

CHANGEMENTS GÉNÉRAUX

Sujet/article	Description de la modification	Justification	Emplacement dans le document de PS mis à jour (Code de produit : RE2001F)
Couvertures de livre	Tous les nouveaux documents du cours de Premiers secours par Cœur + AVC affichent maintenant le ruban des directives de 2015 sur la couverture, ainsi qu'une modification du traitement des couleurs sur l'illustration de la couverture. Le code de produit du <i>Manuel de référence de l'étudiant</i> est maintenant RE2101F et le code du <i>Manuel de l'instructeur</i> est maintenant RE2001F. Ce sont les documents de cours qui doivent être utilisés à partir de 2017.	Tous les nouveaux documents contiennent des mises à jour importantes des données scientifiques et du contenu, reflétant le <i>Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2015</i> , tel que requis par les organismes provinciaux de réglementation de la sécurité au travail.	
Les premiers soins et la loi	Mise à jour de la formulation des lois du bon samaritain applicables aux provinces.	Révisé pour informer les étudiants de manière plus générale sur les droits d'un intervenant et les protections offertes par les lois.	MÉ : Gérer une situation d'urgence > Les premiers soins et la loi [p.4].
Gestion d'une situation d'urgence	Mise à jour générale des définitions et des étapes impliquées dans l'évaluation des lieux et l'examen primaire, y compris un algorithme d'examen primaire révisé . Ajout de définitions et de tableaux «si/alors» décrivant les étapes requises dans un examen primaire. Introduction du concept et de la définition de la respiration agonale.	Ajout et clarification du contenu ainsi que révision de l'ordre pour mieux renforcer les principes et fournir aux étudiants des renseignements plus solides et plus détaillés dans leur manuel de référence.	MÉ : Gérer une situation d'urgence> Gérer une situation d'urgence [p. 14] à Soins continus au patient [p. 19]. PPT : 08 Urgences cardiovasculaires – LD V1.0 <u>Diapositives révisées</u> – Faites attention au nouveau contenu à l'écran et aux notes du présentateur dans la présentation PPT [diapositives 23, 26, 31, 36, 43-44]. <u>Nouvelles diapositives</u> Des diapositives entièrement nouvelles ont été ajoutées à la présentation PPT [diapositives 22, 32-35].
Retourner un patient sur le dos (en décubitus dorsal)	Ce contenu a été transféré à la section 2. <i>État de choc, syncope et inconscience</i> .	Ce contenu, bien qu'il soit pertinent pour la gestion d'une situation d'urgence, comprend des étapes pour lesquelles l'élève doit s'exercer et est plus efficace lorsqu'il est enseigné avec la position de récupération, chapitre 2.	MÉ : État de choc, syncope et inconscience> Positionnement du patient [p.22]. MI : <i>Retourner un patient</i> est maintenant à la leçon 2 [p. 4-2-3 et 4-2-4]. Liste de vérification des techniques : Retourner un patient en décubitus dorsal : [p. 4-2-3]. PPT : 02 État de choc – LD V1.0 Les diapositives de présentation ont été transférées à la leçon 2 [diapositives 9 à 14].

Pansement occlusif	Ajout d'une définition pour le pansement occlusif.	Les pansements occlusifs sont discutés en relation avec les plaies ouvertes du thorax, une définition manquait dans le texte original	MÉ : Hémorragies et traitement des plaies> <i>Pansements</i> [p. 27]. PPT : 03 Hémorragies et traitement des plaies – LD V1.0 Ajout de puces et des notes du présentateur [diapositive 3].
---------------------------	--	---	---

Arrêt cardiaque et RCR

La section du cours portant sur les arrêts cardiaques et la RCR a fait l'objet d'une révision complète, incluant de nouvelles définitions, du contenu supplémentaire et une nouvelle version de la section. L'accent a été mis sur la façon d'alerter les services d'urgence lorsque des témoins sont disponibles et lorsque le secouriste est seul, en soulignant l'importance d'effectuer des compressions de haute qualité et de minimiser les interruptions de compressions.

ORDRE DE LEÇONS RÉVISÉ

ORDRE PRÉCÉDENT (LD2010) RCR/DEA	ORDRE ACTUALISÉ (LD2015) RCR/DEA
Arrêt cardiaque	Arrêt cardiaque
Signes et symptômes;	Signes et symptômes;
Étapes avant la RCR	Définition de la RCR
Chaîne de survie	Définition du DEA
Définition de la RCR	Chaîne de survie
2 compétences (compressions et insufflations)	Étapes avant la RCR
COMPÉTENCE – Masque de poche	RCR de haute qualité (2 compétences)
COMPÉTENCE – RCR chez l'adulte (cycle complet)	COMPÉTENCE – Pratiquer les compressions
Considérations particulières - RCR	COMPÉTENCE – Insufflations bouche-à-bouche chez l'adulte
Définition du DEA	COMPÉTENCE – Masque de poche
COMPÉTENCE – AED	COMPÉTENCE – AED
Considérations particulières - Déplacements	COMPÉTENCE – RCR chez l'adulte (cycle complet)
	Considérations particulières – RCR
	Considérations particulières – DEA

Assurer la cohérence avec nos matériaux Cardio-secours® et SIR a nécessité des modifications à cette section afin qu'elle corresponde davantage au contenu révisé avec la Mise à jour des lignes directrices 2015. L'ordre ABC est conservé, comme requis par la réglementation sur les lieux de travail. Cependant, comme le recommandent les données scientifiques, il faut souligner dans la séquence d'évaluation qu'il est essentiel de commencer les compressions thoraciques aussi rapidement que possible. Ceci est réalisé en décrivant les vérifications de la respiration et des voies aériennes comme deux actions distinctes dans une suite ininterrompue.

ME : Urgences cardiovasculaires et respiratoires > *Arrêt cardiaque* [p. 87] à *Facteurs particuliers dont il faut tenir compte lors de l'utilisation d'un DEA* [p. 98].

MI : Modifications à la liste de vérification des techniques de RCR chez l'adulte [p. 4-8-4 - 4-8-5]

PPT : 08 Urgences cardiovasculaires – LD V1.0
Diapositives révisées – Accorder une attention particulière à l'ordre/flux révisé de la présentation PPT. De plus, le contenu à l'écran ou les notes de présentateur de la plupart des diapositives ont été révisés, mais les diapositives suivantes sont celles qui comportent le plus de modifications [diapositives 26, 30, 35, 39, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 63, 67, 70, 71].

Nouvelles diapositives de présentation – Des diapositives entièrement nouvelles ont été ajoutées à la présentation PPT [diapositives 28, 29, 31, 32, 40, 53, 56, 58].

Changements dans le *Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et de premiers secours 2016*

Domaines scientifiques des Lignes directrices 2015	Pratique avant la Mise à jour - 2017	Changement dans le Consensus canadien sur les lignes directrices de 2016	Justification du changement (s) scientifique (s)	Applicable à PS?	Emplacement dans les documents PS mis à jour de 2017
Anaphylaxie	On continuera à enseigner aux secouristes les signes et les symptômes et la façon d'aider les patients à utiliser leurs auto-injecteurs, mais on leur demandera de solliciter les conseils d'un médecin avant d'offrir leur aide pour une deuxième injection.	On peut administrer une deuxième dose d'adrénaline aux personnes présentant des symptômes d'anaphylaxie traitées avec l'adrénaline, si la première dose n'est pas efficace après 5 minutes.	Il peut être nécessaire d'administrer une deuxième dose d'adrénaline aux personnes présentant une réaction anaphylactique si la première dose ne permet pas de soulager les symptômes.	OUI	MÉ: Asthme et allergies > <i>Premiers soins à administrer aux patients qui font une réaction allergique grave</i> [p. 59]. PPT : <i>04 Asthme et allergies – LD V1.0</i> DIAPOSITIVES 20 à 25.
Aspirine et douleurs thoraciques		Les personnes présentant des douleurs thoraciques, que l'on soupçonne d'être d'origine cardiaque, doivent mâcher 1 comprimé d'aspirine pour adulte ou 2 comprimés d'aspirine à faible dose en attendant de recevoir les soins de professionnels de la santé, sauf en cas de contre-indication, comme une allergie ou des troubles de saignement ⁱⁱ .	<ul style="list-style-type: none"> Une des plus importantes causes à prendre en considération est la crise cardiaque, qui est habituellement causée par l'athérosclérose aggravée par une thrombose (caillot de sang) dans les vaisseaux sanguins du cœur. Par conséquent, un traitement antithrombotique est souhaitable le plus tôt possible. L'administration d'aspirine en milieu préhospitalier pour la reperfusion précoce en cas d'infarctus aigu du myocarde est efficace et sans danger. 	OUI	MÉ: Urgences cardiovasculaires et respiratoires > <i>Premiers soins en cas de crise cardiaque et d'une angine (douleur dans la poitrine)</i> [p. 84]. PPT : <i>08 Urgences cardiovasculaires – LD V1.0</i> DIAPOSITIVES 10 à 15.
Saignement	Dans les situations de retards dans la prestation des soins, lorsqu'une pression directe ne permet pas d'arrêter un saignement abondant, un garrot doit être appliqué par des personnes ayant reçu la formation appropriée.	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent arrêter les saignements externes en appliquant une pression directe. L'utilisation d'un garrot devrait être envisagée en cas de saignement externe sur un membre mettant la vie du patient en danger lorsqu'une pression directe ne permet pas d'arrêter les saignements, ou dans les situations suivantes : plaie inaccessible, blessures multiples, plusieurs blessés/situation de catastrophe, régions éloignées. 	Les secouristes devraient envisager l'utilisation d'un garrot lorsque les premiers soins classiques de contrôle d'hémorragie ne permettent pas d'arrêter un saignement externe grave touchant un membre, car le taux de complications est faible et le taux d'hémostase est élevé.	NON	Remarque : Ce contenu est exclu du cours de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, car il ne s'applique pas au niveau du cours de premiers secours. AUCUN CHANGEMENT

Commotion	Les signes et symptômes d'une commotion sont enseignés en salles de classe et inclus dans les documents de référence.	Les personnes ayant reçu un coup sur la tête, chez qui on soupçonne une commotion, doivent être encouragées à cesser toute activité (sport ou autres loisirs) et à consulter un médecin.	<ul style="list-style-type: none"> • Les traumatismes crâniens peuvent être graves avec perte de conscience, brefs avec perte de conscience ou survenir sans perte de conscience. • En raison de la complexité des signes et symptômes qui y sont associés, il peut être difficile pour les secouristes de diagnostiquer une commotion, ce qui peut entraîner des retards dans la prestation des soins requis en cas de commotion et empêcher les patients de recevoir à temps les conseils utiles et les traitements nécessaires après une commotion. 	OUI	<p>MÉ: Blessures à la tête, à la colonne vertébrale et au bassin > <i>Commotions</i> [p.62] et NOUVEAU : <i>Facteurs dont il faut tenir compte en présence d'une commotion</i> [p. 63].</p> <p>PPT : <i>05 Blessures à la tête, à la colonne vertébrale et au bassin – LD V1.0</i> DIAPOSITIVES 8 à 10.</p>
Étouffement conscient	Aucun changement n'a été apporté à la ligne directrice 2010 sur ce sujet.	Les méthodes d'enseignement préconisant les tapes dans le dos, les poussées abdominales ou thoraciques ou ces deux techniques peuvent être utilisées. Il est généralement nécessaire d'utiliser plus d'une technique, toutes les techniques s'équivalant sur le plan de l'efficacité.	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas de données probantes démontrant l'amélioration des résultats lorsque les tapes dans le dos, les poussées abdominales ou les poussées thoraciques sont utilisées, toutes ces techniques s'équivalant sur le plan de l'efficacité. • L'efficacité de chacune des méthodes de secours aux victimes d'étouffement a été démontrée. L'utilisation de l'une ou l'autre de ces techniques ou leur utilisation conjointe est acceptableⁱⁱⁱ. 	OUI	<p>REMARQUE : Le contenu de cette section n'a pas changé. En raison de la réglementation sur le lieu de travail dans plusieurs provinces, notre contenu contient toujours d'autres techniques pour le soulagement des obstructions des voies aériennes par un corps étranger.</p> <p>MÉ: Urgences cardiovasculaires et respiratoires> <i>Premiers soins à administrer à un adulte conscient qui s'étouffe (obstruction grave)</i> [p. 102].</p> <p>PPT : <i>08 Urgences cardiovasculaires – LD V1.0</i> DIAPOSITIVES 82 à 88.</p>

Avulsion dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter tout saignement en demandant au patient de mordre dans un pansement stérile ou propre. • Ramassez soigneusement la dent par la couronne (la partie blanche), pas la racine. • Rincer délicatement la dent à l'eau. Ne pas frotter ou retirer des fragments de tissus qui y sont attachés. • Mettre la dent dans du lait, si disponible, ou dans de l'eau et gardez-la auprès de la victime. S'il n'y a pas de lait ou d'eau, envelopper la dent dans une petite serviette ou une compresse de gaze propre imbibée de la salive de la victime. Sceller le contenant avec du ruban adhésif et coller une étiquette indiquant le nom de la personne, la date et l'heure. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les secouristes qui n'ont pas reçu une formation sur la manière de réimplanter une dent avulsée devraient transporter la victime et la dent auprès d'un secouriste capable de réimplanter la dent ou d'un dentiste le plus rapidement possible. • La dent avulsée doit être manipulée par la couronne et non par la racine. • Ne pas nettoyer la dent avulsée, car cela pourrait endommager les tissus. • La dent avulsée peut être placée dans une solution saline équilibrée. Si une telle solution n'est pas disponible, la dent peut être placée dans de la propolis, du blanc d'œuf, de l'eau de coco, du Ricetral, du lait entier, une solution saline ou une solution saline dans un tampon phosphate (par ordre de préférence). Si aucune de ces solutions n'est disponible, il peut être raisonnable de conserver la dent avulsée dans la salive de la victime (pas dans la bouche). 	<ul style="list-style-type: none"> • Une dent a de meilleures chances de survie si elle est réimplantée immédiatement. Cependant, de nombreux secouristes ne possèdent pas les compétences requises pour effectuer cette intervention. Le secouriste devrait amener la personne et la dent avulsée chez un fournisseur de premiers soins ou un dentiste qui peut effectuer la procédure. • Il n'est pas possible de déterminer laquelle de ces solutions est la meilleure en s'appuyant uniquement sur les données probantes disponibles. Cependant, compte tenu des données probantes évaluées, de la disponibilité et de la faisabilité, les solutions suivantes, par ordre de préférence, peuvent être utilisées pour conserver temporairement une dent avulsée : solution saline équilibrée, propolis, blanc d'œuf, eau de coco, Ricetral, lait entier, solution saline, solution saline dans un tampon phosphate. • Étant donné que certaines de ces solutions pourraient ne pas être disponibles, le choix de la solution de conservation peut être effectué en fonction de la disponibilité. 	<p>OUI</p>	<p>MÉ: Hémorragies et traitement des plaies > <i>Premiers soins à administrer aux patients dont une dent est arrachée</i> [p.46].</p> <p>PPT : <i>03 Hémorragies et traitement des plaies – LD V1.0</i> DIAPOSITIVES 97 à 99.</p>
--------------------------	--	--	--	------------	--

<p>Fractures</p>	<p>Les secouristes doivent protéger la victime, notamment en la stabilisant au moyen d'une attelle de manière à limiter la douleur, à réduire les risques d'aggravation de la blessure – si possible dans la position – et de façon à assurer un déplacement rapide en toute sécurité.</p> <p>Si le membre touché est bleu ou extrêmement pâle, appeler immédiatement les services médicaux d'urgence (SMU).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les secouristes doivent envisager la possibilité d'une fracture pour toute blessure à un membre et stabiliser manuellement le membre touché sur place. • Les traitements par le froid ne devraient pas être administrés pendant plus de 20 minutes^{iv}. • En fonction de sa formation ou selon les circonstances, le secouriste devra peut-être déplacer la victime ou le membre touché. Dans de telles situations, les secouristes doivent protéger la victime, notamment en la stabilisant au moyen d'une attelle de manière à limiter la douleur, à réduire les risques d'aggravation de la blessure, et à faciliter son transport de façon rapide et sécuritaire. <p>Considérations particulières</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas d'intervention dans une région éloignée, en milieu sauvage ou dans des circonstances particulières auprès d'une victime dont le membre est froid et pâle, il pourrait être acceptable que les secouristes ayant reçu la formation appropriée redressent une fracture angulée 	<ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs des premiers soins en cas de fractures des membres sont les suivants : préserver le membre, limiter la douleur et les saignements et solliciter des soins médicaux plus avancés. • Pour éviter toute lésion due au froid à la peau et aux nerfs superficiels, il faudra veiller à appliquer la glace pendant moins de 20 minutes par application avec une barrière de protection. 	<p>OUI</p>	<p>MÉ: Blessures osseuses, articulaires et musculaires > RICE [p.143] et <i>Premiers soins à administrer aux patients qui présentent des blessures osseuses ou articulaires</i> [p. 144].</p> <p>PPT : 12 Blessures osseuses, articulations et musculaires – LD V1.0 DIAPOSITIVES 5 à 10.</p>
-------------------------	--	--	--	------------	--

<p>Gelure</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transporter la personne hors de l'environnement froid. • Vérifier les ABC. • Effectuer un examen secondaire et traiter tous les problèmes qui ne représentent pas une menace pour la vie de la victime. • Réchauffer graduellement la partie touchée en utilisant la chaleur du corps ou de l'eau chaude. • Ne pas percer les ampoules! Protégez-les à l'aide de pansements amples et secs. Placez une compresse de gaze entre les doigts ou les orteils s'ils sont touchés. • Si vous pensez que la personne pourrait souffrir de gelures, sollicitez des soins médicaux plus avancés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque vous prodiguez les premiers soins à une personne souffrant de gelures, vous pouvez réchauffer les parties du corps touchées uniquement s'il n'y a aucun risque de nouvelle gelure. • Le réchauffement devrait être effectué en immergeant la partie touchée dans une eau ayant une température comprise entre 37 °C (température du corps) et 40 °C (entre 98,6 et 104 °F) pendant 20 à 30 minutes. • En cas de gelures graves, le réchauffement devrait être effectué dans les 24 heures. • Les substances chimiques utilisées pour le réchauffement ne doivent pas être appliquées directement sur les tissus touchés, parce qu'ils peuvent atteindre des températures dépassant les températures cibles et entraîner des brûlures. • Après le réchauffement, protéger les parties touchées par la gelure et transporter rapidement la victime à l'hôpital pour des soins plus avancés. • Les secouristes peuvent recouvrir les parties du corps touchées par la gelure avec une compresse de gaze stérile et placer une compresse de gaze entre les doigts et les orteils de la victime en attendant qu'elle soit transportée à l'hôpital pour recevoir des soins médicaux plus avancés. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'examen des données scientifiques a révélé que le réchauffement rapide avec des bains d'eau à une température comprise entre 37 et 42 °C pendant 20 à 30 minutes permet d'améliorer les résultats et de réduire la perte de tissu. • Des études portant sur les appareils générateurs de chaleur utilisant des substances chimiques pour le réchauffement des mains et des pieds ont révélé que ces appareils atteignaient des températures nettement supérieures à cette plage (69 à 74 °C). Dans deux cas, la prudence s'imposait en ce qui concerne le risque de nouvelle gelure après le réchauffement. 	<p>OUI</p>	<p>MÉ : Troubles et blessures liés à l'environnement > <i>Premiers soins à administrer aux patients atteints d'une gelure superficielle</i> [p.182].</p> <p>PPT : 16 Troubles et blessures liés à l'environnement – LD V1.0 DIAPOSITIVES 17 à 19.</p>
----------------------	--	--	---	------------	--

Hypoglycémie		<ul style="list-style-type: none"> • Il faut utiliser des comprimés de glucose pour traiter une hypoglycémie symptomatique chez un patient conscient. • Il est possible de répéter l'administration de glucose si les symptômes persistent après 10 minutes. • Si des comprimés de glucose ne sont pas disponibles, d'autres types de sucres alimentaires peuvent être utilisés, notamment (par ordre de préférence) : bonbon contenant du glucose (Mentos), bonbon contenant du saccharose (Skittles), bonbons haricots (jelly beans), jus d'orange, fructose (pâte de fruits déshydratée), lait entier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le plus important est de reconnaître l'hypoglycémie parce que la personne a besoin d'un traitement rapide. Il faut administrer environ 15 à 20 grammes de sucres ou de glucides aux personnes diabétiques adultes souffrant d'hypoglycémie pour augmenter leur glycémie. Il y a un délai de 10 à 15 minutes entre l'ingestion du sucre pour le traitement de l'hypoglycémie et le rétablissement d'une glycémie normale ainsi que l'atténuation des symptômes. • L'administration de comprimés de glucose est le traitement préconisé en cas d'hypoglycémie lorsque la victime est consciente, capable de suivre des consignes et d'avaler sans danger. Il peut être acceptable d'utiliser d'autres formes de sucres moins efficaces lorsque des comprimés de glucose ne sont pas disponibles. 	<p>OUI</p>	<p>MÉ: Urgences diabétiques > Premiers soins à administrer aux patients qui présentent une urgence diabétique [p.73].</p> <p>PPT : 06 Urgences diabétiques – LD V1.0 DIAPOSITIVES 5 à 12.</p>
Plaies ouvertes du thorax	<p>Appliquer un pansement occlusif sur toute plaie ouverte à la poitrine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En présence d'une plaie ouverte à la poitrine, les secouristes peuvent laisser la plaie ouverte ou appliquer un pansement non occlusif tout en veillant à ce que le pansement ne devienne pas saturé. • Si un pansement devient saturé, il doit être changé. • En cas d'importants saignements externes, il faut appliquer une pression directe avec une main et/ou un pansement non occlusif sur la plaie ouverte à la poitrine. 	<p>Les études publiées démontrent l'importance d'une prise en charge adéquate des plaies ouvertes à la poitrine. Dans le cadre de la formation, vous devez insister sur le fait que l'application d'un pansement occlusif peut entraîner un pneumothorax sous tension mettant en jeu le pronostic vital et doit donc être évitée. Le traitement précédemment recommandé pour une plaie ouverte à la poitrine était de placer un pansement occlusif sur trois côtés sur la poitrine de la victime. Si un pansement occlusif est appliqué sur une plaie ouverte à la poitrine ou si un pansement non occlusif devient saturé de sang et devient accidentellement un pansement occlusif, de l'air peut s'accumuler entre la paroi thoracique et le poumon et entraîner l'apparition d'un pneumothorax sous tension pouvant mettre la vie de la victime en danger.</p>	<p>OUI</p>	<p>MÉ: Blessures à la poitrine > Premiers soins à administrer aux patients qui présentent une plaie pénétrante de la poitrine [p.177].</p> <p>PPT : 15 Blessures à la poitrine – LD V1.0 DIAPOSITIVES 17 à 20</p>

<p>Oxygène</p>	<p>L'administration d'oxygène supplémentaire par les secouristes est raisonnable chez les personnes souffrant de dyspnée ou présentant des signes d'hypoxémie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration d'oxygène supplémentaire est recommandée pour maintenir une saturation en oxygène supérieure à 94 %. • L'oxygène supplémentaire ne doit pas être administré sans avoir vérifié que la saturation en oxygène est inférieure à 94 % grâce à la mesure de la SpO2 par oxymétrie de pouls. • L'administration d'oxygène supplémentaire, si elle est nécessaire, devrait être effectuée uniquement par les secouristes ayant reçu une formation en matière d'administration d'oxygène. • Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'administration d'oxygène supplémentaire par un secouriste ayant reçu la formation appropriée est raisonnable dans le cadre des premiers soins chez des plongeurs souffrant de lésions causées par la décompression et d'asphyxie (p. ex., noyade). ○ L'administration d'oxygène supplémentaire par un secouriste ayant reçu la formation appropriée peut être raisonnable chez les personnes atteintes d'un cancer au stade avancé souffrant de dyspnée et d'hypoxémie. ○ L'administration d'oxygène supplémentaire le plus tôt possible par un secouriste ayant reçu la formation appropriée peut être utile chez les victimes qui respirent encore après une exposition au monoxyde de carbone en attendant que des soins médicaux d'urgence soient disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est essentiel de mesurer la saturation en oxygène afin de déterminer si une administration d'oxygène supplémentaire est nécessaire. La formation sur la mesure de la saturation en oxygène par oxymétrie de pouls est nécessaire. • Il existe des données probantes (peu nombreuses) appuyant ou réfutant l'administration systématique d'oxygène supplémentaire par les secouristes. L'oxygène supplémentaire entraînant une hyperoxémie (SpO2 supérieure à 94 %) chez les personnes atteintes de STEMI semble augmenter les lésions myocardiques et l'étendue de l'infarctus du myocarde. Toutefois, l'hypoxémie est également associée à des résultats plus mauvais. • Il existe des données probantes appuyant l'administration d'oxygène supplémentaire pour le soulagement de la pneumatose de dépression. 	<p style="text-align: center;">NON</p>	<p>Remarque : Ce contenu est exclu du cours de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, car il ne s'applique pas au niveau du cours de Premiers secours.</p> <p style="text-align: center;">AUCUN CHANGEMENT</p>
-----------------------	--	--	---	--	---

Positionnement d'une personne inconsciente	Placer la personne en position de récupération; en cas de suspicion de traumatisme de la colonne vertébrale, la position de HAINES devait être utilisée.	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent placer les victimes inconscientes qui respirent normalement en position de récupération couchée sur le côté plutôt que de les laisser couchées sur le dos. La position de récupération de HAINES n'est plus recommandée. 	<ul style="list-style-type: none"> Les études ont révélé une amélioration des paramètres respiratoires lorsque la victime est en position latérale par rapport à la position couchée sur le dos, chez les personnes sans suspicion de traumatisme de la colonne vertébrale, de la hanche ou du bassin. La position de Haines n'est plus la position recommandée en raison du manque de données probantes et fiables appuyant l'utilisation de cette position. 	OUI (Cependant, il n'y a aucun changement en Alberta, où la position de HAINES était une composante obligatoire)	Remarque : Ce changement en matière de connaissances scientifiques n'a pas eu d'incidence sur le contenu de notre manuel de référence de l'étudiant ou sur ce qui est vu pendant le cours, sauf en Alberta où la position de récupération de HAINES devait auparavant être enseignée comme requise par la réglementation sur les lieux de travail. AUCUN CHANGEMENT
Restriction des mouvements de la colonne vertébrale	Les secouristes ne doivent pas utiliser des dispositifs d'immobilisation, car les avantages associés à leur utilisation n'ont pas été démontrés.	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation systématique des colliers cervicaux par les secouristes n'est pas recommandée. Lorsqu'on soupçonne des lésions de la colonne cervicale, il est recommandé de stabiliser manuellement la tête de la victime de manière à minimiser les mouvements angulaires jusqu'à ce que des soins plus avancés soient disponibles. <p>Considération particulière</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans des circonstances particulières, les dispositifs d'immobilisation classiques peuvent être utilisés pour la désincarcération. 	<ul style="list-style-type: none"> Étant donné que l'utilisation incorrecte d'un collier cervical peut entraîner d'autres lésions et puisqu'il existe des données probantes démontrant des effets indésirables (p. ex., augmentation de la pression intracrânienne) associés à l'utilisation des colliers cervicaux, il a été décidé de ne pas recommander l'utilisation systématique d'un collier cervical par les secouristes non professionnels. Pour être en mesure de poser un collier cervical de façon appropriée, le secouriste doit recevoir la formation requise, mettre en pratique la technique de façon régulière et être capable de faire la distinction entre les blessures à risque élevé et les blessures à faible risque. 	OUI	Remarque : Ce changement en matière de connaissances scientifiques n'a pas eu d'incidence sur le contenu de notre manuel de référence de l'étudiant ou sur ce qui est traité pendant le cours. AUCUN CHANGEMENT

<p>Plaies et éraflures</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyez la plaie à fond à l'eau savonneuse. • Si possible, rincez la plaie pendant cinq minutes à l'eau courante propre. • Si un onguent ou une crème antibiotique est disponible, on peut l'appliquer sur la plaie selon les directives du pharmacien, en veillant à respecter les cinq bons principes de l'administration des médicaments. Demandez à la personne si elle est allergique à un antibiotique en particulier (p. ex., la pénicilline). Si oui, ne pas appliquer l'onguent. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les plaies superficielles et les éraflures doivent être rincées avec de l'eau propre, de préférence de l'eau du robinet en raison des avantages de la pression. • Les secouristes peuvent appliquer un onguent antibiotique sur les éraflures et les plaies pour accélérer la guérison et réduire le risque d'infection. • Les secouristes ont le choix de poser des pansements occlusifs sur des plaies (à l'exception des plaies thoraciques ouvertes) et sur des abrasions avec ou sans onguent antibiotique. • Si la région de la plaie devient rouge, chaude ou douloureuse, ou si la personne blessée commence à faire de la fièvre, elle doit consulter un médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe des données probantes fiables démontrant que le nettoyage d'une plaie avec l'eau courante propre est aussi efficace que le nettoyage de la plaie avec une solution saline normale et peut-être même plus efficace. Des études ont montré que l'utilisation de l'eau courante est plus efficace que l'utilisation de la solution saline normale en ce qui concerne la guérison des plaies et la prévention de l'infection. • Un essai clinique a démontré que le nettoyage d'une plaie avec de l'eau et du savon n'offrait aucun avantage. Plusieurs études ont démontré une toxicité éventuelle sur les cellules lorsqu'elles sont exposées directement au savon et à l'eau. Toutefois, il existe des données probantes démontrant l'efficacité de l'utilisation de l'eau et du savon pour diminuer le nombre de bactéries sur la peau dans le cas des plaies fermées • Certaines études ont également comparé l'efficacité des onguents contenant trois antibiotiques à celle des onguents contenant un seul antibiotique ainsi que celle du traitement sans onguent. Les résultats ont démontré que le traitement avec les onguents contenant trois antibiotiques permet de guérir les plaies beaucoup plus rapidement et avec de plus faibles taux d'infection que le traitement avec les onguents contenant un seul antibiotique et le traitement sans onguent. Le traitement avec les onguents contenant trois antibiotiques ainsi que celui utilisant les onguents contenant un seul antibiotique étaient tous les deux plus efficaces que le traitement sans onguent pour favoriser la guérison des ampoules contaminées. 	<p>OUI</p>	<p>MÉ: Hémorragies et traitement des plaies > <i>Premiers soins pour les patients ayant des blessures mineures</i> [p.50].</p> <p>PPT : <i>03 Hémorragies et traitement des plaies – LD V1.0</i> DIAPOSITIVES 118 à 121.</p>
-----------------------------------	--	---	--	------------	--

AVC		<ul style="list-style-type: none"> Un système d'évaluation de l'AVC comme le système V.I.T.E. devrait être utilisé. <ul style="list-style-type: none"> Visage, Incapacité, Trouble de la parole, Extrême urgence Les secouristes devraient prendre en note l'heure de l'apparition des symptômes/signes avant-coureurs de l'AVC. Les secouristes doivent être encouragés à appeler immédiatement les services médicaux d'urgence lorsqu'une personne est victime d'un AVC. 	<ul style="list-style-type: none"> L'AVC est une urgence d'ordre médical qui nécessite des soins médicaux immédiats. L'objectif est de permettre à la victime de recevoir son traitement définitif le plus tôt possible (idéalement au cours des 3 heures suivant l'apparition des symptômes de l'AVC). 	OUI	<p>MÉ: Urgences cardiovasculaires et respiratoires > <i>Signes V.I.T.E. de l'AVC et de l'AIT et Premiers soins en cas d'AVC et d'AIT</i> [p.86].</p> <p>PPT : 08 Urgences cardiovasculaires – LD V1.0 DIAPOSITIVES 16 à 24.</p>
Profondeur des compressions thoraciques – Adulte	Il faut effectuer des compressions du sternum d'une profondeur d'au moins 5 centimètres chez l'adulte.	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent administrer des compressions thoraciques d'une profondeur d'au moins 5 centimètres chez un adulte moyen. Il faut éviter d'administrer des compressions thoraciques d'une profondeur supérieure à 6 centimètres. 	<ul style="list-style-type: none"> Selon une étude de très petite envergure, les compressions d'une profondeur supérieure à 6 cm chez un adulte pourraient être associées à une augmentation des taux de blessures ne mettant pas la vie du patient en danger comparativement aux compressions d'une profondeur située entre 5 et 6 centimètres. 	OUI	<p>MÉ: Urgences cardiovasculaires et respiratoires > NOUVEAU <i>Administrer des compressions</i> [p. 90] et <i>Rassembler tous les éléments – Étapes de la RCR chez l'adulte</i> [p. 93].</p> <p>MI : Modifications à la liste de vérification des techniques chez l'adulte [p. 4-8-4 – 4-8-5].</p> <p>PPT : 08 Urgences cardiovasculaires – LD V1.0 DIAPOSITIVES 32, 35 et 60.</p>
Profondeur des compressions thoraciques – Enfant	Les secouristes doivent administrer des compressions thoraciques d'une profondeur d'au moins un tiers du diamètre antéro-postérieur du thorax chez les enfants (des nourrissons de moins d'un an aux enfants jusqu'à l'âge de la puberté).	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes doivent administrer des compressions thoraciques qui permettent de comprimer le thorax au moins jusqu'à un tiers du diamètre antéro-postérieur du thorax chez les nourrissons (de moins d'un an) et les enfants (allant jusqu'au début de la puberté). 	Aucun changement	OUI	<p>MÉ: Réanimation de l'enfant et du nourrisson > <i>Points à retenir</i> [p.120], <i>RCR chez l'enfant</i> [p. 120] et <i>RCR chez le nourrisson</i> [p. 126].</p> <p>PPT : 10 RCR et étouffement chez l'enfant et le nourrisson – LD V1.0 DIAPOSITIVES 11 et 22.</p>

Fréquence des compressions thoraciques	Les secouristes devraient administrer les compressions thoraciques à la fréquence d'au moins 100 compressions par minute.	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes devraient administrer les compressions thoraciques à la fréquence d'au moins 100 à 120 compressions par minute. Pour simplifier la formation, il faudrait encourager les secouristes à se fixer un objectif de 30 compressions en 15 secondes au minimum et 18 secondes au maximum. 	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre réel de compressions thoraciques administrées par minute est déterminé par la fréquence des compressions thoraciques ainsi que le nombre et la durée des interruptions entre les compressions (p. ex. pour dégager les voies aériennes, administrer les insufflations, permettre l'analyse du DEA). Voir également la description de la Fraction de compressions thoraciques dans la section « Principes ». Dans la plupart des études, un plus grand nombre de compressions est associé à des taux de survie supérieurs, et un moins grand nombre de compressions, à des taux de survie inférieurs. Pour effectuer des compressions thoraciques de manière appropriée, il faut non seulement s'efforcer d'administrer les compressions à un rythme adéquat, mais également de réduire les interruptions pendant cette étape cruciale de la RCR. 		<p>MÉ: Urgences cardiovasculaires et respiratoires > NOUVEAU <i>Administrer des compressions</i> [p. 90] et <i>Rassembler tous les éléments – Étapes de la RCR chez l'adulte</i> [p. 93]. et Réanimation de l'enfant et du nourrisson > <i>RCR chez l'enfant</i> [p. 120] et <i>RCR chez le nourrisson</i> [p. 126].</p> <p>PPT : 08 Urgences cardiovasculaires – LD V1.0 DIAPOSITIVES 32, 35, 60. et 10 RCR et étouffement chez l'enfant et le nourrisson – LD V1.0 DIAPOSITIVES 11 et 22.</p>
Séquence d'évaluation par les professionnels de la santé	L'algorithme identifie cet élément comme une étape distincte.	<ul style="list-style-type: none"> afin de réduire le délai avant les premières compressions thoraciques, il est recommandé aux secouristes de vérifier simultanément la respiration et le pouls lorsqu'ils effectuent l'évaluation d'une personne inconsciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Les secouristes qualifiés sont encouragés à procéder à quelques étapes simultanément (p. ex., vérifier la respiration et le pouls en même temps) afin de réduire le délai avant la première compression thoracique. 	NON	Remarque : Ce contenu est exclu du cours de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, car il ne s'applique pas au niveau du cours de Premiers secours. Lorsque requis par un dispensateur de soins, le cours de Premiers secours doit être enseigné en même temps que le nouveau cours de soins immédiats en réanimation qui traite de ce contenu. AUCUN CHANGEMENT

RCR par le FSS Enfants/Nourrissons (« avec témoin » par rapport à « sans témoin »)	Aucune différence entre le traitement avec témoin et sans témoin.	<ul style="list-style-type: none"> Avec témoin : Suivre les étapes indiquées pour les adultes/adolescents Sans témoin : Effectuer la RCR pendant 2 minutes, quitter temporairement la victime pour appeler les SMU et aller chercher un DEA, revenir auprès de la victime et continuer la RCR, utiliser le DEA dès qu'il est disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> Si vous êtes témoin d'un arrêt cardiaque, les chances sont extrêmement élevées qu'il s'agisse d'un arrêt cardiaque par FV et la priorité dans ce cas est d'appeler le 9-1-1 (ou d'activer le système d'intervention d'urgence) et d'aller chercher un défibrillateur. Le défibrillateur offre les meilleures chances de survie dans les cas d'arrêt cardiaque par FV. Si l'arrêt cardiaque est survenu sans témoin, le secouriste ne peut pas avoir la certitude qu'il s'agit d'un arrêt cardiaque soudain. Comme la plupart des nourrissons et des enfants victimes d'un arrêt cardiaque font habituellement un arrêt cardiaque par asphyxie plutôt qu'un arrêt cardiaque par FV, il est recommandé au secouriste d'effectuer la RCR pendant 2 minutes avant d'appeler le 9-1-1 (ou d'activer le système d'intervention d'urgence) et d'aller chercher un défibrillateur s'il y en a un à proximité. 	OUI	MÉ: Réanimation de l'enfant et du nourrisson > <i>RCR chez l'enfant</i> [p.120] et <i>RCR chez le nourrisson</i> [p.126]. PPT : <i>10 RCR et étouffement chez l'enfant et le nourrisson – LD V1.0</i> DIAPOSITIVES 9 et 20.
---	---	--	--	-----	--

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

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

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

^{iv} FICR, pp. 22-23