

- ACADÉMIE -

FORMATION
EN LIGNE

SECOURISME
ET RCR



SAINT + BERNARD

2020-10-21

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 les grandes organisations. Ces lignes directrices constituent la base des programmes d'éducation de la pratique clinique et pharmacologique applicable 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 (CoSTR⁴) 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 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. Elles traitent des preuves publiées les plus récentes examinées par les experts scientifiques du Groupe de travail sur les premiers secours.

Ces lignes directrices ont été développés afin de se concentrer sur la science et justification des recommandations qui entraîneront des changements dans la formation et la pratique des premiers secours.

Le Groupe de travail sur les premiers secours du Comité de liaison international sur la réanimation (ILCOR⁵) 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 processus d'évaluation des preuves de l'ILCOR et le processus d'élaboration des lignes directrices des grandes instances sont régis par des politiques de divulgation strictes conçues pour rendre les relations avec l'industrie et d'autres conflits d'intérêts pleinement transparentes et pour protéger ces processus contre toute influence indue. Le président du groupe de rédaction des lignes directrices et au moins 50% du groupe de rédaction des lignes directrices les membres doivent être libres de tout conflit d'intérêts. Toutes les relations pertinentes sont divulguées dans la mise à jour ciblée 2020 et dans toutes les publications ILCOR CoSTR⁶.

Ces lignes directrices contiennent le libellé final des déclarations du CoSTR tel qu'approuvé par les groupes de travail de l'ILCOR et par les conseils membres de l'ILCOR après examen et examen des preuves ainsi que les commentaires mis en ligne en réponse aux projets de CoSTR. Dans cette publication, chaque sujet prend en considération le PICOST⁷ ainsi que le CoSTR, une section élargie sur la justification et les faits saillants du cadre de la preuve à la décision.

⁵ ILCOR : International Liaison Committee on Resuscitation

⁶ CoSTR : Consensus on Science with Treatment Recommendations

⁷ PICOST: Population, Intervention, Comparator, Outcome, Study design, Time frame

SOMMAIRE

1 LA RÉANIMATION CARDIOPULMONAIRE ET LES SOINS D'URGENCE CARDIOVASCULAIRES 8

1.1 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION CHEZ L'**ADULTE** ET QUALITÉ DE LA RCR : **GRAND PUBLIC** 8

1.1.1 INITIATION PRÉCOCE DE LA RCR PAR LES SECOURISTES NON PROFESSIONNELS NON FORMÉS 8

1.1.2 RÉTROACTION AUDIOVISUELLE EN TEMPS RÉEL 8

1.1.3 RECONNAISSANCE DE LA RESPIRATION AGONALE PAR LE RÉPONDANT MÉDICAL D'URGENCE (RMU) 8

1.1.4 PRIORITÉ AUX COMPRESSIONS THORACIQUES 8

1.1.5 FRÉQUENCE DES COMPRESSIONS THORACIQUES 9

1.1.6 PROFONDEUR DES COMPRESSIONS THORACIQUES 9

1.1.7 ADMINISTRATION DE NALOXONNE PAR UN SECOURISTE NON PROFESSIONNEL LORS D'URGENCES POTENTIELLEMENT MORTELLES ASSOCIÉES À UNE PRISE D'OPIOÏDES SOUPÇONNÉE 9

1.1.8 DÉBRIEFINGS À LA FIN D'UNE INTERVENTION COMPORTANT UNE RCR 10

1.2 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION CHEZ L'**ADULTE** ET QUALITÉ DE LA RCR : **PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ** 10

1.2.1 RECONNAISSANCE IMMÉDIATE ET ACTIVATION DU SYSTÈME D'INTERVENTION D'URGENCE 10

1.2.2 RÉTROACTION AUDIOVISUELLE EN TEMPS RÉEL 10

1.2.3 PRIORITÉ AUX COMPRESSIONS THORACIQUES 10

1.2.4 PRIORITÉ À LA DÉFIBRILLATION PAR RAPPORT À LA RCR 10

1.2.5 FRÉQUENCE DES COMPRESSIONS THORACIQUES DE 100 À 120 PAR MINUTE 11

1.2.6 PROFONDEUR DES COMPRESSIONS THORACIQUES 11

1.2.7 RELAXATION THORACIQUE 11

1.2.8 MINIMISER LES INTERRUPTIONS PENDANT LES COMPRESSIONS THORACIQUES 11

1.2.9 DISPOSITIFS DE RÉTROACTION PENDANT LES COMPRESSIONS THORACIQUES 11

1.2.10 VENTILATION TARDIVE 11

1.2.11 VENTILATION AVEC INTUBATION DURANT LA RCR 11

1.2.12 DISPOSITIFS DE COMPRESSIONS THORACIQUES MÉCANIQUES 12

1.2.13 TRAITEMENT DU SURDOSAGE D'OPIOÏDES 12

- 1.2.14 ARRÊT CARDIAQUE CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE SURDOSE D'OPIOÏDES AVÉRÉE OU SOUPÇONNÉE 13
- 1.2.15 ARRÊT CARDIAQUE PENDANT LA GROSSESSE : PRATIQUE DE LA RCR 13
- 1.2.16 DÉBRIEFINGS À LA FIN D'UNE INTERVENTION COMPORTANT UNE RCR 13
- 1.3 SOINS IMMÉDIATS DE RÉANIMATION CHEZ L'ENFANT ET LE NOURRISSON ET QUALITÉ DE LA RCR 14**
 - 1.3.1 SÉQUENCE C-A-B 14
 - 1.3.2 PROFONDEUR DES COMPRESSIONS THORACIQUES 14
 - 1.3.3 RYTHME DE COMPRESSION THORACIQUE 14
 - 1.3.4 RCR AVEC COMPRESSIONS UNIQUEMENT 15
 - 1.3.5 L'ASSISTANCE RESPIRATOIRE PÉDIATRIQUE 15
 - 1.3.6 L'ASSISTANCE VENTILATOIRE LORS DE LA RCR AVEC UN DISPOSITIF DE PROTECTION DES VOIES AÉRIENNE AVANCÉE 15
 - 1.3.7 SURDOSE D'OPIOÏDES 15
- 1.4 FORMATS D'APPRENTISSAGE MIXTE 16**
- 1.5 INTERVALLES DU RECYCLAGE SUR LES SIR 18**
- 1.6 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION EN TEMPS DE PANDÉMIE (COVID-19) 18**
- 2 LES PREMIERS SOINS AVEC RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT 19**
 - 2.1 LES PREMIERS SOINS GÉNÉRALITÉS 19**
 - 2.1.1 ENSEIGNEMENT DES PREMIERS SOINS 19
 - 2.1.2 UTILISATION D'OXYGÈNE EN PREMIERS SOINS 19
 - 2.1.3 POSITION OPTIMALE POUR « L'ÉTAT DE CHOC » 19
 - 2.2 LE DÉGAGEMENT DES VOIES RESPIRATOIRES (DVR) 20**
 - 2.2.1 LA DVR CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT 20
 - 2.3 LES PREMIERS SOINS MÉDICAUX 20**
 - 2.3.1 L'UTILISATION DE BRONCHODILATEURS POUR L'ASTHME CHEZ UNE VICTIME AVEC DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE 20
 - 2.3.2 DÉPISTAGE DE L'AVC 20
 - 2.3.3 HYPOGLYCÉMIE 20
 - 2.3.4 DOULEUR THORACIQUE 21

2.3.5 ANAPHYLAXIE 21

2.4 LES PREMIERS SOINS TRAUMATIQUES 22

2.4.1 POSITION D'UNE PERSONNE MALADE OU BLESSÉE 22

2.4.2 LE CONTRÔLE DES HÉMORRAGIES 22

2.4.3 PANSEMENTS HÉMOSTATIQUES 22

2.4.4 L'UTILISATION D'UN GARROT 22

2.4.5 RESTRICTION DES MOUVEMENTS DE LA COLONNE VERTÉBRALE 23

2.4.6 TRAITEMENT DES PLAIES TRAUMATIQUES OUVERTES DU THORAX 23

2.4.7 COMMOTION 23

2.4.8 LA RESTRICTION DU MOUVEMENT DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET CERVICALE 23

2.4.9 AVULSION DENTAIRE 23

2.4.10 LÉSION CHIMIQUE DES YEUX : IRRIGATION 24

2.4.11 LE REFROIDISSEMENT DES BRÛLURES 24

2.4.12 LES PANSEMENTS HUMIDES PAR RAPPORT AUX PANSEMENTS SECS POUR BRÛLURES 24

2.4.13 Techniques de refroidissement pour l'hyperthermie et les coups de chaleur 25

3 RÉFÉRENCES 26

3.1 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 26

3.1.1 https://www.ahajournals.org/toc/circ/142/16_suppl_2 26

3.2 Part 1: Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 26

3.2.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000918> 26

3.3 Part 2: Evidence Evaluation and Guidelines Development: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 26

3.3.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000898> 26

3.4 Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 26

3.4.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000916> 26

- 3.5** Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 26
 - 3.5.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000901> 26
- 3.6** Part 5: Neonatal Resuscitation: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 26
 - 3.6.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000902> 26
- 3.7** Part 6: Resuscitation Education Science: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 26
 - 3.7.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000903> 27
- 3.8** Part 7: Systems of Care: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 27
 - 3.8.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000899> 27
- 3.9** 2020 Highlights - Guidelines for CPR & ECC 27
 - 3.9.1 https://heartandstroke.my.salesforce.com/sfc/p/#A0000000BYzI/a/2K000003BAno/8.4yscv4fAnC2teMm3Y8fnNZIjCUf_W6pD1b.RKNyk 27
 - 3.9.2 https://cpr.heartandstroke.ca/s/article/2020-Guidelines?language=en_US 27

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 INITIATION PRÉCOCE DE LA RCR PAR LES SECOURISTES NON PROFESSIONNELS NON FORMÉS

Il est fortement recommandé que **les premiers intervenants non professionnels et non formés initient les manœuvres de RCR** pour les gens victimes d'arrêt cardiaque confirmé ou suspecté. En raison des faibles risques de préjudices relié à l'initiation des manœuvres de réanimation cardio-respiratoires chez les victimes n'étant pas en véritable arrêt cardiaque.

1.1.2 RÉTROACTION AUDIOVISUELLE EN TEMPS RÉEL

Il peut être raisonnable **d'utiliser la rétroaction audiovisuelle en temps réel lors de la RCR**. L'utilisation de ces ressources permettent une optimisation des performances de la RCR.

1.1.3 RECONNAISSANCE DE LA RESPIRATION AGONALE PAR LE RÉPONDANT MÉDICAL D'URGENCE (RMU⁸)

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.

1.1.4 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

⁸ RMU : Répondant Médical d'Urgence

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 DEA⁹ 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.

1.1.5 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**.

1.1.6 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. ¹⁰supérieure à 2.4 pouces (6cm)).

1.1.7 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 (IM¹¹) ou intranasale (IN¹²). 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.

⁹ DEA : Défibrillateur Externe Automatique

¹⁰ C.-à-d. : C'est-à-dire

¹¹ IM : Intramusculaire

¹² IN : Intranasale

1.1.8 DÉBRIEFINGS À LA FIN D'UNE INTERVENTION COMPORTANT UNE RCR

Les **débriefings** ainsi que le partage de **référence pour suivi du soutien émotionnel** pour secouristes non professionnels, travailleurs de la santé en milieu hospitalier et extrahospitalier après un événement d'arrêt cardiaque peut être bénéfique.

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 RÉTROACTION AUDIOVISUELLE EN TEMPS RÉEL

Il peut être raisonnable **d'utiliser la rétroaction audiovisuelle en temps réel lors de la RCR**. L'utilisation de ces ressources permettent une optimisation des performances de la RCR.

1.2.3 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.

1.2.4 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.

1.2.5 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.**

1.2.6 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)).

1.2.7 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.

1.2.8 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.

1.2.9 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.

1.2.10 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 (VPP¹³) en utilisant une stratégie comprenant jusqu'à trois cycles de 200 compressions continues avec insufflation passive en ventilation auxiliaire.

1.2.11 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**).

¹³ VPP : Ventilation en Pression Positive

1.2.12 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).

1.2.13 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. **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 inconscientes 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 SMU¹⁴, **ne doivent pas être retardées par l'administration de naloxone.**

¹⁴ SMU : Système Médicale d'Urgence

1.2.14 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.

1.2.15 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.

1.2.16 DÉBRIEFINGS À LA FIN D'UNE INTERVENTION COMPORTANT UNE RCR

Les **débriefings** ainsi que le partage de **référence pour suivi du soutien émotionnel** pour secouristes non professionnels, travailleurs de la santé en milieu hospitalier et extrahospitalier après un événement d'arrêt cardiaque peut être bénéfique.

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-B¹⁵ plutôt que A-B-C¹⁶). 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.**

¹⁵ C-A-B : Compressions thoraciques, Airway (Voies respiratoires), Breathing (Ventilations)

¹⁶ 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.

1.3.5 L'ASSISTANCE RESPIRATOIRE PÉDIATRIQUE

Pour les nourrissons et enfants **avec un pouls à plus de 60 BPM** mais comportant une **respiration absente ou un effort respiratoire insuffisant**, il est raisonnable de donner **1 respiration tous les 2 à 3 secondes** (20-30 respirations / min).

1.3.6 L'ASSISTANCE VENTILATOIRE LORS DE LA RCR AVEC UN DISPOSITIF DE PROTECTION DES VOIES AÉRIENNE AVANCÉE

Lors de la pratique de la RCR chez les nourrissons et les enfants **comportant un dispositif de protection des voies aériennes avancée**, cela peut être raisonnable pour cibler une plage de fréquence respiratoire de **1 respiration toutes les 2 à 3 secondes** (20-30 / min), en tenant compte de l'âge et état clinique. Faire attention à ne pas excéder ces recommandations car une fréquence ventilatoire trop rapide peut compromettre l'hémodynamie de la victime

1.3.7 SURDOSE D'OPIOÏDES

Pour les **enfants victime d'arrêt respiratoire**, la **respiration artificielle** ou la **ventilation au ballon-masque** doit être **maintenu jusqu'au retour d'une respiration spontanée** et standard. Les mesures doivent se poursuivre si le retour la respiration spontanée ne se produit pas.

Pour un **enfant** ou l'on **suspecte une surdose d'opioïdes**, comportant **pouls** défini **supérieur à 60BPM**, mais comportant une **respiration anormale** ou haletant (c.-à-d. un arrêt respiratoire), en plus de **fournir une assistance ventilatoire**, il est raisonnable pour les intervenants d'**administrer de la naloxone** intramusculaire ou intranasale.

Pour un **enfant** ou l'on **suspecte une surdose d'opioïdes**, comportant **pouls inférieur à 60BPM ou une absence de pouls** et comportant une **respiration anormale** ou haletant (c.-à-d. un arrêt respiratoire), en plus de **fournir des manœuvres de RCR**, il est raisonnable pour les intervenants d'**administrer de la naloxone** intramusculaire ou intranasale.

1.4 FORMATS D'APPRENTISSAGE MIXTE

Une éducation efficace est un élément dans l'amélioration des résultats de survie cas d'arrêt cardiaque. Sans la présence d'un enseignement dit efficace, les secouristes et professionnels de la santé auraient du mal à appliquer la science soutenant la base du traitement de l'arrêt cardiaque (la RCR). **Une conception pédagogique fondée sur des données probantes est essentielle pour les secouristes et les professionnels de la santé afin d'améliorer leurs performances et leurs résultats liés au traitement de l'arrêt cardio-respiratoire.**

Le recours à la pratique afin de maîtriser l'apprentissage des techniques de réanimations soutenue tout au long de la formation **peut améliorer l'acquisition des compétences. La répétition, la pratique incluant un outil de retour d'information ainsi qu'une note standard minimale de passage, favorise grandement la maîtrise de l'apprentissage et de l'intégration.**

Les formations d'appoint devraient être ajoutées aux formations d'apprentissage basé sur des cours traditionnels pour aider à conserver les compétences en RCR.

Une formation en plusieurs sessions (c.-à-d. espacées apprentissage) **est préférable à une formation dites traditionnels** soit en classe ou la matière y est enseignée en une seule session, à condition que les étudiants puissent assister à toutes les sessions

Pour les secouristes ou les professionnels de la santé, **une formation autodidacte**, seule ou en combinaison avec une formation dirigée par un instructeur, **est recommandée pour améliorer la volonté et la capacité de pratiquer la RCR.** Une plus grande utilisation de la formation autodirigée peut éliminer un obstacle à une formation plus étendue des secouristes en matière de RCR.

Les enfants en âge de fréquenter l'école primaire et secondaire devraient être formés à la réanimation cardio-respiratoire de haute qualité.

La réalité virtuelle, qui consiste à utiliser une interface informatique pour créer un environnement immersif, et l'apprentissage par le jeu, qui est un jeu et une compétition avec d'autres étudiants, **peuvent être intégrés dans la formation en réanimation des secouristes et des professionnels de la santé.**

Les secouristes devraient recevoir une formation sur la manière de répondre aux victimes d'overdose d'opiacés, y compris l'administration de naloxone.

L'utilisation de l'apprentissage par le jeu et de la réalité virtuelle peut être envisagée pour la formation de base ou avancée en réanimation pour les sauveteurs non professionnels et/ou les prestataires de soins de santé.

Il est raisonnable d'accroître la volonté de la population de pratiquer la RCR en effectuant uniquement des compressions thoraciques. Pour ce faire, il est raisonnable de former la population à la RCR, d'augmenter les initiatives de sensibilisation à la RCR ainsi que de promouvoir la RCR en effectuant uniquement des compressions thoraciques.

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 SIR¹⁷ 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.

¹⁷ 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 LE DÉGAGEMENT DES VOIES RESPIRATOIRES (DVR)

2.2.1 LA DVR CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT

Les méthodes d'enseignement préconisant **les poussées abdominales ou thoraciques**, les tapes dans le dos ou ces deux techniques peuvent être utilisées. **Il est possible d'utiliser plus d'une technique lors des méthodes de désobstruction.** Sur le plan de l'efficacité, les poussées abdominales ou thoraciques ainsi que les tapes dans le dos sont toutes des techniques équivalentes sur le plan de l'efficacité.

2.3 LES PREMIERS SOINS MÉDICAUX

2.3.1 L'UTILISATION DE BRONCHODILATEURS 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.

2.3.2 DÉPISTAGE DE L'AVC

On recommande l'utilisation d'un système d'évaluation de l'AVC¹⁸ 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 VITE¹⁹ (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.**

2.3.3 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

¹⁸ AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

¹⁹ VITE : Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence

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.**

2.3.4 DOULEUR THORACIQUE

En attendant l'arrivée des services d'urgence, les secouristes **peuvent encourager les adultes alertes souffrant de douleurs thoraciques non traumatiques à mâcher et à avaler de l'aspirine (160 à 325mg), sauf** si la personne souffrant de douleurs a une **allergie connue à l'aspirine ou si un prestataire de soins lui a conseillé de ne pas prendre d'aspirine.**

2.3.5 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.

2.4 LES PREMIERS SOINS TRAUMATIQUES

2.4.1 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 (PLS²⁰). Peu de preuves semblent indiquer qu'une autre position latérale de sécurité aurait un avantage supérieur pour un individu inconscient et respirant normalement.

2.4.2 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.**

2.4.3 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.**

2.4.4 L'UTILISATION D'UN GARROT

Un garrot de type militaire (commercial) doit être utilisé comme thérapie de première ligne pour les hémorragies des membres comportant un saignement pouvant porter atteinte à la vie de la victime et doit être placé dès que possible après la blessure.

Si un garrot de type militaire (commercial) n'est pas immédiatement disponible, ou si un garrot de fortune correctement appliqué ne parvient pas à arrêter le saignement, une pression manuelle directe, avec l'utilisation d'un pansement hémostatique si disponible, doit être utilisée pour traiter les saignements des extrémités qui mettent la vie en danger.

Pour les personnes présentant une hémorragie externe potentiellement mortelle, une pression manuelle directe doit être appliquée pour obtenir l'arrêt initial de l'hémorragie pour les blessures qui ne se prêtent pas à un garrot de type militaire (commercial) ou lorsqu'un garrot de fortune n'est pas immédiatement disponible.

²⁰ PLS : Position Latéral de Sécurité

Si un pansement hémostatique est disponible, il peut être utile comme thérapie d'appoint pour diriger la pression manuelle pour le traitement d'une hémorragie externe mettant la vie en danger.

2.4.5 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.

2.4.6 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.

2.4.7 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.

2.4.8 LA RESTRICTION DU MOUVEMENT DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET CERVICALE

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

2.4.9 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.

2.4.10 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.

2.4.11 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.

2.4.12 LES PANSEMENTS HUMIDES PAR RAPPORT AUX PANSEMENTS SECS POUR BRÛLURES

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

2.4.13 Techniques de refroidissement pour l'hyperthermie et les coups de chaleur

Pour les adultes et les enfants **souffrant d'hyperthermie** à l'effort **ou de coup de chaleur**, les secouristes doivent **éloigner la personne de l'environnement chaud, enlever les vêtements en trop, limiter l'effort** et activer les services d'urgence.

Pour les adultes souffrant d'hyperthermie à l'effort ou de coup de chaleur, il est raisonnable de déclencher immédiatement un refroidissement actif en utilisant des techniques d'immersion du corps entier (couché) dans l'eau froide (1°C à 26°C [33,8°F à 78,8°F]), lorsque cela est sûr, jusqu'à ce que la température du corps soit inférieure à 39°C (102,2°F) ou que les symptômes neurologiques disparaissent.

Pour les adultes souffrant d'hyperthermie ou de coup de chaleur à l'effort, il peut être raisonnable de recourir à d'autres formes de refroidissement actif, notamment les packs de glace commerciaux, les douches froides, les glaces et les serviettes, les gilets et vestes réfrigérants, l'évaporation, la ventilation ou une combinaison de techniques lorsque l'immersion dans l'eau n'est pas possible.

Pour les enfants souffrant d'hyperthermie à l'effort ou de coup de chaleur, il peut être raisonnable de déclencher immédiatement un refroidissement actif en utilisant des techniques d'immersion du corps entier (couché) dans l'eau froide (1°C à 26°C [33,8°F à 78,8°F]), lorsque cela est sans danger, jusqu'à ce que la température corporelle centrale soit inférieure à 39°C (102,2°F) ou que les symptômes neurologiques disparaissent.

Pour les enfants souffrant d'hyperthermie ou de coup de chaleur, il peut être raisonnable de mettre en place d'autres formes de refroidissement actif, notamment des packs de glace commerciaux, des douches froides, des glaces et des serviettes, des gilets et des vestes réfrigérants, l'évaporation, la ventilation ou une combinaison lorsque l'immersion dans l'eau n'est pas possible.

3 RÉFÉRENCES

3.1 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

3.1.1 https://www.ahajournals.org/toc/circ/142/16_suppl_2

3.2 Part 1: Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

3.2.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000918>

3.3 Part 2: Evidence Evaluation and Guidelines Development: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

3.3.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000898>

3.4 Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

3.4.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000916>

3.5 Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

3.5.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000901>

3.6 Part 5: Neonatal Resuscitation: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

3.6.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000902>

3.7 Part 6: Resuscitation Education Science: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

3.7.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000903>

3.8 Part 7: Systems of Care: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

3.8.1 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000899>

3.9 2020 Highlights - Guidelines for CPR & ECC

3.9.1 https://heartandstroke.my.salesforce.com/sfc/p/#A0000000BYzl/a/2K000003BANo/8.4yscv4fAnC2teMm3Y8fnNZIjICUf_W6pDIb.RKNyk

3.9.2 https://cpr.heartandstroke.ca/s/article/2020-Guidelines?language=en_US