

---

## Critères d'inclusion :

---

Difficulté respiratoire avec une ou plusieurs des conditions cliniques suivantes :

- Signes de fatigue ou d'épuisement respiratoire;
- Hypoventilation.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière et au protocole spécifique, le cas échéant.**
2. **Confirmer la présence des critères d'inclusion.**
3. **Évaluer l'état de conscience selon l'échelle AVPU :**
  - a) Si l'état de conscience est « P » ou « U » : passer à l'étape no 4.
  - b) Si l'état de conscience est « A » ou « V » : passer à l'étape no 7.
4. **Débuter l'assistance ventilatoire avec les outils appropriés (masque de poche puis Oxylator<sup>™</sup> ou, à défaut, avec un ballon masque).**

**Pour l'Oxylator<sup>™</sup>, en présence de perméabilité des voies aériennes :**

- a) Ajuster la bague de pression de ventilation au niveau le plus bas, soit :
  - Oxylator EMX<sup>™</sup> : 20 cm H<sub>2</sub>O;
  - Oxylator EM-100<sup>™</sup> : 25 cm H<sub>2</sub>O.
- b) S'il y a absence de critère d'exclusion à la « PEEP » (TAs < 100 mm Hg, arrêt cardiorespiratoire (ACR), traumatisme crânien inconscient, asthme décompensé < 40 ans), utiliser le mode automatique. Autrement, appliquer le mode manuel.

### MODE AUTOMATIQUE

Augmenter la pression de ventilation à raison de 5 cm H<sub>2</sub>O jusqu'à l'obtention d'un temps inspiratoire de 1 seconde minimum, jusqu'au soulèvement du thorax. Ne pas excéder une pression de ventilation de 35 cm H<sub>2</sub>O.

### MODE MANUEL

Suivre les recommandations de fréquence ventilatoire suivantes :

- i. **Adulte** : une ventilation aux 5 à 6 secondes (10-12 ventilations à la minute);
- ii. **Pédiatrie** : une ventilation aux 3 à 5 secondes (12 à 20 ventilations à la minute);
- iii. **ACR** : avec dispositif de protection des voies respiratoires en place, ventilation asynchrone avec la RCR, une ventilation aux 6 secondes (10 ventilations à la minute).

Si le patient est tachypnéique, respecter la fréquence respiratoire compensatoire du patient à moins d'être en présence d'insuffisance respiratoire<sup>i</sup>. Si une assistance est requise dans ce cadre, respecter les fréquences respiratoires mentionnées plus haut, tout en synchronisant chaque ventilation assistée avec une inspiration.

<sup>i</sup> Définition : insuffisance respiratoire associée à une tachypnée : situation clinique où la tachypnée est inefficace et associée avec une altération de l'état de conscience ou une désaturation, malgré un supplément d'oxygène à haute concentration.

- c) Ne pas installer des courroies élastiques au masque relié à l'Oxylator<sup>™</sup>, le masque doit être tenu en place avec l'aide des mains afin d'exercer une surveillance constante de la perméabilité des voies aériennes et de l'efficacité de la ventilation.
- d) Si indiqué, le système de nébulisation en assistance respiratoire/ventilatoire (NAVR) doit être utilisé pour administrer les médicaments requis.

**5. Considérer la possibilité d'une intoxication aux opiacés, se référer au protocole MED. 12 (Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie), au besoin.**

**6. Vérifier la présence des critères d'intubation au Combitube® du patient en hypoventilation, se référer au protocole RÉA. 7 (Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation). Si non applicable, passer à l'étape 7 du présent protocole.**

**7. Débuter l'assistance respiratoire à l'aide d'une « C-PAP » à usage unique à moins d'être en présence de critères d'exclusion (moins de 18 ans, apnée ou hypoventilation ( $\leq 10$ ), non perméabilité des voies aériennes, hypotension (TAs < 100), état de conscience « P » ou « U », traumatisme) :**

- a) Pendant la préparation de l'équipement pour l'assistance respiratoire, administrer de l'oxygène à la plus haute concentration possible;
- b) Débuter la C-PAP à 15 L/min;
- c) Augmenter la C-PAP de 5 L/min à toutes les 3 à 5 minutes (plus ou moins) jusqu'à l'atteinte des objectifs cliniques;
- d) Si indiqué, le système de nébulisation en assistance respiratoire/ventilatoire (NAVR) doit être utilisé pour administrer les médicaments requis;

**8. Maintenir la surveillance clinique et continuer l'application des protocoles appropriés.**

## Remarques :

Si, pendant l'application du protocole APP le patient doit être ventilé immédiatement (ex. : hypoventilation ou apnée), le TAP doit débiter l'assistance ventilatoire avec les méthodes de base (masque de poche, Oxylator<sup>™</sup>, ou à défaut le ballon-masque) et appliquer les protocoles appropriés en simultané. Le monitoring cardiaque et la saturométrie en continu sont requis.

Les objectifs de l'assistance respiratoire/ventilatoire sont :

- Le maintien d'une saturation en oxygène de  $\geq 94$  %;
- L'amélioration de la performance ventilatoire avec ou sans atteinte des objectifs de saturation (meilleure amplitude, diminution de la fatigue, meilleur état d'éveil, etc.).

Ne jamais utiliser le mode « inhalation (bouton INH) » en mode manuel (ni en mode automatique), car ceci génère une « PEEP ». La « PEEP » est automatiquement générée en mode automatique.

Les fréquences de ventilation présentées au point 4b) sont applicables indépendamment de l'outil de ventilation (ex. : masque de poche, ballon-masque).

## **RÉA.9 Assistance respiratoire ou ventilatoire avec particularités MRSI**

*Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.*

### **Généralités :**

- Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention.
- Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.
- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Toujours couvrir le visage du patient lors de compressions thoraciques (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Aviser le CH si MRSI suspectée ou confirmée et respecter les directives de l'établissement.

### **Interventions à adapter :**

1. Ne pas effectuer d'assistance respiratoire (A-V sur échelle AVPU).
2. Effectuer l'assistance ventilatoire selon la technique de ventilation avec précautions de MRSI (TECH.15).