

Points importants

- Nous devons encourager la poursuite des manœuvres de réanimation.
- En prévision du transfert des responsabilités, nous devons préparer l'intubation, si indiqué.
- Nous devons effectuer une analyse avec DEA et effectuer le transfert de responsabilité en débutant par l'intubation.

Transfert de responsabilité en présence de premiers répondants (PR) DEA ou premiers intervenants (PI) DEA

REA.8 Protocole de prise en charge lors d'intervention de réanimation en cours avec DEA

Le déploiement de formation DEA étant un franc succès dans notre région, ajouté à l'élargissement des services de premiers répondants et des premiers intervenants (police), il est normal de rencontrer un plus haut taux d'interventions conjointes avec PR-DEA ou PI-DEA en manœuvre sur nos patients en ACR. L'objectif étant de maximiser les soins au patient et d'écourter le délai de l'accessibilité au choc.

Dans les dernières semaines, nous avons remarqué un nombre plus important d'écarts dans l'application du transfert de responsabilité en présence de PR ou PI DEA. Faisons donc, en quelques points, un survol du protocole RÉA. 8.

1. Lorsque nous avons le premier contact patient sur une intervention PR-DEA ou PI-DEA, nous devons évaluer par « Quick look » les manœuvres. Si nous remarquons qu'un ajustement doit être fait, nous devons recommander la modification à l'équipe en place pour qu'ils **poursuivent** les manœuvres le temps de préparer notre Combitube.
2. Si les manœuvres sont inadéquates, nous devons prendre charge de l'intervention. Attention! Certains services de police font la RCR « hands only » et ne ventilent pas les patients. Nous devons donc prendre le relais et effectuer 2 ventilations toutes les 30 compressions.
3. Nous devons, durant le massage par les intervenants, effectuer une collecte d'informations pendant que l'un des paramédics prépare l'intubation.
4. Une fois l'intubation prête, nous attendons l'analyse des intervenants DEA et nous effectuons l'intubation alors qu'ils poursuivent le massage.
5. Une fois l'intubation complétée, nous effectuons le transfert de connecteur ou d'électrodes de défibrillation, le cas échéant, et nous poursuivons l'intervention avec un changement d'intervenant afin de toujours avoir des compressions de qualité.
6. C'est seulement **après** l'intubation que nous allons débuter la RCR asynchrone (200 compressions avec ventilations (une aux 6-8 secondes) au ballon-masque sur Combitube).

Advenant un cas d'ACR traumatique :

1. S'il y a eu un choc conseillé avant notre arrivée, nous procédons tel que nous venons d'expliquer précédemment (application de REA.1.)
2. S'il n'y a pas eu de choc conseillé avant notre arrivée, nous devons prendre en charge l'intervention dès que possible afin d'effectuer une analyse avec notre MDSA et procéder à l'intubation quand elle est prête.
3. Si choc conseillé durant notre prise en charge, nous basculons vers REA.1.
4. Si choc non conseillé avec AESP, nous devons procéder à l'évacuation.
5. Si asystolie, nous devons effectuer une minute de monitoring et appliquer l'arrêt de manœuvre REA.4 si indiqué et qu'il n'y a pas de contre-indication.

Il est certain qu'une bonne verbalisation et communication entre les intervenants favorisera la fluidité de ce type d'intervention. Ce n'est pas tous les groupes de PR ou PI qui ont une exposition régulière à ces situations. Nous serons donc maîtres d'œuvre avec ces intervenants et par le fait même, nous devons maximiser le rendement pour nous permettre de poursuivre les manœuvres jusqu'au centre hospitalier, si indiqué. Les statistiques actuelles démontrent un excellent résultat sur les interventions conjointes lorsque nous concentrons l'expertise de chacun.

Travaillons ensemble pour accroître ce rendement et faciliter le travail entre services.

Kevin Lamarre TAP-I pour



Dave Ross, directeur médical régional
Services préhospitaliers d'urgence de la Montérégie