

Pour les médecins en rotation des services de médecine interne générale, des urgences et d'anesthésie, les codes sont définis en début de tout nouveau tournus avec les médecins cadres de la BSC, selon le parcours de formation préalable et/ou l'observation en situation clinique lors d'une première induction et/ou l'exposition sur la dernière année. Ils sont évidemment susceptibles d'évoluer en fonction des évaluations ultérieures par les cadres BSC.

Par défaut, ce codage est effectué de manière très conservatrice.

**Ces codes sont définis individuellement avec les médecins "récurrents", les médecins associés ainsi que les pédiatres.
Les médecins Héli sont par défaut Vert**

En cas d'oxygénation/ventilation non satisfaisante priorité à la poursuite de l'algorithme de secours dispositif supra glottique / VM / Cricothyroïdotomie

Rouge : 1 tentative d'IOT autorisée en cas d'ACR. Appel immédiat au médecin cadre BSC pour toute induction ou en cas d'échec après la 1ère tentative d'IOT sur ACR.

Orange : OK pour induction et intubation en autonomie selon algorithme. Appel immédiat au cadre BSC en cas de critères d'IOT difficile ainsi qu'en cas d'échec d'IOT au premier essai. Non autorisé à superviser une IOT.

Vert : OK pour supervision d'IOT (collègues moins expérimentés ou Amb. SMUR Rouge/Orange/bleu), qui vous sera détaillé lors des F-SMUR ou sur demande), information au médecin cadre BSC en cas de critères d'IOT difficile ; Appel cadre BSC si échec au premier essai.

La formation à la gestion des voies aériennes des ambulanciers SMUR comprend : 1 journée théorique/pratique, des stages au bloc opératoire, un suivi via logbook et un refresh annuel. Elle est obligatoire.

Un code couleur standardise la gestion des voies aériennes au sein du binôme ambulancier–médecin.

Si les deux souhaitent intuber, la priorité revient au médecin en formation.

Aucune intubation avec induction par un ambulancier Rouge/orange ne sera réalisée sans au minimum un médecin vert ou médecin cadre.

Les protocoles et l'appel au cadre BSC doivent être respectés en tout temps.

Par défaut, ce codage est effectué de manière très conservatrice.

Codage Ambulanciers

Hors formation VAS : pas IOT

Médecin Rouge : Assistance IOT sur ACR

Médecin orange/Vert : assistance IOT ACR / induction

Rouge : En cours de formation VAS

Médecin Rouge / Orange : pas d'intubation (ACR ou induction)

Avec cadre BSC ou Vert : ok intubation à discrétion méd.

Orange : formation VAS validée

Med Orange/rouge : Ok intubation sur ACR uniquement si accord Méd.

Echec IOT 1er essai : Appel immédiat au cadre BSC

Med. Orange/Rouge : ok Reprise intubation ACR uniquement après appel au cadre BSC

Med Vert/cadre BSC : ok intubation ACR/induction si accord Méd.

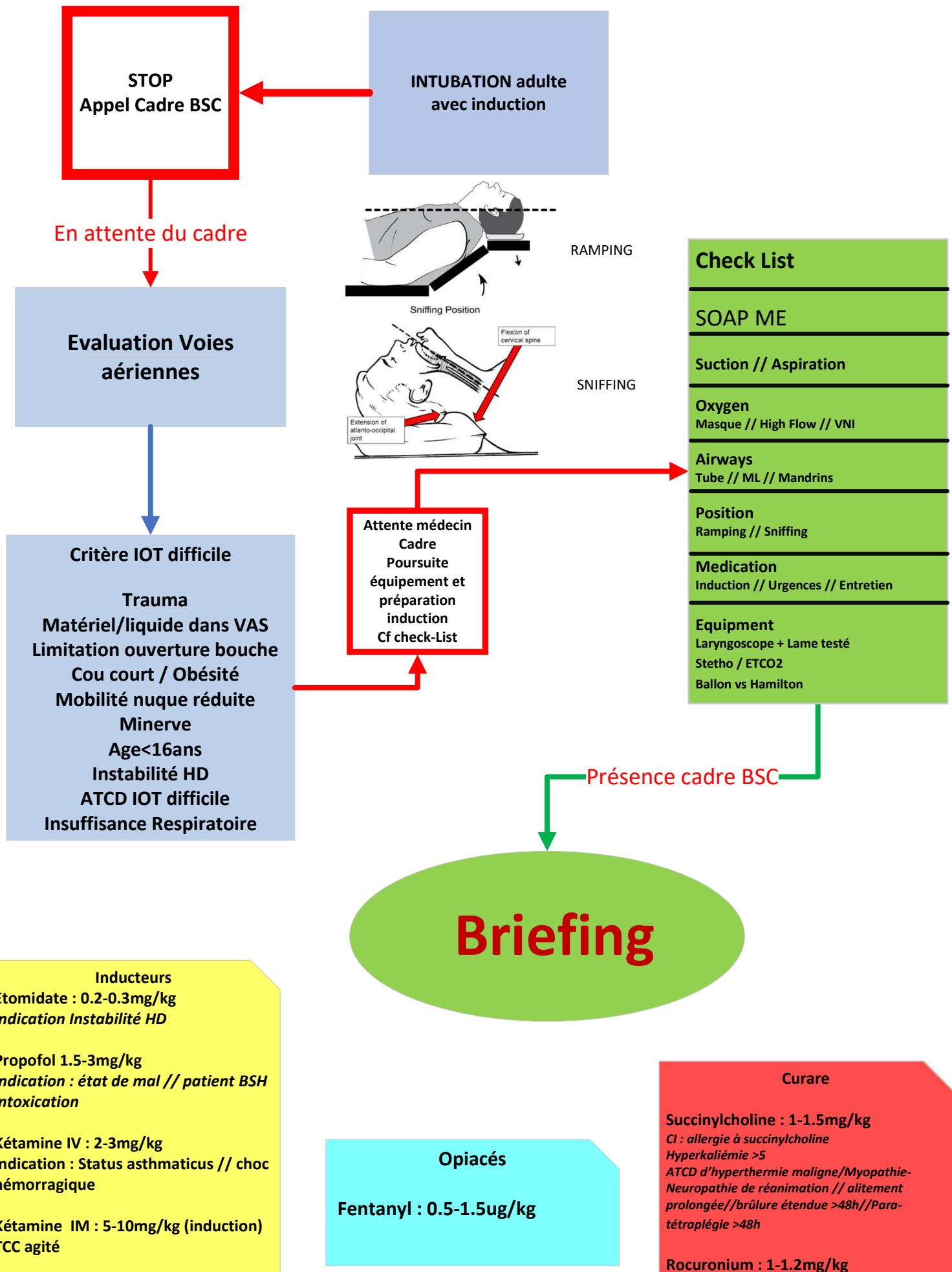
Non autorisé à superviser une IOT.

Bleu : Ambulancier avec expérience spécifique (infirmier anesthésiste / formation préalable en gestion des VAS).

Med Rouge : Ok intubation sur ACR uniquement si accord Méd. Pas d'induction. Reprise intubation sur ACR après appel cadre BSC. Supervision IOT sur ACR

Med Orange : ok intubation ACR/induction/reprise après echec (appel BSC)

Med Vert/BSC : ok intubation ACR/induction si accord Méd.



Briefing

Anticiper

Plan A
Vérification
Matériel + ASPI
Positionnement Sniffing Position
+/- Ramping

Pré oxygénation (O2 100% +/- VNI)
+/- oxygénation apnéique

Induction
Inducteur + Curare +/- Opiacé

1ère intention au choix
Laryngoscopie directe
+/- BURP

**CAVE : si traumatisé crânien intubation en ligne
VL d'emblée + maintien tête en ligne**



Annoncer le Cormack / POGO

Intubation + gonfler ballonnet + retrait mandrin

Capnographie
Soulèvement thorax
Buée dans tube
Auscultation

**Vérification
Position Tube**



Fixation tube

Ventilation ballon vs Hamilton

Standard : Vt : 6-8mL/Kg
5cmH2O PEEP
FR 10-15min
ETCO2 visée 35-45mmHg

Entretien

Curarisation
Si ISR succinylcholine

Propofol : 4-12mg/kg/h IV
CONTINU si stabilité HD

OU
Midazolam 0.05-0.1mg/kg BOLUS

Fentanyl 1ug-1.5ug/kg BOLUS

Rocuronium 0.3-0.6mg/kg BOLUS

ECHEC

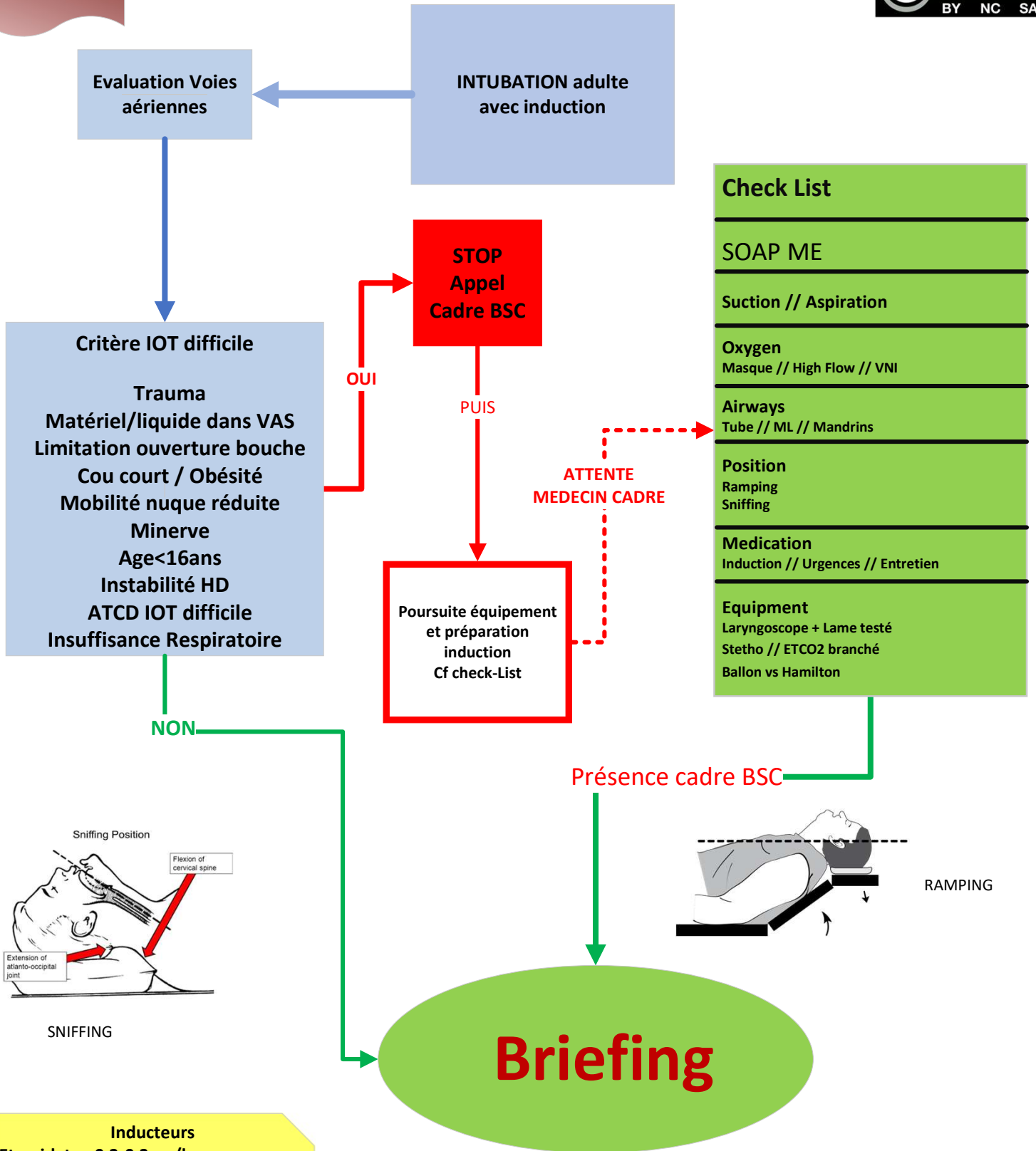
Plan B
2ème tentative par opérateur le plus avancé
Vidéalaryngo, lame hyper angulée position
Mandrin long

ECHEC

Plan C : ventilation
Masque laryngé
Masque facial
Si ventilable Poursuite sédation 5mg midazolam

ECHEC

Plan D : Oxygénation
Cricothyroïdotomie



Inducteurs
Etomidate : 0.2-0.3mg/kg
Indication Instabilité HD

Propofol 1.5-3mg/kg
Indication : état de mal // patient BSH intoxication

Kétamine IV : 2-3mg/kg
Indication : Status asthmaticus // choc hémorragique

Kétamine IM : 5-10mg/kg (induction)
TCC agité

Opiacés
Fentanyl : 0.5-1.5ug/kg

Curare
Succinylcholine : 1-1.5mg/kg
CI : allergie à succinylcholine
Hyperkaliémie >5
ATCD d'hyperthermie maligne/Myopathie-Neuropathie de réanimation // alitement prolongée//brûlure étendue >48h//Paratétraplégie >48h

Rocuronium : 1-1.2mg/kg

Briefing

Anticiper

Plan A
 Check list
 Matériel + ASPI
 Positionnement Sniffing Position
 +/- Ramping

Pré oxygénation (O2 100% +/- VNI)
 +/- oxygénation apnéique

Induction
 Inducteur + Curare +/- Opiacé

1ère intention au choix
 Laryngoscopie directe
 +/- BURP

CAVE : si traumatisé crânien intubation en ligne
 VL d'emblée + maintien tête en ligne

Cormack-Lehane Grade I, Grade II, Grade III, Grade IV
 POGO score

Annoncer le Cormack / POGO

Intubation + gonfler ballonnet + retrait mandrin

Verification Position Tube
 Capnographie
 Soulèvement thorax
 Buée dans tube
 Auscultation

Fixation tube

Ventilation ballon vs Hamilton
 Standard : Vt : 6-8mL/Kg
 5cmH2O PEEP minimum
 FR 10-15min
 ETCO2 visée 35-45mmHg

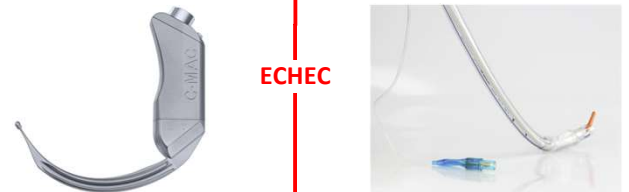
Entretien

Curarisation
 Si ISR succinylcholine

Appel cadre BSC

ECHEC

Plan B
 2ème tentative par opérateur le plus avancé
 Vidéolaryngo, lame hyper angulée, position
 Mandrin long



Plan C : ventilation
 Ventilation masque laryngé
 ou masque facial
 Si ventilable Poursuite sédation 5mg midazolam

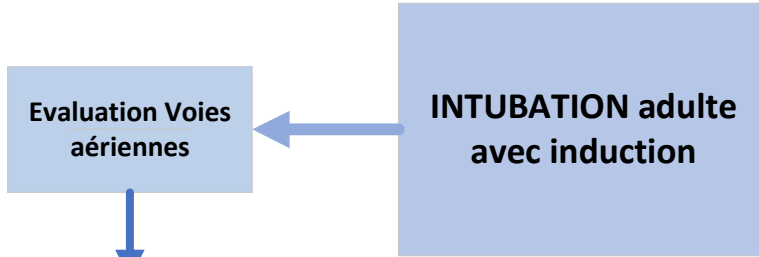
Plan D : Oxygénation
 Cricothyroïdotomie

Propofol : 4-12mg/kg/h IV
 CONTINU si stabilité HD

Midazolam 0.05-0.1mg/kg BOLUS

Fentanyl 1ug-1.5ug/kg BOLUS

Rocuronium 0.3-0.6mg/kg BOLUS

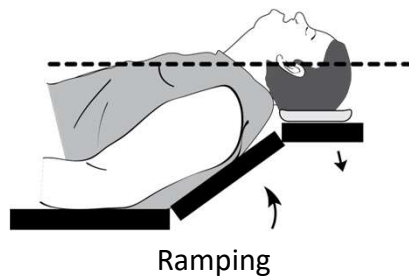
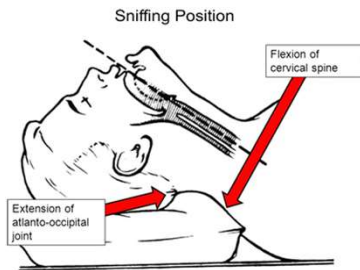


- Critère IOT difficile**
- Trauma
 - Matériel/liquide dans VAS
 - Limitation ouverture bouche
 - Cou court / Obésité
 - Mobilité nuque réduite
 - Minerve
 - Age < 16ans
 - Instabilité HD
 - ATCD IOT difficile
 - Insuffisance Respiratoire

Mobilisation médecin cadre à la demande

- Check List**
- SOAP ME
 - Suction // Aspiration
 - Oxygen
Masque // High Flow // VNI
 - Airways
Tube // ML // Mandrins
 - Position
Ramping // Sniffing
 - Medication
Induction // urgences // entretien
 - Equipment
Laryngoscope + Lame vs CMAC
Stetho // ETCO2 branché
Ballon vs Hamilton

Information obligatoire au médecin Cadre



Briefing

- Inducteurs**
- Etomidate : 0.2-0.3mg/kg
Indication Instabilité HD
 - Propofol 1.5-3mg/kg
Indication : état de mal // patient BSH intoxication
 - Kétamine IV : 2-3mg/kg
Indication : Status asthmaticus // choc hémorragique
 - Kétamine IM : 5-10mg/kg (induction)
TCC agité

- Opiacés**
- Fentanyl : 0.5-1.5ug/kg

- Curare**
- Succinylcholine : 1-1.5mg/kg
*CI : allergie à succinylcholine
Hyperkaliémie >5
ATCD d'hyperthermie maligne/Myopathie-Neuropathie de réanimation // alitement prolongée//brûlure étendue >48h//Paratétraplégie >48h*
 - Rocuronium : 1-1.2mg/kg

Briefing

établir

