



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CORRESPONDANCE

Discussion à propos de la communication : « Les actions du service de santé des armées face à la crise COVID-19 : sur mer et au-delà des mers, toujours au service des hommes ! »[☆]

Discussion about the presentation: "Actions of the French Military Medical Service in the war against COVID-19: mari transve mare, hominibus semper prodesse!"

Question de M. André Chays (membre de l'Académie nationale de médecine)

A-t-on une idée du devenir à moyen terme des patients qui ont été transportés par avion ou train d'une réanimation à l'autre, en particulier combien sont décédés ?

Question de Norbert-Claude Gorin (membre de l'Académie nationale de médecine)

A-t-on pu évaluer l'efficacité des transferts, à savoir la mortalité en cours de transfert et surtout la proportion des patients transférés qui a été « sauvée » ?

Réponse de M. Eric Meaudre

Au cours de la première vague de la COVID-19 au printemps 2020, l'adaptation des établissements de santé des régions les plus durement touchées par l'épidémie a conduit à l'augmentation des lits de réanimation (réanimations éphémères) et aux transferts de patients vers d'autres établissements disposant de lits de réanimation disponibles, soit dans la même région soit dans d'autres régions.

Ces transferts ont été réalisés soit par des équipes du SAMU, soit par des équipes du service de santé des armées (SSA) et régulièrement par des équipes mixtes (SAMU, SSA). Tous les types de moyens ont été utilisés : véhicules routiers, avions, hélicoptères, bateaux et trains.

Le transport de patients sédatisés et ventilés artificiellement, présentant un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) constituait une situation à risque. Le non-transfert de patients constituait un autre type de risque compte tenu de la saturation des lits de réanimation des établissements des régions les plus durement impactées.

Dans une étude observationnelle consacrée à la première vague, Sanchez et al. [1] rapportent les résultats de l'impact de ces transferts sur la mortalité. Entre le 1er mars et le 20 juin 2020, 93 351 hospitalisations de patients COVID-19 ont été enregistrées, dont 18 348 (19,6 %) en réanimation. Les patients transférés ($n = 2228$; 469 décès) avaient un taux de mortalité plus faible que leurs homologues non transférés ($n = 15\,303$; 4221 décès), et le risque diminuait avec l'augmentation de la distance de transfert (odds ratio (OR) 0,7, IC à 95 % : 0,6–0,9, $p = 0,001$ pour des transferts entre 10 et 50 km, et OR 0,3, IC 95 % : 0,2–0,4, $p < 0,0001$ pour une distance de transfert > 200 km). Par ailleurs, 39 % des transferts intra-régionaux ont eu lieu vers un hôpital à moins de 10 km, alors que 76 % des transferts inter-régionaux étaient à plus de 200 km.

Ces résultats montrent que le transfert de la charge de soins pour ces patients en SDRA vers des régions non saturées a été bénéfique en termes de mortalité, avec la limite que les patients des différents groupes n'étaient pas comparables en tout point. Le fait que la mortalité diminuait d'autant plus que le transfert était lointain témoigne notamment de la qualité de la sélection des patients. En répartissant ainsi la charge épidémique de patients critiques, on peut penser que les patients transférés ont pu bénéficier d'une qualité de soins à laquelle ils n'auraient pas eu accès dans leur région d'origine saturée et ont libéré des places de réanimation pour d'autres patients.

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.04.026>.

[☆] Séance du 24/05/2022.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.07.023>

0001-4079/© 2022 l'Académie nationale de médecine. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Question de Jacques Milliez (membre de l'Académie nationale de médecine) :

Y a-t-il eu des victimes du Covid parmi les membres du SSA ?

Réponse de M. Eric Meaudre

Il n'y a pas eu de décès lié à la COVID parmi les personnels du SSA.

Question de Yves Juillet (membre de l'Académie nationale de médecine)

Vous avez évoqué parmi les actions du SSA lors de la crise Covid-19, la mise en place de l'hôpital de campagne de Mulhouse. En fonction de l'expérience qui été la vôtre, avez-vous identifié des modifications à faire si une urgence sanitaire conduisait à décider de nouveau d'une telle action ?

Réponse de M. Eric Meaudre

Le déploiement de Mulhouse a été suivi de 7 déploiements de modules militaires de réanimation. Chacune de ces missions a fait l'objet d'un retour d'expérience qui a enrichi les suivantes. Face une nouvelle urgence sanitaire, avec notamment un nouveau virus, les ressources allouées, matérielles et humaines, seraient ajustées à l'effet à obtenir en fonction notamment des caractéristiques virologiques (virulence, contagiosité) en termes de prise en charge des défaillances d'organes et de biosécurité.

Question de Thierry Hauet (membre de l'Académie nationale de médecine)

Cette présentation présente la capacité du service de santé des armées à s'impliquer et à déployer ses moyens dans différents domaines. La direction des systèmes d'information

et du numérique a permis le déploiement très rapide de la téléconsultation au sein de la médecine des forces, au profit de la communauté de défense et dans les hôpitaux militaires pour le suivi des patients atteints de maladie chronique. Il a été abordé le thème de la télémédecine par notre compagnie. Compte tenu des forces embarquées ou projetées, le service de santé des armées a-t-il pu avoir un déploiement d'un suivi des patients atteints du COVID-19 dans le système d'information de la médecine des forces ?

Réponse de M. Eric Meaudre

En opération, les éléments cliniques et paracliniques étaient colligés dans le dossier médical « papier » (livret médical réduit) du personnel atteint de la COVID-19. Au retour de mission, les éléments du livret médical réduit étaient retranscrits dans le système d'information de la médecine des forces (dossier médical informatisé).

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Sanchez MA, Vuagnat A, Grimaud O, Leray E, Philippe JM, Les-cure FX, et al. Impact of ICU transfers on the mortality rate of patients with COVID-19: insights from comprehensive national database in France. *Ann Intensive Care* 2021;11:151.

E. Meaudre ^{a,b,*}

^a *École du Val-de-Grâce, Paris, France*

^b *Service d'anesthésie réanimation, hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne, boulevard Sainte-Anne, BP 20545, 83041 Toulon cedex 9, France*

* Correspondance.

Adresse e-mail : eric.meaudre@club-internet.fr

Disponible sur Internet le 1 août 2022