



FONDATION^{MC}
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC

FAITS SAILLANTS EN BREF

- 1 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION CHEZ L'ADULTE**
- 2 SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION CARDIOVASCULAIRE CHEZ L'ADULTE**
- 3 SOINS IMMÉDIATS DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE**
- 4 SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION PÉDIATRIQUE**

- 5 RÉANIMATION NÉONATALE**
- 6 ENSEIGNEMENT**
- 7 PREMIERS SOINS**

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

- Le recours à la RCR extracorporelle (RCR-E) lors d'un arrêt cardiaque.
- Les facteurs de pronostic de l'arrêt.
- L'examen des preuves sur les scores pronostiques pour les nouveau-nés prématurés.
- Établissement du pronostic chez l'enfant et chez l'adulte après un arrêt cardiaque.
- Le fonctionnement des organes transplantés récupérés après un arrêt cardiaque.

SYSTÈMES DE SOINS ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

- Une taxonomie universelle des systèmes de soins.
- La division de la chaîne de survie adulte en deux : une pour les systèmes de soins de santé en milieu hospitalier et l'autre pour les systèmes de soins de santé en milieu extrahospitalier.
- L'examen des preuves les plus concluantes sur la façon dont ces systèmes de soins de santé en matière d'arrêt cardiaque sont passés en revue, qui met l'accent sur l'arrêt cardiaque, la prise en charge de l'IM avec sus-décalage du segment ST (STEMI) et l'accident vasculaire cérébral.

TECHNIQUES ALTERNATIVES ET DISPOSITIFS D'APPOINT EN RCR

- L'utilisation systématique d'une valve d'impédance inspiratoire comme dispositif auxiliaire à la RCR classique n'est pas recommandée.
- Selon un récent essai contrôlé et randomisé, l'utilisation d'une valve d'impédance inspiratoire en association avec une technique de compression/décompression active est associée à une amélioration de la survie neurologiquement intacte chez les patients victimes d'un ACEH.
- L'utilisation systématique de dispositifs de compressions thoraciques mécaniques n'est pas recommandée. Toutefois, on a identifié les milieux particuliers où ces dispositifs peuvent être utiles.
- Le recours à la RCR extracorporelle (RCR-E) peut être envisagé chez certains patients sélectionnés dans des milieux où une cause réversible d'arrêt cardiaque est soupçonnée.

1 SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION POUR LES ADULTES ET QUALITÉ DE RCR : SECOURISTE EN RCR

- Les maillons essentiels de la chaîne de survie pour les soins prodigués aux adultes en milieu extrahospitalier sont les mêmes qu'en 2010, et la priorité continue d'être accordée à l'algorithme universel simplifié des soins immédiats en réanimation (SIR) chez l'adulte.
- L'algorithme des SIR chez l'adulte a été modifié pour refléter le fait que les secouristes peuvent activer l'intervention d'urgence (p. ex., à l'aide d'un téléphone cellulaire) sans quitter la victime.
- Il est recommandé que les communautés qui comptent des personnes à risque d'arrêt cardiaque mettent en œuvre des programmes d'accès public à la défibrillation (APD).
- On a formulé des recommandations plus rigoureuses afin d'encourager l'identification immédiate des signes d'inconscience, l'activation du système d'intervention d'urgence et la pratique de la RCR dans le cas où des secouristes non professionnels se trouveraient en présence d'une victime inconsciente qui ne respire plus ou ne respire pas normalement (p. ex., respiration agonale).
- On a davantage mis l'accent sur l'identification rapide d'un arrêt cardiaque potentiel par le répondant, ainsi que sur la communication immédiate d'instructions en matière de RCR à l'appelant (c.-à-d. RCR guidée par le répondant).
- La séquence recommandée pour le secouriste qui agit seul a été confirmée il doit désormais pratiquer les compressions thoraciques avant les insufflations (C-A-B au lieu de A-B-C [voies aériennes, ventilations, compressions thoraciques]) afin de réduire le délai avant la première compression. Le secouriste qui agit seul doit commencer la RCR avec 30 compressions suivies de deux insufflations.
- La mise à jour des Lignes directrices met l'accent sur l'importance de pratiquer des compressions thoraciques

de haute qualité (effectuer des compressions à une profondeur et à un rythme adéquats, permettre une relaxation thoracique totale après chaque compression, réduire au minimum les interruptions pendant les compressions thoraciques et éviter la ventilation excessive).

- La fréquence des compressions thoraciques recommandée est de 100 à 120 compressions par minute (comparativement à au moins 100 compressions par minute dans la version précédente).
- La profondeur des compressions thoraciques pratiquées chez l'adulte a été modifiée et doit être d'au moins 2,4 pouces (5 cm), mais ne doit pas excéder 2,4 pouces (6 cm).
- L'administration de naloxone par un secouriste non professionnel peut être envisagée pour les urgences potentiellement mortelles associées à une prise d'opioïdes soupçonnée.*

** Au Canada, la naloxone est un médicament sur ordonnance, figurant sur la Liste des drogues sur ordonnance de Santé Canada. La naloxone ne peut être donnée que sur ordonnance. De par la loi, un médicament sur ordonnance ne peut être administré qu'à la personne dont le nom figure sur l'ordonnance, et non à un tiers.

SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION CHEZ L'ADULTE ET QUALITÉ DE LA RCR : DISPENSATEURS DE SOINS EN SIR

- Ces recommandations permettent une certaine souplesse dans l'activation du système d'intervention d'urgence afin de mieux correspondre au milieu clinique des dispensateurs de soins.
- Les secouristes formés sont encouragés à effectuer simultanément certaines étapes (c.-à-d. vérifier la respiration et le pouls en même temps) dans le but de réduire le délai avant la première compression.
- Les équipes intégrées de secouristes hautement qualifiés peuvent utiliser une approche où le travail se fait en complémentarité, permettant d'accomplir

plusieurs étapes et évaluations en même temps plutôt que l'approche séquentielle utilisée par les secouristes seuls (p. ex., un secouriste active le système d'intervention d'urgence pendant qu'un deuxième commence à pratiquer les compressions thoraciques, qu'un troisième administre les insufflations ou va chercher le ballon-masque et qu'un quatrième va chercher et prépare le défibrillateur).

- On a mis davantage l'accent sur l'importance d'une RCR de haute qualité au moyen d'indicateurs de performance (pratiquer des compressions à une fréquence et à une profondeur adéquates, permettre une relaxation thoracique totale après chaque compression, réduire au minimum les interruptions pendant les compressions, éviter l'hyperventilation). Voir le Tableau 1.
- La fréquence des compressions est maintenant de 100 à 120 compressions par minute.
- La profondeur des compressions chez les adultes est dorénavant d'au moins 2 pouces (5 cm), mais inférieure à 2,4 pouces (6 cm).
- Pour permettre une relaxation thoracique totale après chaque compression, les secouristes doivent éviter de s'appuyer sur la poitrine entre les compressions. Les critères visant à réduire au minimum les interruptions sont clarifiés, l'objectif étant d'obtenir une fraction de compression aussi élevée que possible, à savoir d'au moins 60 %. Dans les régions où les systèmes de SMU ont adopté des soins groupés comprenant des compressions thoraciques continues, le recours à des techniques d'insufflation passive peut être envisagé dans le cadre des soins groupés aux victimes d'un ACEH.
- Chez les patients qui reçoivent une RCR continue avec intubation, une fréquence de ventilation simplifiée à raison d'une insufflation toutes les 6 secondes (10 insufflations par minute) est recommandée.

2

SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION CARDIOVASCULAIRE CHEZ L'ADULTE

- L'utilisation concomitante de vasopressine et d'adrénaline n'offre aucun avantage par rapport à l'utilisation d'adrénaline à dose standard chez les victimes d'un arrêt cardiaque. De plus, l'utilisation de vasopressine n'offre aucun avantage par rapport à l'utilisation d'adrénaline en monothérapie. Par conséquent, la vasopressine a été retirée de l'algorithme de l'arrêt cardiaque chez l'adulte afin de le simplifier mise à jour 2015.
- De faibles valeurs du dioxyde de carbone télé-expiratoire (ETCO₂) chez les patients intubés après 20 minutes de RCR sont associées à une très faible probabilité de réanimation. Bien que ce paramètre ne doive pas être utilisé seul dans la prise de décision, les dispensateurs peuvent prendre en considération les faibles valeurs de ETCO₂ après 20 minutes de RCR en association avec d'autres facteurs pour aider à déterminer le moment de mettre fin à la réanimation.
- Les stéroïdes peuvent procurer certains bénéfices lorsqu'ils sont administrés en association avec de la vasopressine et de l'adrénaline dans le traitement de l'ACIH. Même si une utilisation systématique n'est pas recommandée jusqu'à ce que des nouvelles études de suivi soient menées, il serait justifié qu'un dispensateur administre le traitement d'association dans les cas d'ACIH.
- Lorsqu'une RCR-E est rapidement mise en oeuvre, elle peut prolonger la viabilité, car elle peut donner le temps de traiter les causes potentiellement réversibles ou d'organiser la transplantation cardiaque chez les patients qui ne sont pas réanimés à l'aide de la RCR classique.
- Chez les patients en arrêt cardiaque qui présentent un rythme non défibrillable et qui peuvent recevoir de l'adrénaline, une administration précoce d'adrénaline est suggérée.

- Les études portant sur l'utilisation de lidocaïne après le RCS présentent des résultats contradictoires, et une utilisation systématique de la lidocaïne n'est pas recommandée. Toutefois, l'instauration ou la poursuite du traitement par la lidocaïne peuvent être envisagées immédiatement après le RCS suivant un arrêt cardiaque causé par une fibrillation ventriculaire (FV) ou tachycardie ventriculaire (TV) sans pouls.
- Selon une étude observationnelle, l'utilisation de bêta-bloquants après un arrêt cardiaque permettrait d'obtenir de meilleurs résultats que lorsqu'aucun bêta-bloquant n'est utilisé. Bien que les données probantes de cette étude observationnelle soient insuffisantes pour recommander une utilisation systématique, l'instauration ou la poursuite du traitement par un bêtabloquant peut être envisagée rapidement après une hospitalisation pour arrêt cardiaque causé par une FV ou une TV.

SOINS POST-ARRÊT CARDIAQUE

- Une coronarographie d'urgence est recommandée chez tous les patients présentant un sus-décalage du segment ST ainsi que chez tous les patients instables sur le plan hémodynamique et électrique sans sus-décalage du segment ST et pour lesquels une lésion cardiovasculaire est soupçonnée.
- Les recommandations relatives à la gestion ciblée de la température (GCT) ont été mises à jour en fonction de nouvelles données probantes selon lesquelles une plage de températures peut être ciblée durant la période post-arrêt cardiaque.
- Une fois la GCT terminée, une fièvre peut apparaître. Bien qu'il existe des données d'observation contradictoires sur les effets nuisibles de la fièvre après une GCT, les mesures de prévention de la fièvre sont considérées comme bénignes, et c'est pourquoi il est justifié de poursuivre le processus.
- L'identification et la correction de l'hypotension sont recommandées immédiatement après la période post-arrêt cardiaque.

- Il est dorénavant recommandé d'attendre au moins 72 heures après la GCT avant d'établir le pronostic; pour ceux qui ne peuvent procéder à la GCT, il est recommandé d'attendre au moins 72 heures après le RCS.
- Tous les patients qui sont réanimés après un arrêt cardiaque, mais qui, par la suite, atteignent un état de mort cérébrale ou de mort cardiovasculaire doivent être considérés comme des donneurs d'organes potentiels.

SYNDROMES CORONARIENS AIGUS

- Acquisition et interprétation des ECG préhospitaliers.
- Sélection d'une stratégie de reperfusion lorsque le traitement fibrinolytique est disponible en milieu préhospitalier.
- Sélection d'une stratégie de reperfusion dans les hôpitaux qui ne disposent pas d'une capacité d'intervention coronarienne percutanée.
- Utilisation de la troponine pour l'identification des patients pouvant sortir du service des urgences en toute sécurité.
- Interventions qui pourraient être bénéfiques ou non lorsqu'elles sont effectuées avant l'arrivée à l'hôpital.

SITUATIONS PARTICULIÈRES EN RÉANIMATION

- L'expérience acquise dans le traitement des patients présentant une surdose d'opioïdes avérée ou soupçonnée a montré que la naloxone peut être administrée dans les milieux des premiers soins et des SIR, et qu'elle présente une innocuité et une efficacité apparentes. C'est pourquoi l'administration de naloxone par des secouristes non professionnels et des dispensateurs de soins est dorénavant recommandée, et une formation simplifiée est offerte à cette fin. De plus, un nouvel algorithme est offert pour la prise en charge des victimes inconscientes chez qui une surdose d'opioïdes est soupçonnée.

- Une émulsion lipidique par voie intraveineuse peut être envisagée pour le traitement d'une intoxication générale liée à un anesthésiant local. De plus, une nouvelle recommandation est émise, appuyant le rôle possible de l'émulsion lipidique par voie intraveineuse chez les patients qui sont victimes d'un arrêt cardiaque et qui ne répondent pas aux mesures de réanimation classiques en raison d'une intoxication médicamenteuse autre qu'une intoxication générale liée à un anesthésiant local.
- L'importance d'une RCR de haute qualité durant un arrêt cardiaque a conduit à une réévaluation des recommandations relatives à la levée de la compression aorto-cave chez la femme enceinte victime d'un arrêt cardiaque. Cette réévaluation a permis de formuler des recommandations plus précises sur les stratégies propres au déplacement utérin.

3 SOINS IMMÉDIATS DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE ET QUALITÉ DE LA RCR

- Maintien de la séquence C-A-B comme séquence privilégiée en RCR pédiatrique.
- Nouveaux algorithmes pour la RCR pédiatrique à un seul dispensateur ou à deux dispensateurs ou plus dans un contexte où les téléphones cellulaires sont couramment utilisés.
- Établissement d'une profondeur maximale de 6 cm pour les compressions thoraciques chez les adolescents.
- Adoption de la fréquence de compressions thoraciques de 100 à 120 par minute dans les SIR chez l'adulte.
- Forte réaffirmation de la nécessité des compressions et des insufflations dans les SIR pédiatriques.

4 SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION PÉDIATRIQUE

- Dans des contextes précis, lors du traitement de patients pédiatriques présentant une maladie fébrile,

l'utilisation de volumes restreints de soluté cristalloïde isotonique permet de prolonger la survie. Cette approche se démarque de la position traditionnelle préconisant une réanimation à fort volume.

- L'utilisation systématique d'atropine comme prémédication en cas d'intubation trachéale d'urgence chez les enfants autres que des nouveau-nés, particulièrement pour la prévention de l'arythmie, est controversée. De même, certaines données suggèrent qu'il n'existe aucune dose minimale requise pour l'atropine dans cette indication.
- Si un dispositif de surveillance invasive de la pression artérielle est déjà en place, il peut être utilisé pour adapter la RCR de façon à obtenir des cibles de tension artérielle précises chez les enfants en arrêt cardiaque.
- L'amiodarone et la lidocaïne sont des agents antiarythmiques acceptables dans les cas de FV ou de TVps réfractaires aux chocs chez les enfants.
- On continue de recommander l'adrénaline comme vasopresseur chez les enfants en arrêt cardiaque.
- Chez les patients pédiatriques recevant un diagnostic cardiaque ou d'arrêt cardiaque intrahospitalier dans les milieux où des protocoles d'oxygénation par membrane extracorporelle ont été mis en place, une réanimation cardiorespiratoire extracorporelle peut être envisagée.
- Il faut éviter les états fébriles chez les enfants comateux présentant un RCS après un arrêt cardiaque extrahospitalier. Dans le cadre d'une étude randomisée de grande envergure portant sur l'hypothermie thérapeutique chez des enfants victimes d'un arrêt cardiaque extrahospitalier, aucune différence n'a été observée sur le plan des résultats après une période d'hypothermie thérapeutique modérée (température maintenue entre 32 °C et 34 °C) ou le maintien d'une normothermie stricte (température maintenue entre 36 °C et 37,5 °C).
- Plusieurs variables cliniques pendant et après l'arrêt cardiaque ont été examinées afin de déterminer leur signification pronostique. Aucune variable particulière ne s'est avérée suffisamment fiable pour prédire les

résultats. Par conséquent, pour prédire les résultats, les dispensateurs de soins doivent tenir compte de plusieurs facteurs pendant un arrêt cardiaque et après le RCS.

- Après le RCS, des liquides et des perfusions vasoactives doivent être administrés pour maintenir la pression artérielle systolique au-dessus du 5e percentile pour l'âge.
- Il faut également viser une normoxie au cours de cette période. Lorsque le matériel nécessaire est disponible, l'administration d'oxygène devrait être réduite graduellement pour cibler une saturation oxyhémoglobinée entre 94 % et 99 %. L'hypoxie doit être évitée à tout prix. Idéalement, l'oxygène devrait être ajustée à une valeur appropriée selon l'état de santé du patient. De même, après le RCS, il faut viser une Paco2 appropriée selon l'état de santé de l'enfant. Il faut éviter l'exposition à une hypercapnie ou une hypocapnie extrême.

5 RÉANIMATION NÉONATALE

- L'ordre des trois questions d'évaluation a été modifié comme suit : (1) Naissance à terme? (2) Bon tonus? et (3) Respire ou pleure?
- Le concept de la « Golden Minute » (60 secondes), période prévue pour amorcer les premières étapes, réévaluer le patient et commencer la ventilation (au besoin), est conservé pour souligner l'importance d'éviter des délais inutiles avant l'initiation de la ventilation, l'étape la plus importante pour assurer le succès de la réanimation chez un nouveau-né qui n'a pas répondu aux étapes initiales.
- On note une nouvelle recommandation selon la quelle le délai du clampage du cordon ombilical au delà de 30 secondes est raisonnable, tant pour les nouveau-nés à terme que pour les prématurés qui n'ont pas besoin d'être réanimés à la naissance, mais les données probantes sont insuffisantes pour recommander une

approche concernant le clampage du cordon ombilical chez les nouveau-nés qui ont besoin d'une réanimation à la naissance et concernant l'arrêt de la « traite » systématique du cordon ombilical (hors du contexte d'une étude) chez les nourrissons nés à moins de 29 semaines de grossesse tant que nous n'en saurons pas davantage sur les bénéfices et les complications.

- La température devrait être consignée comme facteur prédictif des résultats et comme indicateur de la qualité.
- La température des nouveau-nés qui ne sont pas en état d'asphyxie devrait être maintenue entre 36,5 °C et 37,5 °C après la naissance et pendant les phases d'admission et de stabilisation.
- Diverses stratégies (tables à infra-rouges, film étirable et port d'un chapeau, matelas thermiques, gaz chauds et humidifiés, augmentation de la température ambiante combinée à un chapeau et à un matelas thermique) sont des approches jugées raisonnables pour prévenir l'hypothermie chez les nourrissons prématurés. L'hyperthermie (température supérieure à 38 °C) doit être évitée en raison des risques qui en découlent.
- Dans les milieux à ressources limitées, de simples mesures visant à prévenir l'hypothermie au cours des premières heures de vie (film étirable, contact peau à peau, et même, placer nouveau-né jusqu'au cou, après l'avoir séché, dans un sac de plastique alimentaire propre) peuvent réduire la mortalité.
- Si le nourrisson est né dans du liquide amniotique teinté de méconium et présente un faible tonus musculaire et de faibles efforts respiratoires, il doit être placé sur une table chauffante et la VPP doit être amorcée au besoin. L'intubation systématique pour aspiration trachéale n'est plus suggérée en raison des preuves insuffisantes pour maintenir cette recommandation. Une intervention appropriée pour soutenir la ventilation et l'oxygénation doit être amorcée selon l'état de chaque nourrisson, ce qui peut comprendre une intubation et une aspiration si les voies aériennes sont obstruées.

- L'évaluation du rythme cardiaque demeure critique au cours de la première minute de réanimation et l'utilisation d'un ECG à 3 dérivation peut constituer une mesure raisonnable puisqu'il arrive que le rythme cardiaque ne puisse être évalué de façon fiable par auscultation ou palpation et que l'oxymétrie de pouls sous-estime le rythme cardiaque. Le recours à l'ECG ne remplace pas la nécessité de réaliser une oxymétrie de pouls pour évaluer l'oxygénation du nouveau-né.
- La réanimation des nouveau-nés prématurés nés à moins de 35 semaines de grossesse devrait être amorcée avec une faible concentration d'oxygène (entre 21 % et 30 %), qui sera augmentée graduellement pour obtenir une saturation en oxygène préductale s'approchant approximativement de l'intervalle obtenu chez les nourrissons nés à terme et en santé.
- Les données sont insuffisantes pour confirmer l'innocuité de gonflements soutenus de plus de 5 secondes chez les nouveau-nés en transition et la méthode exacte à utiliser.
- Le masque laryngé peut être envisagé comme solution de remplacement à l'intubation trachéale si la ventilation par masque facial est infructueuse; cette méthode est recommandée pour la réanimation des nouveau-nés nés à 34 semaines de grossesse ou plus lorsque l'intubation trachéale est infructueuse ou n'est pas possible.
- La respiration spontanée chez les nouveau-nés prématurés en détresse respiratoire peut être stimulée initialement par une pression positive continue plutôt qu'une intubation systématique pour administrer la VPP.
- Les recommandations concernant la technique de compression thoracique (deux pouces et mains encerclant le thorax) et le rapport compression/ventilation (3:1 avec 90 compressions et 30 ventilations par minute) ne changent pas. Comme dans les recommandations de 2010, les secouristes peuvent envisager des ratios plus élevés (p. ex. 15:2) si l'arrêt semble être d'étiologie cardiaque.
- Bien qu'aucune étude clinique n'ait été réalisée sur l'utilisation d'oxygène au cours de la RCR, le groupe de rédaction des lignes directrices néonatales continue de recommander une saturation en oxygène de 100 % lorsque des compressions thoraciques sont administrées. Il est raisonnable de réduire graduellement la concentration d'oxygène aussitôt que le rythme cardiaque se rétablit.
- Les recommandations concernant l'administration d'adrénaline au cours de la RCR et de l'administration de volume n'ont pas été examinées en 2015, ce qui signifie que les recommandations de 2010 restent en vigueur.
- L'hypothermie thérapeutique induite dans les milieux à ressources abondantes chez les nouveau-nés de 36 semaines de grossesse et ayant une encéphalopathie hypoxique-ischémique modérée ou grave n'a pas été examinée dans les recommandations de 2015, ce qui signifie que les recommandations de 2010 restent en vigueur.
- Dans les milieux à ressources limitées, le recours à l'hypothermie thérapeutique peut être envisagé en suivant des protocoles clairement définis et comparables à ceux utilisés dans le cadre d'essais cliniques et au sein d'installations où des soins multidisciplinaires et un suivi peuvent être assurés.
- De façon générale, aucune nouvelle donnée n'a été publiée pour justifier des modifications aux recommandations de 2010 concernant le refus ou l'arrêt de la RCR. Un score d'Apgar de 0 à 10 minutes est un puissant facteur prédictif de la mortalité et de la morbidité chez les nourrissons peu prématurés ou nés à terme, mais la décision de poursuivre ou d'arrêter les efforts de réanimation doit être adaptée à chaque patient.
- On suggère que la formation en réanimation néonatale soit suivie à un intervalle plus fréquent que celui recommandé actuellement, qui est de 2 ans.

6 ENSEIGNEMENT

- L'utilisation d'un dispositif de rétroaction est recommandée pour favoriser l'apprentissage des compétences psychomotrices de la RCR. Les dispositifs qui fournissent une rétroaction corrective sur la performance sont préférables à ceux qui ne fournissent que des consignes (comme un métronome).
- On encourage l'utilisation de mannequins réalistes dans le cadre des programmes qui disposent de l'infrastructure, du personnel qualifié et des ressources nécessaires. Les mannequins standard demeurent un choix approprié pour les organisations qui n'ont pas ces capacités.
- Combiné à la mise en pratique des techniques, l'apprentissage autonome (sur vidéo ou par ordinateur) semble aussi efficace pour enseigner les compétences en SIR que la formation traditionnelle en classe avec instructeur.
- Bien qu'une formation préalable en RCR ne soit pas essentielle pour permettre aux secouristes potentiels d'administrer la RCR, la formation aide à acquérir les techniques et à améliorer sa confiance lors de l'administration de la RCR à une victime d'un arrêt cardiaque.
- Pour réduire au minimum le délai avant la défibrillation des victimes d'arrêt cardiaque, le déploiement d'un défibrillateur externe automatisé (DEA) ne devrait pas être limité aux personnes ayant reçu une formation (bien qu'une formation soit toujours recommandée).
- Pour les secouristes, un apprentissage autonome combiné à une formation en classe avec instructeur et à une mise en pratique des techniques peut être considéré comme une solution de rechange à la formation traditionnelle en classe avec instructeur.
- Une préparation avant le cours, comprenant un examen du contenu approprié, des tests en ligne et préparatoires et la mise en pratique des compétences techniques pertinentes, permet d'optimiser l'apprentissage sur les soins avancés en réanimation pour les enfants et les adultes.

- Compte tenu de l'importance de la dynamique des équipes au cours de la réanimation, une formation axée sur des principes de leadership et de travail d'équipe devrait être intégrée à la formation en soins avancés en réanimation.
- Les communautés peuvent envisager d'offrir aux secouristes non professionnels une formation sur la RCR avec compressions uniquement pour l'arrêt cardiaque extrahospitalier chez les adultes comme solution de remplacement à la RCR classique.
- Le recyclage aux 2 ans ne constitue pas un cycle optimal***. Une formation plus fréquente sur les techniques de soins immédiats et avancés en réanimation peut être utile pour les dispensateurs de soins qui sont susceptibles de rencontrer des cas d'arrêt cardiaque.

*** Les certificats SIR de la Fondation des maladies du coeur et de l'AVC sont enregistrés pour une période d'un an.

7 PREMIERS SOINS

- L'utilisation de systèmes de dépistage de l'AVC peut aider les intervenants en premiers soins à déceler les signes et les symptômes d'un AVC.
- Bien que les comprimés de glucose soient préférables dans les cas d'hypoglycémie légère, il peut arriver qu'ils ne soient pas facilement accessibles. Dans ces cas, d'autres formes de glucides présents dans des produits alimentaires courants peuvent constituer des solutions de rechange acceptables aux comprimés de glucose chez les personnes diabétiques présentant une hypoglycémie symptomatique légère qui sont en mesure d'avalier et de suivre des consignes.
- Il est acceptable pour un intervenant en premiers soins de ne pas fermer ou couvrir une lésion thoracique ouverte. Si un pansement et une pression directe sont nécessaires pour maîtriser l'hémorragie, il faut prendre soin que le pansement ne devienne accidentellement un pansement occlusif.

LIGNES DIRECTRICES
CANADIENNES
2015 EN
RÉANIMATION
— ET —
PREMIERS SOINS

- Il n'existe aucun système d'évaluation des commotions à étape unique pour aider les intervenants en premiers soins à reconnaître une commotion.
- Lorsque la réimplantation d'une dent avulsée doit être retardée, l'entreposage temporaire de la dent dans une solution appropriée peut être une option adéquate pour prolonger la viabilité de la dent.
- La formation en premiers soins dispensée dans le cadre de campagne de santé publique, de thèmes spécialisés ou de cours aboutissant à une certification peut accroître les taux de survie, réduire la gravité des lésions et la durée de l'hospitalisation et atténuer les symptômes chez les personnes blessées ou malades.
- Lorsque l'on dispense des soins à une personne inconsciente qui respire normalement, en l'absence de traumatismes majeurs à la colonne vertébrale ou au bassin, on peut placer la personne en position couchée sur le côté pour améliorer la mécanique des voies aériennes.