

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Le groupe de travail du consensus canadien sur les lignes directrices a été mis sur pied en 2015. Il réunit des représentants de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, de la Croix-Rouge canadienne, de l'Ambulance Saint-Jean, de la Société de sauvetage et de la Patrouille canadienne de ski. Il a été constitué pour examiner le consensus sur les données scientifiques auquel sont parvenus la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR – Comité de liaison international sur la réanimation) en 2015.

Ce document présente les discussions menées par le groupe de travail sur les nouvelles données scientifiques et recommandations en matière de pratiques exemplaires qui s'appliquent aux premiers soins et à la réanimation, ainsi que leur interprétation. Il vise à établir un consensus sur les changements à apporter aux lignes directrices à l'échelle du pays afin de veiller à ce que chaque organisme ait accès aux pratiques et normes en vigueur en matière de formation de manière à pouvoir les utiliser pour créer son propre matériel et ses propres mises à jour pour instructeurs. Les organismes qui le souhaitent peuvent publier des versions provisoires en attendant que les versions définitives soient disponibles. L'introduction de ces nouvelles lignes directrices ne signifie pas que les anciennes méthodes sont inefficaces, incorrectes ou dangereuses, mais que les nouvelles techniques et approches comportent des améliorations ayant fait leurs preuves et donnant de meilleurs résultats.

Les tableaux ci-dessous présentent les changements apportés aux lignes directrices en matière de RCR et premiers soins au pays.

Principes

Sujet	Consensus canadien 2016	Justification
Chaîne de survie	<ul style="list-style-type: none"> La formation doit être adaptée au public cible pour garantir des soins de la plus grande qualité et de meilleurs résultats. Les secouristes non professionnels doivent continuer d'utiliser la chaîne de survie actuelle. Il faut mettre l'accent sur la chaîne de survie en milieu hospitalier pendant la formation offerte aux fournisseurs de soins de l'hôpital/établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes qui subissent un arrêt cardiaque en milieu extrahospitalier (ACEH) dépendent du soutien de leur collectivité. Les secouristes non professionnels doivent déterminer qu'il s'agit d'un arrêt cardiaque, activer les systèmes d'intervention d'urgence et commencer l'administration de la RCR et de la défibrillation jusqu'à ce que les secouristes professionnels arrivent sur les lieux. Les personnes qui subissent un arrêt cardiaque en milieu hospitalier (ACH) dépendent d'un système de surveillance approprié visant à prévenir les arrêts cardiaques et ensuite de la bonne coordination entre les différents départements de l'hôpital au cours du processus d'intervention en cas d'arrêt cardiaque.

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



<p>Téléphones portables</p>	<ul style="list-style-type: none"> La formation doit mettre l'accent sur l'utilisation des technologies mobiles pour composer le 9-1-1 le plus rapidement possible et recevoir des instructions du répartiteur sur l'administration de la RCR. Les témoins devraient utiliser leur téléphone cellulaire pour composer immédiatement le 9-1-1 et mettre leur téléphone en mode haut-parleur afin que le répartiteur puisse leur expliquer comment vérifier si le patient respire, connaître leur emplacement précis et leur prodiguer les conseils nécessaires pour commencer immédiatement la RCR. L'utilisation des technologies mobiles et des médias sociaux qui permettent de prévenir les secouristes lorsqu'une personne subit un arrêt cardiaque à proximité peut augmenter le taux de RCR pratiquée par les témoins. 	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation d'un téléphone cellulaire (lorsque cela est possible) pour activer le système d'intervention d'urgence peut permettre de réduire les délais d'intervention. L'utilisation d'un téléphone cellulaire en mode haut-parleur peut permettre d'améliorer l'efficacité du secouriste grâce au soutien reçu en communiquant avec un répartiteur (p. ex., instructions du répartiteur sur l'administration de la RCR).
<p>Fraction des compressions thoraciques en pourcentage d'activités de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il faut réduire le plus possible les interruptions entre les compressions thoraciques. Il faut idéalement administrer les compressions thoraciques pendant au moins 60 % de la durée totale de la réanimation. <p>Considérations particulières 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans les cas où plusieurs secouristes formant une équipe hautement performante sont présents, les compressions thoraciques devraient être administrées pendant au moins 80 % de la durée totale de la réanimation. 	<ul style="list-style-type: none"> La fraction des compressions thoraciques est une mesure de la proportion de la durée totale de réanimation pendant laquelle des compressions sont administrées. Les interruptions entre les compressions thoraciques peuvent être intentionnelles, car justifiées par les soins requis (insufflations, analyse du DEA, etc.) ou involontaires (distraction du secouriste).
<p>Approche de l'équipe de fournisseurs de soins de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque plusieurs secouristes professionnels sont présents, il est recommandé de mettre en œuvre une approche en équipe où chaque secouriste a un rôle attribué à l'avanceⁱ. 	<ul style="list-style-type: none"> Des équipes intégrées de secouristes hautement qualifiés pourraient utiliser une approche orchestrée pour effectuer plusieurs étapes et évaluations simultanément plutôt que de façon séquentielle comme le font les secouristes individuels (p. ex., tandis que le premier secouriste active le système d'intervention d'urgence, le deuxième commence les compressions thoraciques, le troisième administre des insufflations ou va chercher le sac et le masque pour permettre la respiration artificielle, et le quatrième va chercher et prépare un défibrillateur).

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Changements apportés aux connaissances, aux compétences et aux pratiques en matière de premiers soins

Sujet	Pratique avant la mise à jour 2016	Consensus canadien 2016	Justification
Anaphylaxie	On continuera d'enseigner aux secouristes les signes et symptômes ainsi que la façon d'aider les patients à utiliser leurs auto-injecteurs, mais on leur demandera de solliciter les conseils d'un médecin avant d'offrir leur aide pour une deuxième injection.	On peut administrer une deuxième dose d'adrénaline aux personnes présentant des symptômes d'anaphylaxie traitées avec l'adrénaline, si la première dose n'est pas efficace après cinq minutes.	Il peut être nécessaire d'administrer une deuxième dose d'adrénaline aux personnes présentant une réaction anaphylactique si la première dose ne permet pas de soulager les symptômes.
Aspirine et douleur thoracique		Les personnes présentant des douleurs thoraciques, que l'on soupçonne d'être d'origine cardiaque, doivent mâcher un comprimé d'aspirine pour adulte ou deux comprimés d'aspirine à faible dose en attendant de recevoir les soins de professionnels de la santé, sauf en cas de contre-indication, comme une allergie ou des troubles de saignement ⁱⁱ .	<ul style="list-style-type: none"> L'un des aspects les plus importants à prendre en considération est la crise cardiaque, qui est habituellement causée par l'athérosclérose aggravée par une thrombose (caillot de sang) dans les vaisseaux sanguins du cœur. Par conséquent, un traitement antithrombotique est souhaitable le plus tôt possible. L'administration d'aspirine en milieu préhospitalier pour la reperfusion précoce en cas d'infarctus aigu du myocarde est efficace et sans danger.
Avulsion dentaire	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter tout saignement en demandant au patient de mordre dans un pansement stérile ou propre. Recueillir soigneusement la dent en la manipulant par la couronne (la partie blanche), et non par la racine. Rincer délicatement la dent à l'eau. Ne pas frotter ou retirer des fragments de tissus qui y sont attachés. Mettre la dent dans du lait, si disponible, ou dans de l'eau et la garder auprès de la victime. S'il n'y a pas de lait ou d'eau, envelopper la dent dans une petite serviette ou une compresse de gaze propre imbibée de la salive de la victime. Sceller le contenant avec du ruban adhésif et coller une étiquette indiquant le nom de la personne, la date et l'heure. Rincer délicatement la dent à l'eau. Ne pas frotter ou retirer des fragments de tissus qui y sont attachés. 	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes qui n'ont pas reçu une formation sur la manière de réimplanter une dent avulsée devraient transporter la victime et la dent le plus rapidement possible auprès d'un secouriste capable de réimplanter la dent ou d'un dentiste. La dent avulsée doit être manipulée par la couronne, et non par la racine. Ne pas nettoyer la dent avulsée, car cela pourrait endommager les tissus. La dent avulsée peut être placée dans une solution saline équilibrée. Si une telle solution n'est pas disponible, la dent peut être placée dans de la propolis, du blanc d'œuf, de l'eau de coco, du Ricetral, du lait entier, une solution saline ou une solution saline dans un tampon phosphate (par ordre de préférence). Si aucune de ces solutions n'est disponible, il peut être raisonnable de conserver la dent avulsée dans la salive de la victime (pas dans la bouche). 	<ul style="list-style-type: none"> Une dent a de meilleures chances de survie si elle est réimplantée immédiatement. Cependant, de nombreux secouristes ne possèdent pas les compétences requises pour effectuer cette intervention. Le secouriste doit transporter la personne et la dent avulsée auprès d'un secouriste ou d'un dentiste possédant les compétences nécessaires pour effectuer l'intervention. Il n'est pas possible de déterminer laquelle de ces solutions est la meilleure en s'appuyant uniquement sur les données probantes disponibles. Cependant, compte tenu des données probantes évaluées, de la disponibilité et de la faisabilité, les solutions suivantes, par ordre de préférence, peuvent être utilisées pour conserver temporairement une dent avulsée : solution saline équilibrée, propolis, blanc d'œuf, eau de coco, Ricetral, lait entier, solution saline, solution saline dans un tampon phosphate. Étant donné que certaines de ces solutions pourraient ne pas être disponibles, le choix de la solution de conservation peut être

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Sujet	Pratique avant la mise à jour 2016	Consensus canadien 2016	Justification
	<ul style="list-style-type: none"> Mettre la dent dans du lait, si disponible, ou dans de l'eau et la garder auprès de la victime. S'il n'y a pas de lait ou d'eau, envelopper la dent dans une petite serviette ou une compresse de gaze propre imbibée de la salive de la victime. Sceller le contenant avec du ruban adhésif et coller une étiquette indiquant le nom de la personne, la date et l'heure. 		<p>effectué en fonction de la disponibilité.</p>
AVC		<ul style="list-style-type: none"> Un système d'évaluation de l'AVC comme l'approche VITE devrait être utilisé : <ul style="list-style-type: none"> Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence Les secouristes devraient prendre en note l'heure de l'apparition des signes et symptômes d'AVC. Les secouristes doivent être encouragés à appeler immédiatement les SMU lorsqu'une personne subi un AVC. 	<ul style="list-style-type: none"> L'AVC est une urgence médicale qui nécessite des soins médicaux immédiats. L'objectif est de permettre à la victime de recevoir son traitement définitif le plus tôt possible (idéalement moins de trois heures après l'apparition des symptômes de l'AVC).
Commotion	<p>Les signes et symptômes d'une commotion sont enseignés en salle de classe et inclus dans les documents de référence.</p>	<p>Les personnes ayant reçu un coup sur la tête et chez qui on soupçonne une commotion doivent être encouragées à cesser toute activité (sport ou autres loisirs) et à consulter un médecin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les traumatismes crâniens peuvent être graves avec perte de conscience, être brefs avec perte de conscience ou survenir sans perte de conscience. En raison de la complexité des signes et symptômes qui y sont associés, il peut être difficile pour les secouristes de diagnostiquer une commotion, ce qui peut entraîner des retards dans la prestation des soins requis en cas de commotion et empêcher les patients de recevoir à temps les conseils utiles et les traitements nécessaires après une commotion.
Étouffement conscient	<p>Aucun changement n'a été apporté à la ligne directrice 2010 sur ce sujet.</p>	<p>Les méthodes d'enseignement préconisant les tapes dans le dos, les poussées abdominales ou thoraciques ou ces deux techniques peuvent être utilisées. Il est généralement nécessaire d'utiliser plus d'une technique, toutes les techniques s'équivalant sur le plan de l'efficacité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il n'existe pas de données probantes démontrant l'amélioration des résultats lorsque les tapes dans le dos, les poussées abdominales ou les poussées thoraciques sont utilisées, toutes ces techniques s'équivalant sur le plan de l'efficacité. L'efficacité de chacune des méthodes de secours aux victimes d'étouffement a été démontrée. L'utilisation de l'une ou l'autre de ces techniques ou leur utilisation conjointe est acceptableⁱⁱⁱ.

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Sujet	Pratique avant la mise à jour 2016	Consensus canadien 2016	Justification
Fractures	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent protéger la victime, notamment en la stabilisant au moyen d'une attelle de manière à limiter la douleur, à réduire les risques d'aggravation de la blessure – si possible où la victime a été trouvée – et à faciliter son transport de façon rapide et sécuritaire. Si le membre touché est bleu ou extrêmement pâle, appeler immédiatement les services médicaux d'urgence (SMU).dans la position 	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent envisager la possibilité d'une fracture pour toute blessure à un membre et stabiliser manuellement le membre touché sur place. Les traitements au froid ne devraient pas être administrés pendant plus de 20 minutes^{iv}. En fonction de sa formation ou selon les circonstances, le secouriste devra peut-être déplacer la victime ou le membre touché. Dans de telles situations, les secouristes doivent protéger la victime, notamment en la stabilisant au moyen d'une attelle de manière à limiter la douleur, à réduire les risques d'aggravation de la blessure, et à faciliter son transport de façon rapide et sécuritaire. <p>Considérations particulières</p> <ul style="list-style-type: none"> En cas d'intervention dans une région éloignée, en milieu sauvage ou dans des circonstances particulières auprès d'une victime dont le membre est froid et pâle, il pourrait être acceptable que les secouristes ayant reçu la formation appropriée redressent une fracture angulée. 	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs des premiers soins en cas de fractures des membres sont les suivants : préserver le membre, limiter la douleur et les saignements et solliciter des soins médicaux plus avancés. Pour éviter toute lésion due au froid à la peau et aux nerfs superficiels, il faudra veiller à appliquer la glace pendant moins de 20 minutes par application avec une barrière de protection. <p>Justification des considérations particulières</p> <p>En cas d'intervention dans une région éloignée, en milieu sauvage ou dans des circonstances particulières auprès d'une victime dont le membre est froid et pâle, il pourrait être nécessaire que les secouristes ayant reçu la formation appropriée redressent une fracture angulée.</p>

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Sujet	Pratique avant la mise à jour 2016	Consensus canadien 2016	Justification
Gelure	<ul style="list-style-type: none"> Transporter la personne hors de l'environnement froid. Vérifier les ABC. Effectuer un examen secondaire et traiter tous les problèmes qui ne représentent pas une menace pour la vie de la victime. Réchauffer graduellement la partie touchée en utilisant la chaleur du corps ou de l'eau chaude. Ne pas percer les ampoules! Les protéger à l'aide de pansements amples et secs. Placer une compresse de gaze entre les doigts ou les orteils s'ils sont touchés. Si la personne pourrait souffrir de gelures, solliciter des soins médicaux plus avancés. 	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque les premiers soins sont prodigués à une personne souffrant de gelures, il est possible de réchauffer les parties du corps touchées uniquement s'il n'y a aucun risque de nouvelle gelure. Le réchauffement devrait être effectué en immergeant la partie touchée dans une eau ayant une température comprise entre 37 °C (température du corps) et 40 °C (entre 98,6 et 104 °F) pendant 20 à 30 minutes. En cas de gelures graves, le réchauffement devrait être effectué dans les 24 heures. Les substances chimiques utilisées pour le réchauffement ne doivent pas être appliquées directement sur les tissus touchés, parce qu'ils peuvent atteindre des températures dépassant les températures cibles et entraîner des brûlures. Après le réchauffement, protéger les parties touchées par la gelure et transporter rapidement la victime à l'hôpital pour des soins plus avancés. Les secouristes peuvent recouvrir les parties du corps touchées par la gelure avec une compresse de gaze stérile et placer une compresse de gaze entre les doigts et les orteils de la victime en attendant que celle-ci soit transportée à l'hôpital pour recevoir des soins médicaux plus avancés. 	<ul style="list-style-type: none"> L'examen des données scientifiques a révélé que le réchauffement rapide avec des bains d'eau à une température comprise entre 37 et 42 °C pendant 20 à 30 minutes permet d'améliorer les résultats et de réduire la perte de tissu. Des études portant sur les appareils générateurs de chaleur utilisant des substances chimiques pour le réchauffement des mains et des pieds ont révélé que ces appareils atteignaient des températures nettement supérieures à cette plage (69 à 74 °C). Dans deux cas, la prudence s'imposait en ce qui concerne le risque de nouvelle gelure après le réchauffement.
Hypoglycémie		<ul style="list-style-type: none"> Des comprimés de glucose doivent être utilisés pour le traitement des symptômes d'hypoglycémie chez les sujets conscients. Les secouristes peuvent administrer à nouveau du glucose à la victime si les symptômes persistent après 10 minutes. Si des comprimés de glucose ne sont pas disponibles, d'autres types de sucres alimentaires peuvent être utilisés, notamment (par ordre de préférence) : bonbon contenant du glucose (Mentos), bonbon contenant du saccharose (Skittles), bonbons haricots, jus d'orange, fructose (pâte de fruits déshydratée), lait entier. 	<p>Il est très important que les secouristes soient en mesure de reconnaître les signes d'hypoglycémie, car les victimes doivent recevoir rapidement un traitement. Il faut administrer environ 15 à 20 grammes de sucres ou de glucides aux personnes diabétiques adultes souffrant d'hypoglycémie pour augmenter leur glycémie. Il y a un délai de 10 à 15 minutes entre l'ingestion du sucre pour le traitement de l'hypoglycémie et le rétablissement d'une glycémie normale ainsi que l'atténuation des symptômes.</p> <ul style="list-style-type: none"> L'administration de comprimés de glucose est le traitement préconisé en cas d'hypoglycémie lorsque la victime est consciente, et capable de suivre des consignes et d'avaler sans danger. Il peut être acceptable d'utiliser d'autres formes de sucres moins efficaces lorsque des comprimés de glucose ne sont pas disponibles.

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Sujet	Pratique avant la mise à jour 2016	Consensus canadien 2016	Justification
Oxygène	L'administration d'oxygène supplémentaire par les secouristes est raisonnable chez les personnes souffrant de dyspnée ou présentant des signes d'hypoxémie.	<ul style="list-style-type: none"> L'administration d'oxygène supplémentaire est recommandée pour maintenir une saturation en oxygène supérieure à 94 %. L'oxygène supplémentaire ne doit pas être administré sans avoir vérifié que la saturation en oxygène est inférieure à 94 % grâce à la mesure de la SpO2 par oxymétrie de pouls. L'administration d'oxygène supplémentaire, si elle est nécessaire, devrait être effectuée uniquement par les secouristes ayant reçu une formation en matière d'administration d'oxygène. Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> L'administration d'oxygène supplémentaire par un secouriste ayant reçu la formation appropriée est raisonnable dans le cadre des premiers soins chez des plongeurs souffrant de lésions causées par la décompression et d'asphyxie (p. ex., noyade). L'administration d'oxygène supplémentaire par un secouriste ayant reçu la formation appropriée peut être raisonnable chez les personnes atteintes d'un cancer au stade avancé souffrant de dyspnée et d'hypoxémie. L'administration d'oxygène supplémentaire le plus tôt possible par un secouriste ayant reçu la formation appropriée peut être utile chez les victimes qui respirent encore après une exposition au monoxyde de carbone en attendant que des soins médicaux d'urgence soient disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Il est essentiel de mesurer la saturation en oxygène afin de déterminer si une administration d'oxygène supplémentaire est nécessaire. La formation sur la mesure de la saturation en oxygène par oxymétrie de pouls est nécessaire. <p>Il existe des données probantes (peu nombreuses) appuyant ou réfutant l'administration systématique d'oxygène supplémentaire par les secouristes. L'administration d'oxygène supplémentaire entraînant une hyperoxémie (SpO2 supérieure à 94 %) chez les personnes subissant un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI) semble augmenter les lésions myocardiques et l'étendue de l'infarctus du myocarde. Toutefois, l'hypoxémie est également associée à des résultats plus mauvais.</p> <ul style="list-style-type: none"> Il existe des données probantes appuyant l'administration d'oxygène supplémentaire pour le soulagement de la pneumotose de dépression.
Plaies et écorchures	<ul style="list-style-type: none"> Nettoyer minutieusement la plaie avec de l'eau et du savon. Si possible, rincez la plaie pendant cinq minutes avec l'eau courante propre du robinet. Si un onguent ou une crème antibiotique est disponible, il peut être appliqué sur la plaie selon les recommandations d'un pharmacien, après avoir vérifié les cinq bons principes de l'administration 	<ul style="list-style-type: none"> Les plaies et écorchures superficielles doivent être nettoyées avec de l'eau propre, de préférence l'eau du robinet à cause de l'avantage associé à la pression. Les secouristes peuvent appliquer un onguent antibiotique sur les écorchures et les plaies touchant la peau pour favoriser une guérison rapide et réduire le risque d'infection. Les secouristes peuvent appliquer un pansement occlusif sur les plaies (à l'exception des plaies ouvertes sur la poitrine) et les écorchures avec ou sans onguent antibiotique. Les personnes présentant des plaies avec apparition de rougeurs, de chaleur 	<ul style="list-style-type: none"> Il existe des données probantes fiables démontrant que le nettoyage d'une plaie avec l'eau courante propre du robinet est au moins aussi efficace que le nettoyage de la plaie avec une solution saline normale et peut-être même plus efficace. Les études ont démontré que l'utilisation de l'eau courante était plus efficace que l'utilisation d'une solution saline normale en ce qui concerne la guérison des plaies et la réduction des infections. Un essai clinique a démontré que le nettoyage d'une plaie avec de l'eau et du savon n'offrait aucun avantage. Plusieurs études ont démontré une toxicité éventuelle sur les cellules lorsqu'elles sont exposées

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Sujet	Pratique avant la mise à jour 2016	Consensus canadien 2016	Justification
	des médicaments. Demander à la personne si elle est allergique à un antibiotique en particulier (p. ex., la pénicilline). Si oui, ne pas appliquer l'onguent.	ou de douleurs ou les personnes présentant des plaies qui ont de la fièvre devraient consulter un médecin.	directement à l'eau et au savon. Toutefois, il existe des données probantes démontrant l'efficacité de l'utilisation de l'eau et du savon pour diminuer le nombre de bactéries sur la peau lorsqu'ils sont appliqués sur des plaies fermées. <ul style="list-style-type: none"> Certaines études ont également comparé l'efficacité des onguents contenant trois antibiotiques à celle des onguents contenant un seul antibiotique ainsi que celle du traitement sans onguent. Les résultats ont démontré que le traitement avec les onguents contenant trois antibiotiques permet de guérir les plaies beaucoup plus rapidement et avec de plus faibles taux d'infection que le traitement avec les onguents contenant un seul antibiotique et le traitement sans onguent. Le traitement avec les onguents contenant trois antibiotiques ainsi que celui utilisant les onguents contenant un seul antibiotique étaient tous les deux plus efficaces que le traitement sans onguent pour favoriser la guérison des ampoules contaminées.
Plaies ouvertes à la poitrine	Appliquer un pansement occlusif sur toute plaie ouverte à la poitrine.	<ul style="list-style-type: none"> En présence d'une plaie ouverte à la poitrine, les secouristes peuvent laisser la plaie ouverte ou appliquer un pansement non occlusif tout en veillant à ce que le pansement ne devienne pas saturé. Si un pansement devient saturé, il doit être changé. En cas d'importants saignements externes, il faut appliquer une pression directe avec une main ou un pansement non occlusif sur la plaie ouverte à la poitrine. 	<ul style="list-style-type: none"> Les études publiées démontrent l'importance d'une prise en charge adéquate des plaies ouvertes à la poitrine. Au cours de la formation des secouristes, il faut insister sur le fait d'éviter tout pansement occlusif afin de prévenir l'apparition d'un pneumothorax sous tension pouvant mettre la vie de la victime en danger. Le traitement précédemment recommandé pour une plaie ouverte à la poitrine était de placer un pansement occlusif sur trois côtés sur la poitrine de la victime. Si un pansement occlusif est appliqué sur une plaie ouverte à la poitrine ou si un pansement non occlusif devient saturé de sang et devient accidentellement un pansement occlusif, de l'air peut s'accumuler entre la paroi thoracique et le poumon et entraîner l'apparition d'un pneumothorax sous tension pouvant mettre la vie de la victime en danger.
Positionnement d'une personne	Placer la personne en position de récupération; en cas de suspicion de traumatisme de la colonne vertébrale, la position	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent placer les victimes inconscientes qui respirent normalement en position de récupération couchée sur le côté plutôt que les laisser couchées sur le dos. 	<ul style="list-style-type: none"> Les études ont révélé une amélioration des paramètres respiratoires lorsque la victime est en position latérale par rapport à la position couchée sur le dos, chez les personnes sans suspicion de traumatisme de la colonne vertébrale, de la hanche ou du bassin. La position de HAINES n'est plus la position recommandée en raison du

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Sujet	Pratique avant la mise à jour 2016	Consensus canadien 2016	Justification
inconsciente	de HAINES devait être utilisée.	<ul style="list-style-type: none"> La position de récupération de HAINES n'est plus recommandée. 	manque de données probantes et fiables appuyant l'utilisation de cette position.
Restriction des mouvements de la colonne vertébrale	Les secouristes ne doivent pas utiliser des dispositifs d'immobilisation, car les avantages associés à leur utilisation n'ont pas été démontrés.	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation systématique des colliers cervicaux par les secouristes n'est pas recommandée. Lorsqu'on soupçonne des lésions de la colonne cervicale, il est recommandé de stabiliser manuellement la tête de la victime de manière à minimiser les mouvements angulaires jusqu'à ce que des soins plus avancés soient disponibles. <p>Considérations particulières</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans des circonstances particulières, les dispositifs d'immobilisation classiques peuvent être utilisés pour la désincarcération. 	<ul style="list-style-type: none"> Étant donné que l'utilisation incorrecte d'un collier cervical peut entraîner d'autres lésions et puisqu'il existe des données probantes démontrant des effets indésirables (p. ex., augmentation de la pression intracrânienne) associés à l'utilisation des colliers cervicaux, il a été décidé de ne pas en recommander l'utilisation par les secouristes non professionnels. Pour être en mesure de poser un collier cervical de façon appropriée, le secouriste doit recevoir la formation requise, mettre en pratique la technique de façon régulière et être capable de faire la distinction entre les blessures à risque élevé et les blessures à faible risque.
Saignement	Dans les situations de retards dans la prestation des soins, lorsqu'une pression directe ne permet pas d'arrêter un saignement abondant, un garrot doit être appliqué par des personnes ayant reçu la formation appropriée.	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent arrêter les saignements externes en appliquant une pression directe. L'utilisation d'un garrot devrait être envisagé en cas de saignement externe sur un membre mettant la vie du patient en danger lorsqu'une pression directe ne permet pas d'arrêter les saignements, ou dans les situations suivantes : plaie inaccessible, blessures multiples, plusieurs blessés/situation de catastrophe, régions éloignées. 	Les secouristes devraient envisager l'utilisation d'un garrot lorsque les premiers soins habituels de contrôle d'hémorragie ne permettent pas d'arrêter un saignement externe grave touchant un membre, car le taux de complications est faible et le taux d'hémostase est élevé.

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Changements apportés aux connaissances, aux compétences et aux pratiques en matière de réanimation

Sujet	Pratique avant la mise à jour 2016	Consensus canadien 2016	Justification
Profondeur des compressions de poitrine – adultes	Il faut effectuer des compressions du sternum d'une profondeur d'au moins cinq centimètres chez l'adulte.	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent administrer des compressions thoraciques d'une profondeur d'au moins cinq centimètres chez un adulte moyen. Il faut éviter d'administrer des compressions thoraciques d'une profondeur supérieure à six centimètres. 	<ul style="list-style-type: none"> Selon une étude de très petite envergure, les compressions d'une profondeur supérieure à six centimètres chez un adulte pourraient être associées à une augmentation des taux de blessures ne mettant pas la vie du patient en danger comparativement aux compressions d'une profondeur située entre cinq et six centimètres.
Profondeur des compressions de poitrine – enfants	Les secouristes doivent administrer des compressions thoraciques d'une profondeur d'au moins un tiers du diamètre antéropostérieur du thorax chez les enfants (des nourrissons de moins de un an aux enfants jusqu'à l'âge de la puberté).	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent administrer des compressions thoraciques qui permettent de comprimer le thorax au moins jusqu'à un tiers du diamètre antéropostérieur du thorax chez les nourrissons (moins de un an) et les enfants (jusqu'au début de la puberté). 	Aucun changement
Fréquence des compressions de poitrine	Les secouristes devraient administrer les compressions thoraciques à la fréquence d'au moins 100 compressions par minute.	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes devraient administrer les compressions thoraciques à la fréquence d'au moins 100 à 120 compressions par minute. Pour simplifier la formation, il faudrait encourager les secouristes à se fixer un objectif de 30 compressions en 15 secondes au minimum et 18 secondes au maximum. 	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre réel de compressions thoraciques administrées par minute est déterminé par la fréquence des compressions thoraciques ainsi que le nombre et la durée des interruptions entre les compressions (p. ex., pour dégager les voies aériennes, administrer les insufflations ou permettre l'analyse du DEA). Voir également la description de la Fraction de compressions thoraciques dans la section « Principes ». La plupart des études indiquent qu'un grand nombre de compressions est associé à un taux de survie plus élevé, tandis qu'un plus faible nombre de compressions est associé à un plus bas taux de survie. Pour effectuer des compressions thoraciques de manière appropriée, il faut non seulement s'efforcer d'administrer les compressions à un rythme adéquat, mais également de réduire les interruptions pendant cette étape cruciale de la RCR.

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Sujet	Pratique avant la mise à jour 2016	Consensus canadien 2016	Justification
Séquence d'évaluation des fournisseurs de soins de santé	L'algorithme établit cet élément comme une étape distincte.	<ul style="list-style-type: none"> Afin de réduire le délai avant les premières compressions thoraciques, il est recommandé aux secouristes de vérifier simultanément la respiration et le pouls lorsqu'ils effectuent l'évaluation d'une personne inconsciente 	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes professionnels sont encouragés à procéder à quelques étapes simultanément (p. ex., vérifier la respiration et le pouls en même temps) afin de réduire le délai avant la première compression thoracique.
RCR chez les enfants/nourrissons par les fournisseurs de soins de santé (« avec témoin » par rapport à « sans témoin »)	Aucune différence en ce qui concerne le traitement des arrêts cardiaques « avec témoin » par rapport à ceux « sans témoin ».	<ul style="list-style-type: none"> Avec témoin : Suivre les étapes indiquées pour les adultes/adolescents. Sans témoin : Effectuer la RCR pendant deux minutes, quitter temporairement la victime pour appeler les SMU et aller chercher un DEA, revenir auprès de la victime et continuer la RCR, et utiliser le DEA dès qu'il est prêt. 	<ul style="list-style-type: none"> Si une personne est victime d'un arrêt cardiaque devant témoin, il y a de fortes chances qu'il s'agisse d'un arrêt cardiaque par FV. La priorité dans ce cas est de composer le 9-1-1 (ou d'activer le système d'intervention d'urgence) et d'aller chercher un défibrillateur. Le DEA offre les meilleures chances de survie dans les cas d'arrêt cardiaque par FV. Si l'arrêt cardiaque est survenu sans témoin, le secouriste ne peut pas avoir la certitude qu'il s'agit d'un arrêt cardiaque soudain. Comme la plupart des nourrissons et des enfants victimes d'un arrêt cardiaque font habituellement un arrêt cardiaque par asphyxie plutôt que par FV, il est recommandé au secouriste d'effectuer la RCR pendant deux minutes avant de composer le 9-1-1 (ou d'activer le système d'intervention d'urgence) et d'aller chercher un défibrillateur s'il y en a un à proximité.

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Circonstances particulières

Sujet	Recommandation actuelle	Consensus canadien 2016	Justification
<p>Urgences potentiellement mortelles associées à une prise d'opioïdes (ou surdose d'opioïdes)</p>	Aucune	<ul style="list-style-type: none"> On observe une augmentation de l'incidence des décès liés à la prise d'opioïdes et de la prévalence des programmes de sensibilisation à la surdose d'opioïdes et de distribution de naloxone qui permettent d'offrir à des secouristes non professionnels l'équipement nécessaire pour prodiguer les premiers soins en cas d'urgence liée à la prise d'opioïdes. Les secouristes peuvent administrer la naloxone si elle est disponible. Les soins immédiats en réanimation (RCR/DEA) ne doivent pas être retardés par l'administration de la naloxone. Les secouristes doivent toujours appeler les SMU et demeurer auprès de la victime jusqu'à l'arrivée des secours. Les premiers soins et l'administration de la naloxone ne remplacent en aucun cas les soins médicaux définitifs. Toutes les personnes qui reçoivent la naloxone devraient avoir accès aux soins d'un professionnel de la santé. La disponibilité de la naloxone et de la formation sur la naloxone varient selon les régions et les instances. 	<ul style="list-style-type: none"> La naloxone présente un excellent profil d'innocuité et peut soulager rapidement la dépression du système nerveux central (SNC) et la dépression respiratoire dans les cas d'urgences potentiellement mortelles associées à une prise d'opioïdes. Il est raisonnable d'administrer la naloxone à une personne inconsciente si l'on soupçonne que son état est lié à une prise d'opioïdes. La naloxone n'est ni bénéfique ni nuisible en cas d'arrêt cardiaque, que celui-ci ait été causé ou non par la prise d'opioïdes. Les secouristes ne doivent pas vérifier le pouls ou tenter de déterminer si une personne présentant une surdose d'opioïdes a subi un arrêt cardiaque ou est victime d'une grave dépression respiratoire. Au Canada, au moment de l'impression (février 2016), la naloxone est un médicament délivré uniquement sur ordonnance. Au moment de l'impression, les trousseaux de naloxone et la formation sur la naloxone sont offertes au grand public sur recommandation d'un médecin par l'intermédiaire des organismes de santé publique en Nouvelle-Écosse, au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique. Santé Canada soumet actuellement une proposition visant à retirer la naloxone de la Liste des drogues sur ordonnance, de manière à permettre l'accès à la naloxone sans ordonnance ou instructions d'un médecin. Des dispositifs d'administration de naloxone à l'intention des secouristes non professionnels sont actuellement évalués par Santé Canada.

Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016



Sujet	Recommandation actuelle	Consensus canadien 2016	Justification
Méthodes d'administration		<ul style="list-style-type: none"> Si un seul secouriste administre les insufflations, il doit utiliser la technique d'insufflation bouche à masque. 	<ul style="list-style-type: none"> La technique d'insufflation bouche à masque peut être plus facile à apprendre et à mettre en pratique que la technique d'insufflation avec ballon, valve et masque effectuée par un seul secouriste.
Insufflations		<ul style="list-style-type: none"> Dans les cas où au moins deux secouristes ayant reçu la formation appropriée sont disponibles pour administrer les insufflations, la technique d'insufflation avec ballon, valve et masque par deux secouristes est préconisée. 	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque la présence d'un seul secouriste est requise pour effectuer les insufflations et les compressions pendant la RCR par un seul secouriste, la technique bouche à masque est ici la plus simple et la plus rapide et celle qui permet de réduire les interruptions entre les compressions thoraciques. L'insufflation avec ballon, valve et masque par un seul secouriste est une technique complexe, plus difficile à apprendre et à mettre en pratique. Pour utiliser cette technique, le secouriste doit choisir un masque et un ballon de dimensions appropriées. À l'aide d'une seule main, le secouriste doit ouvrir des voies respiratoires de la personne et obtenir une étanchéité adéquate entre le masque et le visage. Ensuite, en utilisant l'autre main, le secouriste doit délivrer le volume courant nécessaire en pressant le sac d'une main tout en surveillant l'augmentation visible du volume de la poitrine de la victime. Les différents modèles de masques ainsi que les variations dans la technique influencent les résultats.

ⁱ Points saillants de la mise à jour 2015 des lignes directrices en matière de RCR et de SUC

ⁱⁱ Mise à jour 2015 des lignes directrices en matière de RCR et de SUC

ⁱⁱⁱ *Circulation*, partie 5, S696, mise à jour 2010 des lignes directrices en matière de RCR et de SUC

^{iv} FICR, p. 22-23