de Sylvain Thimotée page 19). La demande est transmise par la CPS à la compagnie aérienne qui la fait valider par son médecin-conseil.

Le document médical, « *la médif* » dans le jargon (document rempli par le médecin-traitant du malade) doit impérativement comporter les informations suivantes : nom du patient, taille, poids, type de transport demandé (médicalisé ou non, civière avec ou sans oxygène, le débit en oxygène pour le nombre de bouteilles requises, business ou économie). La pathologie du malade, par respect du secret médical, est quant à elle codée et seul le médecin-conseil de la compagnie en est informé. Dans l'urgence, en jours non-ouvrables à la CPS, le déclenchement de l'Évasan se fait avant l'aval de cette dernière qui régularise par la suite, le dossier lui étant transmis par Europ Assistance.

Lors d'une Évasan, la pathologie du malade est codée et seul le médecin-conseil de la compagnie aérienne en prend connaissance. Les personnels navigants n'en sont pas informés, par respect du secret médical.



Évasans domestiques : une disponibilité H24

Depuis les premières évacuations sanitaires dans les années 60, les moyens à disposition ont considérablement évolué. Des conventions avec les prestataires privés ont permis la mise à disposition 24 h/24 de moyens d'intervention rapides et performants. Depuis 1995, l'hélicoptère a permis de désenclaver les zones difficiles, qui étaient uniquement desservies par route ou speed boat.

Selon l'origine, l'évacuation sanitaire est effectuée par différents intervenants. Pour l'ensemble des îles pourvues de pistes et pour l'ensemble des Tuamotu, Air Archipels, sous contrat avec la CPS depuis 1996, et ses deux Beechcraft 200 assurent le transport d'urgence. En cas d'indisponibilité de ces deux appareils, Air Tahiti met à disposition un ATR 42 ou 72 pour les îles où ces appareils peuvent se rendre. En dernier recours, l'avion du Haut-Commissaire, également un Beechcraft 200, peut être réquisitionné.

Les Évasans inter-archipels aux îles Sous-le-Vent et aux Marquises sont effectuées par Polynésie Hélicoptères avec trois appareils Ecureuil mono-turbines basés à Tahiti pour deux d'entre eux (pour Moorea, Makatea et Maiao), un à Bora Bora (pour Huahine, Raiatea, Maupiti) et un bi-turbines Ecureuil aux Marquises à Nuku Hiva.

Sur Moorea, les Évasans sont réalisées quasi-exclusivement en hélicoptère au départ de l'aéroport de Temae (très exceptionnellement de l'hôpital d'afareaitu pour des cas très sévères). Pour l'île de Rapa et les îles sans piste des Tuamotu (une quinzaine au total), le Super Puma de l'Armée de l'Air peut être réquisitionné en raison de son autonomie importante. Cependant, les délais de déclenchement sont longs car l'équipage ne fonctionne pas en astreinte.

Transport rapide par hélicoptère : un épineux dossier

L'hélicoptère présente l'avantage de pouvoir se poser dans des zones d'accès difficiles. Pour des trajets inférieurs à 300 km, il est plus rapide que l'avion qui nécessite, pour des vols courts (îles Sous-le-Vent), une préparation plus longue que le temps de vol effectif. Il permet en outre un gain de temps et une économie en terme de transport terrestre (ambulance). Or, le transport rapide par hélicoptère est depuis 1995 réalisé par une unique société, Polynésie Hélicoptères, qui fonctionne sans convention avec la CPS et connaît aux Marquises des difficultés financières, compromettant la situation sanitaire de l'archipel.

L'hélicoptère pourrait également être une alternative intéressante dans la perspective de l'utilisation de l'hélistation du futur hôpital du Taaone, dans le cas où des investissements seraient réalisés dans des appareils bi-turbines, comme l'exige la réglementation en vigueur (interdiction de survol des zones urbaines en mono-turbine). Mais, sans aide de l'Etat et du Pays ni convention, ces investissements ne seront pas réalisés. Cet épineux dossier est actuellement en cours de négociation (voir l'encadré ci-contre et l'interview de Marc Koska p. 14).

HÉLICO : DU NOUVEAU BIENTÔT ?

Une consultation relative aux Évasans en hélicoptère devrait être organisée avant la fin de l'année 2007. Le cahier des charges a été rédigé et, en août 2007, l'appel à candidature était encore en attente. Il porte sur une prestations de transport rapide en hélicoptères bi-turbines pour les Évasans sur l'ensemble de la Polynésie avec trois appareils basés à Tahiti, Bora Bora et aux Marquises. L'appel à candidature est articulé autour de l'hélistation du nouvel hôpital et en tenant compte du retrait des Super Puma en 2008.

Avant de lancer la consultation, certains points restent cependant encore à définir : appel à candidature à caractère local ou international, fonds de la CPS qui seront alloués, type de convention qui sera signée (avec le Pays ou la CPS ?).

AIR ARCHIPELS : TOUJOURS EN ALERTE...

Quotidiennement, Air Archipels réalise un minimum d'une Evasan au départ de Tahiti-Faa'a. Ces vols spéciaux, imprévisibles par définition, imposent à la compagnie locale une astreinte H24 et le respect de contraintes strictes.

Les Evasan effectuées par Wan Air et avant elle par Air Océania (avec un Mitsubishi mono-pilote), puis Tahiti Conquest Airlines ont été prises charge à partir de 1996 par Air Archipels, après le rachat de TCA. Air Archipels a donc effectué les premières Evasans urgentes médicalisées à bord d'un Conquest avant de le revendre aux Etats-Unis et de commander un Beechcraft 200.

Une intervention sous convention avec la CPS

Une convention de trois années renouvelable lie Air Archipels à la CPS. Le document stipule un nombre d'heures minimum et un tarif à l'heure de vol (environ 230 000 Fcfp HT). En échange, la compagnie s'engage à immobiliser en permanence un appareil Beechcraft 200 et à mettre à disposition des Evasans deux pilotes joignables 24 heures sur 24, sur les six que comprend le personnel de la compagnie. A la demande du SAMU, deux pilotes sont nécessaires, en raison des contraintes imposées par ce type de vol, même si les appareils peuvent être pilotés par un seul pilote. La convention précise également un délai de mise en service de l'avion d'un maximum de 45 minutes entre l'appel et le décollage, avec à son bord une équipe du SAMU.

Des avions en version médicalisée

A l'acquisition des appareils, Air Archipels s'est équipée de deux kits spéciaux pour les Evasans (vendus par la société américaine Life Port au prix unitaire de 6 millions de Fcfp), conformes aux normes européennes et comprenant une civière, des prises électriques et une arrivée d'oxygène médical. La version de base Evasan de l'appareil est : deux sièges derrière les pilotes, un siège couloir dans le sens du vol et un strapotin au fond de l'avion pour les éventuels accompagnants.

La transformation des Beech 200 en version médicalisée nécessite le retrait de trois sièges pour y placer une civière. Une version double civière existe également pour accueillir deux malades simultanément, ou une mère et son enfant en couveuse. Le reste du matériel médical est amené par l'équipe du SAMU à chaque intervention.

L'agrément indispensable à ce type de transformation est délivré par le Groupement pour la sécurité de l'Aviation Civile (GSAC) et demandé directement par le constructeur des appareils. La porte-cargo qui équipe l'appareil permet un chargement aisé des malades sur civière.

Plus de 200 millions de chiffres d'affaires

Sur les dernières années, Air Archipels a effectué entre 900 et 1 000 heures de vol par an, représentant plus de 200 millions de Fcfp par an de chiffre d'affaires. En 2006, Air Archipels a réalisé un chiffre d'affaires de 225 millions lors des Evasan (contre 213 millions en 2005) sur 490 millions de chiffres d'affaires global. 977 heures au total ont été facturées à la CPS, contre 928 en 2005 pour 376 Evasan (353 en 2005).



MARC KOSKA, P-DG, SA POLYNÉSIA HÉLICOPTÈRES : L'HELICO DANS L'IMPASSE ?

En marge de son activité commerciale et touristique, Polynésie Hélicoptères (Héli Inter jusqu'en 2000) assure depuis 1994 les évacuations sanitaires aux îles Marquises et depuis 1995 aux îles Sous-le-Vent et îles du Vent, avec ses quatre appareils (trois mono-turbines à Tahiti et Bora Bora et un bi-turbines aux Marquises). En 2006, la compagnie a réalisé 263 heures de vol en Evasan, soit 18,4% de son activité. Elle réalise les Evasans inter îles Sous-le-Vent (116 heures en 2006), inter îles Marquises (117 heures) et inter îles du Vent (30 heures) sans convention CPS depuis plus de douze ans. Une situation inconfortable qui pourrait bien mettre en péril le transport sanitaire par hélicoptère en Polynésie française. Marc Koska, P-Dg de Polynésie Hélicoptères et pilote-instructeur, tire la sonnette d'alarme depuis des années déjà...

Manureva : Comment conciliez-vous Évasans et vols commerciaux ?

« Sur les trois sites (Tahiti, Bora Bora et Nuku Hiva), nous donnons priorité aux Évasans. Soit l'appareil est déjà en vol, il achève son vol ou l'écourte puis assure son Évasan. Soit nous repoussons un vol prévu ; les clients sont compréhensifs pour les retards, lorsqu'il s'agit d'une urgence. L'indisponibilité peut être due ponctuellement à une panne ou régulièrement aux visites techniques. Aux îles Sous-le-Vent, nous avons 100 % de disponibilité car la maintenance est réalisée à Tahiti et nous faisons alors

un échange d'appareil, la part d'exploitation étant plus importante aux îles Sous-le-Vent qu'à Tahiti. Sur Tahiti, nous avons 90 % de disponibilité. Nous avons toujours réussi à effectuer une Évasan sur Moorea. »

Manureva : Pourquoi l'activité hélicoptère n'est-elle plus rentable aux Marquises ?

« À la création de l'entreprise en 1994, l'activité commerciale était très largement suffisante et nous permettait de mettre l'appareil au service de l'hôpital de Taiohae ou du SMUR de Mamao pour les évacuations sanitaires. Aux Marquises, l'activité commerciale a rapidement disparu, le tourisme étant très faible avec quelques navires de croisière avec qui nous faisons des circuits, le transport inter-îles trop marginal au point de remplir avec difficulté la liaison Taiohae-village aller-retour. Les deux causes majeures sont la construction de la route à Nuku Hiva et la mise en place d'un Twin Otter exploité par Air Moorea et financé par l'Etat. L'avion peut certes effectuer des Évasans, mais l'hélicoptère peut atterrir dans chaque vallée embarquer les patients, le gain de temps est souvent un facteur important quant à la survie des personnes atteintes d'une pathologie grave. »

Manureva : Que va-t-il alors advenir des Évasans inter-îles aux Marquises ?

« Le problème a été soulevé, il y a plusieurs années, en interpellant l'Etat et le Territoire afin de trouver des solutions. Quoi qu'il en soit, en juin 2007, l'appareil est parti en visite technique à Tahiti et ce n'est pas sûr qu'il reprenne du service aux Marquises, je serai alors contraint de fermer la base et licencier six personnes. Il



ya aujourd'hui, selon le médecin urgentiste de l'hôpital de Taiohae, en moyenne 14 à 16 personnes chaque année dont la vie est sauvée par ce transport hélicoptère rapide aux Marquises. En l'absence de moyen adapté pour assurer ces Évasans, la responsabilité du Pays sera alors directement engagée. On ne peut plus laisser à la charge d'une entreprise privée sans aucune aide, le soin d'assurer seule cette mission de service public, alors qu'il n'y a plus d'activité commerciale. Nous l'assurons car nous avons besoin de travailler et ne pouvons pas laisser les gens mourir ! »

Manureva : Y-a-t-il une issue ?

« Les choses sont en train de bouger. Il serait question pour les Marquises d'une convention Santé-CPS-Polynésie Hélicoptères. C'est ce qui a été confirmé lors du dernier passage du Président de la Polynésie française aux Marquises. Si des solutions sont trouvées, nous ferons le maximum pour effectuer la visite technique le plus rapidement possible, au minimum deux à trois mois. L'appareil pourrait reprendre son service aux Marquises »

Manureva : L'hélistation du nouvel hôpital changera-t-elle la donne ?

« Nous avons défini, avec les architectes puis les représentants des grands travaux, l'hélistation du nouvel hôpital de façon à ce qu'elle puisse accueillir aussi bien des hélicoptères légers et lourds. Mais sans aide du Pays ni convention, Polynésie Hélicoptères ne peut investir dans des appareils bi-turbines (Ndlr : comme l'imposera à terme la réglementation pour le transport public hélicoptère et comme l'impose la réglementation pour le survol de Papeete). Un bi-turbine représente un

investissement minimum de 5 millions d'Euros, donc si rien ne garantit l'activité sur au moins cinq ans, nous ne pourrons pas investir, même avec l'aide des dispositifs actuels (ex. défiscalisation). »

Manureva : Quand sera applicable la réglementation qui interdit le transport public en monomoteur ?

« Cette réglementation européenne est en place en Europe depuis 2002. La Nouvelle-Calédonie et nous-même sommes exclus de son application dans la mesure où la mise en place de la réglementation à date fixe signifierait soit l'arrêt total du transport par hélicoptère en Polynésie, soit la mise en place de bi-moteurs avec des contrats et conventions car les coûts d'exploitation sont très supérieurs. Aucune date n'est fixée pour le moment. Cela est prévu à moyen terme¹. »

L'hélicoptère représente-t-il une solution plus économique que l'avion ?

« Pas plus économique mais pas plus cher que les moyens actuels. Le transport étant un facteur aggravant, il doit être le plus rapide possible. L'hélicoptère permet un transport rapide (sur les courtes et moyennes distances, en général 100 à 150 miles nautiques) qui immobilise l'équipe médicale du SAMU moins longtemps. Le but de l'hélico est de pouvoir décoller de l'hôpital et de pouvoir se poser n'importe où, il permet de gagner un ou deux transferts en ambulance qui peut alors être disponible sur d'autres interventions. Si un appareil est dédié au SAMU, il sera équipé à demeure de tout le matériel médical d'urgence nécessaire. De plus, en vol, l'équipe médicale peut intervenir et éviter ainsi une aggravation des pathologies du ou des patients »

¹ Les évacuations sanitaires effectuées par voie aérienne au profit des organismes de santé, constituent des activités de transport aérien public et nécessitent pour l'exploitant de l'aéronef l'obtention préalable d'un certificat de transporteur aérien et une licence d'exploitation.

Les compagnies aériennes basées en Polynésie française, qui veulent effectuer des Évasans en hélicoptère, doivent appliquer les conditions techniques fixées par l'arrêté du 25 février 1985, dans l'attente de l'applicabilité dans les collectivités d'outre-mer de l'arrêté du 23 septembre 1999, dit OPS 3, qui est appliqué par les compagnies basées en métropole.

L'OPS 3 crée notamment, pour les opérations de service médical d'urgence par hélicoptère (SMUH), un agrément spécifique qui impose dans la pratique l'utilisation d'hélicoptères bi-turbines disposant de performances permettant leur exploitation en classe de performances 1, pour un accès dans les meilleures conditions aux différents sites d'exploitation.

Pilote d'Évasan : « aider à sauver une vie sans mettre les autres en danger »

Pilote d'Évasan est un métier très spécifique en raison de la difficulté de desserte de certaines îles isolées et de l'urgence des missions à effectuer. Denis Louviot, pilote de l'avion du Haut Commissariat depuis 2002, amené à pallier l'indisponibilité des autres moyens, revient sur cette activité éprouvante et palpitante à la fois, qui permet souvent de sauver des vies.



Les Évasans par vols spéciaux sont assurés, dans la très grande majorité des cas, par Air Archipels, en vertu de la convention passée avec la CPS. Elle prévoit une disponibilité H24 des moyens de la compagnie. Dans certains cas, l'avion du haut-commissariat peut cependant être amené à intervenir.

Manureva : Quelles sont les contraintes du métier de pilote de vol d'Évasan interîles ?

« Lors des astreintes, nous sommes en alerte permanente, pendant 24, 48 heures voire même une semaine parfois. Nous devons toujours être reposés pour être prêts à décoller à n'importe quelle heure, même au milieu de la nuit. Le temps de préparation est très court, une heure maximum pour l'avion du haut-commissariat. Donc, à partir du moment où l'alerte est donnée, je passe dix coups de téléphone en 15 minutes pour préparer le vol et alerter les acteurs concernés. De plus, nous ne sommes jamais à l'abri d'un coup de fatigue lors d'un vol long. C'est pourquoi, il faut toujours un équipage d'un pilote et d'un co-pilote, c'est ce que le SMUR nous demande, suite à un accident qui a eu lieu il y a 15 ans. »

Manureva : Quelles sont les spécificités de ce type de vol ?

« Les conditions de vol sont différentes de celles d'un vol régulier. Nous devons nous débrouiller dans l'urgence. Vers certaines destinations, les vols sont longs : jusqu'à 8 heures de navigation aller-retour pour les Gambier ou 7 heures pour les Marquises. Parfois il faut attendre 2 heures sur place que le médecin prépare le malade. Il y a de plus un risque vital en jeu, pour le patient bien entendu, mais ce risque ne doit jamais faire perdre de vue la sécurité de l'équipe médicale à bord. Enfin, ce genre de vol peut amener quelques désagréments physiques ou moraux. Il peut nous arriver de vivre des épisodes dramatiques. »

Manureva : Qui prend la décision finale de décoller ?

« La décision de partir ou non est toujours du ressort du commandant de bord. La question que je me pose est la suivante : Faut-il mettre en danger la vie de

BEECHCRAFT 200 DU HAUT-COMMISSARIAT : UN RENFORT BIEN UTILE

A partir de fin 2002, l'avion du haut-commissariat, un Beechcraft 200, a été de nouveau sollicité pour faire des Évasans en renfort des autres moyens disponibles sur le territoire. « J'ai alors fait approuver un dossier d'homologation pour une civière prêtée par Air Archipels », explique Denis Louviot. Plus performant que les ATR et les Twin Otter, l'appareil est souvent mis à contribution. Il est en particulier intervenu en rempla-

cement d'un des deux appareils d'Air Archipels qui a amerri dans le lagon le 16 avril 2004, dans l'attente de l'arrivée d'un second appareil en mai 2005.

Sorties Évasans du Beechcraft du Haut-commissariat depuis 2002

2003 : 21 heures pour 8 missions
2004 : 65 heures pour 23 missions
2005 : 40 heures pour 10 missions
2006 : 35 heures pour 10 missions

ÉVASANS : UN CADRE DÉROGATOIRE PARTICULIER

Par la notion d'assistance à personne en danger et les conditions de vol souvent difficiles, les évacuations sanitaires nécessitent parfois de déroger aux règles, procédures et méthodes d'exploitation de la sécurité aérienne. A cet égard, les pilotes sollicitent régulièrement auprès du SEAC.PF, notamment des ingénieurs de permanence opérationnelle, des autorisations ou dérogations avant de décoller, lorsqu'ils ne sont pas en mesure de respecter les dispositions réglementaires, notamment en période non ouvrées, le soir ou en week end (vol de nuit dans une île sans balisage lumineux). Comme le précise le code de l'aviation civile, le commandant d'un vol peut, dans des situations d'urgence, décider de déroger à ces règles et procédures dans l'intérêt de la sécurité aérienne, cadre dans lequel

ne rentrent pas les Évasans. Elles visent cependant à répondre à une urgence médicale, dans le cadre de l'assistance à personne en danger. Il appartient donc au pilote, au regard de l'urgence médicale formulée, de prendre la décision d'effectuer le vol dans des conditions opérationnelles acceptables en prenant en compte l'ensemble des paramètres (ses aptitudes physiques et professionnelles, les capacités de l'aéronef, l'équipement de l'aéroport, la météo...). Comme le précise Marc Balland, ingénieur de permanence opérationnelle (IPO) au sein du SEAC.PF, « Ces demandes ne peuvent donc recevoir de réponse favorable de notre part, car nous ne pouvons nous substituer au pilote et à son appréciation des conditions de vol dans cette situation d'urgence médicale. Ce dernier est cependant tenu de remettre un compte-rendu au SEAC après son vol. »

quatre personnes, dont deux personnels médicaux, pour sauver une vie ? Pour moi, la vie des médecins à bord prime. Parfois, le médecin opère en vol dans des conditions extrêmement éprouvantes. De mon expérience comme pilote d'Évasan, j'ai retiré une profonde admiration pour les médecins et infirmières sur ce type de vol. »

Manureva : Quelles sont les contraintes de navigation ?

« Ce sont des vols imprévus qui obligent parfois à mobiliser des agents au sol en dehors de leurs horaires normaux. Seules les pistes de Rangiroa, Fakarava, Hao et Huahine peuvent être éclairées sur demande par les pilotes ou les pompiers de l'île. Par ailleurs, nous ne pouvons pas toujours partir le jour même, faute de pouvoir re-décoller avant la nuit par exemple. Vers des atolls éloignés dont la piste n'est pas éclairée, nous devons partir avant midi ou bien à 2-3 heures du matin pour arriver à l'aube le lendemain. De plus, il faut tenir compte des avitaillements en carburant, qui ne sont pas possibles sur tous les atolls et conditionnent le plan de vol. »

Quels avantages présentent les Beechcraft par rapport aux autres appareils ?

« Les Beechcraft d'Air Archipels ou du haut-commissariat sont les appareils idéaux pour les Évasans dans les îles polynésiennes. Ils sont rapides, surpuissants, faciles à mettre en œuvre et peuvent décoller et atterrir sur des pistes courtes. Les Twin Otter sont des avions lents, efficaces seulement sur de courtes distances, non pressurisés donc exclus pour les accidents de plongée et peu confortables en turbulences. Les ATR, quant à eux, ne peuvent se poser sur toutes les pistes et ne peuvent pas souvent être mis à contribution en raison du planning chargé des vols réguliers. Sur cet immense territoire, il y a donc peu d'alternative aux Beechcraft. »

Compagnies internationales : de nécessaires adaptations

Trois compagnies aériennes réalisent les Évasans internationales, Air France depuis 1986, Air Tahiti Nui depuis 2000 et Air New Zealand. Ces dernières doivent sans cesse s'adapter aux demandes, souvent urgentes, de transport sanitaires, s'intégrant dans les procédures mises en place de manière conjointe avec la CPS et Europ Assistance.

Les Évasans internationales assurées par les compagnies aériennes font l'objet de convention annuelle avec la CPS, à des tarifs négociés à l'année. Alors qu'Air Tahiti Nui se charge du transport jusqu'à Paris uniquement, Air France, via ses lignes régulières en métropole, transportent les malades de Papeete vers les villes de province. Air Tahiti Nui et Air New Zealand transportent toutes deux les malades jusqu'à Auckland.

Une chaîne précise de procédures

Des procédures strictes se doivent d'être respectées à partir de la réception de la demande d'Évasan par le médecin-conseil des compagnies qui valide les demandes et enclenche la démarche. Air Tahiti Nui, la dernière venue sur le marché des Évasans et qui effectue actuellement une moyenne de sept Évasans par semaine, a dû rapidement emboîter le pas à ses consoeurs, dès l'ouverture de la ligne sur Paris en 2000. « *Nous avons dû mettre en place des procédures de traitement de l'Évasan, du déclenchement à sa réalisation (techniques, commerciales) en partant de zéro. Nous avons calqué ce que faisaient Air France et Air New Zealand, en l'affinant au cours des années. Nous sommes aujourd'hui en phase de refonte de la procédure pour l'améliorer. Nous avons fait évoluer les documents, notamment les documents médicaux exigés, soumis à l'avis de notre médecin-conseil* », explique Kareen Sabonnadière, directrice régionale Polynésie française chez Air Tahiti Nui. En semaine, les agences commerciales des compagnies traitent les demandes. En dehors des jours ouvrables, une procédure d'urgence est mise en

Installé en Polynésie française depuis 2003, Europ Assistance Océanie assure la logistique des Évasans internationales. (Photo Europ Assistance)



LA POLYNÉSIE FRANÇAISE, NUMÉRO 1 DES ÉVASANS INTERNATIONALES DANS LE PACIFIQUE

Selon des études faites sur l'ensemble du Pacifique, la Polynésie française est dotée du meilleur système d'Évasans internationales et ce en raison de ce colossal travail en commun entre le Pays et une société professionnelle comme Europ Assistance.

«Avoir une entreprise comme Europ Assistance, à l'origine de l'assistance mondiale depuis 40 ans, sur le territoire est une chance en termes de santé pu-

blique. Pour les touristes, d'une part, qui ont à leur disposition une structure spécialisée dans l'assistance voyage, et, d'autre part, pour les Polynésiens, lors des évacuations sanitaires internationales.» Les Évasans internationales représentent 85 % du chiffre d'affaires d'Europ Assistance. Le reste étant réalisé par la prestation de services aux touristes ayant souscrit leur propre assurance Europ Assistance dans leur pays, les prestataires locaux sous contrat et les garanties des cartes Premier. Europ Assistance Océanie se développe également sur le marché local de l'assistance automobile.

place : les bureaux des compagnies à l'aéroport prennent le relais, via le cadre de permanence qui déclenche la mise en œuvre de l'Évasan.

Un matériel spécialisé

Ce type de transport sanitaire nécessite de la part des compagnies des adaptations à tous les niveaux, technique et commercial. Le transport des évasanés exige parfois une médicalisation (matériel et équipe médicale), comme une civière par exemple, occupant l'espace de six sièges à l'arrière de l'appareil. *« Avec la demande croissante de ce type de transport, nous avons dû nous adapter aux besoins. Nous avons investi dans des civières. Nous pouvons aujourd'hui placer deux civières simultanément sur le même vol »,* commente Kareen Sabonnadière. Alors qu'Air Tahiti Nui stocke désormais son oxygène en bouteilles de 3 250 litres à Tahiti, Air France et Air Tahiti doivent en faire la demande au préalable à Paris et Auckland.

Concilier le commercial et le sanitaire

Selon la gravité des pathologies, peut se poser le problème de la compatibilité de ce type de transport avec la vocation commerciale des compagnies. *« Lors des séries noires, les cas lourds par exemple, cela provoque un traumatisme au personnel navigant, notamment lors de décès à bord par exemple. Nous avons formé et éduqué notre personnel sur ce sujet. Cela peut également engendrer des problèmes commerciaux car nous acceptons des passagers en classe économique mais également en classe affaires et cela n'est pas toujours bien perçu. Nous tentons d'être sélectifs sur les cas et la classe de transport, nous privilégions pour les cas difficiles le traitement en civière par exemple plutôt que la classe affaires ».* A cet égard, les Évasans internationales font l'objet d'une réflexion conjointe entre la CPS, les compagnies aériennes et Europ Assistance, dans le but de faire évoluer l'offre et de l'adapter aux besoins sanitaires. *« Nous ne sommes pas une compagnie de service public, mais sur les évacuations sanitaires, nous avons presque une mission de service public. La politique de la compagnie est de faire le maximum lorsqu'il s'agit de sauver la vie de quelqu'un »,* conclut la directrice régionale Polynésie française d'Air Tahiti Nui.

ÉVASANS INTERNATIONALES : UNE CHÂÎNE AUX MULTIPLES MAILLONS



Depuis 2003, Europ Assistance Océanie, sous convention avec la CPS, gère l'intégralité de la chaîne des Évasans extérieures qui représentent une moyenne de 1 400 transferts par an. La

société internationale, leader de l'assistance sanitaire dans le monde avec quarante filiales, a mis en place en Polynésie française les procédures et les outils indispensables au bon déroulement d'opérations qui ne supportent aucun faux-pas, surtout dans l'urgence. Sylvain Thimotée, directeur général adjoint d'Europ Assistance Océanie, a souligné l'importance d'une collaboration étroite et efficace de l'ensemble des acteurs impliqués dans les Évasans internationales.

Manureva : Quel est le rôle d'Europ Assistance lors d'une Évasan internationale ?

«A partir de la validation par la CPS de la demande d'Évasan extérieure par le médecin traitant, nous entrons en jeu. En cas d'urgence, un week-end ou jour férié par exemple, la demande est directement transférée par Europ Assistance à la CPS qui régularise ensuite. C'est un travail en commun entre médecin traitant, les médecins-conseil de la CPS et Europ Assistance. La responsabilité médicale est ainsi transférée par la convention à Europ Assistance qui valide les conditions de transport. Nos médecins prennent ensuite contact avec les structures hospitalières, le patient, les structures d'admission pour faire la régulation médicale et valider les moyens de transport et leurs conditions (chaise, escorte...). Chaque dossier fait l'objet d'une validation et d'un bilan médical. Notre travail s'arrête quand la personne arrive à Auckland ou Paris, une fois le transport terrestre effectué. Nous régulons également les retours vers Papeete. La gestion de la logistique par Europ Assistance doit permettre au patient de ne s'occuper de rien ou du minimum.»

Manureva : Quels sont vos moyens matériels et humains pour mener à bien cette mission ?

«Nous disposons d'une équipe de deux médecins permanents, salariés par Europ Assistance qui ne font que la

régulation médicale. Nous avons également une quinzaine de médecins et autant d'infirmiers libéraux ou travaillant pour des structures privées qui nous donnent leurs disponibilités et sont susceptibles d'être appelés pour partir en tant qu'accompagnants sur les vols. Pour le matériel médical spécialisé, qui a représenté 25 millions d'investissement, nous sommes complètement autonomes. Une infirmière d'Europ assistance s'occupe de la préparation et de la vérification du matériel. Et ce, afin que nos escortes, une fois missionnées pour un transport, ne s'occupent que du malade.

Une fois la validation reçue, la logistique du transport est gérée par nos quatre chargées d'assistance (ambulance, hébergement des escortes, mise en place de la réservation billetterie, place dans l'avion, conditions du vol). Nous sommes ouvert «H 24», 7 jours sur 7, avec un roulement d'astreinte (dans nos locaux dans la journée, de 7h à 19h, puis à domicile en dehors de ces heures). Nous disposons également d'une ambulance et de trois ambulanciers qui réalisent l'accueil à l'aéroport et l'aide à l'embarquement. Pour chaque évasané, il y a toujours une personne d'Europ Assistance qui fait l'enregistrement, porte les bagages et les aide. Nous avons aménagé un salon climatisé à l'aéroport où nous regroupons les familles.»

Manureva : Quelles difficultés rencontrez-vous dans la gestion du transport aérien ?

«Nous sommes bien entendu soumis aux aléas du trafic aérien. Ce qui peut être problématique en cas d'urgences. Les urgences, principalement du cardiaque, des grands brûlés ou des nouveaux-nés, sont généralement envoyées à Auckland. Nous devons alors attendre le prochain vol, s'il n'est pas booké. Dans l'urgence, nous prenons contact directement avec la direction des compagnies qui libère des places. Notre plus grande contrainte est la gestion des rotations aériennes. Les rotations sur Auckland, par exemple, ont été modifiées et, pendant deux jours dans la semaine, il n'y a pas de rotation. Air Tahiti Nui et Air New Zealand ont baissé la fréquence de leurs rotations (deux ou trois vols par semaine, avec allers et retours les mêmes jours). La CPS pour sa part n'a négocié que des allers-retours sur la même compagnie et il n'y a pas de code share entre les deux compagnies desservant Auckland, forçant les escortes à rester à Auckland une semaine, ce qui n'est pas gérable. Nous sommes en négociations pour des allers et retours sur deux compagnies différentes.»

Manureva : Comment gérez-vous la contrainte médicale du transport en Évasans ?

«L'oxygène à bord des avions est une vraie contrainte, car il n'est pas stocké sur le territoire. Le stockage de l'oxygène est en effet très réglementé par des règles aéronautiques strictes, différentes d'une compagnie à une autre. Un travail de procédures très strict a été mis en place avec les différentes compagnies aériennes. Air Tahiti Nui est la seule compagnie à avoir investi dans des bouteilles d'oxygène et leur stockage sur place. Sur Air France, il faut faire une demande 72 heures à l'avance pour faire venir la bouteille de France. Généralement nous ne sommes pas dans l'urgence et nous pouvons anticiper. Mais, cela peut poser problème dans l'urgence. Air New Zealand qui avait une bouteille sur place a récemment transféré la technique en Nouvelle-Zélande. Il faut alors un délai de 9 heures pour faire venir la bouteille, en fonction des rotations. Cependant, nous essayons de trouver sans cesse les meilleures solutions. La deuxième difficulté est la disponibilité du personnel médical, nécessitant une gestion serrée du planing, afin de trouver des médecins et infirmiers disponibles localement qui ont le temps, les compétences et l'envie d'accompagner des Évasans. Après quatre ans d'activité, nous avons aujourd'hui un pool stable de 30 personnes, que nous avons formées au matériel spécifique d'évacuation longue distance.»

Manureva : Comment se passe la coordination des différents intervenants de la chaîne Évasans ?

«La difficulté majeure est de travailler en commun dans la chaîne de logistique, avec un nombre important d'intervenants. Il faut mettre en relation et faire travailler toutes ces personnes à des endroits géographiques différents (agence CPS Paris, CPS en Polynésie, médecin traitant, Europ Assistance, structures hospitalières à l'étranger...). Nous avons pour cela développé un logiciel-plateforme via Internet, du nom de MERI, un important investissement de 15 millions. Chaque tâche effectuée (commande d'hébergement, réservation d'avion, admission hôpital...) est entrée dans le logiciel et permet à l'ensemble des intervenants de suivre en temps réel l'avancement du dossier, ce qui permet de gagner en rapidité et fluidité de l'information.»

Manureva : Qu'avez-vous apporté par rapport au fonctionnement antérieur ?

«Avant 2003, le CHT gérait la partie médicale en tant que prestataire de services qui fournissait des escortes qui réalisaient eux-mêmes leurs réservations de vol et d'hôtel. La logistique du transport était assurée par la cellule Évasans de la CPS, mais sans structure dédiée à la gestion complète des Évasans. Par exemple, il n'y avait pas de régulation médicale systématique. Or, les médecins traitants ne sont pas toujours spécialisés dans le transport d'évasanés et sur les problèmes qui peuvent survenir dans un avion liés à la pression atmosphérique notamment. Le fait d'avoir des médecins spécialistes à Europ Assistance permet une qualité de prise en charge optimale. C'est notre valeur ajoutée !»

Manureva : Comment êtes-vous rémunérés pour ces prestations ?

«Nous sommes rémunérés au dossier en fonction du type de transport (avec ou sans équipe médicale) et lieu de transport selon des tarifs pré-établis. Le paiement des billets se fait par la CPS directement auprès des compagnies aériennes. Nous traitons en moyenne 1 400 dossiers par an dont 250 avec escorte, 20 % concernent la Nouvelle-Zélande et 80 % France. Le budget est renégocié tous les ans selon enveloppe globale sur un prévisionnel régularisé tous les trimestres après rapport statistique tous les mois à la CPS. La convention doit être approuvée par les trois régimes de CPS et passer en arrêté ministériel.»

Manureva : Quel est votre bilan de ces quatre années d'activité au service des Évasans internationales ?

«En quatre ans, nous avons mis en place des procédures très standardisées et chaque maillon de la chaîne sait exactement ce qu'il doit faire. Tout se passe en transparence. Les patients sont heureux du service, nos retours sont excellents. Nous travaillons tous pour le patient. Les améliorations seraient de meilleures relations entre la France ou Auckland et Papeete. Pour la première convention en 2003, Europ Assistance se chargeait des accueils en France et en Nouvelle-Zélande, puis la CPS après trois ans a repris cet accueil en France. Nous avons donc eu un rééquilibrage à faire, des procédures à modifier. Les problèmes sont essentiellement liés au décalage horaire. Mais le risque nul n'existe pas et il y a toujours des aléas que nous ne contrôlons pas - un accident sur le périphérique qui retarde l'ambulance du patient après son vol par exemple !»

Fédération « A tauturu ia na » : une mission, le soutien psychologique aux évasanés



Patrice Jammet et d'autres anciens malades évasanés sont à l'origine de la création de « A tauturu ia na ». Aux murs du siège de la fédération à Papeete, qui assure des permanences du lundi au vendredi, pas de paysage polynésien, mais des plans de métro parisien, des centres-villes de Paris et d'Auckland, avec en couleur les centres de soins et les hébergements. Une vingtaine de bénévoles apportent une aide psychologique et de précieuses informations aux évasanés et à leurs familles.

Manureva : Pourquoi avoir créé l'association en 1997 ?

Patrice Jammet : « J'ai vécu une expérience difficile avec l'Évasan de ma fille de 9 ans, notamment les difficultés avant le départ et une fois sur place à Paris (langue, moyens financiers déficients...). Auparavant, certains malades étaient envoyés sur Paris sans préparation. »

Manureva : Quel est votre rôle ?

« Nous faisons de l'accompagnement psychologique. Nous apportons cette dimension humaine à l'Évasan. Nous rassurons les familles qui ne vivent pas bien le départ du malade. Il faut les recevoir, les préparer (informations, conseils sur le choix de l'accompagnateur...), dédramatiser l'Évasan qui fait peur, synonyme de mort pour beaucoup... Il y a toujours cette question : « Vais-je revenir vivant ou dans une boîte ? ».

Sur place par le biais de nos antennes, nous les guidons. Notre seul employé est le chauffeur de Paris, dont le salaire est versé sous forme de subvention territoriale, et qui aide les accompagnateurs dans leurs déplacements. Nous sommes complémentaires avec la CPS, un service administratif, fonctionnant avec des horaires. Le week end, par exemple, c'est l'association de Paris qui prend le relais. Nous sommes moins administratifs, plus familiaux dans la démarche. Les évasanés ne sont pas pour nous des numéros de DN ! »

Manureva : Etes-vous satisfaits du système en place actuellement pour les Évasans internationales ?

« Avant le guichet unique, il y avait de nombreux intervenants : le bureau des Évasans, la CPS, la Santé, les Affaires sociales. Aujourd'hui tout est regroupé à la cellule Évasan de la CPS et Europ Assistance se charge de la logistique. Le système est désormais efficace. Il y a eu de nombreuses améliorations. Par exemple, quatre pharmacies sont désormais conventionnées à Paris alors qu'auparavant les malades payaient leurs médicaments et se faisaient remboursés à Tahiti. »

Manureva : Qu'en est-il de la prise en charge des accompagnants ?

« Certaines pathologies ne nécessitent pas un accompagnement médical mais familial. A l'origine de l'association, nous avons demandé au gouvernement d'aider les accompagnateurs non pris en charge par la CPS pour le billet d'avion. Suite à ces demandes, nous avons été exaucés au niveau national pour les Évasans avec la prise en charge du billet d'avion à hauteur de 90 % par la continuité territoriale pour la France, dans la limite de deux accompagnants sur une année. Pour l'hébergement, auparavant, tous les malades et accompagnants pris

en charge étaient hébergés au Rosier Rouge à Issy-les-Moulineaux, trop excentré par rapport aux hôpitaux. La CPS a alors passé des conventions avec des hôtels parisiens (La Croisée, Campanile, Casania...). »

Manureva : Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

« La langue, avec des interprètes médicaux en Français, Anglais et Tahitien, en France et en Nouvelle-Zélande. L'efficacité du soin dépend en grande partie de la compréhension du traitement par le malade. Nous suivons ce dossier actuellement.

Autre problème auquel nous sommes confrontés : les médecins traitants en Polynésie ont des difficultés à obtenir des rendez-vous en France, notamment pour les cancers. Nous aurions besoin d'un référent médical, sur place pour centraliser les demandes et faciliter la prise de rendez-vous. De plus en plus d'évasanés sont envoyés dans les hôpitaux de province, les rendez-vous avec les spécialistes étant plus rapides à obtenir.

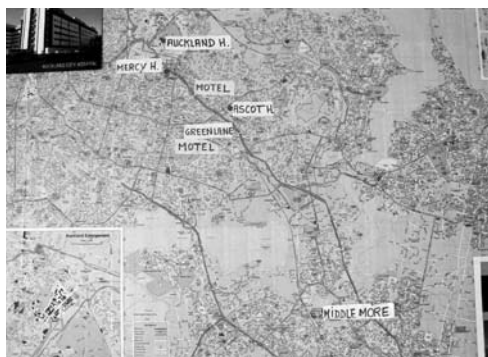
Il manquerait également un psychologue sur place à l'écoute des malades. Le bien-être du malade représente 50 % de la guérison. Le malade est déraciné, désarçonné par rapport au climat, la nourriture, la culture et l'Évasan représente donc un chamboulement certain. »

Manureva : En quoi consiste votre action en faveur des évasanés inter-îles ?

« Il existe de gros besoins en logements sur Tahiti. La « Maison des Îles », en projet depuis quatre ans, est en cours de mise en place, une fois que seront réglés les problèmes fonciers et financiers. Elle permettra d'héberger les accompagnants non pris en charge par la CPS. Depuis deux ans, la CPS a signé des conventions avec des pensions de famille de Tahiti pour les accompagnants pris en charge (pour les mineurs de moins de 16 ans).

Le problème se pose également pour les consultations sur Tahiti. Les demandes d'examen complémentaires (IRM, scanner) nécessitent que les patients des îles restent parfois plusieurs semaines sur Tahiti. Comme pour les évasanés à l'étranger, un interprète français-tahitien serait indispensable pour traduire aux patients des îles qui ne maîtrisent pas bien le Français, les diagnostics des médecins. Mais se pose alors le problème de la confidentialité des informations médicales, sans parler de la difficulté de traduire les termes médicaux en tahitien... »

A gauche, les locaux de l'association sur l'île de Tahiti. A droite, la carte de la ville d'Auckland avec les principales adresses à connaître pour les Évasanés et leur famille.



Perspectives d'avenir : vers plus ou moins d'Évasans ?



Vincent Simon est responsable du SAMU à l'hôpital de Mamao.

ÉVASANS URGENTES : LES ÉVOLUTIONS LES PLUS MARQUANTES

C'est d'abord sur le **plan technologique**, car au début des années 80, nous avions à notre disposition soit l'avion du Territoire, un Nomad, spacieux mais non pressurisé et peu rapide (une quinzaine d'heures pour faire l'aller retour à Totegegie...), soit d'autres appareils tels que un Commander, des Piper Navajo ou un Cessna 421, avions plus rapides pour certains mais pas très adaptés aux évacuations sanitaires. Par la suite sont arrivés les Cessna 441 qui ont considérablement modifié l'organisation avec des appareils ayant une porte cargo, un seuil de chargement assez bas et de très bonnes performances nous autorisant à nous poser quasiment partout. Actuellement l'utilisation de Beech 200 est parfaitement adaptée aux besoins et nous permet de travailler à bord dans d'excellentes conditions.

Les Évasans, interîles et internationales, ont un coût économique important et nécessitent une organisation sans faille. Sur un territoire aussi vaste que la Polynésie française, nous ne pouvons nous en passer et elles sont inhérentes à notre système de santé unique au monde. Quelles sont les perspectives d'avenir des évacuations sanitaires ? Peut-on les réduire à terme avec la télé-médecine pour les Évasans interîles ou le nouveau plateau technique du futur hôpital du Taaoone pour les Évasans internationales ? Dr. Vincent Simon, responsable du SAMU, a répondu de manière réaliste à ces projections.

Manureva : Comment pourrait-on réduire les Évasans inter-îles ?

« Il faut tout d'abord bien définir ce que le terme « Évasan » signifie: il s'agit de patients qui sont évacués en urgence des différents archipels vers Tahiti par un moyen spécial (avion, hélicoptère ou bateau affrétés). Ces pathologies d'urgence nécessitent pour leur prise en charge un plateau technique lourd que seul le Centre Hospitalier peut proposer pour des raisons économiques évidentes. Il est par conséquent difficile d'envisager une réduction des Évasans. En dehors des urgences, la population veut à juste titre bénéficier du même niveau d'accès aux soins dans les archipels et la pression est donc très forte pour venir consulter les spécialistes de Tahiti. Actuellement, la direction de la santé publique a mis en place dans chaque île habitée un professionnel de santé (infirmier ou médecin) ou un correspondant sanitaire (chargé de poste ou agent communautaire de santé). Ces agents veillent sur la santé de la population de l'île et sont les correspondants du SAMU pour gérer les urgences. Ils ont aussi une mission de prévention qui devrait permettre à long terme de limiter l'effet de certaines pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension ou l'obésité et par ce biais, on arrivera peut-être à limiter certaines urgences. »

Manureva : Comment le diagnostic à distance et la télé-médecine peuvent-ils les faire évoluer ?

« Nous utilisons déjà quotidiennement la télécopie avec l'ensemble des archipels pour transmettre des tracés électrocardiographiques ou des dossiers médicaux et c'est bien une forme de télé-médecine simplifiée. Il existe également un système de visioconférence avec l'hôpital de Uturoa à Raiatea et celui de Taiohae à Nuku-Hiva. Mais pour l'établissement d'un diagnostic, nous n'avons pas encore les outils adaptés. Les correspondants sanitaires des îles sont pour le moment les yeux et les mains du médecin consulté à distance. De toutes façons, dans le cadre de l'urgence, les apports de la télé-médecine sont limités car le diagnostic doit être rapide et surtout la réalisation des gestes de réanimation est une priorité. Avec le développement rapide de la vidéo sur le web, on peut envisager de nouvelles techniques de soins, mais aussi de formation à distance. Enfin le transfert d'images radiographiques permet de les faire interpréter par un radiologue à distance. »

Manureva : Une prévention accrue peut-elle avoir une incidence sur les Évasans en général ?

« Les correspondants sanitaires présents sur chaque île habitée ont une mission curative mais aussi une mission de prévention. Ils ont en charge les campagnes de vaccination, la visite des élèves dans les écoles et sont le relais des grands program-

mes de prévention développés par la direction de la santé publique. Au début des années 2000, les autorités sanitaires du Pays ont mis en place un réseau inter-îles de consultations de spécialistes essentiellement dans le domaine de la cardiologie, de l'obstétrique et de la gynécologie, de l'ophtalmologie, de l'oto-rhino-laryngologie et de la psychiatrie. Ces missions de consultations décentralisées dans les différents archipels sur une fréquence mensuelle ou trimestrielle, permettent de limiter de façon significative les transferts sanitaires des patients vers Tahiti. C'est donc un facteur d'économie de santé important en même temps qu'une nette amélioration d'accès aux soins pour les populations isolées. »

Manureva : Vous êtes favorable à une utilisation plus large de l'hélicoptère pour les Évasans inter-îles...

« A la fin des années 70, le service de santé des armées en charge de la santé publique sur le Territoire a proposé une organisation des évacuations sanitaires selon des concepts militaires, prenant en compte la géographie insulaire très étendue de la Polynésie. C'est donc l'avion qui a été retenu initialement compte tenu des distances parfois importantes à couvrir. Plus tard la construction de nouvelles pistes sur de nombreuses îles a permis d'intensifier le maillage des dessertes aériennes. Notre activité Évasan n'a cessé d'augmenter depuis ces vingt dernières années et la technicité de nos moyens médicaux également. Actuellement, ce sont près de 800 vols par an qui sont effectués, moitié pour l'avion, moitié pour les hélicoptères essentiellement en intra-archipels aux Marquises et îles Sous-le-Vent, pour un total de quelque 1 200 heures de vol. Certaines pathologies (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, polytraumatisé de la route, nouveau-né prématuré) peuvent bénéficier maintenant d'une prise en charge extrêmement technique et efficace mais le délai de cette prise en charge est souvent un obstacle à son efficacité. C'est la raison pour laquelle, il nous semble évident que pour des destinations rapprochées (en pratique les îles à moins de 300 kilomètres de Tahiti), le choix de l'hélicoptère comme vecteur de transport, soit la solution idéale. Celui-ci permet en outre de faire du « porte à porte » en permettant une prise en charge du patient directement sur les lieux jusqu'au service des urgences du CHPF. Le gain de temps attendu pour toutes ces Évasans à moins de 160 nautiques est de 50 %, ce qui d'un point de vue médical est déterminant. Pour l'instant, l'obstacle à cette utilisation plus large de l'hélicoptère, est de nature économique avec un prix d'heure de vol sensiblement plus élevé que l'avion. »

Manureva : Pour quelles pathologies le nouvel hôpital du Taaone réduira-t-il le nombre d'Évasans internationales ?

« Les patients qui sont évacués vers la Métropole ou la Nouvelle Zélande doivent bénéficier de soins ou techniques chirurgicales non disponibles en Polynésie. Il s'agit essentiellement de la prise en charge des cancers avec la radiothérapie et de la chirurgie cardiaque de l'adulte et du nouveau-né. Le futur hôpital du Taaone apportera à ce titre des améliorations importantes puisqu'il offrira un plateau technique de radiothérapie ultra-moderne ainsi que des possibilités de médecine isotopique. Par contre, il n'est pas prévu de chirurgie cardiaque en raison du faible nombre de cas par rapport au coût induit par l'organisation de cette activité. On peut donc s'attendre à une baisse sensible du nombre de patients évacués hors territoire dans les années à venir. Mais tout ceci a un coût et je ne suis pas certain que des économies de santé soient réalisées. Pour sa part, le patient va incontestablement y gagner en terme de confort et de facilité d'accès aux soins. »

ÉVASANS URGENTES : LES ÉVOLUTIONS LES PLUS MARQUANTES (SUITE)

Ensuite sur le **plan logistique** avec des rénovations ou créations de pistes sur des atolls éloignés évitant ainsi aux patients des transferts par speed boat vers l'atoll voisin...ou des évasans avec des moyens lourds des Armées. Les infrastructures d'aérodrome sont maintenant de qualité ce qui participe à la sécurité de nos vols.

Sur le **plan réglementaire** car il y a vingt ans, on pouvait en régime dérogatoire se poser à peu près sur toutes les pistes de jour comme de nuit si le pilote considérait qu'il pouvait le faire. Il était donc possible d'évacuer des patients en soirée ou dans la nuit alors qu'aujourd'hui ils doivent attendre le lever du jour pour être pris en charge. Heureusement, cette contrainte ne concerne qu'un nombre limité de nos vols. La présence actuellement de deux pilotes sur tous les vols évasans est aussi une amélioration considérable en terme de sécurité.

Mais finalement c'est sur le **plan humain** où l'engagement et les motivations restent les mêmes avec des partenaires toujours aussi passionnés et disponibles qui participent au quotidien à cette belle mission de Santé Publique que sont les évacuations sanitaires inter-îles.