



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

Document de questions et réponses

15 octobre 2015

Q : Quel est le thème dominant de la mise à jour 2015 des lignes directrices en matière de RCR et de SUC?

R : Les changements clés de la mise à jour 2015 des lignes directrices fournissent des conseils pratiques aux témoins, aux répartiteurs et aux communautés afin que ceux-ci puissent améliorer l'efficacité de leur travail d'équipe. Les dernières découvertes scientifiques révèlent qu'une action rapide, une formation de qualité, l'utilisation de la technologie mobile et la coordination des efforts de chacun des intervenants augmentent les chances de survie d'une victime d'arrêt cardiaque.

Les lignes directrices recommandent d'améliorer la formation pour développer de meilleurs systèmes de soins. Chaque personne, des témoins aux fournisseurs de soins, devrait savoir quoi faire à chaque étape d'une urgence cardiovasculaire. Les lignes directrices mettent l'accent sur une culture d'action, qui profite à chacun des membres de la communauté, que ce soit en milieu hospitalier ou extrahospitalier.

Q : Quels sont les changements les plus importants qui ont été apportés aux lignes directrices en matière de RCR et de SUC de 2015?

R : Les recommandations clés comprennent ce qui suit :

- Les éléments universels d'un système de soins ont été déterminés afin de fournir aux intervenants un cadre commun permettant d'assembler des systèmes intégrés de réanimation en cas d'arrêt cardiaque en milieu hospitalier et extrahospitalier.
- De nouvelles chaînes de survie ont été développées pour les arrêts cardiaques en milieu hospitalier et extrahospitalier. Des chaînes de survie différentes qui tiennent compte des parcours de soins sont recommandées pour les patients qui subissent un arrêt cardiaque en milieu hospitalier ou extrahospitalier.
- L'accent est mis sur l'utilisation des technologies mobiles par les témoins pour composer le 9-1-1 le plus rapidement possible et recevoir des directives du répartiteur sur l'administration de la RCR. De plus, l'utilisation des technologies mobiles et des médias sociaux qui notifient les secouristes lorsqu'une personne subit un arrêt cardiaque à proximité peut augmenter le taux de RCR pratiquée par les témoins. Ceux-ci devraient utiliser leur téléphone cellulaire pour composer immédiatement le 9-1-1 et utiliser la fonction mains libres afin que le répartiteur puisse leur expliquer comment vérifier si le patient respire, connaître leur emplacement précis et leur prodiguer les conseils nécessaires pour commencer immédiatement la RCR.
- Les témoins qui ne sont pas formés devraient quand même composer le 9-1-1 et prodiguer la RCR à mains seules ou la RCR sans insufflations, en poussant fort et vite au centre de la poitrine à une fréquence de 100 à 120 compressions par minute. Cependant, si le témoin possède une formation en RCR et est en mesure d'effectuer les ventilations, il devrait les ajouter dans un rapport 30:2 (30 compressions et deux insufflations).
- Les répartiteurs devraient être formés pour être en mesure d'aider les témoins à vérifier si la victime respire et à reconnaître un arrêt cardiaque. Ils devraient aussi savoir que de brèves crises épileptiques généralisées peuvent être un signe précurseur d'arrêt cardiaque.
- Les systèmes de répartition mobiles qui avertissent les secouristes potentiels qu'une victime d'arrêt cardiaque présumé se trouve à proximité peuvent améliorer le taux d'intervention des témoins et raccourcir le délai avant la première compression thoracique. Les communautés pourraient souhaiter instaurer ce service afin d'améliorer la chaîne de survie.



- Les composantes d'une RCR de qualité ont été mises à jour. Elles comprennent la plage suivante de fréquence et de profondeur de compression :
 - Chez les victimes adultes d'arrêt cardiaque, les secouristes devraient pratiquer les compressions thoraciques à une fréquence allant de 100 à 120 compressions par minute et à une profondeur d'au moins 5 cm (adulte moyen) tout en évitant des compressions trop profondes (c.-à-d. d'une profondeur supérieure à 6 cm).
- Les recommandations en matière d'enseignement mettent l'accent sur la formation en réanimation chez les secouristes non professionnels et les fournisseurs de soins de santé. L'accent est mis sur la révision fréquente des habiletés, et l'utilisation de mannequins ou de dispositifs de rétroaction permettra d'optimiser le rendement tant dans l'enseignement que dans la pratique.
- Un nouvel algorithme pour les urgences potentiellement mortelles associées à une prise d'opioïdes qui intègre l'administration de naloxone, la RCR et l'utilisation d'un DEA a été introduit pour les secouristes non professionnels.
- Des mises à jour relatives à la gestion ciblée de la température (GCT, anciennement appelée « hypothermie thérapeutique ») suggèrent une plage de températures acceptables à cibler pendant la période post-arrêt cardiaque.
- La mise à jour 2015 des lignes directrices en matière de RCR et de SUC marque la transition entre l'examen et la publication périodique de nouvelles recommandations fondées sur la science, et un processus plus continu d'évaluation des données probantes et d'optimisation des lignes directrices conçu pour permettre l'application des tout derniers résultats scientifiques dans la pratique des soins en réanimation afin de sauver plus de vies.

Q : Les lignes directrices de 2015 comportent-elles des recommandations pour les témoins?

R : Les lignes directrices confirment que la RCR à mains seules ou la RCR à compressions seules sont des outils très efficaces qui permettent aux témoins de sauver la vie d'une victime d'arrêt cardiaque. Cependant, les nouvelles lignes directrices recommandent aux secouristes qui possèdent une formation en RCR et sont en mesure d'effectuer les ventilations de les ajouter dans un rapport 30:2 (30 compressions et deux insufflations).

Q : Qu'est-ce que le nouveau chapitre sur les systèmes de soins?

R : Cette recommandation souligne que chacun joue un rôle dans la survie d'une victime d'arrêt cardiaque. Les lignes directrices prennent les devants pour encourager les communautés à mettre en œuvre un système de soins universel.

Q : Pourquoi y a-t-il désormais des chaînes de survie différentes pour les arrêts cardiaques en milieu hospitalier et ceux en milieu extrahospitalier?

R : Les lignes directrices de 2015 sont les premières à présenter des recommandations qui reconnaissent qu'il n'y a qu'une façon d'intervenir auprès d'une victime d'arrêt cardiaque. Les soins en réanimation ne sont pas pratiqués de la même façon selon que l'arrêt cardiaque survient en milieu hospitalier ou extrahospitalier.

Q : Quelles sont les nouvelles limites pour la fréquence et la profondeur des compressions thoraciques?

R : Les recommandations de la mise à jour 2015 des lignes directrices donnent des limites supérieures relatives à la fréquence et à la profondeur des compressions thoraciques, fondées sur des données préliminaires qui suggèrent qu'une fréquence ou une profondeur excessives peut avoir un effet négatif sur les résultats.



Q : Quels sont les changements clés pour les répartiteurs du 9-1-1?

Les répartiteurs doivent s'informer de la réactivité de la victime et de la qualité de sa respiration (normale ou anormale) afin d'aider les témoins à reconnaître un arrêt cardiaque. Si la victime est inconsciente et ne respire pas ou respire d'une façon anormale, le secouriste et le répartiteur doivent supposer qu'elle est en arrêt cardiaque. Les répartiteurs devraient avoir été formés pour être en mesure d'observer l'absence de réaction et la respiration agonale à travers un éventail de présentations cliniques et de descriptions.

Q : Quels sont les changements clés dans les soins avancés en réanimation cardiovasculaire (SARC)?

R : Les recommandations clés pour les SARC comprennent ce qui suit :

- L'utilisation concomitante de la vasopressine et de l'adrénaline n'offre aucun avantage par rapport à l'utilisation d'adrénaline à dose standard chez les victimes d'arrêt cardiaque. Ainsi, l'utilisation de la vasopressine a été retirée dans la mise à jour 2015 pour simplifier l'algorithme de soins pour les arrêts cardiaques chez l'adulte.
- Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour soutenir l'utilisation systématique de la lidocaïne après un arrêt cardiaque. Toutefois, le début ou la continuité d'un traitement à la lidocaïne peut être envisagé immédiatement après un retour à une circulation spontanée (RCS) d'un arrêt cardiaque attribuable à la FV/TV sans pouls.
- Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour soutenir l'utilisation systématique des bêtabloquants après un arrêt cardiaque. Toutefois, le début ou la continuité d'un traitement par un bêtabloquant par voie orale ou intraveineuse peut être envisagé tôt après une hospitalisation relative à un arrêt cardiaque attribuable à la FV/TV sans pouls.
- Les recommandations relatives à la gestion ciblée de la température (GCT, anciennement appelée « hypothermie thérapeutique ») ont été mises à jour en fonction de nouvelles données probantes selon lesquelles une plage de températures peut être ciblée pendant la période post-arrêt cardiaque (une température cible se situant entre 32 °C et 36 °C doit être choisie et atteinte, puis maintenue pendant au moins 24 heures).

Q : Quels sont les changements clés pour les soins immédiats et avancés en réanimation pédiatrique?

R : Les lignes directrices recommandent toujours le maintien de la séquence C-A-B et l'utilisation des compressions thoraciques et des insufflations chez les patients pédiatriques. Les autres mises à jour clés comprennent ce qui suit :

Recommandations pour les soins immédiats en réanimation pédiatrique :

- Adoption de la fréquence de 100 à 120 compressions thoraciques par minute.
- Un tiers ($\frac{1}{3}$) du diamètre antéro-postérieur de la poitrine chez :
 - Nourrissons : environ 4 cm
 - Enfants : environ 5 cm
 - Adolescents : au moins 5 cm, pas plus de 6 cm
- Si le secouriste ne veut ou peut pas effectuer des ventilations, il devrait effectuer la RCR avec compressions seules.
- Les algorithmes pour un ou plusieurs secouristes ont été mis à jour.

Recommandations pour les soins avancés en réanimation pédiatrique :

- Dans des contextes où l'accès aux ressources de soins intensifs est limité, l'administration de liquide en bolus intraveineux devrait être entreprise avec une extrême prudence chez les enfants présentant une maladie fébrile.
- Il n'existe aucune donnée probante appuyant l'utilisation de l'atropine comme prémédication pour la prévention de la bradycardie.

- L'amiodarone et la lidocaïne sont tous deux acceptables dans les cas de FV ou de TV sans pouls.
- Chez les enfants comateux, maintenir une normothermie pendant cinq jours (36 °C à 37,5 °C) ou deux jours d'hypothermie initiale continue (32 °C à 34 °C) suivis de trois jours de normothermie.

Q : **Quels sont les changements clés dans l'enseignement de la RCR?**

R : Les changements clés dans l'enseignement comprennent ce qui suit :

- Pour réduire au minimum le délai avant la défibrillation des victimes d'arrêt cardiaque, l'utilisation d'un DEA ne devrait pas être réservée aux personnes ayant reçu une formation (bien qu'une formation soit toujours recommandée).
- La formation des dispensateurs de soins ou des membres de la famille des personnes à haut risque devrait être envisagée.

Q : **Quels sont les changements clés dans les premiers soins?**

R : La mise à jour 2015 des lignes directrices en matière de premiers soins comprend ce qui suit :

- L'utilisation des systèmes d'évaluation de l'AVC peut aider les dispensateurs de premiers soins à déceler les signes et symptômes de l'AVC.
- Les comprimés de glucose sont le traitement de premier choix pour l'hypoglycémie légère.
- Si les symptômes d'anaphylaxie ne disparaissent pas après l'administration d'une dose d'adrénaline, une deuxième dose peut être envisagée.
- Aucune donnée probante n'appuie ou ne s'oppose à l'utilisation systématique d'oxygène comme mesure de premiers soins pour les douleurs thoraciques.
- La position HAINES n'est plus recommandée à cause du manque de données probantes et de leur faible niveau de confiance. Une position de récupération couchée sur le côté est recommandée.
- Il n'est plus recommandé de ne mâcher que de l'aspirine sans enrobage entérique. Les adultes qui souffrent de douleurs thoraciques peuvent mâcher un ou deux comprimés d'aspirine à faible dose.