

- ACADÉMIE -

FORMATION
EN LIGNE

SECOURISME
ET RCR



SAINTE + BERNARD

2020-06-13

Lignes directrices

1. La réanimation cardiopulmonaire et les soins d'urgence cardiovasculaires.
2. Les premiers soins avec recommandations de traitement.

La réanimation cardiopulmonaire et les soins d'urgence cardiovasculaires

Ces lignes directrices résument les décisions abordées dans plusieurs ouvrages scientifiques émises à l'échelle nationale.

Ces lignes directrices pour la réanimation cardio-respiratoire (RCR¹) et les soins d'urgence cardiovasculaires (SUC²) proviennent des données scientifiques que nous avons pu colliger et des recommandations résultant des évaluations de preuves les plus récentes provenant du Comité international de liaison sur la réanimation (ILCOR³).

Ces lignes directrices fourniront un résumé des recommandations présentes dans le document officiel rédigé par la Fondation des maladies du cœur (AHA⁴). Ces lignes directrices provenant de la FMCC⁵ constituent la base des programmes d'éducation et de la pratique clinique au Canada.

Les lignes directrices pour la RCR et les SUC sont basées sur les preuves internationales continues de l'ILCOR. Le processus d'évaluation de l'ILCOR implique des centaines de scientifiques et d'experts internationaux en réanimation qui évaluent, discutent et débattent sur des milliers de publications évaluées par des pairs. Dans ce processus, les groupes de travail de l'ILCOR priorisent les sujets à réviser avec la contribution de la réanimation. Une fois qu'un sujet est approuvé pour évaluation, un examen systématique est commandé et réalisé par une unité de synthèse des connaissances ou un réviseur systématique, avec la contribution d'experts en contenu de l'ILCOR. Une fois l'examen systématique terminé, les groupes de travail de l'ILCOR examinent les preuves et élaborent un projet de consensus sur les recommandations scientifiques avec traitement (CoSTR⁶) qui est affiché en ligne pour les commentaires du public : <https://costr.ilcor.org/document>

¹ RCR : Réanimation Cardio-Respiratoire

² SUC : Soins d'Urgence Cardiovasculaire

³ ILCOR : International Liaison Committee on Resuscitation

⁴ AHA : American Heart Association

⁵ FMCC : Fondation des Maladies du Cœur et de l'AVC

⁶ CoSTR : Consensus on Science with Treatment Recommendations

Les premiers soins avec recommandations de traitement

Ces lignes directrices résument les décisions abordées dans plusieurs ouvrages scientifiques émises à l'échelle nationale.

Le Groupe de travail sur les premiers secours du Comité de liaison international sur la réanimation (ILCOR⁷) est composé de membres provenant du monde entier. Chacun de ces membres a été nommé par chacune des organisations membres de l'ILCOR. Ce groupe de travail a d'abord convenu des objectifs des premiers soins et produit une définition du secourisme tel qu'elle pourrait s'appliquer au contexte international. Les membres du groupe de travail ont estimé qu'une définition convenue était essentielle pour l'élaboration ultérieure de questions de recherche, d'évaluation des données probantes et de recommandations de traitement.

Le groupe de travail du consensus canadien sur les lignes directrices réunit des représentants de :

- La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC⁸;
- La Croix-Rouge canadienne;
- L'Ambulance Saint-Jean;
- La Société de sauvetage;
- La Patrouille canadienne de ski.

Ce groupe de travail a été constitué pour établir 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).

⁷ ILCOR : International Liaison Committee on Resuscitation

⁸ AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

SOMMAIRE

1 LA RÉANIMATION CARDIOPULMONAIRE ET LES SOINS D'URGENCE CARDIOVASCULAIRES 7

1.1 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION CHEZ L'**ADULTE** ET QUALITÉ DE LA RCR : **GRAND PUBLIC** 7

1.1.1 RECONNAISSANCE DE LA RESPIRATION AGONALE PAR LE RÉPONDANT MÉDICAL D'URGENCE (RMU) 7

1.1.2 PRIORITÉ AUX COMPRESSIONS THORACIQUES 7

1.1.3 FRÉQUENCE DES COMPRESSIONS THORACIQUES 8

1.1.4 PROFONDEUR DES COMPRESSIONS THORACIQUES 8

1.1.5 ADMINISTRATION DE NALOXONNE PAR UN SECOURISTE NON PROFESSIONNEL LORS D'URGENCES POTENTIELLEMENT MORTELLES ASSOCIÉES À UNE PRISE D'OPIOÏDES SOUPÇONNÉE 8

1.2 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION CHEZ L'**ADULTE** ET QUALITÉ DE LA RCR : **PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ** 9

1.2.1 RECONNAISSANCE IMMÉDIATE ET ACTIVATION DU SYSTÈME D'INTERVENTION D'URGENCE 9

1.2.2 PRIORITÉ AUX COMPRESSIONS THORACIQUES 9

1.2.3 PRIORITÉ À LA DÉFIBRILLATION PAR RAPPORT À LA RCR 9

1.2.4 FRÉQUENCE DES COMPRESSIONS THORACIQUES DE 100 À 120 PAR MINUTE 9

1.2.5 PROFONDEUR DES COMPRESSIONS THORACIQUES 9

1.2.6 RELAXATION THORACIQUE 10

1.2.7 MINIMISER LES INTERRUPTIONS PENDANT LES COMPRESSIONS THORACIQUES 10

1.2.8 DISPOSITIFS DE RÉTROACTION PENDANT LES COMPRESSIONS THORACIQUES 10

1.2.9 VENTILATION TARDIVE 10

1.2.10 VENTILATION AVEC INTUBATION DURANT LA RCR 10

1.2.11 DISPOSITIFS DE COMPRESSIONS THORACIQUES MÉCANIQUES 11

1.2.12 TRAITEMENT DU SURDOSAGE D'OPIOÏDES 11

1.2.13 ARRÊT CARDIAQUE CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE SURDOSE D'OPIOÏDES AVÉRÉE OU SOUPÇONNÉE 12

1.2.14 ARRÊT CARDIAQUE PENDANT LA GROSSESSE : PRATIQUE DE LA RCR 12

1.3 SOINS IMMÉDIATS DE RÉANIMATION CHEZ L'**ENFANT ET LE NOURRISSON** ET QUALITÉ DE LA RCR 13

1.3.1 SÉQUENCE C-A-B 13

- 1.3.2 PROFONDEUR DES COMPRESSIONS THORACIQUES 13
- 1.3.3 RYTHME DE COMPRESSION THORACIQUE 13
- 1.3.4 RCR AVEC COMPRESSIONS UNIQUEMENT 14
- 1.4 FORMATS D'APPRENTISSAGE MIXTE 14**
- 1.5 INTERVALLES DU RECYCLAGE SUR LES SIR 15**
- 1.6 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION EN TEMPS DE PANDÉMIE (COVID-19) 15**
- 2 LES PREMIERS SOINS AVEC RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT 16**
- 2.1 LES PREMIERS SOINS GÉNÉRALITÉS 16**
- 2.1.1 ENSEIGNEMENT DES PREMIERS SOINS 16
- 2.1.2 UTILISATION D'OXYGÈNE EN PREMIERS SOINS 16
- 2.1.3 POSITION OPTIMALE POUR « L'ÉTAT DE CHOC » 16
- 2.2 LES PREMIERS SOINS MÉDICAUX 17**
- 2.2.1 L'UTILISATION DE BRONCHODILATEURS POUR L'ASTHME CHEZ UNE VICTIME AVEC DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE 17
- 2.2.2 DÉPISTAGE DE L'AVC 17
- 2.2.3 HYPOGLYCÉMIE 17
- 2.2.4 DOULEUR THORACIQUE 18
- 2.2.5 ANAPHYLAXIE 18
- 2.3 LES PREMIERS SOINS TRAUMATIQUES 18**
- 2.3.1 POSITION D'UNE PERSONNE MALADE OU BLESSÉE 18
- 2.3.2 LE CONTRÔLE DES HÉMORRAGIES 19
- 2.3.3 PANSEMENTS HÉMOSTATIQUES 19
- 2.3.4 L'UTILISATION D'UN GARROT 19
- 2.3.5 RESTRICTION DES MOUVEMENTS DE LA COLONNE VERTÉBRALE 19
- 2.3.6 TRAITEMENT DES PLAIES TRAUMATIQUES OUVERTES DU THORAX 19
- 2.3.7 COMMOTION 19
- 2.3.8 LA RESTRICTION DU MOUVEMENT DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET CERVICALE 20

2.3.9 AVULSION DENTAIRE 20

2.3.10 LÉSION CHIMIQUE DES YEUX : IRRIGATION 20

2.3.11 LE REFROIDISSEMENT DES BRÛLURES 21

2.3.12 LES PANSEMENTS HUMIDES PAR RAPPORT AUX PANSEMENTS SECS POUR BRÛLURES 21

3 RÉFÉRENCES 22

3.1 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations 22

3.2 Faits saillants des lignes directrices de 2015 22

3.3 2015 International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations 22

3.4 Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016 22

3.5 COVID-19 infection risk to rescuers from patients in cardiac arrest 22

1 LA RÉANIMATION CARDIOPULMONAIRE ET LES SOINS D'URGENCE CARDIOVASCULAIRES

1.1 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION CHEZ L'ADULTE ET QUALITÉ DE LA RCR : GRAND PUBLIC

1.1.1 RECONNAISSANCE DE LA RESPIRATION AGONALE PAR LE RÉPONDANT MÉDICAL D'URGENCE (RMU⁹)

Pour aider les secouristes non professionnels à reconnaître un arrêt cardiaque, les RMU doivent **s'enquérir de l'état de conscience et de la qualité de la respiration** (normale ou anormale) de la victime. Si la victime est inconsciente et que sa respiration est anormale ou absente, le secouriste et le RMU devraient en déduire que la victime est en arrêt cardiaque. Les RMU doivent recevoir une formation pour apprendre à reconnaître une victime inconsciente présentant une respiration anormale ou agonale parmi toute une série de descriptions et de tableaux cliniques.

1.1.2 PRIORITÉ AUX COMPRESSIONS THORACIQUES

Les secouristes non professionnels non formés doivent pratiquer la RCR avec compressions uniquement (à mains seules), avec ou sans l'aide d'un RMU, chez les adultes victimes d'un arrêt cardiaque. Ils doivent continuer la RCR avec compressions uniquement jusqu'à ce qu'un DEA soit disponible et prêt à être utilisé ou jusqu'à l'arrivée de secouristes formés. Tous les secouristes non professionnels doivent, à tout le moins, pratiquer les compressions thoraciques chez les victimes d'un arrêt cardiaque. Si **un secouriste non professionnel formé** est également en mesure de pratiquer les insufflations, il **doit pratiquer les compressions et les insufflations selon un rapport de 30 compressions pour 2 insufflations**. Le secouriste doit continuer le RCR jusqu'à ce qu'un DEA¹⁰ soit disponible et prêt à être utilisé, que des dispensateurs de services médicaux d'urgence puissent prendre en charge les soins de la victime ou que la victime commence à bouger.

⁹ RMU : Répondant Médical d'Urgence

¹⁰ DEA : Défibrillateur Externe Automatique

1.1.3 FRÉQUENCE DES COMPRESSIONS THORACIQUES

Chez les adultes victimes d'un arrêt cardiaque, il est justifié que les secouristes pratiquent **des compressions thoraciques à une fréquence de 100 à 120 par minute.**

1.1.4 PROFONDEUR DES COMPRESSIONS THORACIQUES

Durant la RCR manuelle, les secouristes doivent effectuer **des compressions d'une profondeur d'au moins 2 pouces (5cm) chez un adulte moyen**, tout en évitant de pratiquer des compressions thoraciques d'une profondeur excessive (c.-à-d. ¹¹supérieure à 2.4 pouces (6cm)).

1.1.5 ADMINISTRATION DE NALOXONE PAR UN SECOURISTE NON PROFESSIONNEL LORS D'URGENCES POTENTIELLEMENT MORTELLES ASSOCIÉES À UNE PRISE D'OPIOÏDES SOUPÇONNÉE

Chez les patients ayant une dépendance avérée ou soupçonnée aux opioïdes qui sont inconscients, qui ne respirent pas normalement, mais qui ont un pouls, **il est justifié que les secouristes non professionnels et les dispensateurs de soins ayant reçu une formation adéquate administrent de la naloxone** par voie intermusculaire (IM¹²) ou intranasale (IN¹³). On peut envisager de proposer une formation sur l'intervention en cas de surdose d'opioïdes avec ou sans administration de naloxone aux personnes à risque de surdose d'opioïdes, peu importe le milieu.

¹¹ C.-à-d. : C'est-à-dire

¹² IM : Intramusculaire

¹³ IN : Intranasale

1.2 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION CHEZ L'ADULTE ET QUALITÉ DE LA RCR : PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

1.2.1 RECONNAISSANCE IMMÉDIATE ET ACTIVATION DU SYSTÈME D'INTERVENTION D'URGENCE

Bien que les dispensateurs de soins doivent activer le système d'intervention d'urgence de leur région lorsque la victime est inconsciente, il serait utile qu'**ils continuent à évaluer la respiration et le pouls simultanément** avant l'activation complète du système d'urgence (ou qu'ils appellent à l'aide).

1.2.2 PRIORITÉ AUX COMPRESSIONS THORACIQUES

Il est justifié que **les dispensateurs de soins pratiquent des compressions thoraciques et des insufflations chez tous les patients adultes en arrêt cardiaque**, d'étiologie cardiaque ou non. De plus, il semble réaliste et justifié que les dispensateurs de soins adaptent la procédure en fonction de la cause la plus probable de l'arrêt cardiaque.

1.2.3 PRIORITÉ À LA DÉFIBRILLATION PAR RAPPORT À LA RCR

Lorsqu'un secouriste est témoin d'un arrêt cardiaque chez un adulte et qu'**un DEA est immédiatement disponible, le défibrillateur doit être utilisé dès que possible**. Chez les adultes victimes d'un arrêt cardiaque qui ne sont pas sous surveillance ou pour lesquels **un DEA n'est pas immédiatement disponible, la RCR doit être entreprise jusqu'à ce qu'un DEA soit disponible et prêt à être utilisé**, et une défibrillation doit être pratiquée, si justifiée, dès que possible.

1.2.4 FRÉQUENCE DES COMPRESSIONS THORACIQUES DE 100 À 120 PAR MINUTE

Chez les adultes victimes d'un arrêt cardiaque, il est justifié que les secouristes pratiquent **des compressions thoraciques à une fréquence de 100 à 120 par minute**.

1.2.5 PROFONDEUR DES COMPRESSIONS THORACIQUES

Durant la RCR manuelle, les secouristes doivent effectuer **des compressions d'une profondeur d'au moins 2 pouces (5cm) chez un adulte moyen**, tout en évitant de pratiquer des compressions thoraciques d'une profondeur excessive (c.-à-d. supérieure à 2.4 pouces (6cm)).

1.2.6 RELAXATION THORACIQUE

Les secouristes doivent **éviter de s'appuyer sur la poitrine du patient entre les compressions**, pour permettre une relaxation thoracique totale chez les adultes en arrêt cardiaque.

1.2.7 MINIMISER LES INTERRUPTIONS PENDANT LES COMPRESSIONS THORACIQUES

Les secouristes doivent tenter de **réduire au minimum les fréquences et la durée des interruptions pendant les compressions** afin de maximiser le nombre de compressions pratiquées par minute.

1.2.8 DISPOSITIFS DE RÉTROACTION PENDANT LES COMPRESSIONS THORACIQUES

Il peut s'avérer nécessaire d'utiliser des dispositifs de rétroaction audiovisuels durant le RCR afin d'optimiser en temps réel la performance en réanimation.

1.2.9 VENTILATION TARDIVE

Lorsqu'un secouriste est témoin d'in ACEH avec rythme défibrillable, il peut être justifié que les systèmes de SMU permettant des interventions multiples en fonction des priorités retardent la ventilation en pression positive (VPP¹⁴) en utilisant une stratégie comprenant jusqu'à trois cycles de 200 compressions continues avec insufflation passive en ventilation auxiliaire.

1.2.10 VENTILATION AVEC INTUBATION DURANT LA RCR

Il peut être justifié que le dispensateur pratique **une insufflation toutes les 6 secondes** (10 insufflations par minute) **pendant que des compressions thoraciques continues** sont effectuées (c.-à-d. durant la RCR **avec intubation**).

¹⁴ VPP : Ventilation en Pression Positive

1.2.11 DISPOSITIFS DE COMPRESSIONS THORACIQUES MÉCANIQUES

Les données probantes ne démontrent pas que l'utilisation de dispositifs à piston mécanique pour les compressions thoraciques est plus bénéfique que la pratique de compressions thoraciques manuelles chez les patients en arrêt cardiaque. **Les compressions thoraciques manuelles demeurent la norme** en matière de soins pour le traitement de l'arrêt cardiaque. Cependant, de tels dispositifs peuvent représenter une solution de rechange acceptable à la RCR classique dans certains milieux précis où l'administration de compressions thoraciques manuelles de haute qualité peut s'avérer difficile ou dangereuse pour le dispensateur (p. ex., nombre limité de secouristes sur les lieux, RCR prolongée, RCR durant un arrêt cardiaque avec hypothermie, RCR dans une ambulance en déplacement, RCR dans une salle d'angiographie, RCR durant la préparation de la RCR-E).

1.2.12 TRAITEMENT DU SURDOSAGE D'OPIOÏDES

L'administration empirique de naloxone par voie intramusculaire ou intranasale à toutes les victimes inconscientes présentant une urgence mettant la vie en danger et possiblement associée à une surdose d'opioïdes peut être justifiée comme complément aux protocoles de premiers soins et de SIR administrés par des secouristes non professionnels. **Pour les patients présentant une surdose d'opioïdes avérée ou soupçonnée, chez qui un pouls est détecté, mais qui ne respirent pas normalement ou qui présentent une respiration agonale uniquement** (c.-à-d. en arrêt respiratoire), **il est justifié que les secouristes ayant reçu une formation appropriée leur administrent de la naloxone** par voie intramusculaire ou intranasale, en plus des soins standards, s'ils présentent une urgence respiratoire associée aux opioïdes (Figure 6). **Les répondants ne doivent pas retarder l'accès à des services médicaux plus spécialisés en attendant que le patient réponde à la naloxone** ou à d'autres interventions. L'administration empirique de naloxone par voie intramusculaire ou intranasale à tous les patients inconscients présentant une urgence qui est associée à une surdose d'opioïdes et qui nécessite des manœuvres de réanimation peut être justifiée comme complément aux protocoles standards de premiers soins et de SIR administrés par des secouristes non professionnels. **Les procédures de réanimation standards**, y compris l'activation des SMU¹⁵, **ne doivent pas être retardées par l'administration de naloxone.**

¹⁵ SMU : Système Médicale d'Urgence

1.2.13 ARRÊT CARDIAQUE CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE SURDOSE D'OPIOÏDES AVÉRÉE OU SOUPÇONNÉE

Les patients chez qui **aucun pouls n'est détecté** peuvent être en arrêt cardiaque ou peuvent présenter un pouls lent et faible non détectable. Ces patients doivent être **pris en charge de la même façon que les patients victimes d'un arrêt cardiaque**. Les mesures de réanimation standards doivent avoir priorité sur l'administration de naloxone, et l'accent doit être mis sur la pratique d'une RCR de haute qualité (compressions plus insufflations). Il peut être justifié d'**administrer de la naloxone** par voie intramusculaire ou intranasale, selon la **possibilité que le patient soit en arrêt respiratoire**, et non en arrêt cardiaque. Les répondants ne doivent **pas retarder l'accès à des services médicaux plus spécialisés** en attendant que le patient réponde à la naloxone ou à d'autres interventions.

1.2.14 ARRÊT CARDIAQUE PENDANT LA GROSSESSE : PRATIQUE DE LA RCR

Chez les femmes enceintes en arrêt cardiaque, les priorités sont la pratique d'une RCR de haute qualité et la levée de la compression aorto-cave. **Lorsque la hauteur utérine se trouve à un niveau égal ou inférieur au nombril, un déplacement manuel de l'utérus vers la gauche peut s'avérer bénéfique** pour lever la compression aorto-cave durant les compressions thoraciques.

1.3 SOINS IMMÉDIATS DE RÉANIMATION CHEZ L'ENFANT ET LE NOURRISSON ET QUALITÉ DE LA RCR

1.3.1 SÉQUENCE C-A-B

Bien que le nombre et la qualité des données probantes soient limités, il peut être justifié de maintenir la séquence des Lignes directrices 2010 et de **commencer la RCR par des compressions plutôt que par des insufflations** (C-A-B¹⁶ plutôt que A-B-C¹⁷). Il existe des lacunes dans les connaissances, et des recherches spécifiques sont nécessaires pour examiner la meilleure séquence de RCR chez l'enfant.

La RCR doit être pratiquée selon **un rapport de 30 compressions pour 2 insufflations lorsqu'un seul secouriste et selon un rapport de 15 compressions pour 2 insufflations lorsque deux secouristes.**

1.3.2 PROFONDEUR DES COMPRESSIONS THORACIQUES

Il est justifié que les secouristes pratiquent **des compressions thoraciques d'une profondeur d'au moins un tiers du diamètre antéro-postérieur du thorax chez les patients pédiatriques** (des nourrissons de moins d'un an aux enfants jusqu'à l'âge de la puberté). Cela équivaut à **environ 1,5 pouce (4 cm) chez les nourrissons et à 2 pouces (5 cm) chez les enfants.** Une fois que les enfants ont atteint l'âge de la puberté (c.-à-d. une fois qu'ils sont adolescents), la profondeur des compressions recommandée est d'au moins 2 pouces (5 cm), sans toutefois excéder 2,4 pouces (6 cm).

1.3.3 RYTHME DE COMPRESSION THORACIQUE

Pour simplifier le plus possible la formation sur la RCR, en l'absence de données suffisantes chez les enfants, il est raisonnable d'appliquer, chez les nourrissons et les enfants, le rythme de compression thoracique recommandé chez les adultes, qui est **de 100 à 120 compressions par minute.**

¹⁶ C-A-B : Compressions thoraciques, Airway (Voies respiratoires), Breathing (Ventilations)

¹⁷ A-B-C : Airway (Voies respiratoires), Breathing (Ventilations), Compressions thoraciques

1.3.4 RCR AVEC COMPRESSIONS UNIQUEMENT

La RCR classique (insufflations et compressions thoraciques) devrait être administrée aux nourrissons et aux enfants en arrêt cardiaque. En raison de leur nature asphyxique, **les arrêts cardiaques chez les enfants nécessitent, dans la plupart des cas, une ventilation pour assurer une RCR efficace.** Toutefois, puisque la RCR avec compressions uniquement peut être efficace dans les cas d'arrêt cardiaque primaire, si les secouristes ne peuvent administrer des insufflations ou sont réticents à le faire, il est recommandé d'administrer une RCR avec compressions uniquement chez les nourrissons et les enfants victimes d'un arrêt cardiaque.

1.4 FORMATS D'APPRENTISSAGE MIXTE

L'apprentissage autonome de la RCR à partir de modules sur vidéo ou par ordinateur, combiné à des exercices pratiques, peut constituer une solution de rechange raisonnable aux cours avec instructeur.

Les résultats d'apprentissage sont plus importants que le format du cours. L'acquisition et la rétention des compétences et des techniques et, en bout de ligne, le rendement clinique et les résultats pour le patient doivent guider la formation en réanimation. **De nouvelles données indiquent que des formats précis, comme l'apprentissage autonome de la RCR à partir de modules sur vidéo ou par ordinateur, peuvent produire des résultats similaires aux cours avec instructeur.** La capacité à utiliser efficacement d'autres formats de cours est particulièrement importante dans les milieux à ressources limitées, où les coûts de la formation avec instructeur sont trop élevés. L'apprentissage autonome offre la possibilité de former un plus grand nombre de personnes en RCR tout en réduisant les coûts et les ressources nécessaires à la formation, des facteurs importants lorsque l'on tient compte de la vaste population de secouristes potentiels à former.

1.5 INTERVALLES DU RECYCLAGE SUR LES SIR

Compte tenu de la vitesse à laquelle les compétences en SIR¹⁸ se perdent après la formation et des améliorations observées sur le plan des compétences et de la confiance chez les étudiants qui reçoivent une formation plus fréquente, il peut être raisonnable de **recommander une formation de recyclage plus fréquente** sur les SIR chez les personnes qui sont susceptibles de se retrouver en présence de victimes d'arrêts cardiaques.

1.6 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION EN TEMPS DE PANDÉMIE (COVID-19)

Il est indiqué que **les compressions thoraciques et la réanimation cardio-pulmonaire ont le potentiel de générer des aérosols.**

Il est suggéré de **déposer un linge, une serviette ou un vêtement sur la bouche et le nez de la victime** pour prévenir toute propagation du virus.

Il est suggéré que, dans la pandémie actuelle de COVID-19, **les secouristes envisagent des compressions thoraciques uniquement et une défibrillation d'accès public.**

Il est suggéré que, dans la pandémie actuelle de COVID-19, les secouristes qui sont disposés, formés et capables de le faire, envisagent de fournir des respirations de sauvetage aux nourrissons et aux enfants en plus des compressions thoraciques.

Il est suggéré que, dans la pandémie actuelle de COVID-19, les professionnels de la santé devraient utiliser un équipement de protection individuelle pour les procédures générant des aérosols pendant la réanimation.

Il est suggéré qu'il peut être raisonnable pour les prestataires de soins de santé d'envisager une défibrillation avant de mettre un équipement de protection individuelle pour les procédures générant des aérosols dans les situations où le prestataire évalue les avantages peuvent dépasser les risques.

¹⁸ SIR : Soins Immédiats en Réanimation

2 LES PREMIERS SOINS AVEC RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT

2.1 LES PREMIERS SOINS GÉNÉRALITÉS

2.1.1 ENSEIGNEMENT DES PREMIERS SOINS

L'enseignement et la formation en premiers soins peuvent contribuer à améliorer la morbidité et la mortalité dues aux blessures et aux maladies et ils devraient être accessibles à tous.

2.1.2 UTILISATION D'OXYGÈNE EN PREMIERS SOINS

Il n'existe aucune donnée probante appuyant la nécessité d'une administration systématique d'oxygène supplémentaire par les intervenants en premiers soins. L'administration d'oxygène supplémentaire présenterait des avantages dans quelques situations précises seulement, comme en cas d'accident de décompression, et s'il est administré par des intervenants formés à son utilisation.

2.1.3 POSITION OPTIMALE POUR « L'ÉTAT DE CHOC »

Il est suggéré que les secouristes **placent les personnes « en état de choc » en position couchée** comparativement à la position verticale. En cas de traumatisme, le secouriste devra **maintenir la victime en position trouvée en maintenant une immobilisation de la colonne cervicale en s'assurant que ses voies respiratoires demeurent dégagées.** En cas d'obstruction des voies respiratoires, le secouriste devra utiliser **la technique de subluxation mandibulaire** afin de s'assurer que l'immobilisation de la colonne cervicale soit maintenue.

2.2 LES PREMIERS SOINS MÉDICAUX

2.2.1 L'UTILISATION DE BRONCHODILATATEURS POUR L'ASTHME CHEZ UNE VICTIME AVEC DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE

Lorsqu'une personne asthmatique éprouve des difficultés à respirer, il est suggéré que des secouristes qualifiés aident la personne à administrer un bronchodilatateur.

2.2.2 DÉPISTAGE DE L'AVC

On recommande l'utilisation d'un système d'évaluation de l'AVC¹⁹ par les intervenants en premiers soins. Par rapport aux systèmes d'évaluation de l'AVC qui ne requièrent pas de mesure du glucose, les systèmes d'évaluation qui prévoient une mesure du glucose offrent une sensibilité comparable, mais une spécificité supérieure pour la détection des AVC. **Le test VITE²⁰ (Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence)** et l'échelle de Cincinnati pour le dépistage préhospitalier de l'AVC sont les outils les plus simples pour les intervenants en premiers soins et **offrent une sensibilité élevée pour le dépistage des AVC.**

2.2.3 HYPOGLYCÉMIE

Chez les diabétiques qui présentent une hypoglycémie symptomatique légère et qui sont en mesure de suivre des consignes et d'avaler sans danger, l'utilisation de glucose par voie orale sous forme de comprimés assure un soulagement clinique plus rapide comparativement aux autres formes de glucides contenues dans les produits alimentaires courants. S'ils sont disponibles, les comprimés de glucose devraient être administrés à ces personnes. Si les comprimés de glucose ne sont pas disponibles, d'autres formes d'aliments et de liquides ayant fait l'objet d'une évaluation précise et contenant des glucides comme le sucrose, le fructose et les oligosaccharides constituent des solutions de rechange efficaces **pour éliminer l'hypoglycémie symptomatique légère.**

¹⁹ AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

²⁰ VITE : Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence

2.2.4 DOULEUR THORACIQUE

En attendant l'arrivée des services médicaux d'urgence (SMU²¹), l'intervenant en premiers soins **peut encourager la personne souffrant de douleurs thoraciques à prendre une dose pour adulte ou deux faibles doses d'Aspirine à croquer si celle-ci présente des signes et des symptômes de l'infarctus du myocarde et si elle n'a pas d'allergie ou d'autres contre-indications à l'Aspirine.** Si une personne présente des douleurs thoraciques n'ayant pas une étiologie cardiaque, ou si l'intervenant en premiers soins a des doutes sur l'origine des douleurs thoraciques ou encore s'il ne se sent pas suffisamment à l'aise pour administrer de l'Aspirine, l'intervenant en premiers soins ne doit pas encourager la personne à prendre de l'Aspirine et laissera le dispensateur de services préhospitaliers d'urgence prendre la décision d'administrer ou non de l'Aspirine.

2.2.5 ANAPHYLAXIE

Lorsqu'une personne présentant un syndrome anaphylactique ne répond pas à une dose initiale d'adrénaline, et si l'équipe de soins avancés met plus de 5 à 10 minutes à arriver, il faut envisager d'administrer une autre dose.

2.3 LES PREMIERS SOINS TRAUMATIQUES

2.3.1 POSITION D'UNE PERSONNE MALADE OU BLESSÉE

Si aucune blessure de la colonne vertébrale, de la hanche ou du bassin n'est pas soupçonnée, la position de sécurité recommandée pour les patients a été modifiée, passant de la position couchée sur le dos à la position couchée sur le côté (PLS²²). Peu de preuves semblent indiquer qu'une autre position latérale de sécurité aurait un avantage supérieur pour un individu inconscient et respirant normalement.

²¹ SMU : Système Médicale d'Urgence

²² PLS : Position Latéral de Sécurité

2.3.2 LE CONTRÔLE DES HÉMORRAGIES

Il est suggéré qu'**une thérapie par le froid localisée** avec ou sans pression, directe ou indirecte, peut être bénéfique dans l'hémostase **pour les saignements fermés des extrémités.**

2.3.3 PANSEMENTS HÉMOSTATIQUES

Les intervenants en premiers soins peuvent envisager **d'utiliser des pansements hémostatiques lorsque les mesures standard pour maîtriser les saignements** (en appliquant une pression directe avec ou sans gaze ou bandage en tissu) **ne sont pas efficaces en cas de saignements graves ou mettant la vie en danger.**

2.3.4 L'UTILISATION D'UN GARROT

Il est suggéré que les secouristes d'utilisent un garrot lorsque le contrôle standard de l'hémorragie de premiers soins (y compris la pression directe avec ou sans pansement) ne peut pas contrôler les saignements externes graves des membres.

2.3.5 RESTRICTION DES MOUVEMENTS DE LA COLONNE VERTÉBRALE

En raison du nombre croissant de données faisant état d'effets nocifs et compte tenu des données peu probantes ayant mis en évidence de réels bénéfices, **l'utilisation systématique d'un collier cervical par les intervenants en premiers soins n'est pas recommandée.** Un intervenant en premiers soins qui soupçonne une blessure à la colonne vertébrale **doit faire en sorte que la personne blessée reste aussi immobile que possible** en attendant l'arrivée des dispensateurs de services préhospitaliers d'urgence.

2.3.6 TRAITEMENT DES PLAIES TRAUMATIQUES OUVERTES DU THORAX

En présence d'une plaie ouverte à la poitrine, les intervenants en premiers soins peuvent laisser la plaie ouverte. Si un pansement et une pression directe sont nécessaires pour arrêter l'hémorragie, il faut prendre soin que le pansement saturé de sang ne devient accidentellement un pansement occlusif.

2.3.7 COMMOTION

Un dispensateur de soins doit examiner toute personne présentant une blessure à la tête qui s'est manifestée par une altération du niveau de conscience, l'apparition progressive de signes ou de symptômes de commotion ou d'autres signes ayant suscité l'inquiétude des intervenants en premiers soins. Il faut effectuer l'examen le plus rapidement possible.

2.3.8 LA RESTRICTION DU MOUVEMENT DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET CERVICALE

Il est recommandé que l'utilisation de colliers cervicaux soit déconseillée par les secouristes.

2.3.9 AVULSION DENTAIRE

Les intervenants en premiers soins ne peuvent pas réimplanter une dent avulsée dans les cas suivants : ils n'ont pas de gants médicaux de protection, ils n'ont pas été formés et ils n'ont pas les compétences requises ou ils ont peur de faire mal au patient. Lorsqu'on ne peut pas réimplanter immédiatement la dent, il peut s'avérer utile de conserver temporairement la dent avulsée dans une solution permettant de prolonger la vitalité des cellules dentaires (qui possède des propriétés semblables à celles de la salive). Les solutions qui se sont montrées efficaces pour prolonger la vitalité des cellules dentaires de 30 à 120 minutes sont les suivantes : la solution saline équilibrée de Hank (contenant calcium, chlorure et phosphate de potassium, chlorure et sulfate de magnésium, chlorure de sodium, bicarbonate de sodium, phosphate dibasique de sodium et glucose), la propolis, le blanc d'œuf, l'eau de coco, le Ricetral ou le lait entier.

2.3.10 LÉSION CHIMIQUE DES YEUX : IRRIGATION

En faisant cette recommandation, nous valorisons la préservation de la vision.

Il est recommandé que **le centre antipoison local soit appelé** pour aider à l'identification de tout produit chimique impliqué dans une blessure oculaire. En raison des dangers associés aux blessures chimiques aux yeux, un professionnel de la santé devrait **évaluer ces blessures immédiatement.**

Il est recommandé que **l'irrigation continue des lésions cornéennes causées par des substances alcalines avec de l'eau propre, ou du robinet,** et de continuer jusqu'à ce qu'un professionnel de la santé évalue la blessure et détermine que le pH de l'œil est revenu à la normale.

2.3.11 LE REFROIDISSEMENT DES BRÛLURES

Il est recommandé aux secouristes de refroidir activement les brûlures thermiques.

Dans ces recommandations, ils accordent une valeur plus élevée à la diminution de la profondeur de brûlure par rapport au risque potentiel d'infection ou d'hypothermie.

Méthode / température de refroidissement: Les formes de refroidissement actif évaluées dans cette revue comprenaient de l'eau froide / froide non gelante et des dispositifs mécaniques (par exemple, des sondes froides, des coussinets de gel refroidis), mais il n'y a aucune preuve pour recommander une température ou une méthode de refroidissement spécifique.

Il est recommandé de suggérer que le refroidissement actif doit avoir lieu dès que possible pendant au moins 10 minutes.

2.3.12 LES PANSEMENTS HUMIDES PAR RAPPORT AUX PANSEMENTS SECS POUR BRÛLURES

Il est recommandé aux secouristes de refroidir activement les brûlures thermiques.

3 RÉFÉRENCES

3.1 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000270>

3.2 Faits saillants des lignes directrices de 2015

<https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/cpr-2017/151002-ecc-highlights-2015-fr-calr.ashx?rev=3194dbc6ff4240e8a428d43d80635c1b&hash=81224434434185AE96302FB568BD4410>

3.3 2015 International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations

<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/cir.0000000000000278>

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

https://www.croixrouge.ca/crc/documentsfr/What-We-Do/First-Aid-and-CPR/180216-1776-F-final-Canadian-Consensus-Guidelines-document-Feb-2016_FR_Final-ra-pcm.pdf

3.5 COVID-19 infection risk to rescuers from patients in cardiac arrest

<https://costr.ilcor.org/document/covid-19-infection-risk-to-rescuers-from-patients-in-cardiac-arrest>