



LIGNES DIRECTRICES
CANADIENNES SUR
LA RÉANIMATION

2025



Cœur
+AVC^{MC}

APERÇU DES POINTS SAILLANTS

- 1 ÉTHIQUE
- 2 SYSTÈMES DE SOINS
- 3 RÉANIMATION NÉONATALE
- 4 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION PÉDIATRIQUE
- 5 SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION CHEZ L'ADULTE
- 6 SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION PÉDIATRIQUE
- 7 SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION CHEZ L'ADULTE
- 8 SOINS POST-ARRÊT CARDIAQUE
- 9 CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES
- 10 ÉDUCATION

1. Éthique

Le chapitre des lignes directrices de 2025 sur l'éthique

- fournit une analyse narrative axée sur l'éthique, avec suffisamment de détails pour permettre aux lecteurs d'explorer les enjeux les plus courants dans ce domaine;
- tient compte de multiples cadres éthiques et confirme, en raison d'un consensus prépondérant d'experts et de chercheurs, la nécessité pour les professionnels de la santé et les organisations de s'attaquer activement aux inégalités associées aux déterminants sociaux de la santé, afin d'éliminer les disparités qui en résultent dans les soins d'urgence cardiovasculaire et en cas d'arrêt cardiaque;
- examine les nombreuses complexités de la réanimation, notamment l'incapacité du patient à participer à la prise de décisions et les défis relatifs à l'âge (des nouveau-nés aux personnes âgées), et prend en considération les effets à long terme de la RCR sur les patients, les familles et les professionnels de la santé.

Le groupe de rédaction a effectué une série exhaustive d'examen structuré des publications. L'ensemble de ce chapitre est nouveau par rapport au contenu des lignes directrices précédentes. Cela dit, les considérations éthiques sous-jacentes correspondent en grande partie à celles qui ont orienté la version antérieure des lignes directrices.

2. Systèmes de soins

Algorithmes et aides visuelles

Une seule chaîne de survie doit s'appliquer chez les adultes et les enfants qui subissent un arrêt cardiaque à l'hôpital (ACH) ou un arrêt cardiaque extrahospitalier (ACEH). En créant cette chaîne, on reconnaît qu'avant l'arrêt cardiaque, la prévention et la préparation permettent à la fois d'éviter et d'optimiser les soins en réanimation.

Prévention de l'ACH

La mise en place de breffages sur la sécurité peut être efficace pour accroître la conscience situationnelle et atténuer la détérioration de l'état de patients hospitalisés à risque élevé, et ainsi réduire le taux d'arrêts cardiaques.

Accès du public à la naloxone

Les politiques publiques doivent permettre la possession et l'utilisation de la naloxone et protéger sur les plans civil et pénal les secouristes non professionnels qui en administrent de bonne foi.

Les programmes de distribution de naloxone peuvent être bénéfiques pour en accroître la disponibilité chez les secouristes non professionnels et réduire la mortalité associée aux surdoses d'opioïdes.

Initiatives communautaires permettant aux secouristes non professionnels de mieux intervenir en cas d'ACEH

La mise en oeuvre d'un ensemble d'initiatives communautaires est une stratégie justifiée afin de permettre aux secouristes non professionnels de mieux intervenir en cas d'ACEH.

L'augmentation de l'offre de formations dirigées par un instructeur dans les communautés peut être efficace pour aider les secouristes non professionnels à mieux intervenir en cas d'ACEH.

Des campagnes médiatiques grand public peuvent être envisagées afin de promouvoir l'apprentissage des techniques de RCR dans toutes les populations.

Il peut être justifié pour les communautés de mettre en oeuvre des politiques exigeant l'obtention d'un certificat en RCR dans la population générale.

Débreffage clinique

L'intégration de débreffages immédiats et différés est justifiée et pourrait permettre d'explorer différentes possibilités d'amélioration du système.

Composition de l'équipe de prise en charge de l'ACEH

La présence d'un clinicien spécialisé en soins avancés en réanimation pendant la réanimation d'une personne soupçonnée d'avoir subi un ACEH peut s'avérer bénéfique.

Il est justifié de s'assurer que les équipes des services médicaux d'urgence (SMU) comptent suffisamment de membres pour accomplir les tâches distinctes qui leur sont attribuées.

Composition des équipes d'intervention d'urgence en milieu hospitalier

Les équipes d'intervention d'urgence en milieu hospitalier doivent être composées de membres ayant reçu une formation en soins avancés en réanimation.

Des équipes d'intervention d'urgence attitrées, composées de membres dont les rôles sont clairement définis et ayant diverses expertises et une formation adéquate intégrant les simulations, peuvent contribuer à l'amélioration de l'état des patients à la suite d'un ACH.

Réanimation sur place en cas d'ACEH

Les SMU doivent être prêts à mettre fin à la réanimation sur place; pour ce faire, le personnel des SMU doit recevoir une formation sur l'annonce du décès.

En l'absence de circonstances particulières, il peut être bénéfique de donner la priorité à la réanimation sur place axée sur le RCS avant le début du transport chez la plupart des adultes et des enfants ayant subi un ACEH.

Systèmes de soins liés à l'ECMO durant la RCR

Dans les centres qui ont un programme d'ECMO durant la RCR, il est justifié de développer et de réévaluer souvent les critères de sélection des personnes ayant subi un arrêt cardiaque afin de maximiser leur chance de survie, d'assurer un accès équitable au programme et de limiter les interventions futiles.

Il est justifié que les cliniciens qui pratiquent la canulation périphérique aux fins de l'ECMO durant la RCR chez l'adulte soient expérimentés en ce qui a trait à la technique percutanée.

Un système régional de l'ECMO durant la RCR est justifié pour optimiser les résultats et l'utilisation des ressources.

On peut envisager le transport rapide d'adultes subissant un ACEH aux fins de l'ECMO durant la RCR dans un nombre limité de cas très particuliers.

Don d'organes

Les établissements doivent mettre en place des systèmes de soins visant à faciliter et à évaluer le don d'organes après un arrêt cardiaque, conformément aux exigences juridiques et réglementaires locales.

Amélioration du rétablissement après un arrêt cardiaque

Il est probable que le rétablissement et les résultats fonctionnels à long terme des personnes ayant survécu à un arrêt cardiaque s'améliorent avec la mise en place de systèmes intégrés dans lesquels l'on évalue l'état de ces personnes avant leur congé; l'on réévalue leurs besoins après le congé; et l'on répond à ces besoins de manière continue pendant leur rétablissement.

3. Réanimation néonatale

Algorithmes et aides visuelles

L'algorithme de réanimation néonatale a été mis à jour pour souligner l'importance de la prise en charge du cordon ombilical à la naissance. Le tableau de la saturation en oxygène cible commence à 2 minutes puisque la saturation en oxygène à 1 minute n'est pas systématiquement obtenue en raison du clampage du cordon retardé de 60 secondes ou plus. Il est recommandé d'effectuer un monitoring cardiaque avec électrocardiogramme avant les compressions thoraciques.

L'évolution de l'état des nouveau-nés dépend du contexte général dans lequel se déroule la réanimation néonatale, y compris les systèmes de soins avant, pendant et après la naissance. La chaîne de soins du nouveau-né fournit un cadre tenant compte des éléments essentiels du système de santé pour améliorer la santé des nouveau-nés.

Prise en charge du cordon ombilical

Chez les nouveau-nés à terme qui n'ont pas besoin d'une réanimation immédiate, le clampage du cordon retardé d'au moins 60 secondes peut être bénéfique comparativement au clampage immédiat.

Chez les nouveau-nés à terme ou peu prématurés (âge gestationnel de 35 semaines ou plus) qui ne sont pas vigoureux, la traite du cordon intact peut être justifiée comparativement au clampage immédiat du cordon.

Chez les nourrissons nés à moins de 37 semaines de grossesse qui n'ont pas besoin de réanimation immédiate, il est recommandé de retarder le clampage du cordon d'au moins 60 secondes plutôt que d'effectuer un clampage immédiat.

Ventilation et ventilation en pression positive continue

Chez les nouveau-nés, une pression de ventilation maximale initiale de 20 à 30 cm d'H₂O est justifiée; il est possible d'ajuster la pression de ventilation maximale pour assurer une ventilation efficace.

Il est justifié d'effectuer une ventilation à une fréquence de 30 à 60 insufflations/min chez les nouveau-nés.

La vidéolaryngoscopie peut être utile chez les nouveau-nés qui ont besoin d'une intubation endotrachéale.

L'utilisation d'un masque laryngé au lieu de l'intubation endotrachéale est justifiée chez les nourrissons nés à 34 semaines et 0/7 jour de grossesse ou plus tard lorsque la ventilation avec masque facial est infructueuse.

Il peut être justifié d'utiliser en premier un masque laryngé pour effectuer la ventilation au lieu d'un masque facial chez les nourrissons nés à 34 semaines et 0/7 jour de grossesse ou plus tard.

Oxygène

Un oxymètre de pouls doit être mis en place dès que possible chez les nouveau-nés recevant une assistance respiratoire ou de l'oxygène d'appoint.

Chez les nourrissons prématurés nés à moins de 32 semaines de grossesse et recevant une assistance respiratoire à la naissance, il peut être justifié de commencer avec une concentration d'oxygène de 30 à 100 %.

Compressions thoraciques

Il peut être justifié d'effectuer les compressions thoraciques sur le tiers inférieur du sternum chez les nouveau-nés, en prenant soin de positionner les mains au-dessus de l'appendice xiphoïde.

Il peut être justifié de changer de secouriste chargé des compressions toutes les 2 à 5 minutes lors des compressions thoraciques chez les nouveau-nés, de même que pendant l'évaluation de la fréquence cardiaque.

4. Soins immédiats en réanimation pédiatrique

Composantes d'une RCR de haute qualité

Chez les nourrissons et les enfants en arrêt cardiaque, il faut réduire le plus possible les interruptions de la RCR; toute interruption des compressions thoraciques doit durer moins de 10 secondes.

Séquence de réanimation

Chez les nourrissons, les secouristes doivent effectuer des compressions sur le sternum avec le talon d'une main ou en utilisant la technique d'encerclement du thorax à deux mains avec appui des deux pouces. S'il est physiquement impossible d'encercler le thorax, il est recommandé de le comprimer avec le talon d'une main.

Obstruction des voies aériennes par un corps étranger

En cas d'obstruction grave des voies aériennes par un corps étranger chez un enfant, il faut effectuer des cycles de cinq tapes dans le dos et de cinq poussées abdominales en alternance jusqu'à ce que l'objet soit expulsé ou que l'enfant perde conscience.

En cas d'obstruction grave des voies aériennes par un corps étranger chez le nourrisson, il faut effectuer des cycles de cinq tapes dans le dos et de cinq poussées thoraciques en alternance jusqu'à ce que l'objet soit expulsé ou que le nourrisson perde conscience.

5. Soins immédiats en réanimation chez l'adulte

Algorithmes et aides visuelles

L'algorithme des soins immédiats en réanimation (SIR) destiné aux professionnels de la santé a été mis à jour pour illustrer le rôle des antagonistes des opioïdes (p. ex. naloxone) dans les cas soupçonnés de surdose d'opioïdes chez une personne en arrêt respiratoire ou cardiaque.

Un nouvel algorithme de prise en charge de l'obstruction des voies aériennes par un corps étranger chez l'adulte a été ajouté pour présenter la méthode des tapes dans le dos comme manoeuvre initiale, suivies des poussées abdominales. Les secouristes doivent appeler les SMU en cas d'obstruction grave, car si la personne perd conscience, un arrêt cardiaque peut rapidement survenir.

Prise en charge des voies aériennes

S'il est impossible d'ouvrir les voies aériennes par subluxation mandibulaire et insertion d'un dispositif de ventilation auxiliaire chez un adulte ayant subi un traumatisme crânien ou cervical, les secouristes formés doivent utiliser la technique de bascule de la tête avec soulèvement du menton.

Ventilation

Lors de la ventilation d'un adulte en arrêt cardiaque, il est justifié d'administrer un volume courant suffisant pour produire un soulèvement thoracique visible.

Lors de l'administration d'insufflations à des adultes en arrêt cardiaque, les secouristes doivent éviter de provoquer une hypoventilation (trop peu d'insufflations ou volume trop faible) ou une hyperventilation (trop d'insufflations ou volume trop important).

Rapport compressions-insufflations

Il est justifié pour les secouristes non professionnels et les professionnels de la santé de pratiquer la RCR avec des cycles de 30 compressions suivies de 2 insufflations avant la mise en place d'un dispositif de libération des voies aériennes (p. ex. dispositif d'intubation supralaryngée ou sonde endotrachéale).

Électrodes de défibrillation

Lorsqu'on applique des électrodes de défibrillation chez une adulte en arrêt cardiaque, il peut être justifié de déplacer le soutien-gorge au lieu de l'enlever.

RCR chez les adultes atteints d'obésité

La RCR doit être pratiquée en utilisant la même technique tant chez les adultes atteints d'obésité en arrêt cardiaque que chez les personnes non atteintes d'obésité.

Autres techniques de RCR

L'utilisation systématique de dispositifs de RCR mécanique n'est pas recommandée chez l'adulte en arrêt cardiaque.

En cas d'arrêt cardiaque chez l'adulte, l'utilisation de dispositifs de RCR mécanique peut être envisagée dans des contextes particuliers où l'administration de compressions manuelles de haute qualité peut s'avérer difficile ou dangereuse pour les professionnels de la santé, à condition de limiter les interruptions de la RCR pendant la mise en place et le retrait de l'appareil.

Obstruction des voies aériennes par un corps étranger

En cas d'obstruction grave des voies aériennes par un corps étranger chez l'adulte, il faut effectuer des cycles de cinq tapes dans le dos suivies de cinq poussées abdominales jusqu'à ce que l'objet soit expulsé ou que la personne perde conscience.

6. Soins avancés en réanimation pédiatrique

Administration de médicaments pendant l'arrêt cardiaque

Chez les nourrissons et les enfants en arrêt cardiaque dont le rythme initial ne se prête pas à la défibrillation, il est justifié d'administrer la dose initiale d'épinéphrine le plus tôt possible.

Mesure des paramètres physiologiques pendant la RCR

Chez les nourrissons et les enfants qui font l'objet d'une prise en charge invasive des voies aériennes pendant la RCR, on peut envisager la mesure de la concentration de dioxyde de carbone en fin d'expiration (ETCO₂) pour surveiller la qualité de la RCR.

Une valeur seuil particulière de l'ETCO₂ ne doit pas être utilisée seule pour décider de mettre fin à une tentative de réanimation chez les nourrissons et les enfants.

Chez les nourrissons et les enfants qui font l'objet d'une surveillance invasive et continue de la pression artérielle pendant la RCR, il peut être justifié pour les professionnels de la santé de viser une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 25 mm Hg chez les nourrissons et supérieure ou égale à 30 mm Hg chez les enfants âgés d'un an ou plus.

Traitement de la tachycardie supraventriculaire avec pouls

Chez les nourrissons et les enfants présentant une tachycardie supraventriculaire et une atteinte cardiopulmonaire qui ne réagissent pas aux manoeuvres vagales, à l'adénosine et à la cardioversion électrique synchronisée, et pour lesquels il

est impossible de consulter un spécialiste, il peut être justifié d'envisager l'administration de procainamide, d'amiodarone ou de sotalol par voie intraveineuse (IV). REMARQUE : Le sotalol à administrer par voie IV n'est pas accessible au Canada.

Prise en charge post-arrêt cardiaque

Après un arrêt cardiaque chez les nourrissons et les enfants, on recommande de maintenir une pression artérielle systolique et moyenne supérieure au 10^e percentile pour l'âge.

Établissement d'un pronostic après un arrêt cardiaque

On recommande aux professionnels de la santé de tenir compte de plusieurs modalités pour prédire l'issue neurologique (favorable ou défavorable après la réanimation de nourrissons et d'enfants ayant subi un arrêt cardiaque).

L'utilité de la toux, du réflexe nauséeux ou de la réaction à la douleur pour étayer un pronostic neurologique favorable ou défavorable, quel que soit le moment après un arrêt cardiaque, chez les nourrissons et les enfants n'est pas bien établie.

Il est justifié d'utiliser l'électroencéphalographie (EEG), lorsqu'elle est interprétée dans le contexte d'autres critères pronostiques, jusqu'à 72 heures après l'arrêt cardiaque chez les nourrissons et les enfants pour étayer un pronostic neurologique favorable ou défavorable.

Rétablissement et survie après un arrêt cardiaque

Il est justifié d'évaluer les besoins physiques, cognitifs et émotionnels des nourrissons et des enfants qui survivent à un arrêt cardiaque afin d'orienter le suivi au cours de la première année qui suit.

7. Soins avancés en réanimation chez l'adulte

Algorithmes et aides visuelles

L'algorithme d'arrêt de la réanimation a été mis à jour pour tenir compte des SIR et des règles universelles en matière d'arrêt de la réanimation. On a ajouté un algorithme actualisé de prise en charge de la bradycardie chez les adultes ayant un pouls.

Défibrillation par changement de vecteur et double défibrillation séquentielle

On n'a pas établi l'utilité de la défibrillation par changement de vecteur chez les adultes en arrêt cardiaque présentant une fibrillation ventriculaire persistante ou une tachycardie ventriculaire sans pouls après trois décharges consécutives ou plus.

On n'a pas établi l'utilité de la double défibrillation séquentielle chez les adultes en arrêt cardiaque présentant une fibrillation ventriculaire persistante ou une tachycardie ventriculaire sans pouls après trois décharges consécutives ou plus.

Accès vasculaire initial

On recommande aux professionnels de la santé d'essayer d'abord d'établir un accès IV pour l'administration de médicaments chez l'adulte en arrêt cardiaque.

L'accès intra-osseux (IO) est justifié si les premières tentatives d'accès IV sont infructueuses ou impossibles chez des adultes en arrêt cardiaque.

Vasopresseurs

En ce qui a trait à la détermination du bon moment pour l'administration du traitement lorsqu'il s'agit d'un arrêt cardiaque avec un rythme se prêtant à la défibrillation, il est justifié d'administrer de l'épinéphrine après l'échec des tentatives de défibrillation initiales.

La vasopressine employée seule ou en association avec l'épinéphrine n'offre aucun avantage comme substitut à l'épinéphrine chez l'adulte en arrêt cardiaque.

Médicaments autres que des vasopresseurs

Chez les adultes en arrêt cardiaque, les bienfaits des β -bloquants, du brétylium, de la procainamide ou du sotalol sont incertains dans les cas de fibrillation ventriculaire ou de tachycardie ventriculaire sans pouls sur lesquels la défibrillation n'a pas l'effet escompté.

Dispositifs auxiliaires à la RCR

La RCR avec dispositif de soulèvement de la tête chez les adultes en arrêt cardiaque n'est pas recommandée, sauf dans le cadre d'essais cliniques.

Mesures d'arrêt de la réanimation

Dans un système de SMU à paliers composés à la fois de professionnels des soins avancés en réanimation (SAR) et de professionnels des SIR, il est justifié d'utiliser la règle universelle en matière d'arrêt de la réanimation chez les adultes ayant subi un ACEH.

Tachycardie à complexes larges

On recommande la cardioversion synchronisée pour le traitement en phase aiguë des adultes présentant une tachycardie à complexes larges avec instabilité hémodynamique.

La cardioversion synchronisée est recommandée pour le traitement en phase aiguë des adultes présentant une tachycardie à complexes larges et dont l'état est stable sur le plan hémodynamique lorsque les manœuvres vagales et le traitement pharmacologique sont inefficaces ou contre-indiqués.

Fibrillation ou flutter auriculaires avec réponse ventriculaire rapide

Pour le traitement de la fibrillation auriculaire chez l'adulte par cardioversion synchronisée au moyen d'un défibrillateur à ondes biphasiques actuellement homologué aux États-Unis, il est justifié de régler l'énergie initiale à au moins 200 J et de l'augmenter si la décharge n'a pas l'effet escompté (selon le défibrillateur biphasique utilisé). Au Canada, tous les défibrillateurs (y compris les défibrillateurs externes automatisés [DEA]) doivent figurer sur la liste des instruments médicaux homologués en vigueur (MDALL) avant de pouvoir être vendus ou importés légalement.

L'utilité de la double cardioversion synchronisée comme stratégie de traitement initiale d'une fibrillation auriculaire chez l'adulte est incertaine.

Pour le traitement du flutter auriculaire chez l'adulte par cardioversion synchronisée, il peut être justifié d'utiliser une énergie initiale de 200 J et de l'augmenter si la décharge n'a pas l'effet escompté, selon le défibrillateur biphasique utilisé.

Prise en charge initiale de la bradycardie

Chez les adultes présentant une bradycardie persistante, instable sur le plan hémodynamique et réfractaire au traitement médical, une stimulation transveineuse temporaire est justifiée pour augmenter la fréquence cardiaque et atténuer les symptômes.

8. Soins post-arrêt cardiaque

Algorithmes et aides visuelles

Le pronostic neurologique est un élément clé des soins post-arrêt cardiaque, qui vise à assurer l'utilisation appropriée des ressources, l'arrêt du traitement de maintien des fonctions vitales et l'optimisation des résultats pour les patients. L'algorithme des soins post-arrêt cardiaque chez l'adulte a été mis à jour pour tenir compte des nouvelles connaissances scientifiques dans ce domaine.

Pression artérielle chez l'adulte après un arrêt cardiaque

L'hypotension doit être évitée chez l'adulte après le RCS en maintenant une pression artérielle moyenne minimale d'au moins 65 mm Hg.

Études de diagnostic chez l'adulte après un arrêt cardiaque

Il peut être justifié d'effectuer un examen par tomodensitométrie de la tête au bassin chez l'adulte après le RCS afin de trouver la cause de l'arrêt cardiaque et de vérifier la présence de complications liées à la réanimation.

Il peut être justifié d'effectuer une échocardiographie ou une échographie cardiaque au point d'intervention chez l'adulte après le RCS afin de cerner les diagnostics cliniquement significatifs nécessitant une intervention.

Contrôle de la température chez l'adulte après un arrêt cardiaque

Il est justifié de contrôler la température pendant au moins 36 heures chez les adultes qui ne réagissent pas aux directives verbales après le RCS.

Intervention coronarienne percutanée chez l'adulte après un arrêt cardiaque

La coronarographie est recommandée avant la sortie de l'hôpital chez les adultes ayant survécu à un arrêt cardiaque qu'on soupçonne d'avoir été causé par un problème cardiaque, en particulier en présence d'un rythme initial se prêtant à la défibrillation, d'une dysfonction systolique ventriculaire gauche inexpliquée ou de signes d'ischémie myocardique grave.

Assistance circulatoire mécanique temporaire chez l'adulte après un arrêt cardiaque

Chez des adultes rigoureusement sélectionnés qui présentent un choc cardiogénique réfractaire après un arrêt cardiaque et un RCS, on peut envisager une assistance circulatoire mécanique temporaire.

Diagnostic et prise en charge de la myoclonie chez l'adulte après un arrêt cardiaque

Le traitement visant à supprimer la myoclonie sans corrélation avec l'EEG n'est pas recommandé chez les adultes ayant survécu à un arrêt cardiaque.

Pronostic neurologique

Il peut être justifié d'envisager un pronostic neurologique favorable chez les adultes qui restent dans un état comateux après le RCS si aucune décharge n'a été observée durant la surveillance par EEG en continu dans les 72 heures suivant l'arrêt cardiaque, lorsque cette surveillance s'accompagne d'autres examens pronostiques.

Rétablissement et survie après un arrêt cardiaque

On recommande que les personnes ayant survécu à un arrêt cardiaque et leurs aidants fassent l'objet d'une évaluation structurée et d'un traitement ou d'une orientation vers un service de consultation en matière de détresse émotionnelle après la stabilisation médicale et avant la sortie de l'hôpital.

9. Arrêt cardiaque dû à des circonstances particulières

Exacerbation de l'asthme mettant la vie en danger

Il peut être justifié de recourir à l'assistance respiratoire extracorporelle chez les adultes et les enfants atteints d'asthme mettant la vie en danger et réfractaire aux traitements standard.

On peut envisager l'administration d'anesthésiques volatils chez les adultes et les enfants atteints d'asthme mettant la vie en danger et réfractaire aux traitements standard.

Hyperkaliémie mettant la vie en danger

L'efficacité de l'administration de calcium par voie IV chez les adultes et les enfants en arrêt cardiaque en raison d'une hyperkaliémie présumée n'est pas bien établie.

Hypothermie mettant la vie en danger

Il est justifié d'utiliser des scores pronostiques pour guider la décision d'utiliser un dispositif d'assistance respiratoire extracorporelle pendant le réchauffement des adultes et des enfants hypothermiques en arrêt cardiaque.

Il peut être justifié de réchauffer les adultes et les enfants qui sont en hypothermie environnementale grave (température centrale < 28 °C [84 °F]), mais qui ne sont pas en arrêt cardiaque, en utilisant un dispositif d'assistance respiratoire extracorporelle.

Hyperthermie mettant la vie en danger

Il est justifié de préférer l'immersion dans l'eau glacée (de 1 à 5 °C [33,8 à 41 °F]) aux autres méthodes de refroidissement chez les adultes et les enfants en hyperthermie mettant la vie en danger.

Il est justifié de refroidir les adultes et les enfants en hyperthermie mettant la vie en danger aussi rapidement que possible, en diminuant la température d'au moins 0,15 °C/min (0,27 °F/min).

Dispositifs d'assistance ventriculaire gauche

Chez les adultes et les enfants inconscients porteurs d'un dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) à long terme et dont la perfusion est réduite, il convient de pratiquer des compressions thoraciques.

Chez les adultes et les enfants inconscients porteurs d'un DAVG à long terme et dont la perfusion est réduite, il peut être justifié de commencer immédiatement les compressions thoraciques tout en évaluant les causes réversibles liées au dispositif.

Arrêt cardiaque pendant la grossesse

La préparation de l'hystérotomie de réanimation chez une patiente enceinte en arrêt cardiaque doit commencer dès la reconnaissance de l'arrêt cardiaque, l'objectif étant d'effectuer l'accouchement dans les 5 minutes.

Il est justifié de recourir à l'ECMO durant la RCR chez les patientes enceintes ou en péripartum qui sont en arrêt cardiaque et qui ne répondent pas à la réanimation standard.

Un protocole de transfusion massive et une stratégie de transfusion équilibrée doivent être utilisés lorsque l'on soupçonne la présence d'une embolie de liquide amniotique mettant la vie en danger chez des patientes en péripartum.

Toxicologie : Surdose d'opioïdes

Pour les secouristes non professionnels et les secouristes formés, l'administration d'un antagoniste des opioïdes peut être justifiée chez les adultes et les enfants en arrêt cardiaque dû à une surdose d'opioïdes présumée, à condition que l'administration de cet agent (p. ex. la naloxone) ne nuise pas à la réanimation standard, notamment une RCR de haute qualité avec insufflations.

Les adultes et les enfants faisant l'objet d'un traitement de surdose d'opioïdes doivent recevoir un antagoniste des opioïdes (p. ex. la naloxone) et des instructions sur son utilisation au moment de leur congé d'un milieu de soins de santé.

10. Données scientifiques relatives à l'éducation

Utilisation de dispositifs de rétroaction pendant la formation sur la RCR

L'utilisation de dispositifs de rétroaction est recommandée pour la formation en RCR des professionnels de la santé.

L'utilisation de dispositifs de rétroaction est recommandée pour la formation en RCR des secouristes non professionnels.

Entraînement volontaire à cycle rapide

Il peut être justifié d'incorporer l'entraînement volontaire à cycle rapide à la formation en SIR ou en SAR des professionnels de la santé.

Formation portant sur le travail d'équipe et le leadership

On recommande de mettre l'accent sur les compétences associées au travail d'équipe lors de la formation des professionnels de la santé sur les soins en réanimation.

Apprentissage ludique

Il peut être justifié d'utiliser des éléments d'apprentissage ludique aux fins de formation en réanimation des professionnels de la santé.

Il peut être justifié d'utiliser des éléments d'apprentissage ludique aux fins d'enseignement de la RCR aux secouristes non professionnels.

Réalité virtuelle et réalité augmentée

Il peut être justifié d'utiliser la réalité virtuelle pour favoriser l'acquisition de connaissances lors de la formation en SIR et en SAR des secouristes non professionnels et des professionnels de la santé.

On peut envisager l'utilisation de la réalité augmentée pour fournir une rétroaction en temps réel sur la RCR lors de la formation en SIR des secouristes non professionnels et des professionnels de la santé.

La réalité virtuelle ne doit pas être utilisée pour enseigner les techniques de RCR aux secouristes non professionnels et aux professionnels de la santé.

Formation sur la surdose d'opioïdes destinée aux secouristes non professionnels

On recommande aux secouristes non professionnels de recevoir une formation sur les étapes de reconnaissance et de traitement initial de l'ACEH associé aux opioïdes.

La méthode optimale de formation des secouristes non professionnels sur la reconnaissance et l'intervention en cas de surdose d'opioïdes n'a pas été établie.

Disparités dans la formation

Il est recommandé d'adapter la formation sur la RCR des secouristes non professionnels en fonction de populations de races et d'origines ethniques particulières ainsi que des quartiers à forte densité de ces populations, et d'intégrer des efforts de sensibilisation dans ces régions.

On recommande d'éliminer les obstacles qui empêchent les secouristes non professionnels d'administrer la RCR aux femmes grâce à une formation et à des efforts de sensibilisation du public.

On recommande d'axer la formation des secouristes non professionnels sur la RCR et les efforts de sensibilisation sur les populations ayant un statut socio-économique précaire et les quartiers où elles résident.

Il est justifié de s'attaquer aux obstacles que rencontrent les communautés isolées sur le plan linguistique en offrant plus de matériel de formation sur la RCR dans diverses langues.

Il est justifié d'envisager des formations sur la RCR à faible coût et de promouvoir un accès sûr à la formation sur la RCR pour les populations et les milieux ayant un statut socio-économique précaire.

Formation sur la RCR destinée aux enfants d'âge scolaire

Il est recommandé de commencer la formation sur la RCR chez les enfants de moins de 12 ans afin d'accroître leur volonté de la pratiquer et leur confiance en soi par la suite.

Objets de rechange pour la formation des secouristes non professionnels sur les compressions thoraciques

L'utilité d'objets de rechange pour la formation des secouristes non professionnels sur les compressions thoraciques, par rapport à un mannequin, n'est pas bien établie.

Débriefage scénarisé

Il peut être justifié pour un instructeur d'utiliser un scénario de débriefage pendant la formation sur la réanimation.

Utilisation d'outils de rappel des connaissances

Il peut être justifié pour les professionnels de la santé d'utiliser des outils de rappel des connaissances pendant la réanimation.

Il n'est pas recommandé aux secouristes non professionnels d'utiliser des outils de rappel des connaissances pendant la réanimation.



rcr.coeuretavc.ca

MC L'icône du cœur et de la / et les mots servant de marque Cœur + AVC sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.