



Une évacuation aéromédicale dont vous êtes le héros

Alexandre Chouinard et Zoé Brabant

Un des aspects les plus exotiques d'une pratique médicale en région isolée est l'évacuation de patients par avion. Et même si vous ne pratiquez pas en région isolée, vous pourriez avoir à vous débrouiller dans une situation similaire la prochaine fois que vous prendrez l'avion, si un des passagers éprouvait un malaise. Imaginez donc un instant que vous devez organiser l'évacuation médicale d'une petite fille en détresse respiratoire au CLSC d'Ivujivik, le village le plus au nord du Québec, vers l'hôpital régional de Puvirnituk. Êtes-vous capable de prendre les bonnes décisions pour mener à bien votre première mission ?

Ulayu a trois mois. L'infirmière du dispensaire d'Ivujivik vous téléphone pendant que vous êtes de garde à l'hôpital de Puvirnituk, à 250 km au sud. Depuis quelques jours, l'enfant présente une infection des voies respiratoires supérieures avec rhinorrhée jaunâtre, une toux grasse et, depuis aujourd'hui, une température de 39,7 °C. Elle est dyspnéique et parfois cyanosée. À une occasion, elle a même cessé de respirer pendant une minute.

Comme antécédents médicaux, elle n'a qu'un souffle cardiaque dépitisté lors d'un examen régulier et pour lequel elle doit subir une échographie. L'infirmière du village, fraîchement débarquée dans le Nord, est très inquiète pour l'enfant. Vous sentez la panique dans son timbre de voix.

Actuellement, l'enfant est agitée, cyanosée et présente une respiration sifflante ainsi qu'un tirage. Sa saturation en oxygène est de 88 %, son rythme respiratoire de 60 cycles par minute, son pouls de 160 et sa PA de 100/60 mm Hg. Que faites-vous à cette



Photo : Dominique Ducas

étape-ci ? Si vous demandez à l'infirmière de mettre un masque à oxygène à l'enfant, de lui donner du Ventolin par nébulisation et une dose de ceftriaxone par voie intraveineuse, en plus de lui installer un soluté et de l'observer pendant une heure, prenez votre essor au paragraphe **5**. Si vous voulez plutôt organiser une évacuation vers votre hôpital, envollez-vous vers le **7**.

1

Voici l'information dont vous avez besoin : vous disposez de huit petites bouteilles d'oxygène de calibre E bien remplies. La durée prévue du vol de retour est

Le Dr Alexandre Chouinard, omnipraticien, a pratiqué deux ans à Kuujuaq et exerce maintenant aux Îles-de-la-Madeleine. M^{me} Zoé Brabant, infirmière, pratique régulièrement au Nunavik en plus d'avoir participé à de nombreuses missions avec Médecins du Monde.

Encadré 1

Oxygène et altitude

En altitude, deux facteurs sont à considérer avant tout : l'oxygène et la diminution de la pression atmosphérique¹⁻³. Prévoyez suffisamment d'oxygène en tenant compte des lois des gaz :

- ⊗ Loi de Boyle : $P_1V_1 = P_2V_2$ (où P est la pression et V le volume) : tout gaz prend du volume en montant, à mesure que la pression diminue ;
- ⊗ La concentration d'oxygène se maintient à 21 %, peu importe l'altitude, mais la pression totale (c'est-à-dire la somme des pressions partielles de tous les gaz présents) diminue. Loi de Dalton : $P_{\text{totale}} = P_a + P_b + \dots + P_n$. Plus la pression totale diminue, plus celle de l'oxygène baisse, provoquant une hypoxie relative ;
- ⊗ Les besoins en oxygène augmentent avec l'altitude, comme le démontre la formule suivante : $(\text{FiO}_2)_1 \times P_1 = (\text{FiO}_2)_2 \times P_2$, où FiO_2 est le pourcentage d'oxygène nécessaire au patient pour maintenir sa saturation en oxygène et P est la pression. Ainsi, plus la pression diminue, plus le FiO_2 devra augmenter.
- ⊗ Calculez le nombre minimal de bouteilles à apporter en utilisant le tableau ci-dessous, selon le débit d'oxygène à administrer (en se rappelant que les besoins sont accrus en altitude), tout en envisageant la possibilité que le transfert soit plus long que prévu ou que l'état du patient change. Ajouter toujours deux heures supplémentaires au vol.

Type de bouteilles	Capacité (litres)	Durée selon le débit d'oxygène				
		2 l/min	4 l/min	6 l/min	8 l/min	10 l/min
D	300	2 h 30	1 h 15	0 h 50	0 h 35	0 h 30
E	600	5 h 00	2 h 30	1 h 40	1 h 10	1 h 00
G	1000	8 h 20	4 h 10	2 h 45	2 h 5	1 h 40
Q	2000	16 h 40	8 h 20	5 h 30	4 h 10	3 h 20

(Adapté de l'Association canadienne de médecine aérospatiale et de transport aéromédical)

- ⊗ Puisque l'humidité de l'air diminue avec l'altitude, pensez à humidifier l'oxygène.
- ⊗ En altitude, mieux vaut donner plus d'oxygène que pas assez, même chez un patient atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive² (la diminution de la pression partielle de l'oxygène en altitude réduit le risque d'inhiber la respiration, mais la prudence est toujours de mise).

Maintenant, retournez au paragraphe 1.

d'une heure. Comme l'enfant est en détresse respiratoire, vous prévoyez utiliser un débit d'oxygène élevé. Avec ces informations en main, vous consultez l'encadré 1 pour calculer le nombre de bouteilles que vous devez apporter et concluez que trois suffiront. Vous en apportez une de plus pour cou-

vrir les imprévus. Vous voilà fin prêt !

Quelle décision devez-vous prendre ? Vous n'avez pas le temps de tergiverser. Si vous décidez malgré tout de prendre le temps de stabiliser l'enfant avant de partir, visitez le 8 à tire-d'aile. Si vous désirez, au contraire, plier bagage rapidement pendant qu'il est

Le vol jusqu'à Ivujivik se déroule sans histoire. Dehors, il fait un temps superbe. D'un œil, vous révisiez vos notes d'urgence et de l'autre, éberlué, vous vous émervez de la féerie du paysage diapré qui s'offre à vous.

À votre arrivée, l'oxygène a revigoré Ulayu. Ses signes vitaux se sont normalisés, mais sa température est de 38,9 °C. À l'auscultation, vous entendez de nombreux crépitements à la base pulmonaire gauche et un souffle systolique râpeux de 3 sur 6 en parasternal gauche et irradiant dans le dos. Le reste de l'examen est sans particularité.

Le commandant communique avec vous pour vous avertir qu'un banc de brume se dirige vers l'aéroport et qu'il sera probablement impossible de décoller dans trente minutes. Vous savez que la priorité des pilotes est d'assurer la sécurité de l'équipage et des passagers et qu'ils n'accepteront pas de les mettre en danger, même

En altitude, mieux vaut donner trop d'oxygène que pas assez, même chez un patient atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive (la diminution de la pression partielle de l'oxygène en altitude réduit le risque d'inhiber la respiration, mais la prudence est toujours de mise).

Repère

Encadré 2

Restrictions de vol¹⁻³

Les conditions de vol, notamment l'altitude, mettent le corps humain à l'épreuve. Il faut savoir en réduire les effets sur les patients le plus possible.

- ⊗ Les vols à haute altitude permettent de réduire la durée du vol et parfois d'éviter des turbulences. Cependant, ils exposent le patient à une diminution de pression atmosphérique et d'oxygène qui peuvent lui être nuisibles, alors que les vols à basse altitude ou dans un avion pressurisé ont moins de répercussions négatives.
- ⊗ La force exercée par l'accélération au décollage est supérieure à celle de la décélération à l'atterrissage. L'orientation de la civière dans l'avion peut empêcher que ces forces n'aggravent l'état du patient. En général, on met la tête du patient vers l'avant pour éviter qu'il ne vomisse, mais il est aussi possible de prévenir cet inconvénient en modifiant le degré d'inclinaison de la civière. Deux exceptions : Les patients en état de choc et les femmes enceintes doivent avoir la tête vers la queue de l'avion (pour diriger le sang vers les organes vitaux dans le premier cas et diminuer la pression sur l'utérus dans le deuxième).

À titre d'exemple, voici des restrictions de vol selon différents états, qui se rajoutent aux recommandations générales :

État du patient	Altitude en pieds (à titre indicatif)	Oxygène et autres considérations
Traumatisme musculosquelettique	8000 (risque d'œdème)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Poser un plâtre en deux coquilles (pour éviter les blessures causées par l'œdème des tissus) ⊗ Éviter les attelles gonflables ⊗ Élever les membres blessés et surveiller les extrémités ⊗ Être prêt à réagir en cas de saignement ou de choc
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Traumatisme central (colonne, crâne, visage) ⊗ AVC, coma, hémorragie sous-arachnoïdienne 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Traumatisme : 2000 ⊗ AVC, coma, hémorragie sous-arachnoïdienne : 4000 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Donner de l'oxygène (maintenir la saturation en oxygène > 97 %) ⊗ Incliner la civière pour élever la tête ⊗ Surveiller de près la saturation en oxygène et les signes d'hypoxie ⊗ Garder l'environnement calme et fermer les rideaux (risque de convulsions) ⊗ Être prêt à réagir en cas d'agitation, d'hypertension intracrânienne, de convulsions, de vomissements
Traumatisme oculaire	< 1000 (risque d'hypertension intraoculaire)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Donner de l'oxygène (pour protéger la rétine) ⊗ Être prêt à réagir en cas de vomissements
Brûlure	Selon la gravité (basse altitude si risque d'œdème des voies respiratoires)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Maintenir une température élevée dans l'avion ⊗ Surveiller l'état neurologique et respiratoire
Troubles respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ 2000 – 4000 ⊗ Pneumothorax/drain : niveau de la mer 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Donner de l'oxygène ⊗ Surveiller de près la saturation en oxygène et les signes d'hypoxie ⊗ Être prêt à réagir en cas de pneumothorax, de désaturation en oxygène
Problème cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Instable : 2000 ⊗ Stable : 4000 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Donner de l'oxygène ⊗ Installer un moniteur cardiaque ⊗ Être prêt à réagir en cas d'arythmie
Problème gastro-intestinal	Traumatisme ou abdomen chirurgical : 2000 (risque de perforation des viscères creux due à l'expansion des gaz)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Anticiper les nausées et les vomissements et être prêt à protéger les voies respiratoires ⊗ Installer une sonde nasogastrique (pour permettre l'évacuation des gaz) ⊗ Être prêt à réagir en cas de saignement, de choc
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ 2000 – 4000 (risque d'augmentation des contractions et d'hypoxie maternelle et fœtale) ⊗ Hypertension artérielle grave : 4000 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Donner de l'oxygène (maintenir la saturation en oxygène > 97 %) ⊗ Placer en décubitus latéral gauche ⊗ Maintenir une température élevée dans l'avion ⊗ Maintenir l'environnement calme et fermer les rideaux (risque de convulsions) ⊗ Être prêt à réagir en cas de convulsions, d'accouchement et d'hémorragie
Otite ou sinusite	2000 ou selon la tolérance du patient	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Effectuer les manœuvres pour égaliser la pression ⊗ Administrer des décongestionnants ⊗ Demander aux pilotes une ascension et une descente plus lentes.

Maintenant retournez au paragraphe 10.

Encadré 3

Préparation du patient pour une évacuation aéromédicale¹⁻⁴

Une bonne préparation est un des déterminants principaux pour une évacuation sans heurts. Il faut anticiper le pire, peu importe la stabilité initiale du patient.

Priorités ABC

- ☉ Suivre les recommandations : ACLS, ATLS, etc.
- ☉ Stabiliser le patient le plus possible
- ☉ Protéger les voies respiratoires. Intuber, au besoin, si elles sont compromises ou risquent de le devenir
- ☉ Oxygéner généreusement le patient et surveiller sa saturation
- ☉ Mettre le patient sous moniteur cardiaque, au besoin
- ☉ Avoir deux accès veineux
- ☉ Arrêter les saignements

Autres préparations médicales

- ☉ Évaluer l'état neurologique initial du patient, puis tout au long du trajet
- ☉ Envisager tous les tubes nécessaires (sonde nasogastrique, sonde urinaire, etc.)
- ☉ Poser un drain thoracique avec valve de Heimlich (sans bouteille de verre) s'il existe une possibilité de pneumothorax
- ☉ Penser à prélever les échantillons de sang ou d'urine nécessaires
- ☉ Administrer des analgésiques et des sédatifs, au besoin, avant le vol. Attention : les narcotiques peuvent avoir plus d'effet en altitude
- ☉ Administrer un antiémétique en cas de risque de mal des transports
- ☉ Administrer de l'oxygène à 100 % pendant de 15 à 30 minutes aux patients obèses (ce qui diminuerait les risques d'embolie d'azote)

Attention aux ballonnets

- ☉ Les gaz prenant du volume en altitude, les ballonnets (sondes endotrachéales et nasogastriques, sondes urinaires, etc.) se dilatent et risquent de blesser le patient (ils prennent 30 % plus de volume à 8000 pieds d'altitude, par exemple). Pour pallier ce problème, gonflez-les avec de l'eau ou diminuez la quantité d'air. Et pensez à ajuster le volume durant le vol pour éviter les fuites !
- ☉ Exception : Les gros ballonnets, les Combitube et les masques laryngés situés dans le pharynx doivent être remplis avec de l'air, car le déversement d'une telle quantité d'eau dans les bronches en cas de bris pourrait être catastrophique

Préparation au transport

- ☉ Protéger le patient et toutes les tubulures du froid, le cas échéant
- ☉ Sécuriser parfaitement les tubulures IV, les fils de moniteurs, les sondes ET... déplacer le patient le plus délicatement possible
- ☉ Immobiliser adéquatement le patient sur la civière. Au besoin, fixer les membres et la tête (pour éviter une extubation, par exemple)

Maintenant, allez au paragraphe 8

encore temps, propulsez-vous au **3**.

2

C'est sans vergogne que vous laissez carte blanche au copilote, qui n'a pas idée de la gravité de la situation. L'avion atteint donc une altitude de 8000 pieds. À cette hauteur, le Twin Otter n'étant pas un avion pressurisé, la saturation en oxygène d'Ulayu décline. Pour compliquer le tableau, elle entre en convulsions puis vomit. Vous tentez en vain de la réanimer... et vous vous promettez, l'âme mortifiée, de lire les encadrés à l'avenir, à commencer par l'encadré 2 !

3

Comme l'état de l'enfant s'est amélioré, vous optez pour la méthode dite du *scoop and go*, en espérant que son état ne se dégradera pas en vol. Vous décollez tout juste avant l'arrivée du brouillard. Au bout de 30 minutes, le vol prend une tournure dramatique : malgré un masque à oxygène à débit maximal, Ulayu fait un arrêt respiratoire. Vous tentez une intubation, mais l'espace de travail est exigu, sans compter les turbulences qui vous secouent. Après trois tentatives, vous abdiquez et vous vous résignez à n'utiliser qu'un Ambu. Arriverez-vous à Puvirnituk à temps ? Imaginez la fin qui vous convient le mieux, puis révissez l'encadré 3.

4

Vous êtes consternant : l'oxygène est vital pour une évacuation ! À une question aussi importante, on ne peut répondre à la légère. Une fois en vol, vous ne pourrez plus revenir en arrière ! Quel type de bouteilles avez-vous à votre disposition ? Sont-elles pleines ? Combien

d'heures de vol prévoyez-vous ? Quel débit d'oxygène utiliserez-vous ? Rattrapez-vous en retournant au paragraphe 1.

5

L'état de l'enfant s'améliore légèrement, puis la saturation en oxygène diminue. L'infirmière tente de réanimer l'enfant moribonde, sans succès. Ulayu succombe par détresse respiratoire. Écrasez-vous à l'encadré 4.

6

Vous rejoignez Brigitte à l'aéroport où tout est prêt pour le décollage. Elle est exaltée. C'est sa première évacuation médicale, tout comme vous d'ailleurs. À votre arrivée au village, l'enfant est presque en arrêt respiratoire. Rapidement, vous tentez de l'intuber, mais la lumière du laryngoscope est défectueuse, et il n'y en a aucune de rechange. Il n'y a pas non plus de masque laryngé ni de ballon de réanimation Ambu adapté à la taille de l'enfant. La saturation en oxygène d'Ulayu plonge de manière fulgurante sous les 80 %. Vous fulminez contre vous-même de n'avoir pas vérifié le matériel. Consolez-vous en révisant l'encadré 5.

7

Vous rejoignez la coordonnatrice des évacuations et Brigitte, l'infirmière de garde, à l'hôpital pour organiser le transfert d'Ulayu d'Ivujivik vers Puvirnituq, car vous pressentez que l'enfant aura besoin d'un suivi étroit et de tests diagnostiques qui ne sont pas disponibles au dispensaire. Vous lisez tout de même l'encadré 4 résumant les indications d'un transfert aéromédical.

Encadré 4

Indications d'un transfert aéromédical¹⁻³

En région isolée, il faut trouver un équilibre entre observer tous les patients à distance et les transférer tous à l'hôpital, et un équilibre entre les coûts humains et financiers et les risques encourus par les patients. Un jugement clinique nuancé est nécessaire pour déterminer quels patients doivent être évacués.

À considérer :

- ⊗ Patient instable ou susceptible de le devenir ?
- ⊗ Personnel paramédical sur le terrain dépassé par la situation, les besoins du patient excédant les ressources du milieu ?
- ⊗ Femme enceinte qui risque d'entrer en travail là où personne n'est formé pour l'accompagner ou prendre soin de son nouveau-né ?
- ⊗ Accidenté victime d'un traumatisme à haute vitesse ou d'un traumatisme central ?

Maintenant, allez au paragraphe 7.

Si vous trépignez d'envie d'aller vérifier avec Brigitte l'équipement nécessaire pour l'évacuation, sautez au 9. Sinon, demandez-lui de le faire seule et rejoignez-la pour le décollage au 6.

8

Même si le temps presse, vous préférez d'abord stabiliser la patiente puisque l'évolution tumultueuse de son état dans la dernière journée vous laisse craindre une détérioration en vol. Avec la raréfaction de l'oxygène et le stress inhérent au vol, vous pourriez vous retrouver dans la très délicate situation de devoir l'intuber dans l'espace exigu d'un Twin Otter, ce que vous voulez éviter dans la mesure du possible.

Brigitte prend donc le temps d'ouvrir deux accès veineux, puis vous intubez Ulayu et ajustez le respirateur portatif. Brigitte pose aussi une sonde nasogastrique pour éviter la distension des gaz dans l'estomac, puis vous installez Ulayu dans un sac de couchage adapté au climat et fixez solidement tous les tubes, les

Une bonne préparation est un des déterminants principaux pour une évacuation sans heurts. Il faut anticiper le pire, peu importe la stabilité initiale du patient.

Un jugement clinique nuancé est nécessaire pour déterminer quels patients doivent être évacués.

Repères

Encadré 5

Préparation du matériel nécessaire pour une évacuation aéromédicale

Il faut tout prévoir, même l'imprévisible. L'idéal est d'avoir des aide-mémoire et des trousse de matériel prêtes à être utilisées qui seront vérifiées après chaque évacuation pour épargner un temps précieux en situation d'urgence. En voici une, à titre indicatif, à compléter selon vos besoins spécifiques^{1,3}.

Matériel de base

- Civière avec literie appropriée, sac de couchage et sangles
- Stéthoscope, saturomètre, thermomètre, sphygmomanomètre, lampe de poche, glucomètre, capnographe, etc.
- Matériel à succion
- Solutés et matériel pour médicament IV et IM, pompe à soluté ou pousse-seringue (essentiels pour maintenir le débit constant malgré les variations de pression atmosphérique), crochet pour suspendre les sacs de solutés IV à bord de l'avion
- Matériel à pansement
- Médicaments d'urgence de base et ceux spécifiques à chaque maladie
- Gants, matériel d'hygiène, sacs pour vomir
- Piles de rechange pour appareils électroniques
- Dossier complet du patient

Affections cardiorespiratoires

- Moniteur cardiaque et respirateur
- Plaque pour massage cardiaque
- Matériel pour intubation
- Oxygène et matériel pour l'oxygénothérapie (voir l'encadré 1)

Traumatismes

- Immobilisation adaptée
- Matériel pour poser un drain thoracique
- Matériel pour intubation
- Oxygène et matériel pour l'oxygénothérapie (voir l'encadré 1)

Obstétrique

- Matériel pour accouchement d'urgence
- Fœtoscope électronique
- Matériel et médicaments en cas d'hémorragie, d'accouchement prématuré ou de réanimation néonatale
- Incubateur

Pédiatrie

- Incubateur
- Matériel adapté à l'âge de l'enfant (échelle de Broselow)

Maintenant, allez au paragraphe 9.

cathéters et les appareils de surveillance pour éviter qu'ils ne s'enlèvent pendant le transport. Vous vous assurez également que la sédation d'Ulayu est suffisante et considérez l'utilisation de curares pour éviter une extubation. Vous révisiez attentivement l'encadré 3, puis vous montez à bord d'une vétuste camionnette qui sert d'ambulance pour vous diriger vers l'aéroport. Vous veillez à ce que les transferts entre les deux véhicules soient le plus délicats possible.

Les pilotes vous demandent de monter à bord rapidement. Vous avez eu chaud : un peu plus et vous restiez pris au village ! Mais au moins, maintenant, vous vous êtes assuré de prévenir les catastrophes qui auraient pu survenir en vol. Le copilote vous demande dans quel sens il doit installer la patiente et quelles sont les restrictions de vol. Si vous n'en avez aucune idée et que vous laissez cela à son bon jugement, voltigez vers le 2. Sinon, planez vers le 10.

9

Avec Brigitte, qui en est comme vous à sa toute première évacuation, vous révisiez l'encadré 5 pour vous assurer d'apporter tout le matériel nécessaire pour une urgence cardiorespiratoire pédiatrique.

« On apporte deux bouteilles d'oxygène ? » vous demande-t-elle.

Si vous acquiescez, sautez au 4. Si vous préférez consulter votre calepin de notes, allez au paragraphe 1.

10

Après avoir consulté l'encadré 2, vous indiquez au copilote de coucher Ulayu la tête vers le nez de l'avion, ce qui réduira les risques de vomissements au décollage. Vous demandez, par ailleurs, au pilote s'il est possible de limiter l'altitude du Twin Otter, un avion non pressurisé, à 2000 pieds. Vous réduirez ainsi

au minimum les effets du manque d'oxygène qui pourraient être néfastes pour Ulayu. Vous vous assurez, en plus, de lui donner suffisamment d'oxygène pour maintenir sa saturation à au moins 97 % en prenant soin d'humidifier l'oxygène.

En vol, vous réalisez à quel point il n'est pas facile de surveiller un patient en raison du manque d'espace, du bruit et des vibrations. Vous avez même de la difficulté à communiquer avec Brigitte. Vous ne pouvez plus vous fier à l'auscultation, et même l'observation visuelle est rendue plus ardue parce que la patiente est emmitouflée. Vous suivez donc de près la surveillance cardiaque et la saturation en oxygène et utilisez la palpation pour évaluer son évolution.

Vous réalisez que le vol a aussi un effet sur vous. Le bruit, les vibrations, les forces gravitationnelles, les variations de pression atmosphérique et de température, le stress et l'hypoxie vous affectent, tout comme la patiente. Ces facteurs altèrent vos réflexes, votre capacité à réfléchir et votre jugement. Vous n'êtes pas au sommet de votre forme pour gérer une situation d'urgence ! Vous vous félicitez d'avoir bien stabilisé votre patiente, car vous seriez dans une bien mauvaise posture pour le faire en ce moment ! Le reste du vol se déroule sans anicroche, mais vous poussez tout de même un soupir de soulagement à l'atterrissage à Puvirnituq au **11**.

11

Une fois à l'hôpital, une radiographie pulmonaire confirme le bon positionnement de la sonde endotrachéale et la présence d'une pneumonie. Un gaz sanguin vous permet d'ajuster le respirateur. Toutefois, vous demeurez perplexe quant à la cause du souffle cardiaque. Après discussion avec un pédiatre de garde à Montréal, vous organisez un transfert urgent dans l'avion-ambulance du gouvernement. Le médecin et l'infirmier de l'avion-ambulance arrivent quelques heures plus tard. Vous leur faites un rapport de transfert, en leur fournissant tous les documents utiles, notamment radiographies, résultats de laboratoire, carte d'assurance maladie et lettre de transfert détaillant l'histoire pour l'équipe qui prendra Ulayu en charge à Montréal.

Deux jours plus tard, le pédiatre responsable d'Ulayu

Summary

An emergency patient needs to be transferred by an ambulance airplane and... you're in charge. Imagine that you have to supervise the safe air transport of an infant suffering from respiratory distress. The baby must travel from the Ivujivik nursing station, Quebec's northernmost village, to the Puvirnituq regional hospital. In this article, the authors attempt to clarify how to make the best decisions to insure that the patient will arrive safely to his destination. It includes as well some useful information that could help you take care of a sick passenger during your next commercial flight.

Keywords: emergency air transport, ambulance airplane, respiratory distress, oxygen inhalation treatment

à Montréal vous confirme la présence d'une pneumonie à virus respiratoire syncytial. Quant au souffle cardiaque, Ulayu sera opérée aujourd'hui pour corriger une tétralogie de Fallot. Elle pouvait bien être en détresse respiratoire !

CETTE PREMIÈRE ÉVACUATION aéromédicale vous marquera tout au long de votre pratique. Vous y avez appris beaucoup, mais vous vous êtes également rendu compte que vous devez parfaire vos connaissances. Vous commencez par relire les cinq encadrés et vous envisagez de vous inscrire au programme de formation aéromédicale offert par l'Association canadienne de médecine aérospatiale et de transport aéromédical (D^r Houde, au 819 762-0275) pour être plus à l'aise avec la pratique de la médecine à bord d'un avion. ✈

Date de réception : 22 février 2006

Date d'acceptation : 30 mars 2006

Mots clés : évacuation aéromédicale, détresse respiratoire, oxygénothérapie

Le D^r Alexandre Chouinard et M^{me} Zoé Brabant n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Association canadienne de médecine aérospatiale et de transport aéromédical. *Programme de formation aéromédicale – Niveau 1*. ACMATA ; 2002.
2. Ogle J. Aerospace Medicine. Site Internet : www.emedicine.com/emerg/topic790.htm (Page consultée le 28 novembre 2005).
3. Bagian JP, Allen RC. Aeromedical Transport (Chapitre 27) Dans : Auerbach PS. *Wilderness Medicine*, 4^e éd. Philadelphie : Mosby ; 2001. pp. 640-72.
4. American College of Surgeons, Committee on Trauma. *Advanced trauma life support for doctors, student course manual*. 6^e éd. États-Unis : American College of Surgeons ; 1997.