

Recommandations séquence RCP adaptée COVID-19

pour le professionnel de la santé et

les secouristes-ambulanciers (S-A)

0. INTRODUCTION

Puisque, au moment où nous rédigeons ces directives, chacun peut être potentiellement porteur du COVID-19, les adaptations des directives de réanimation contenues dans ce document sont nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des professionnels de la santé.

Cet « update » COVID-19 a pour but d'une part de réduire au maximum les risques de contamination du coronavirus et d'autre part de donner toutes les chances de survie aux victimes d'arrêts cardiaque.

Pour tout ce qui n'est pas abordé dans cet « update », les professionnels de la santé appliqueront les directives de 2015, toujours en vigueur.

Notez que **cet « update » ne concerne que la période de la pandémie COVID-19**. En dehors de cette période les directives ERC 2015 restent de vigueur.

Pendant la pandémie actuelle de COVID-19, les professionnels de la santé doivent utiliser un équipement de protection individuelle (EPI) avant et pendant les procédures qui génèrent des aérosols.

Il est à noter qu'il y a une augmentation du risque de transmission par aérosol lors de l'utilisation de la ventilation non-invasive (VNI), particulièrement lors de la manipulation du masque par un membre du personnel et lors des compressions thoraciques.

Ci-dessous, vous trouverez les adaptations aux directives 2015 pour les professionnels de la Santé.

1. RÉANIMATION

1.1. Évaluation de la respiration (Voir, Entendre, Sentir)

En cas d'arrêt cardiaque, les intervenants doivent entamer la réanimation cardiopulmonaire (RCP), si et seulement si, ils portent leurs EPI (selon les directives locales : masque nasobuccal, FFP2/FFP3, gants, lunettes, combinaison, une visière ou PAPR (Powered Air Purifying Respirator)).

Le Voir, Entendre et Sentir (VES) est adapté comme suit :

Le VES est effectué par le secouriste SANS approcher son visage de la bouche et du nez de la victime.

- **Voir :** regarder s'il respire normalement et contrôler les signes de vie sans ouvrir les voies respiratoires ni mettre son visage près de la bouche et le nez de la victime. Afin d'augmenter l'effectivité de cette technique, il pourrait être utile de découvrir le thorax.
- **Entendre :** s'il y a une respiration présente et/ou repérer des râles (p.ex. gasping).
- **Sentir :** si besoin placer votre main sur le thorax ou le ventre de la victime.

1.2. Utilisation du défibrillateur

Le défibrillateur comme moyen de contrôle des signes de vie.

L'utilisation du défibrillateur n'engendre pas d'aérosolisation. Il n'y a donc pas de risque de contamination.

Le défibrillateur doit être placé et activé rapidement. Dans des situations bien précises (p.ex. témoin de l'effondrement) un professionnel de la santé peut envisager l'utilisation du défibrillateur avant de mettre le reste de son équipement de protection individuelle.

Si le défibrillateur détecte un rythme choquable, l'intervenant peut délivrer un choc en toute sécurité. Cela donnera le temps aux autres intervenants de mettre leur EPI et de commencer la séquence de RCP.

1.3. Ventilation

- Le risque de transmission du SARS-CoV-2 d'une victime infectée lors d'interventions respiratoires telles que la ventilation bouche-à-bouche est très élevé (près de 100%). Les masques de poche, les protections faciales (type face shield®) et les moyens similaires n'offrent pas la protection nécessaire pour empêcher la transmission du coronavirus.

C'est la raison pour laquelle les intervenants de première ligne n'effectueront pas de bouche-à-bouche.

Néanmoins, les prestataires de soins professionnels (SA, équipe PIT, SMUR ou SAMU) peuvent continuer à administrer de l'oxygène. Pour ce faire, ils doivent porter leur EPI adapté aux risques d'aérosolisation.

Dans ce cas, les intervenants doivent placer un masque chirurgical au patient au-dessus des lunettes à oxygène ou du masque « non rebreather » - NRM avec ou sans réservoir (type Hudson®).

- Chez l'adulte et sauf noyade ou autre cause visible d'asphyxie (voir plus bas) la ventilation à haut débit à l'aide d'un masque et/ou d'un masque-valve-ballon (MVB) n'est pas recommandée en raison de l'aérosolisation et du risque plus élevé de contamination.

Dans cette période COVID-19, la préférence est donnée à l'utilisation rapide et efficace d'un dispositif supra glottique (DSG) ou d'une intubation endotrachéale (ETT). Cela doit bien sûr être placé par des intervenants expérimentés et autorisés à le faire.

Envisager la vidéolaryngoscopie pour l'intubation trachéale par un professionnel familiarisé à son utilisation - cela lui permettra de rester plus loin de la bouche du patient.

- Néanmoins, dans des cas spécifiques (noyade ou enfants) ou pour toutes sortes de raisons (par exemple en attendant l'arrivée du SMUR), les professionnels de la santé pourraient être contraints de ventiler le patient au MVB et ce afin d'augmenter les chances de survie de la victime.

Dans ce cas, ils doivent utiliser un ballon à usage unique (recommandé) ou un ballon réutilisable qui seront préalablement équipé d'un filtre « High-Efficiency Particulate Air » (filtre HEPA) ou d'un filtre « Heat and Moisture Exchanger » (filtre HME). Ces derniers permettent d'éviter l'accumulation et la propagation des « gouttelettes » dans l'air ambiant et dans le ballon.

- Afin d'éviter la projection de ces gouttelettes pendant la ventilation au masque et ballon, le masque doit couvrir correctement le nez et la bouche et une étanchéité parfaite doit être assurée.

Il est donc maintenant impérieux, comme le recommandaient déjà les directives 2015, d'utiliser la méthode à « 4 mains » pour effectuer une ventilation par masque et ballon sûr et efficace (voir le livre de procédures et la vidéo du SPF Santé Publique).

- Les compressions thoraciques doivent être interrompues pendant la ventilation au ballon qu'il soit fixé à un masque ou à un dispositif supra glottique (SGD).

Attention : Avant d'effectuer des opérations de gestion des voies aériennes, assurez-vous que les intervenants sans équipement de protection individuelle quittent la pièce.

- En raison du risque d'aérosolisation, les secouristes de première ligne moins qualifiés ou qui n'ont pas été formés correctement à la ventilation par MVB ne devraient pas utiliser celui-ci.

Dans ce cas ou en attendant l'arrivée ou la mise en place du ballon, l'un des intervenants placera un masque NRM avec réservoir sur le nez et la bouche de la victime afin de donner de l'oxygène jusqu'à max.10 L O₂ 100% et il maintiendra toujours une bonne étanchéité pendant que les compressions thoraciques sont effectuées par un autre collègue. Ceci sans oublier de placer un masque chirurgical sur le NRM.

- Dès que possible, l'équipe SMUR placera un tube endotrachéal (ETT) (que la victime soit ventilée par MVB ou non). Lors de ces actions, les autres intervenants (ex. SA) doivent continuer à porter leur EPI.
- Les compressions thoraciques doivent être interrompues pendant la mise en place d'un dispositif supraglottique ou d'un tube endotrachéal.

1.4. Compressions thoraciques

Les compressions thoraciques peuvent être entamées dès lors que la victimes et l'intervenant porte une protection nasobuccale (au moins un masque chirurgical).

Lorsque le MVB est prêt et avant le démarrage de la ventilation, le secouriste doit porter un EPI contre les particules aéroportées avant d'effectuer les compressions.

Utiliser un équipement de compression thoracique mécanique (CTM) (p.ex. LUCAS[®], Autopuls[®], CorpulsCPR[®]...) s'il est présent. Bien que son utilisation n'ait aucun impact prouvé sur la survie, elle limite le nombre d'intervenants requis et garantit une qualité de compressions constante. Lors de l'utilisation du CTM, les compressions thoraciques doivent également être interrompues pendant les interventions sur les voies respiratoires et pendant la ventilation. Il faut donc mettre le CTM sur la position 30/2.

2. Obstruction des voies respiratoires

Contexte de repas (restaurant/maison de repos et de soins)

- Les directives ERC 2015 existantes sont toujours valables pour la gestion de la désobstruction, quel que soit le statut COVID-19 présumé.
- Dans les cas où la toux est toujours considérée comme efficace, les personnes présentes ou les soignants devraient encourager la toux tout en gardant une bonne distance.
- Ne mettez pas de masque chirurgical sur la victime à ce stade.
- Si l'obstruction ne peut être levée et que la victime passe en arrêt cardiorespiratoire, il faut entamer la RCP comme décrit ci-dessus.

3. La réanimation avancées des enfants et des nourrissons

- À l'heure actuelle, on ne sait toujours pas dans quelle mesure les enfants sont contagieux. De plus, les causes d'un arrêt circulatoire chez l'enfant sont souvent différentes de celles de l'adulte. Ils sont, en effet, plus sensibles aux arrêts respiratoires et au manque d'oxygène. Ceci fait de la ventilation une procédure encore plus essentielle que chez l'adulte lors de la réanimation. Pour toutes ces considérations, il a été décidé de ne pas modifier pour l'instant les directives 2015 pour la réanimation des enfants, des nourrissons et des nouveau-nés à condition que les ajustements (mentionnés ci-dessus) pour l'utilisation du masque et du ballon soient respectés.
- L'accent sera mis sur le port approprié des EPI.