

MISE À JOUR 2011 – RCR & PREMIERS SOINS DOCUMENTATION DU MONITEUR



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE^{md}

Les experts en surveillance aquatique





SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE^{md}

Les experts en surveillance aquatique

MISE À JOUR 2011 - RCR DOCUMENTATION DU MONITEUR

Publié par la Société de sauvetage. Première impression, juin 2011.

Copyright 2011 par la Société royale de sauvetage Canada. Toute reproduction du matériel contenu dans ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation de l'éditeur. Adressez vos demandes à la division du Québec de la Société de sauvetage (coordonnées au verso).

La Société de sauvetage est le chef de file en surveillance aquatique au Canada. La Société se consacre à la prévention de la noyade et des traumatismes associés à l'eau par le biais de ses programmes de formation, le programme Aqua Bon^{md} d'éducation du public, la recherche sur les incidents aquatiques, les services en gestion de la sécurité aquatique et le sauvetage sportif.

Chaque année, plus de 70 000 Canadiens participent aux programmes de natation, de sauvetage, de surveillance aquatique et de leadership de la Société de sauvetage. La Société établit les normes en sécurité aquatique et décerne les brevets de Sauveteur national au niveau canadien.

La Société est un organisme philanthropique indépendant, responsable de la formation des sauveteurs canadiens depuis l'émission du premier brevet Médaille de bronze en 1896.

La Société représente le Canada au niveau international à titre de membre actif de la Société royale de sauvetage et de la International Life Saving Federation. La Société est l'organisme directeur canadien pour le sauvetage sportif – un sport reconnu par le Comité International Olympique et la Fédération des Jeux du Commonwealth.

Aqua Bon^{md}, Nager pour la vie^{md}, Nager pour survivre^{md} et Société de sauvetage^{md} sont des marques déposées de la Société royale de sauvetage Canada. Les marques déposées autres que celles appartenant à la Société de sauvetage qui sont citées dans ce document appartiennent à leurs propriétaires enregistrés.

MISE À JOUR 2011 – RCR & PREMIERS SOINS

DOCUMENTATION DU MONITEUR



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE^{md}

Les experts en surveillance aquatique



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE^{md}

Les experts en surveillance aquatique

Experts en surveillance aquatique au Canada

– sauver des vies depuis plus de 100 ans

Chaque année près de 500 Canadiens meurent lors d'incidents reliés à l'eau. La plupart de ces incidents sont évitables et ils surviennent dans des milieux non supervisés. C'est pour cette raison que davantage de Canadiens ont besoin d'acquérir les habiletés de base en natation et en sauvetage pour pouvoir se sauver eux-mêmes en cas d'urgence aquatique.

La Société de sauvetage est extrêmement fière d'enseigner la natation et le sauvetage aux Canadiens, depuis fort longtemps.

Notre histoire remonte à la fin du XIX^e siècle, à Londres en Angleterre, où nous nous sommes d'abord appelés The Swimmers' Life Saving Society. En immigrant au Canada en 1894, Arthur Lewis Cochrane a apporté les compétences acquises dans sa terre natale puis il a entrepris d'offrir des cours de sauvetage au Upper Canada College à Toronto, en Ontario. En juin 1896, 18 de ses étudiants ont été les premiers à recevoir la Médaille de bronze, soit la première médaille décernée par la Société. En 1904, par décret du roi Édouard VII, nous sommes devenus The Royal Life Saving Society.

Au cours des années 1950, nous avons été le premier organisme canadien à adopter la méthode directe du bouche-à-bouche en remplacement des méthodes manuelles pour effectuer la respiration artificielle. Nous avons offert notre premier programme de formation en RCR au début des années 1960. Dans les années 1980, nous avons initié un projet pour créer un mannequin économique pour l'enseignement de la RCR (ACTAR 911^{md}) et nous avons lancé la campagne AquaBon^{md} sur la prévention de la noyade.

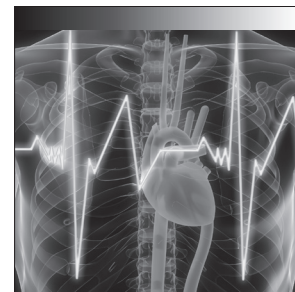
Durant les années 1990, la Société a offert des nouveaux programmes novateurs incluant la formation pour le Brevet d'Opérateur Nautique^{md} (B.O.N.), le Junior Lifeguard Club et le programme Jeune sauveteur, et nous avons aussi lancé notre programme d'Expert-conseil en sécurité aquatique. Nous avons bonifié nos programmes en Premiers soins et rénové la Médaille de bronze et la formation de Sauveteur national afin de mieux répondre aux besoins lors du prochain centenaire.

En 2001, nous avons défini la norme Nager pour survivre^{md} et lancé par la suite le programme Nager pour survivre pour enseigner aux Canadiens les habiletés essentielles minimales dont ils ont besoin pour survivre à une chute inattendue en eau profonde. Notre programme de natation – Nager pour la vie^{md} – constitue notre dernière initiative en matière de prévention de la noyade.

Nous sommes maintenant connus des Canadiens sous le nom de Société de sauvetage, un organisme national de charité enregistré et axé sur le bénévolat. Tout en consolidant nos forces pendant le dernier centenaire en incluant la recherche et l'éducation du public, nous n'avons pas oublié les idéaux qui servent de base à la fondation de notre organisme.

La Société de sauvetage a toujours été – et sera dans l'avenir – l'expert en surveillance aquatique au Canada.

Table des matières



Experts en surveillance aquatique au Canada	i
Introduction	1
Résumé des changements	3
RCR efficace	4
La RCR « mains seulement ^{md} »	
A-B-C versus C-A-B	
Appel aux SPU & demande de DEA	
Examen de la respiration	
Réanimation versus Noyade	
DEA universelle	8
Formation DEA	
Composantes d'un appareil de DEA	
Principes de fonctionnement du DEA	
Positionnement des électrodes	
Obstruction des voies respiratoires	11
Obstruction sévère	
Techniques de désobstruction des voies respiratoires	
Victime consciente à inconsciente	
Victime étouffée sans témoin - inconsciente	
Mise à jour - Premiers soins	14
Positionnement de la victime	
Traitement d'hémorragie sévère	
Douleur thoracique non traumatique	
Anaphylaxie	
Hypothermie	
Traumatisme lié à la chaleur	
Piqûres de méduses	
Morsures de serpents	
Définitions de la noyade	
Niveaux RCR & changements de contenu	17
Pages des guides de certificats	19
Intervenant professionnel de la santé	37

Introduction



HISTORIQUE

En octobre 2010, un document intitulé « 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care Science with Treatment Recommendations » a été publié par le International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Le document des lignes directrices de l'ILCOR en collaboration avec la American Heart Association (AHA) qui s'intitule « 2010 AHA Guidelines for CPR and ECC » (Lignes directrices 2010 de l'AHA en matière de réanimation cardiorespiratoire (RCR) et de soins d'urgence cardiovasculaire (SUC)) présente des recommandations sur les traitements les plus récents en matière de RCR, SUC et Premiers soins.

Ces recommandations et lignes directrices sont basées sur une évaluation globale et internationale des meilleures recherches disponibles. Au Canada et au niveau mondial, les lignes directrices de l'ILCOR sont utilisées par des organismes tels que la Société de sauvetage pour revoir et réviser les normes et techniques pour les habiletés en réanimation et en premiers soins dans nos programmes de formation.

Depuis la fin de l'année 2010 et le début de 2011, la Société de sauvetage a travaillé avec la Croix-Rouge Canadienne, l'Ambulance St-Jean et la Patrouille canadienne de ski pour décider comment les nouvelles directives seront implantées au Canada. Ce document comprend des explications des changements des lignes directrices et comment elles seront interprétées et utilisées dans les programmes de formation de la Société de sauvetage.

Les changements apportés par les directives 2010 de l'ILCOR s'inscrivent dans la poursuite du processus pour simplifier et faciliter l'apprentissage et la pratique de la RCR. La plupart des changements sont relativement mineurs en ce qui concerne la façon d'enseigner et de pratiquer une habileté. Certains changements sont basés sur les recherches ayant démontré que les modifications réduiraient les impacts médicaux pour les victimes.

PROGRAMMES DE LA SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

En 2011, les nouvelles normes en RCR seront disponibles pour diffusion auprès des moniteurs de la Société de sauvetage, des affiliés, des professionnels du milieu aquatique, des secouristes et du public canadien. Les normes et le matériel de formation de la Société s'appuient sur la fine pointe de la science et de la recherche au niveau international par le biais des lignes directrices 2010 de l'ILCOR.

Au début de 2012 tous les programmes et formations de la Société de sauvetage comprendront les nouvelles normes et seront offerts comme tels. La mise à jour de la documentation et de la formation sera prête pour s'assurer que tous les canadiens auront accès à une formation en RCR appuyée sur la recherche de pointe, et qui est conçue de manière à augmenter le taux de survie des victimes et améliorer l'efficacité de la Chaîne de survie canadienne.

La Société de sauvetage a implanté un processus simple, pratique, flexible et innovateur pour la mise à jour de notre documentation, ainsi que celle des instructeurs et membres affiliés offrant la formation RCR dans les communautés à travers le pays. Ainsi, un support de premier plan sera offert pour la formation professionnelle en RCR et pour l'éducation du public par les membres affiliés de la Société de sauvetage, telles que les installations aquatiques à travers le Canada.

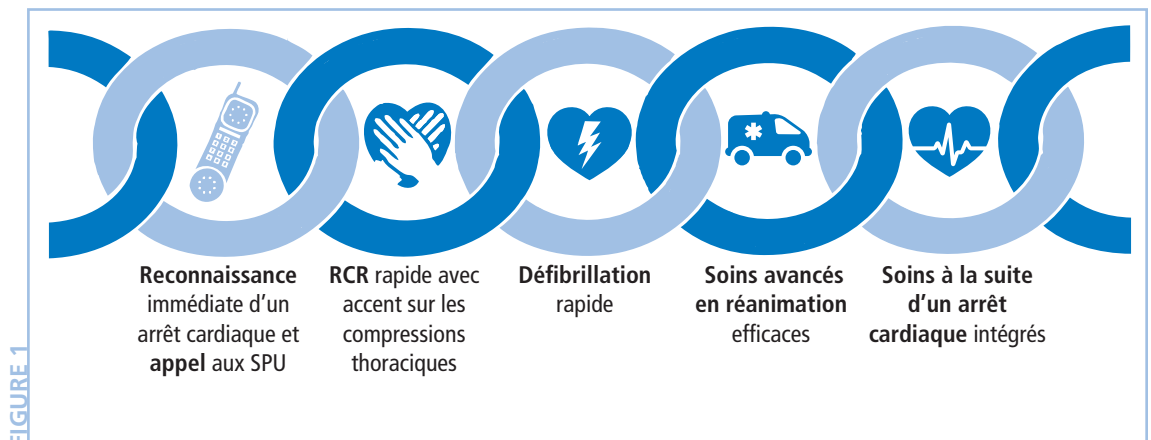
Résumé des changements

Cette section présente un résumé des changements pour les soins immédiats en réanimation (SIR) provenant des Lignes directrices 2010 de l'AHA pour la RCR et les SUC, de la collaboration des agences de formation en premiers soins, et l'interprétation des directives ainsi que la justification des changements. Pour obtenir de l'information détaillée et des références, le lecteur est invité à consulter le document « Points saillants des Lignes directrices 2010 en matière de réanimation cardiorespiratoire et de soins d'urgence cardiovasculaire de l'American Heart Association » disponible sur Internet dans l'édition d'octobre 2010 du Circulation and Resuscitation journal.

Les études publiées avant et depuis l'année 2005 ont démontré que :

1. Il faut continuer à améliorer la qualité des compressions thoraciques.
2. Parmi les services préhospitaliers d'urgence (SPU), on constate une variation importante des taux de survie lors d'interventions pour un arrêt cardiaque hors du milieu hospitalier.
3. La plupart des victimes d'un arrêt cardiaque subit ne reçoivent aucune intervention en RCR de la part des témoins immédiats.

Les changements mis de l'avant dans les Lignes directrices 2010 de l'AHA visent ces problématiques et comprennent des recommandations pour réduire les impacts pour les victimes d'arrêt cardiaque. La Chaîne de survie a été modifiée pour refléter les changements provenant des lignes directrices 2010 de l'AHA (figure 1).



Résumé des changements

RCR efficace

RCR « mains seulement^{md} »

Il y a eu beaucoup de couverture médiatique sur la méthode de RCR « mains seulement^{md} » (Hands-Only™) (compressions seulement), et par le fait même, un questionnement sur l'application de cette habileté dans les programmes de la Société. Il est important de noter que :

- Si une personne n'est pas formée en RCR, les répartiteurs des SPU lui donneront les instructions pour administrer la RCR « mains seulement^{md} » (compressions seulement) pour une victime adulte qui s'effondre subitement.
 - L'inconfort par rapport à l'application de la respiration artificielle est la principale raison invoquée par les secouristes grand public pour ne pas administrer la réanimation.
- Les secouristes formés continueront de donner des insufflations combinées aux compressions (30:2) lors de l'administration de la RCR.
 - La RCR « mains seulement^{md} » peut être enseignée comme un item de connaissance car elle pourrait être appropriée pour des secouristes formés qui n'ont pas accès à un masque de poche et sentent un inconfort par rapport au contact bouche-à-bouche.
 - Il est important de noter que les candidats doivent administrer les insufflations selon les standards requis pour obtenir la qualification correspondant au cours suivi.

A-B-C versus C-A-B

Vue d'ensemble

Tout comme pour la méthode « mains seulement^{md} » de RCR, la nouvelle séquence C-A-B (compressions – voies respiratoires – insufflations) a fait l'objet d'une importante couverture médiatique.

Il est important de noter que l'algorithme de l'A-B-C (voies respiratoires – insufflations – compressions) sera encore utilisé pour l'évaluation d'une victime, et que le C-A-B est la séquence de traitement pour une personne qui ne respire pas ou ne respire pas normalement.

Les étapes pour le traitement d'une victime inconsciente sont les suivantes (référence figure 2) :

1. Vérifier s'il y a du danger.
2. Vérification du niveau de conscience (taper sur l'épaule ou pincer et parler fort).
3. S'il y a un ou des témoins, leur demander d'appeler les SPU et d'aller chercher un DEA.
4. Dégager les voies respiratoires en utilisant la technique de l'hyperextension de la tête/ soulèvement du menton.
5. Faire une vérification visuelle rapide sur l'absence de respiration ou de respiration anormale (agonale, halètement, détresse respiratoire sévère) pendant 5 secondes.
6. Le secouriste traitera l'absence de respiration ou une respiration anormale comme un signe d'absence de circulation et amorcera immédiatement la RCR par les compressions (30:2).
7. Le secouriste doit utiliser le DEA dès qu'il est disponible.
8. Le secouriste réévaluera l'A-B-C seulement si la victime démontre des signes vitaux.

Appel aux SPU et demande de DEA

Après avoir déterminé le niveau de conscience, le secouriste formé enverra un témoin appeler les

Résumé des changements

RCR efficace

SPU et un second témoin (si disponible) aller chercher un DEA.

- Cette méthode permettra que le DEA arrive rapidement sur place puisque le premier témoin peut passer plusieurs minutes au téléphone avec le répartiteur des SPU.
- S'il y a un seul témoin, demandez-lui d'appeler d'abord les SPU et de revenir ensuite avec un DEA.
- Si deux ou plusieurs secouristes sont présents, un secouriste doit amorcer la RCR et un second doit appeler les SPU et amorcer ensuite le protocole de DEA.

Si un secouriste est seul et que la victime est un adulte, il appellera immédiatement les SPU, ira chercher un DEA (s'il y en a un disponible immédiatement/sur place) et amorcera ensuite la RCR (pas de changement depuis 2005).

- Un secouriste qui est seul administrera 5 cycles (2 minutes de RCR) pour un enfant ou un bébé avant d'appeler le 911 et d'aller chercher un DEA (s'il y en a un disponible immédiatement/sur place).
- Un arrêt respiratoire est la cause la plus commune d'un arrêt cardiaque pour un enfant; il faut donc administrer la RCR pendant 2 minutes avant d'appeler les SPU et aller chercher un DEA.

Il est important de noter que le secouriste doit utiliser son jugement pour déterminer quand appeler les SPU.

- Des éléments tels que la présence de dangers (feu ou fumée) ou le mécanisme d'une blessure (accident de la route) peuvent inciter le secouriste à appeler les SPU avant de traiter des victimes.
- Parmi les principales agences de formation en premiers soins, certaines ont déterminé une autre séquence pour l'appel aux SPU dans l'algorithme de l'examen de la victime, et plus spécifiquement après l'évaluation de la respiration. Cette formule est acceptable.
- L'élément-clé est que le candidat fasse l'appel aux SPU (sans instruction de la part du moniteur) avant d'amorcer les compressions (si la RCR est nécessaire) ou à la fin de l'examen primaire, afin qu'il n'y ait pas de délai pour obtenir un transport vers des soins avancés.

Évaluation de la respiration

Les secouristes ouvriront les voies respiratoires en utilisant la technique de l'hyperextension de la tête/soulèvement du menton et feront seulement une vérification visuelle rapide sur l'absence de respiration ou une respiration anormale pendant 5 secondes. Il s'agit d'un changement par rapport aux lignes directrices de 2005 dans lesquelles le secouriste devait « Regarder, Écouter, et Sentir » la respiration pendant 10 secondes.

Si la victime ne respire pas ou ne respire pas normalement, le secouriste amorcera immédiatement la RCR par les compressions, et non par les insufflations car :

- Les niveaux d'oxygène dans le sang demeurent adéquats pendant les premières minutes suivant un arrêt cardiaque subit.
- Le relâchement passif de la paroi thoracique durant la phase de relaxation au cours des compressions thoraciques peut aussi assurer une certaine circulation de l'air.
- La ventilation sera minimalement retardée jusqu'à ce que le premier cycle de compressions

Résumé des changements

RCR efficace

thoraciques soit complété (30 compressions doivent être accomplies en 18 secondes environ).

Une respiration anormale peut inclure le halètement (respiration agonale) et la détresse respiratoire sévère.

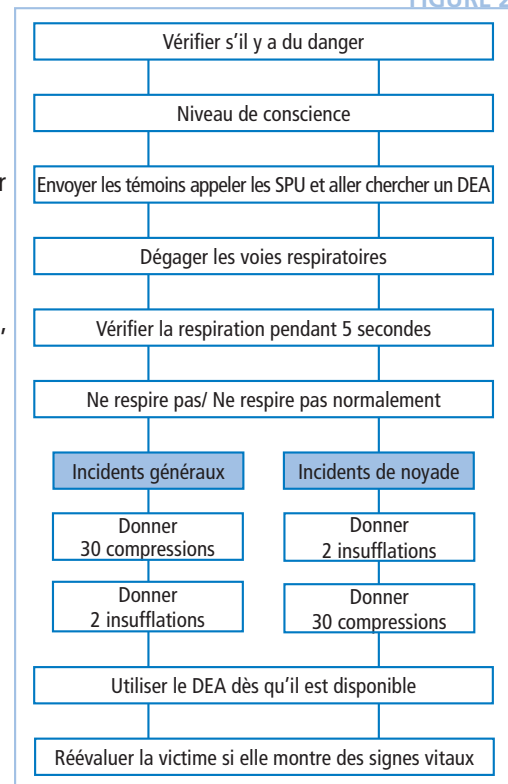
- La respiration agonale est commune après un arrêt cardiaque subit, et elle est souvent interprétée à tort comme une respiration efficace, ce qui mène un secouriste grand public à ne pas administrer la respiration artificielle et/ou la RCR.
- En cas de respiration agonale, le diaphragme reçoit encore du cerveau des impulsions nerveuses résiduelles intermittentes, ce qui provoque des halètements sporadiques.

Réanimation versus Noyade

Selon les lignes directrices 2010 de l'AHA, la conséquence la plus dommageable de la submersion est l'hypoxie. Dans les lignes directrices 2010 de l'AHA, la RCR commence maintenant avec les compressions thoraciques dans une séquence C-A-B. Toutefois, la RCR pour les victimes de noyade doit utiliser l'approche A-B-C traditionnelle compte tenu de la nature hypoxémique de l'arrêt cardiaque.

- Dans le cas d'une submersion/immersion, le secouriste doit ouvrir les voies respiratoires, vérifier la respiration et donner au moins 2 insufflations avant d'amorcer la RCR (figure 2).
- Les recherches ont démontré que l'administration d'insufflations ne dépassant pas 20 secondes avant d'amorcer la RCR peut être bénéfique car les victimes ayant seulement un arrêt respiratoire répondent bien habituellement à un traitement de quelques insufflations.
- Des organismes tels que le European Resuscitation Council (ERC) préconisent jusqu'à 5 insufflations totalisant 20 secondes avant d'amorcer la RCR. Le secouriste administre 2 insufflations initiales et 3 insufflations additionnelles (1 insufflation à chaque 5 secondes) avant d'amorcer la RCR.

FIGURE 2




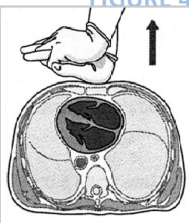
Résumé des changements

RCR efficace

RCR efficace

Les études publiées avant et depuis 2005 ont démontré qu'il faut continuer à améliorer la qualité des compressions thoraciques. Des compressions efficaces sont essentielles pour alimenter la circulation sanguine durant la RCR, et elles peuvent augmenter les taux de survie de façon significative.

Si la profondeur et la vitesse des compressions ne sont pas efficaces et que les interruptions sont trop longues pendant la RCR, il y aura une baisse du niveau de sang oxygéné qui va au cerveau pendant les compressions. Les changements suivants ont été recommandés pour assurer un haut niveau de qualité et d'efficacité de RCR :

	Profondeur des compressions	Positionnement	Notes
Adulte (8 ans +)	Au moins 5 cm ou 2 pouces	Au centre de la poitrine entre les seins. 	Au moins 100 compressions par minute Pour tous les groupes d'âge. Le secouriste doit permettre la relaxation thoracique totale (remontée complète) après chaque compression. Le temps maximum d'arrêt des compressions est d'environ 10 secondes (temps d'analyse DEA ou pour changer de personne qui fait les compressions).
Enfant (1 – 8 ans)	Au moins 1/3 de l'épaisseur de la poitrine (environ 5 cm ou 2 pouces)		
Bébé (0 à 1 an)	Au moins 1/3 de l'épaisseur de la poitrine (environ 4 cm ou 1.5 pouces)	Deux doigts sur la moitié inférieure du sternum (distance de la largeur d'un doigt sous la ligne des seins).	

- Le positionnement doit être fait au centre de la poitrine; les secouristes se positionnent trop bas et font des compressions sur l'appendice xiphoïde (figure 3).
- Le secouriste doit permettre la relaxation thoracique totale. Il arrive souvent que plus les compressions sont rapides, moins elles sont profondes, ou encore que le secouriste ne permette pas la relaxation thoracique totale (figure 4).

Résumé des changements

DEA universelle

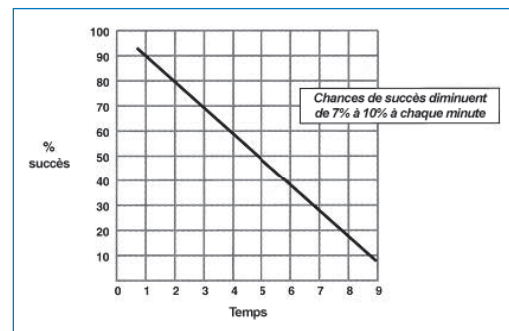
Implantation de la formation en DEA En 2005, la Société de sauvetage demandait seulement aux secouristes de faire appel à un témoin pour qu'il essaie d'obtenir un DEA, et une personne formée pour l'utiliser. Toute formation pratique en DEA faisait l'objet de cours distincts de DEA qui étaient offerts en fonction des besoins des différentes divisions provinciales.

Selon les recommandations des lignes directrices 2010 de l'AHA, la Société de sauvetage aura dorénavant des applications pratiques de DEA, d'un niveau équivalent au Programme d'accès à la défibrillation, incluses dans ses programmes de formation en RCR et en premiers soins. Il est important de noter que les programmes des niveaux de Bronze comprennent du contenu de RCR et que la connaissance du DEA doit être enseignée et l'utilisation du DEA doit être démontrée par les moniteurs en sauvetage dans ces niveaux. Afin de recevoir la qualification en RCR, les candidats aux niveaux de Bronze devront démontrer des applications pratiques de DEA. Il relève de la responsabilité de chaque division de déterminer qui peut qualifier les candidats aux niveaux de Bronze en RCR/DEA (ex. moniteur en sauvetage aussi qualifié comme moniteur en RCR ou Premiers soins, etc.).

Le « laps de temps de 10 minutes »

Pour assurer les meilleures chances de survie à la victime, faire appel aux SPU, dans la mesure où les manœuvres de RCR et l'utilisation du DEA doivent avoir lieu dans les premiers instants d'un arrêt cardiaque.

Pour chaque minute qui passe entre l'effondrement de la personne et la défibrillation, le taux de survie diminue de 7% à 10%.

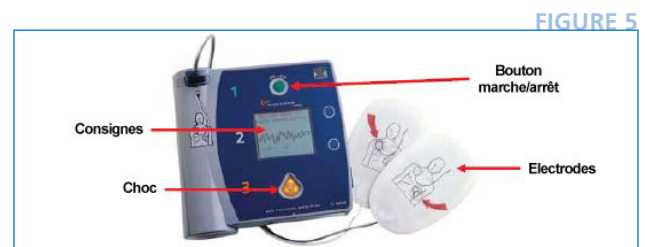


Il a été démontré qu'une formation même minimale améliore les taux de survie, et en conséquence, des opportunités de formation pratique seront offertes pour les secouristes grand public.

Composantes d'un appareil de DEA Bien qu'il existe plusieurs modèles de DEA sur le marché, les moniteurs de la Société de sauvetage enseigneront aux candidats les principes de base d'utilisation du DEA plutôt que de mettre l'accent sur un modèle précis d'appareil. Toute formation sur un modèle spécifique de DEA ou sur la répartition de l'équipement dans un lieu de travail relèvera de la responsabilité des employeurs.

Tous les DEA sur le marché ont les mêmes composantes de fonctionnement, ce qui inclut (Figure 5) :

- Bouton de **marche/arrêt**
- Bouton pour administrer le **choc**
- Une paire d'**électrodes**
- **Consignes** (verbal ou visuel)




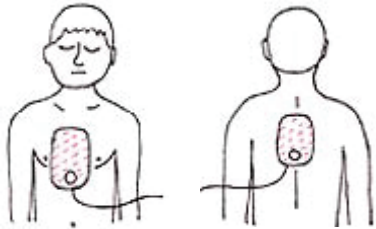
Résumé des changements

DEA universelle

Principes de fonctionnement du DEA Comme mentionné plus haut, plusieurs modèles de DEA sont disponibles sur le marché, mais peu importe le modèle, les principes de base de fonctionnement s'appliquent à tous les appareils :

- L'utilisation d'un DEA peut être propice lorsque la victime est inconsciente et ne respire pas ou ne respire pas efficacement. L'utilisation d'un DEA est restreinte aux victimes de l'âge de un an et plus.
- Le secouriste doit d'abord mettre l'appareil en marche en appuyant sur le bouton de MARCHE/ARRÊT.
 - L'appareil donnera au secouriste les instructions sur la façon d'utiliser ce modèle particulier de DEA; il faut donc bien écouter les instructions de l'appareil.
- Les électrodes doivent être bien positionnées. Le secouriste ne peut mettre les électrodes en place qu'une seule fois, il est donc important de bien les placer du premier coup.
 - Les vêtements recouvrant la poitrine doivent être retirés afin de repérer où appliquer les électrodes.
 - Raser la poitrine, si besoin, pour que les électrodes adhèrent à la peau et non aux poils.
 - Essuyer l'eau ou la sueur avant d'appliquer les électrodes pour assurer un bon contact.
 - Ne pas appliquer les électrodes sur des timbres médicaux transdermiques (retirer le timbre et assécher la peau).
 - Ne pas placer les électrodes au-dessus des stimulateurs cardiaques; les électrodes doivent être placées à au moins 1 pouce de distance d'un stimulateur cardiaque.
 - Des électrodes pour adultes peuvent être utilisées pour des enfants, mais des électrodes pour enfants (amortisseur pédiatrique de la dose d'énergie) ne peuvent pas être utilisées pour un adulte.

Position des électrodes

Position des électrodes – adulte	Position des électrodes - enfant
 <p>L'électrode qui va sur la partie supérieure à droite sur la poitrine ne doit pas être placée sur le sternum, la clavicule ou le mamelon.</p> <p>L'électrode qui va sur la partie basse à gauche doit longer la cage thoracique (ne pas placer sur l'abdomen). Il y a souvent un symbole de cœur pour aider à identifier l'électrode qui va du côté gauche.</p>	<p>L'électrode de droite est placée au centre de la poitrine et celle de gauche est placée dans le dos ou au dos de la poitrine.</p> 

- Seuls les Intervenants professionnels de la santé seront formés pour appliquer le DEA aux bébés puisqu'ils seront plus susceptibles d'avoir accès à un DEA avec amortisseur pédiatrique de la dose d'énergie. Le DEA pour les bébés ne sera pas enseigné dans le niveau de formation pour le grand public.

Résumé des changements

DEA universelle

- Le secouriste ne doit pas toucher à la victime (comme administrer la RCR) pendant que le DEA fait l'analyse du rythme cardiaque ou pendant la séquence de CHOC.

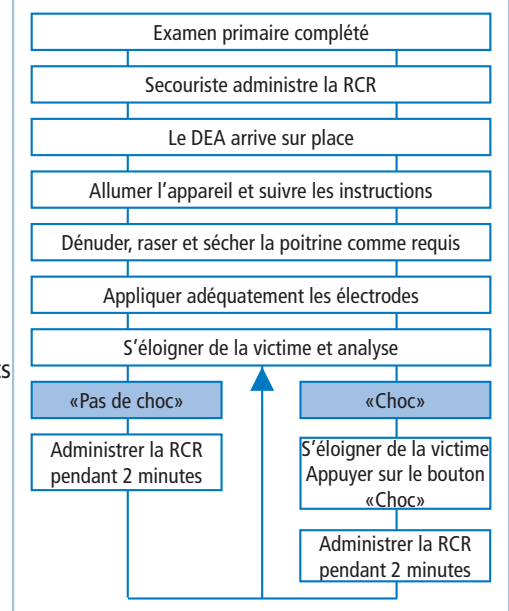
- Il faut enseigner aux candidats les suivis à faire après les instructions « choc » et « pas de choc ». À moins que la victime présente des signes vitaux, le secouriste administrera toujours 2 minutes de RCR après une séquence de « choc » ou « pas de choc » (figure 6).

- Les secouristes doivent être conscients du phénomène de « vision en tunnel du DEA »; chacun est tellement concentré sur l'application du DEA que personne n'administre la RCR.

- Eau et/ou environnement humide

- Toujours sortir la victime de l'eau ou d'un environnement humide.
- En cas de sortie d'une victime d'une piscine, il faut la sortir complètement de l'eau (ne pas laisser ses pieds dans l'eau).
- S'assurer que la poitrine de la victime est sèche et que les mains des secouristes sont sèches.
- La poitrine de la victime devra peut-être être asséchée après la RCR si le secouriste est encore mouillé.

FIGURE 6



Résumé des changements

Obstruction des voies respiratoires

Obstruction sévère –
victime consciente

Les lignes directrices 2010 de l'AHA stipulent que « ...les poussées thoraciques, les tapes dans le dos et les poussées abdominales sont applicables et efficaces pour dégager une obstruction sévère des voies respiratoires... pour simplifier la formation, il est recommandé d'appliquer des poussées abdominales en séquence rapide jusqu'à ce que l'obstruction soit dégagée. Si les poussées abdominales ne sont pas efficaces, le secouriste peut considérer des poussées thoraciques. »

Lorsque les principales agences de formation se sont rencontrées en novembre 2010, il a été convenu que les secouristes doivent être formés pour l'ensemble des trois procédures, car :

- L'ensemble des trois techniques sont considérées efficaces pour dégager une obstruction des voies respiratoires et les secouristes doivent disposer de techniques multiples au cas où l'une des procédures ne fonctionne pas.
- Comme les gens ont un réflexe naturel à donner des tapes dans le dos aux victimes d'étouffement, il faut donc leur enseigner la méthode pour le faire adéquatement.
- Dans une classe, il n'est pas possible de simuler la profondeur et la pression adéquates (ou la pression progressive) qui sont requises pour des poussées abdominales efficaces (les poussées dans le dos et les poussées thoraciques peuvent être pratiquées sur un mannequin).

Les principales agences de formation ont convenu à l'origine d'enseigner aux secouristes la procédure d'alterner 5 poussées abdominales et 5 tapes dans le dos pour les victimes conscientes adulte/enfant d'obstruction sévère des voies respiratoires. Toutefois, il y a eu changement lors de l'adoption finale de la procédure et en conséquence, chaque agence a adopté un protocole légèrement différent. Par exemple :

- La Croix-Rouge Canadienne et l'Ambulance St-Jean préconisent d'alterner 5 tapes dans le dos et 5 poussées abdominales jusqu'à ce que l'obstruction soit dégagée (ou que la victime devient inconsciente).
- La Fondation des maladies du cœur du Canada maintient l'utilisation exclusive des poussées abdominales jusqu'à ce que l'obstruction soit dégagée (ou que la victime devient inconsciente).

Comme chaque province a des exigences légales différentes (par exemple, en Ontario on doit suivre l'Ambulance St-Jean, et au Québec on doit suivre la Fondation des maladies du cœur), la Société de sauvetage n'identifiera pas dans les items « à voir » quelle technique doit être utilisée.

La norme de la Société de sauvetage pour traiter une obstruction sévère des voies respiratoires (adulte/enfant) est de dégager les voies respiratoires. Les notes suivantes ont été incluses dans les changements de contenu des pages des guides des certificats :

- Dégager les voies respiratoires en utilisant soit des poussées abdominales, des tapes dans le dos ou des poussées thoraciques. Lorsque c'est possible, le secouriste doit commencer par des poussées abdominales.
- Si la technique utilisée ne fonctionne pas (par exemple après 5 tentatives), choisir alors une autre méthode.
- Il est important de noter que la procédure pour une obstruction mineure et une obstruction sévère des voies respiratoires pour une victime consciente, pour les bébés et femmes enceintes/personnes obèses, n'a pas changé.

Résumé des changements

Obstruction des voies respiratoires

Il relève de la responsabilité de chaque division de déterminer les procédures qu'elles implanteront en fonction des obligations législatives et de former leurs moniteurs en conséquence. Lorsque c'est possible, les secouristes devraient commencer par des poussées abdominales comme requis par la Fondation des maladies du cœur du Canada, mais l'implantation de procédure alternative permet d'établir une certaine cohérence avec les autres agences de formation.

Par exemple, la division de Colombie-Britannique et Yukon a adopté la procédure suivante :

- Alternier 5 poussées abdominales et 5 tapes dans le dos pour les adultes et les enfants.
- Alternier 5 poussées thoraciques et 5 tapes dans le dos (si possible) pour les personnes obèses et les femmes enceintes.
- Alternier 5 tapes dans le dos et 5 poussées thoraciques pour les bébés (comme dans les lignes directrices de 2005).

Peut-être que la meilleure façon de comprendre la norme pour une obstruction sévère des voies respiratoires est de faire une comparaison avec les items pour le sauvetage d'une victime de blessure à la colonne vertébrale. La norme pour traiter une blessure à la colonne vertébrale est de stabiliser la victime. Le secouriste peut choisir parmi différentes procédures (incluant la prise en étau, la technique canadienne (bras allongés), et la prise de corps modifiée) pour respecter la norme. Bien que la prise en étau soit utilisée le plus souvent, toutes sont acceptables et un candidat ne peut pas recevoir un échec s'il choisit l'une des autres techniques d'immobilisation.

De même, un candidat ne peut pas recevoir un échec si on lui a enseigné une procédure différente pour une obstruction sévère des voies respiratoires (incluant les poussées abdominales, les tapes dans le dos et les poussées thoraciques dans n'importe quel ordre), dans la mesure où il respecte la norme qui consiste à dégager les voies respiratoires.

Techniques de désobstruction des voies respiratoires

Poussées abdominales

- Se placer derrière la victime, placer le poing du côté du pouce légèrement au-dessus du nombril. Entourer le poing avec l'autre main et donner rapidement et fermement des poussées, de l'intérieur de l'abdomen vers le haut.



FIGURE 7a

Poussées thoraciques

- Se placer derrière la victime, placer le poing au centre du sternum et administrer les poussées.

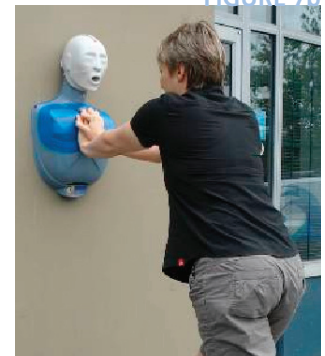


FIGURE 7b

Tapes dans le dos

- Lors des tapes dans le dos, il est important que la victime ait un bon niveau de conscience et que les voies respiratoires soient parallèles au sol. Le secouriste peut poser un bras en diagonale sur la poitrine de la victime et la fait pencher en avant, ou la fait pencher vers l'avant pour s'appuyer sur une table ou un comptoir.

Résumé des changements

Obstruction des voies respiratoires

- Le secouriste donnera des tapes fermes avec le talon de la main entre les omoplates de la victime (figures 7c & 7d).



Victime consciente
à inconsciente

Selon les lignes directrices 2010 de l'AHA, si la victime devient inconsciente, le secouriste devra :

- Appeler immédiatement les SPU et demander un DEA
- Administrer 30 compressions
 - Les compressions thoraciques pour une victime en position couchée/allongée sont plus efficaces que les poussées abdominales, les tapes dans le dos ou les poussées thoraciques pour une victime consciente debout. Il faut donc opter directement pour les compressions thoraciques.
- Vérifier dans la bouche avant de procéder à l'insufflation.
- Si l'air ne passe pas, repositionner la victime et tenter à nouveau l'insufflation.
- Si l'air ne passe pas, répéter la procédure jusqu'à la désobstruction des voies respiratoires (référence, grilles d'évaluation pour la RCR).

Victime étouffée
sans témoin –
inconsciente

Selon les lignes directrices 2010 de l'AHA, la RCR débute maintenant par les compressions thoraciques plutôt que par les insufflations. Ainsi, le secouriste ne découvrira pas l'obstruction des voies respiratoires sans témoin, avant la fin du premier cycle de 30 compressions.

- Vérifier s'il y a du danger.
- Déterminer le niveau de conscience (taper sur l'épaule ou pincer et parler fort).
- Si des témoins sont disponibles, demandez-leur d'appeler les SPU et d'aller chercher un DEA.
- Ouvrir les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou d'une respiration anormale (agonale, halètement, détresse respiratoire sévère) pendant 5 secondes.
- Le secouriste traitera l'absence de respiration ou une respiration anormale comme un signe d'absence de circulation et amorce la RCR par les compressions (30:2).
- Procéder à l'insufflation, et si l'air ne passe pas, repositionner la victime et tenter encore l'insufflation.
- Si l'air ne passe pas, administrer 30 compressions thoraciques.
- Vérifier dans la bouche avant de tenter la ventilation.
- Si l'air ne passe pas, repositionner la victime et tenter encore la ventilation.
- Si l'air ne passe pas, répéter les étapes de 8 à 10 jusqu'à ce qu'au dégagement des voies respiratoires (référence, grilles d'évaluation pour la RCR).

Résumé des changements

Mise à jour – Premiers soins

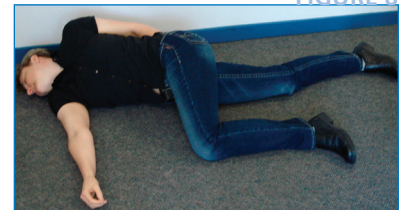
En plus des recommandations sur la réanimation, les lignes directrices 2010 de l'AHA comprennent des recommandations de traitements émises par l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) et l'International First Aid Science Advisory Board on First Aid

Positionnement de la victime

Toutes les victimes doivent être laissées dans la position où elles ont été trouvées à moins que la respiration ne puisse pas être évaluée. Si la respiration ne peut pas être évaluée, la victime doit être placée en position étendue (sur le dos).

Lorsqu'une victime est laissée seule ou qu'elle respire, elle doit être placée en position de recouvrement (figure 8) s'il n'y a pas de soupçon de blessure à la colonne vertébrale. Cette position vise à maintenir l'ouverture des voies respiratoires et réduire le risque d'obstruction de la respiration et de l'aspiration.

Il y a plusieurs variations de position de recouvrement, toutefois chaque forme doit être stable, proche de la position latérale, avec la tête dans le bon axe et sans pression sur la poitrine qui pourrait nuire à la respiration. (Circulation Part 5, pg S694 / Part 16, pg S935).



Traitement d'hémorragie sévère

Le contrôle d'une hémorragie est meilleur par l'application de pression pendant une longue période de temps. L'élévation peut réduire la pression appliquée et aggraver d'autres blessures (telles que les fractures). L'utilisation de l'élévation, et des points de pression et de garrots pour contrôler une hémorragie sévère n'est plus recommandée. (Circulation Part 16, pg S936-S937).

Douleur thoracique non traumatique

Même si l'aspirine ne soulagera pas la douleur, elle peut aider à arrêter la coagulation dans les artères et donc réduire les dommages au cœur. Si la victime dispose de sa propre aspirine (acide acétylsalicylique/Aspirine), aidez-la à en prendre, à condition :

- qu'elle ne soit pas allergique à l'aspirine ou à l'ibuprofène,
- qu'elle n'ait pas d'historique d'asthme,
- qu'elle n'a pas eu d'avis d'un médecin de ne pas prendre d'aspirine,
- qu'elle n'a pas de saignements gastro-intestinaux (estomac/ulcère) ou une blessure récente à la tête.



La victime doit mâcher un (1) comprimé d'aspirine pour adulte ou deux (2) pour enfant ou le nombre de comprimés pour une « dose minimale dans une journée ». NE PAS remplacer l'aspirine par de l'acétaminophène (Tylenol) ou de l'ibuprofène (Advil/Motrin) parce que ces produits bloquent l'effet d'éclaircissement du sang que procure l'aspirine. (Circulation Part 10, pg S790 and S795-796 / Part 16, pg.S936).

Si une victime d'angine a une prescription de nitroglycérine, elle peut en prendre jusqu'à 3 doses à intervalles de 3-5 minutes, à condition que le niveau de conscience demeure bon. La victime ne doit pas prendre de nitroglycérine si elle a pris au cours des dernières 24 heures un médicament pour les troubles érectiles (type Viagra^{md}).

Résumé des changements

Mise à jour – Premiers soins

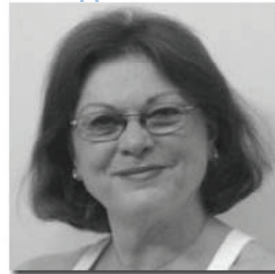
Anaphylaxie

Il est important que les secouristes continuent d'être formés sur les signes et les symptômes de l'anaphylaxie et la façon de porter assistance à une victime avec un auto-injecteur si elle n'est pas en mesure de le faire elle-même. (Circulation Part 12, pg S832 / Part 16, pg.S936).

Signes & symptômes

- Démangeaisons générales
- Éruptions cutanées, rougeurs (urticaire) sur la peau
- Respiration difficile ou sifflante
- Enflure - y compris la gorge, la langue et le visage
- Faiblesse, étourdissement
- Crampes d'estomac, vomissement, diarrhée
- Baisse du niveau de conscience ou inconscience

Apparence normale



Réaction allergique



Traitement

Avant d'administrer une dose d'épinéphrine avec un auto-injecteur EpiPen®, vous devez vous assurer que :

- L'examen primaire a été complété (l'ABC) et l'appel aux SPU a été fait.
- Seulement l'EpiPen de la victime est utilisé. NE PAS administrer l'auto-injecteur d'une autre personne.
- Peu importe la date d'expiration, l'auto-injecteur ne doit PAS être utilisé si la solution d'épinéphrine est décolorée et/ou s'il y a un dépôt dans le produit.
- Après l'utilisation de l'auto-injecteur, NE PAS mettre de glace sur l'endroit de l'injection parce que cela peut empêcher la dispersion de l'épinéphrine dans le système sanguin.
 - Retirer le capuchon bleu de sécurité de l'EpiPen®.
 - Presser l'embout de l'injecteur contre la partie externe au milieu de la cuisse de la victime jusqu'à ce qu'il ait un "clac".
 - Maintenir l'injecteur en place pendant 10 secondes.
 - Masser l'endroit de l'injection pour assurer une dispersion rapide du médicament.
 - Mettre l'aiguille utilisée dans l'étui de transport ou un contenant pour objets pointus.

DISPONIBLE
PRINTEMPS
2010



Bouchon de protection
de l'aiguille

Résumé des changements

Mise à jour – Premiers soins

Hypothermie	<p>Si une victime d'hypothermie ne respire pas de façon efficace pendant les 5 premières secondes de l'examen primaire, la RCR doit être immédiatement amorcée.</p> <p>Chez une victime d'hypothermie, l'examen de la respiration et/ou du pouls est difficile parce que le rythme cardiaque et la respiration peuvent être très lents. Dans le passé, il n'était pas inhabituel d'évaluer la respiration et/ou le pouls pendant jusqu'à 1 minute. Une respiration et/ou un pouls lents sont un critère pour la RCR car un niveau insuffisant d'oxygène circule dans le corps. (Circulation Part 5, pg S696/Part 12, pg S845-S846).</p>
Traumatisme lié à la chaleur	<p>Les boissons contenant des électrolytes (boissons commerciales contenant des électrolytes) peuvent être utilisées dans le traitement d'un épuisement dû à la chaleur, compte tenu des niveaux de sel et de sucre qu'elles contiennent (contenant qui ne risque pas de provoquer le vomissement).</p> <p>Pour les victimes soupçonnées de souffrir d'un coup de chaleur et qui sont alertes, le traitement initial recommandé est l'immersion en eau froide. Si le niveau de conscience de la victime diminue, l'application de serviettes humides, l'éponger, etc. serait approprié. (Circulation Part 16, pg S939-S940).</p>
Piqûres de méduses	<p>Pour désactiver le venin, les piqûres de méduses tropicales doivent être généreusement lavées avec du vinaigre le plus tôt possible et pendant au moins 30 secondes. Une fois les nématocystes retirés ou désactivés, l'immersion dans l'eau chaude (niveau de tolérance) pendant environ 20 minutes est le traitement le plus efficace pour soulager la douleur. (Circulation Part 16, pg S938-939).</p>
Morsures de serpents	<p>Ne pas utiliser la succion comme traitement de premiers soins pour les morsures de serpents. Le traitement initial pour toutes les morsures de serpents inclut une pression directe des mains au-dessus et en dessous de la morsure. L'application d'un bandage pour créer une pression sur toute la longueur de l'extrémité est un moyen efficace et sécuritaire de ralentir la dissémination du venin en ralentissant l'écoulement de la lymphe. L'application du bandage doit avoir une pression serré/relâché qui permette de passer un doigt sous le bandage. (Circulation Part 16, pg S938).</p>
Définitions de la noyade	<p>En 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté des nouvelles définitions de la noyade pour inclure les cas de noyade mortelle et non mortelle, comme dans le Rapport Utstein.</p> <ul style="list-style-type: none">• La noyade est un processus d'insuffisance respiratoire provoqué par une submersion/immersion dans un liquide. Dans le passé, le terme de noyade était utilisé pour faire référence à la mort par noyade, mais il s'applique maintenant pour toutes les personnes ayant survécu à un incident de submersion/immersion. Ce terme remplace tous les termes précédents et inclut la noyade sèche, la noyade mouillée, la quasi-noyade et la noyade secondaire.<ul style="list-style-type: none">○ Sans morbidité : la victime a survécu à une période de submersion/immersion sans séquelle au niveau cérébral;○ Morbidité : la victime a survécu à une période de submersion/immersion avec des séquelles au niveau cérébral (incluant un handicap de niveau moyen, handicap sévère, état végétatif/coma et mort du cerveau).• Décès par noyade : décès de la victime causé par une période de submersion/immersion. <p>Lorsque les moniteurs Sauveteur national enseignent la physiologie de la noyade, ils doivent mettre l'accent sur la progression de la noyade (ce qui arrive dans la période de panique, l'étape de retenue de la respiration et la phase finale de suffocation), sur les signes et symptômes d'une personne qui a vécu un épisode de submersion/immersion et sur le traitement d'une victime de noyade (pour les deux cas de consciente et inconsciente).</p>

Niveaux RCR & changements de contenu

Cette section présente les niveaux de RCR 2010 et le contenu requis pour les programmes de formation pour les secouristes grand public et les intervenants professionnels de la santé (IPS). Il est important de noter que le contenu de tronc commun sera enseigné dans tous les niveaux de RCR et qu'il inclura la nouvelle information provenant des lignes directrice 2010 de l'AHA.

La révision du contenu a entraîné un changement de l'équivalence de RCR dans les formations du niveau de Bronze afin de se conformer au contenu requis pour les révisions de 2010.

- Étoile de Bronze (il n'inclut plus le RCR-A puisque l'étouffement ne fait pas partie du contenu)
- Médaille de Bronze inclut RCR-A (la plupart des agences n'ont plus de brevet RCR-B, donc la Médaille de Bronze comprendra maintenant le RCR-A)
- Croix de Bronze inclut RCR-C (pas de changement)
- Premiers secours inclut RCR-A (pas de changement)
- Premiers soins - Général inclut RCR-C (pas de changement)

TRONC COMMUN (enseigné à tous les niveaux de RCR incluant les IPS)

- Facteurs de risque
- Implication légales de l'utilisation de RCR/DEA
- Anatomie et physiologie du système cardiorespiratoire
- La Chaîne de survie
- L'autoprotection
- Appel aux SPU
- L'évaluation
- Soins d'une victime inconsciente
- Introduction à la DEA (item de connaissance - MCPS pages 80-83)
- Crise cardiaque et accident cérébrovasculaire (reconnaissance et traitement)
- Stress d'incident critique

RCR NIVEAU A

- Tronc commun
- Secouriste qui est seul RCR & DEA : adulte
- Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient
- Obstruction des voies respiratoires : adulte inconscient

Niveaux RCR & changements de contenu

RCR NIVEAU B

- Tronc commun
- Secouriste qui est seul RCR & DEA : adulte
- Secouriste qui est seul RCR & DEA : enfant et/ou bébé (DEA non appliqué pour les bébés)
- Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient
- Obstruction des voies respiratoires : enfant et/ou bébé conscient
- Obstruction des voies respiratoires : adulte inconscient
- Obstruction des voies respiratoires : enfant et/ou bébé inconscient

RCR NIVEAU C

- Tronc commun
- Secouriste qui est seul RCR & DEA : adulte/enfant
- Secouriste qui est seul RCR : bébé
- Obstruction des voies respiratoires : adulte/enfant/bébé conscient
- Obstruction des voies respiratoires : adulte/enfant/bébé inconscient
- Deux secouristes RCR & DEA : adulte/enfant
- Deux secouristes RCR : bébé
- Item optionnel peut inclure la respiration artificielle (évaluation du pouls) sans RCR

RCR NIVEAU IPS-C

- Tronc commun
- Secouriste qui est seul RCR & DEA : adulte/enfant/bébé (DEA application)
- Obstruction des voies respiratoires : adulte/enfant/bébé conscient
- Obstruction des voies respiratoires : adulte/enfant/bébé inconscient
- Deux secouristes RCR & DEA : adulte/enfant/bébé (DEA application pour tous les âges)
- Respiration artificielle (évaluation du pouls) sans RCR
- Ballon-masque
- Items optionnels pouvant inclure oxygène, voies orales et aspiration

RCR Adulte

Étoile de bronze (Item 10)
Médaille de bronze (Item 7)
Croix de bronze (Item 5)
SN Annexe A (p. 53)
RCR Niveau A-B-C
Premiers secours
Premiers soins - général

Notes

- Taper sur l'épaule ou pincer et parler fort pour établir le niveau de conscience.
- Demander à un témoin d'appeler les SPU et de trouver un DEA. Un secouriste qui est seul appelle les SPU et rapporte un DEA si disponible.
- Le secouriste peut initier l'appel aux SPU à n'importe quel moment avant d'amorcer la RCR.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste vérifie visuellement s'il n'y a pas de respiration ou si elle est anormale (halètement).
- Compressions à une profondeur d'au moins 5 cm ou 2 po à un rythme d'au moins 100 par minute, en permettant la relaxation thoracique totale.
- Insufflations : le secouriste donne des insufflations normales (chacune plus d'une seconde) qui font soulever la poitrine
- L'électrode du DEA qui va sur la partie supérieure à droite sur la poitrine ne doit pas être placée sur le sternum, la clavicule ou le mamelon.
- L'électrode du DEA (symbole de coeur) qui va sur la partie basse à gauche de la cage thoracique ne doit pas être placée sur l'abdomen ou dans l'aisselle.
- L'utilisation de barrières de protection est recommandée.

Références :

MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.4 Respiration artificielle
MCS : 7.5 Réanimation cardiorespiratoire (RCR)
MCS : Annexe B

Démontrer la réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour un adulte à un seul sauveteur sur un mannequin. Médaille de bronze et Croix de bronze incluant des complications (vomissement) et des adaptations (bouche-à-nez, stomie).

But

Assurer la respiration et la circulation chez une victime inconsciente dont la respiration est déficiente ou qui ne respire pas.

À voir

- Évaluation des lieux afin d'y déceler les risques de danger
- Vérification du niveau de conscience
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir un DEA
- Positionner la victime (la tourner sur le dos si nécessaire)
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- Si la respiration est normale, placer la victime en position de recouvrement
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA n'est pas présent, amorcer la RCR par les compressions (30 compressions: 2 insufflations)
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA est présent, amorcer immédiatement le protocole de DEA
- Continuer la RCR et/ou la DEA jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée

Protocole DEA

- Quand le DEA arrive, allumer l'appareil et suivre les directives
- Dénuder la poitrine
- Raser et sécher la poitrine si nécessaire
- Positionner les électrodes sur la victime de manière appropriée et les connecter au défibrillateur
- Ne pas toucher la victime pendant l'analyse et les directives de choc
- Réponse appropriée à toutes les directives vocales et/ou signaux de l'appareil
- Amorcer 2 minutes de RCR immédiatement après un signal de « choc » ou de « pas de choc »
- Si la victime démontre des signes vitaux, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée
- Ne pas éteindre ou déconnecter le DEA avant que les SPU prennent la relève.

RCR Enfant

Médaille de bronze (Item 7)
Croix de bronze (Item 5)
SN Annexe A (p. 53)
RCR Niveau B-C
Premiers soins - général

Notes

- Pour déterminer le niveau de conscience, il est possible de taper sur l'épaule ou de pincer et parler fort.
- Demander à un témoin d'appeler les SPU et de trouver un DEA. Un secouriste qui est seul administre 2 minutes de RCR avant d'appeler les SPU et de revenir avec un DEA s'il est disponible.
- Le secouriste peut initier l'appel aux SPU à n'importe quel moment avant d'amorcer la RCR.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste vérifie visuellement s'il n'y a pas de respiration ou si elle est anormale (halètement).
- Compressions à une profondeur d'au moins 5 cm ou 2 po (1/3 du diamètre de la poitrine) à un rythme d'au moins 100 par minute, en permettant la relaxation thoracique totale.
- Insufflations : le secouriste donne des insufflations normales (chacune de plus d'une seconde) qui font soulever la poitrine.
- L'électrode du DEA pour adulte qui va sur la partie supérieure à droite sur la poitrine est placée au centre de la poitrine pour un enfant.
- L'électrode du DEA pour adulte (symbole de coeur) qui va sur la partie basse à gauche de la cage thoracique est placée entre les omoplates pour un enfant.
- L'utilisation de barrières de protection est recommandée.

Références :

MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.4 Respiration artificielle
MCS : 7.5 Réanimation cardiorespiratoire (RCR)
MCS : Annexe B

Démontrer la réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour un enfant à un seul sauveteur sur un mannequin. Médaille de bronze et Croix de bronze incluant des complications (vomissement) et des adaptations (bouche-à-nez, stomie).

But

Assurer la respiration et la circulation chez une victime inconsciente dont la respiration est déficiente ou qui ne respire pas.

À voir

- Évaluation des lieux afin d'y déceler les risques de danger
- Vérification du niveau de conscience
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir un DEA
- Positionner la victime (la tourner sur le dos si nécessaire)
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- Si la respiration est normale, placer la victime en position de recouvrement
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA n'est pas présent, amorcer immédiatement la RCR par les compressions (30 compressions: 2 insufflations)
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA est présent, amorcer immédiatement le protocole de DEA
- Continuer la RCR et/ou la DEA jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée

Protocole DEA

- Quand le DEA arrive, allumer l'appareil et suivre les directives
- Dénuder la poitrine
- Raser et sécher la poitrine si nécessaire
- Positionner les électrodes sur la victime de manière appropriée et les connecter au défibrillateur
- Ne pas toucher la victime pendant l'analyse et les directives de choc
- Réponse appropriée à toutes les directives vocales et/ou signaux de l'appareil
- Amorcer 2 minutes de RCR immédiatement après un signal de « choc » ou de « pas de choc »
- Si la victime démontre des signes vitaux, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée
- Ne pas éteindre ou déconnecter le DEA avant que les SPU prennent la relève

RCR Bébé

Croix de bronze (Item 5)
SN Annexe A (p. 53)
RCR Niveau B-C
Premiers soins - général

Notes

- Pour déterminer le niveau de conscience, il est possible de taper sur l'épaule ou de pincer et parler fort.
- Demander à un témoin d'appeler les SPU et de trouver un DEA. Un secouriste qui est seul administre 2 minutes de RCR avant d'appeler les SPU et de revenir avec un DEA s'il est disponible.
- Le secouriste peut initier l'appel aux SPU à n'importe quel moment avant d'amorcer la RCR.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste vérifie visuellement s'il n'y a pas de respiration ou si elle est anormale (halètement).
- Compressions à une profondeur d'au moins 4 cm ou 1.5 po (1/3 du diamètre de la poitrine) à un rythme d'au moins 100 par minute, en permettant la relaxation thoracique totale.
- Insufflations : le secouriste donne des insufflations légères ou bouffées d'air (chacune de plus d'une seconde) qui font soulever la poitrine.
- L'utilisation du DEA pour les bébés n'est pas enseignée à cause de la faible probabilité qu'un secouriste grand public se trouve face à la situation d'un bébé en arrêt cardiaque et d'avoir accès à un DEA avec des électrodes pédiatriques.
- L'utilisation de barrières de protection est recommandée.

Références :

MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.4 Respiration artificielle
MCS : 7.5 Réanimation cardiorespiratoire (RCR)
MCS : Annexe B

Démontrer la réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour un bébé sur un mannequin Médaille de bronze et Croix de bronze incluant des complications (vomissement) et des adaptations (bouche-à-nez, stomie).

But

Assurer la respiration et la circulation chez une victime inconsciente dont la respiration est déficiente ou qui ne respire pas.

À voir

- Évaluation des lieux afin d'y déceler les risques de danger
- Vérification du niveau de conscience
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir une personne formée en DEA pour bébé
- Positionner la victime (la tourner sur le dos si nécessaire)
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- Si la respiration est normale, placer la victime en position de recouvrement
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale, amorcer la RCR par les compressions (30 compressions : 2 insufflations)
- Continuer la RCR jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement, qu'une personne formée pour administrer le DEA à un bébé prenne la relève ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée

RCR à deux secouristes

Notes

- Un secouriste appliquera la RCR pendant que le second secouriste appelle les SPU et revient avec un DEA s'il est disponible.
- Les secouristes formés ont deux options. Ils peuvent appliquer la méthode de RCR à un secouriste à tour de rôle, ou un secouriste fait les compressions et l'autre donne les insufflations. Les secouristes peuvent changer de rôle à toutes les 2 minutes (5 cycles de 30:2) pour amoindrir la fatigue.
- Les secouristes communiquent ensemble et coopèrent pour la prise de décisions et l'application de la RCR.
- L'utilisation de barrières de protection est recommandée.

Références :

MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.4 Respiration artificielle
MCS : 7.5 Réanimation cardiorespiratoire (RCR)
MCS : Annexe B

Démontrer la méthode à deux secouristes de réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour un adulte, un enfant et un bébé sur un mannequin.

But

Assurer la respiration et la circulation chez une victime inconsciente dont la respiration est déficiente ou qui ne respire pas.

À voir

Secouriste #1

- Démonstre la séquence de RCR à un secouriste pour un adulte, enfant ou bébé.

Secouriste #2

- S'identifie comme ayant la formation en RCR
- Confirme l'appel aux SPU et la présence d'un DEA

Les deux secouristes

- Un secouriste appliquera les électrodes du DEA pendant que l'autre secouriste pratique la RCR
- Continuer la RCR et changer de rôle en interrompant au minimum les manoeuvres
- Continuer la RCR et/ou la DEA jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée

Obstruction des voies respiratoires : victime consciente

Notes

- Parler des causes les plus communes de l'obstruction des voies respiratoires.
- Si l'habileté est pratiquée avec une personne, les secouristes simulent les compressions pour éviter des blessures. Lorsque c'est possible, utiliser un mannequin et non un partenaire.
- La victime consciente simule une obstruction légère ou sévère. Enseigner le signe universel d'étouffement, pour signaler le besoin d'aide.
- Assumer qu'il y a une obstruction sévère si la victime fait signe que « oui » à la question « êtes-vous étouffé? », si elle s'étreint le cou ou ne peut pas parler ou respirer.
- Lorsque c'est possible, commencer par des poussées abdominales. Commencer avec des poussées thoraciques pour une femme enceinte ou une victime obèse.
- Si la première méthode ne fonctionne pas, choisir une autre méthode.
- Poussées abdominales : placez le poing du côté du pouce au niveau du nombril. Entourez votre poing avec l'autre main et donnez des poussées rapides et fermes vers le haut et l'arrière.
- Tapes dans le dos : les voies respiratoires de la victime sont parallèles au sol, donnez des tapes fermes avec le talon de la main entre les omoplates de la victime.
- Poussées thoraciques : placez-vous derrière la victime, placez le poing au centre de la poitrine et donnez les poussées.
- Démontrer les techniques d'autosauvetage.

Références :

MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.3 Problèmes pouvant survenir au cours de l'exécution de l'ABC
MCS : 8.3 Problèmes respiratoires et problèmes associés aux voies respiratoires

Simuler l'apparence et le traitement d'une victime consciente, adulte ou enfant, ayant une obstruction des voies respiratoires.

But

Rendre les secouristes aptes à reconnaître une obstruction des voies respiratoires chez une victime consciente, adulte ou enfant, et à intervenir avec les techniques de sauvetage appropriées.

À voir

- Évaluation des lieux afin d'y déceler les risques de danger
- Évaluation du niveau d'obstruction – demander « Êtes-vous étouffé? »
- Le secouriste s'identifie – il demande « Puis-je vous aider? »
- Choix des procédures appropriées

Obstruction légère

- Encourager la victime à tousser
- Rassurer la victime

Obstruction sévère

- Appeler à l'aide
- Choisir soit les poussées abdominales, les tapes dans le dos ou les poussées thoraciques pour dégager les voies respiratoires
- Positionnement adéquat
- Si la méthode choisie ne fonctionne pas, choisir alors une autre méthode
- Si les manoeuvres réussissent, conseiller à la victime de consulter un médecin afin d'exclure les complications possibles à la suite de l'obstruction ou du traitement

Si la victime devient inconsciente

- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU) et tenter d'obtenir un DEA
- Administrer 30 compressions thoraciques
- Vérifier dans la bouche avant d'amorcer la ventilation
- Si l'air ne passe pas, repositionner la tête et insuffler à nouveau
- Si l'air ne passe pas, se positionner adéquatement et administrer 30 compressions thoraciques
- Vérifier dans la bouche s'il y a un corps étranger, et tenter de le retirer
- Ventilation : si les manoeuvres réussissent, continuer la séquence de RCR et de DEA
- Si l'air ne passe pas, répéter la séquence (30 compressions thoraciques, vérifier dans la bouche, ventilation, repositionner la tête, redonner des insufflations) jusqu'à ce que les manoeuvres réussissent

Obstruction des voies respiratoires : bébé conscient

Croix de bronze (Item 7b)
SN Annexe A (p. 54)
RCR Niveau B-C
Premiers soins - général

Notes

- L'évaluation du niveau d'obstruction inclut une difficulté respiratoire subite, la toux ou le gargouillement, un bruit fort, de faibles cris ou la cyanose.
- Le secouriste assume qu'il y a une obstruction sévère si la victime ne peut pas tousser ou ne peut faire aucun son.
- Tapes dans le dos : la tête est plus basse que le corps, donner 5 tapes fermes avec le talon de la main entre les omoplates de la victime.
- Poussées thoraciques : étendre la victime sur une surface ferme, se positionner et donner 5 poussées (comme pour la RCR).

Références :

MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.3 Problèmes pouvant survenir au cours de l'exécution de l'ABC
MCS : 8.3 Problèmes respiratoires et problèmes associés aux voies respiratoires

Sur un mannequin, démontrer le traitement d'un bébé conscient souffrant d'une obstruction des voies respiratoires.

But

Rendre les secouristes aptes à reconnaître une obstruction des voies respiratoires chez un bébé conscient, et à intervenir avec les techniques de sauvetage appropriées.

À voir

- Évaluation des lieux afin d'y déceler les risques de danger
- Évaluation du niveau d'obstruction
- Le secouriste s'identifie auprès de la personne responsable du bébé – il demande « Puis-je vous aider? »
- Choix des procédures appropriées

Obstruction légère

- Encourager la victime à tousser
- Rassurer la victime

Obstruction sévère

- Appeler à l'aide
- Positionnement adéquat
- Alternier 5 tapes dans le dos et 5 poussées thoraciques jusqu'à ce que les voies respiratoires soient dégagées
- Si les manoeuvres réussissent, conseiller à la personne responsable du bébé de consulter un médecin afin d'éliminer les complications possibles à la suite de l'obstruction ou du traitement

Si la victime devient inconsciente

- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU) et tenter d'obtenir un DEA
- Appliquer 30 compressions thoraciques
- Vérifier dans la bouche avant d'amorcer la ventilation
- Si l'air ne passe pas, repositionner la tête et insuffler à nouveau
- Si l'air ne passe toujours pas, se positionner adéquatement et administrer 30 compressions thoraciques
- Vérifier s'il y a un corps étranger dans la bouche et si un objet est visible, tenter de le retirer
- Ventilation : si les manoeuvres réussissent, continuer la séquence de RCR et de DEA
- Si l'air ne passe pas, répéter la séquence (30 compressions, vérifier dans la bouche, insufflations, repositionner la tête, insufflations) jusqu'à ce que les manoeuvres réussissent

Obstruction des voies respiratoires : victime inconsciente

Notes

- Pour déterminer le niveau de conscience, il est possible de taper sur l'épaule ou de pincer et parler fort.
- Si la pratique de cette habileté est faite avec une personne (versus un mannequin), les secouristes simulent les compressions pour éviter des blessures. Lorsque c'est possible, utiliser un mannequin et non un partenaire.
- Demander à un témoin d'appeler les SPU. Si vous êtes seul avec une victime adulte, appelez immédiatement les SPU. S'il est seul avec une victime enfant, le secouriste appelle les SPU après 2 minutes (5 cycles de 30:2) de RCR. Les victimes inconscientes doivent être laissées en position de recouvrement.
- Les secouristes peuvent appeler les SPU à n'importe quel moment avant d'amorcer la RCR.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste va vérifier si la respiration est absente ou anormale (halètement).
- Si le DEA est présent, amorcer le protocole de DEA.
- Compressions pour une adulte à une profondeur d'au moins 5 cm ou 2 po à un rythme d'au moins 100 par minute, en permettant la relaxation thoracique totale.
- Compressions pour un enfant à une profondeur d'environ 5 cm ou 2 po (1/3 du diamètre de la poitrine) à un rythme d'au moins 100 par minute, en permettant la relaxation thoracique totale.
- L'utilisation de barrières de protection est recommandée.

Références :

MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.3 Problèmes pouvant survenir au cours de l'exécution de l'ABC
MCS : 8.3 Problèmes respiratoires et problèmes associés aux voies respiratoires

Simuler le traitement d'une victime inconsciente, adulte ou enfant, ayant une obstruction des voies respiratoires.

But

Dégager les voies respiratoires et rétablir la respiration normale chez une victime inconsciente.

À voir

- Évaluation des lieux afin d'y déceler les risques de danger
- Vérification du niveau de conscience
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Positionner la victime (la tourner sur le dos si nécessaire)
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- Si la respiration est normale, placer la victime en position de recouvrement
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale, et le DEA n'est pas présent, amorcer immédiatement la RCR par les compressions (30 compressions: 2 insufflations)
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale, et le DEA est présent, amorcer immédiatement le protocole de DEA
- Procéder à la ventilation
- Si l'air ne pénètre pas, repositionner la tête et insuffler à nouveau
- Si l'air ne pénètre pas, se positionner adéquatement et administrer 30 compressions thoraciques
- Vérifier s'il y a un corps étranger dans la bouche et si un objet est visible, tenter de le retirer
- Ventilation : si les manoeuvres réussissent, continuer la séquence de RCR
- Si l'air ne passe pas, répéter la séquence (30 compressions, vérifier dans la bouche, insufflations, repositionner la tête, insufflations) jusqu'à ce que les manoeuvres réussissent
- Continuer la procédure jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée

Obstruction des voies respiratoires : bébé inconscient

Notes

- Pour déterminer le niveau de conscience, il est possible de taper sur l'épaule ou de pincer et parler fort.
- Cet item d'habileté doit être exécuté avec un mannequin.
- Demander à un témoin d'appeler les SPU. S'il est seul avec un bébé, le secouriste appelle les SPU après 2 minutes (5 cycles de 30:2) de RCR. Les victimes inconscientes doivent être laissées en position de recouvrement.
- Les secouristes peuvent appeler les SPU à n'importe quel moment avant d'amorcer la RCR.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste va vérifier si la respiration est absente ou anormale (halètement).
- Compressions pour un bébé à une profondeur d'environ 4 cm ou 1.5 po (1/3 du diamètre de la poitrine) à un rythme d'au moins 100 par minute, en permettant la relaxation thoracique totale.
- L'utilisation de barrières de protection est recommandée.

Références :

MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.3 Problèmes pouvant survenir au cours de l'exécution de l'ABC
MCS : 8.3 Problèmes respiratoires et problèmes associés aux voies respiratoires

Simuler le traitement d'un bébé inconscient ayant une obstruction des voies respiratoires.

But

Dégager les voies respiratoires et rétablir la respiration normale chez une victime inconsciente.

À voir

- Évaluation des lieux afin d'y déceler les risques de danger
- Vérification du niveau de conscience
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir une personne formée en DEA pour les bébés
- Positionner la victime (la tourner sur le dos si nécessaire)
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- Si la respiration est normale, placer la victime en position de recouvrement
- Si il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale, amorcer immédiatement la RCR par les compressions (30 compressions: 2 insufflations)
- Procéder à la ventilation
- Si l'air ne passe pas, repositionner la tête et insuffler à nouveau
- Si l'air ne passe pas, se positionner adéquatement et administrer 30 compressions thoraciques
- Vérifier s'il y a un corps étranger dans la bouche et si un objet est visible, tenter de le retirer
- Ventilation : si les manoeuvres réussissent, continuer la séquence de RCR
- Si l'air ne passe pas, répéter la séquence (30 compressions, vérifier dans la bouche, insufflations, repositionner la tête, insufflations) jusqu'à ce que les manoeuvres réussissent
- Continuer la procédure jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement, qu'une personne formée en DEA pour les bébés prenne la relève ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée

Examen primaire : dangers & ABC

Jeune sauveteur - Averti
Premiers soins (Item 10)

Notes

- La victime est un adulte. Demander à un témoin d'appeler les SPU et de trouver un DEA. S'il est seul, le secouriste appelle d'abord les SPU et revient avec un DEA, s'il est disponible.
- Pour déterminer le niveau de conscience, le secouriste peut pincer l'épaule de la victime et lui demander "Est-ce que ça va?". D'autres techniques sont acceptables.
- Si la victime est sur le côté ou sur le ventre, le secouriste peut devoir la tourner sur le dos pour évaluer la respiration.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste va vérifier si la respiration est absente ou anormale (halètement).
- Voir les activités d'apprentissage suggérées, p. 69, 70.

Références :

MCS : Chapitre 6.4
Examen primaire

Démontrer un examen primaire incluant l'évaluation des dangers et l'ABC sur une victime inconsciente qui respire.

But

Évaluer l'état d'une victime inconsciente qui respire en respectant les principes sur les dangers et l'ABC.

À voir

- Évaluer l'environnement afin d'identifier les dangers
- Vérifier le niveau de conscience
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir un DEA
- Positionner la victime (la tourner si nécessaire)
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- Position de recouvrement

Sauvetage en eau profonde d'une victime qui ne respire pas

Étoile de bronze
Reconnaissance et sauvetage (Item 17)

Notes

- La victime doit être près de la surface et peut être sur le ventre ou sur le dos.
- Une simulation réaliste de la victime aidera le secouriste à effectuer une reconnaissance précise et une intervention appropriée.
- Les aides de sauvetage (préférentiellement pas de planches de flottaison) doivent être réalistes et appropriées à un environnement non supervisé.
- Les secouristes ne sont pas tenus d'effectuer des sorties de l'eau sans aide. Les personnes du public peuvent être formées ou non formées.
- Les secouristes peuvent appeler les SPU à n'importe quel moment avant d'amorcer la RCR.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste va vérifier visuellement si la respiration est absente ou anormale (halètement).
- Compte tenu de la nature hypoxique de la noyade, le secouriste donne 2 insufflations (pas plus de 5) avant d'administrer les compressions (RCR).
- Des insufflations additionnelles peuvent être appropriées sous certaines circonstances (longue distance de portage en eau peu profonde ou sortie de l'eau retardée/difficile).
- L'utilisation de barrières de protection est recommandée.

Références :

MCS : 4 Le sauvetage
MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.4 Respiration artificielle
MCS : 7.5 Réanimation cardiorespiratoire (RCR)
MCS : Annexes A & B

En eau profonde, effectuer le sauvetage d'une victime inconsciente qui ne respire pas. Ramener la victime à la plage, la promenade ou au bord de la piscine. Des personnes du public sans formation fournissent de l'aide pour la sortie de l'eau. Le secouriste effectue les procédures de suivi appropriées, incluant le traitement de l'état de choc.

But

Prévenir les pertes de vie lors d'une urgence aquatique avec un minimum de risques pour le secouriste.

À voir

- Reconnaissance rapide et précise
- Maintien de la sécurité des secouristes tout au long de l'exercice
- Évaluation adéquate de la situation
- Appel à l'aide
- Choix et utilisation adéquats de l'aide de sauvetage
- Entrée à l'eau appropriée et approche efficace
- Victime emmenée à l'endroit sûr le plus proche
- Traitement et suivi efficaces de la victime
- Contact visuel et communication constructive tout au long de l'exercice
- Utilisation judicieuse des personnes du public
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir un DEA
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA n'est pas présent, donner immédiatement deux insufflations et administrer les compressions (RCR)
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA est présent, amorcer immédiatement le protocole de DEA
- Continuer la RCR et/ou la DEA jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée

Sauvetage 2

Médaille de bronze
Reconnaissance et
sauvetage
(Item 14)

Notes

- La victime peut être située à la surface ou juste sous la surface de l'eau.
- Une simulation réaliste de la victime aidera le secouriste à effectuer une reconnaissance précise et une intervention appropriée.
- La respiration artificielle doit être amorcée dès que le candidat est en mesure de réagir efficacement en cas de vomissement. On ne s'attend pas à ce qu'il effectue la respiration artificielle en eau profonde.
- Les secouristes ne sont pas tenus d'effectuer des sorties de l'eau sans aide. Les personnes du public peuvent être formées ou non formées.
- Les secouristes peuvent appeler les SPU à n'importe quel moment avant d'amorcer la RCR.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste vérifie visuellement si la respiration est absente ou anormale (halètement).
- Compte tenu de la nature hypoxique de la noyade, le secouriste donne 2 insufflations (pas plus de 5) avant d'administrer les compressions (RCR).
- Des insufflations additionnelles peuvent être appropriées sous certaines circonstances (longue distance de portage en eau peu profonde ou sortie de l'eau retardée/difficile).
- Compréhension de base du facteur de stress en cas d'incident critique.

Références :

MCS : 4 Le sauvetage
MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.4 Respiration artificielle
MCS : 7.5 RCR
MCS : Annexes A et B

Effectuer le sauvetage d'une victime qui ne respire pas se trouvant en eau profonde, à 5 m d'un endroit sûr. La situation s'applique à un environnement non supervisé et l'accent est mis sur les soins à la victime, des sorties de l'eau avec l'aide du public, et un suivi approprié incluant l'appel aux SPU.

But

Prévenir les pertes de vie lors d'une urgence aquatique avec un minimum de risques pour le secouriste.

À voir

- Reconnaissance rapide et précise
- Évaluation adéquate de la situation – appel à l'aide
- Choix et utilisation adéquats de l'aide de sauvetage
- Entrée à l'eau et approche appropriées et efficaces, (maintien du contact visuel), recul et position d'alerte, et portage selon les circonstances
- Victime emmenée à l'endroit sûr le plus proche
- Sortie de l'eau sécuritaire et efficace avec l'aide du public
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir un DEA
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA n'est pas présent, donner immédiatement deux insufflations et administrer les compressions (RCR)
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA est présent, amorcer immédiatement le protocole de DEA
- Continuer la RCR et/ou la DEA jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée
- Directives appropriées et efficaces aux témoins lorsque nécessaire
- Utilisation efficace de barrières de protection, si nécessaire
- Traitement approprié et communication constructive avec la victime tout au long de l'exercice
- Choix de sauvetage offrant le moins de risques possible dans les circonstances et se soucier de sa sécurité personnelle en tout temps

Sauvetage 2

Croix de bronze
Reconnaissance et
sauvetage (Item 13)

Notes

- Une simulation réaliste de la victime aidera le sauveteur à effectuer une reconnaissance précise et une intervention appropriée.
- La victime est située à une profondeur maximale de 3 m.
- La respiration artificielle doit être amorcée dès que le candidat est en mesure de réagir efficacement en cas de vomissement. On ne s'attend pas à ce qu'il effectue la respiration artificielle en eau profonde.
- Les secouristes ne sont pas tenus d'effectuer des sorties de l'eau sans aide. Les personnes du public peuvent être formées ou non formées.
- Les secouristes peuvent appeler les SPU à n'importe quel moment avant d'amorcer la RCR.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste vérifie visuellement si la respiration est absente ou anormale (halètement).
- Compte tenu de la nature hypoxique de la noyade, le secouriste donne 2 insufflations (pas plus de 5) avant d'administrer les compressions (RCR).
- Des insufflations additionnelles peuvent être appropriées sous certaines circonstances (longue distance de portage en eau peu profonde ou sortie de l'eau retardée/difficile).
- Compréhension de base du facteur de stress en cas d'incident critique.

Références :

MCS : 4 Le sauvetage
MCS : 7.2 Priorités de l'ABC
MCS : 7.4 Respiration artificielle
MCS : 7.5 Réanimation cardiorespiratoire (RCR)
MCS : Annexes A et B

Effectuer le sauvetage d'une victime submergée, qui ne respire pas. La situation est conçue pour mettre l'accent sur les soins à la victime, la sortie de l'eau et le suivi, incluant l'appel aux SPU.

But

Prévenir les pertes de vie lors d'une urgence aquatique avec un minimum de risques pour le secouriste. Administrer les soins jusqu'à ce que du personnel qualifié prenne la relève.

À voir

- Reconnaissance rapide et précise
- Évaluation adéquate de la situation – appel à l'aide
- Choix et utilisation adéquats de l'aide de sauvetage
- Entrée à l'eau et approche appropriées et efficaces, (maintien du contact visuel), recul et position d'alerte, et portage selon les circonstances
- Protection des voies respiratoires lors de la remontée et du portage par la suite
- Victime emmenée à l'endroit sûr le plus proche
- Sortie de l'eau sécuritaire et efficace avec l'aide du public
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir un DEA
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA n'est pas présent, donner immédiatement deux insufflations et administrer les compressions (RCR)
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA est présent, amorcer immédiatement le protocole de DEA
- Continuer la RCR et/ou la DEA jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée
- Directives appropriées et efficaces aux témoins lorsque nécessaire
- Utilisation efficace de barrières de protection, si nécessaire
- Traitement approprié et communication constructive avec la victime tout au long de l'exercice
- Choix de sauvetage offrant le moins de risques possible dans les circonstances et se soucier de sa sécurité personnelle en tout temps

Prise en charge d'une victime submergée qui ne respire pas

Notes

- L'accent est mis sur les compétences individuelles du candidat et non sur l'intervention de l'équipe.
- Référence Annexe A pour la RCR, items « À voir ».
- Les secouristes ne sont pas tenus d'effectuer des sorties de l'eau sans aide.
- Les secouristes peuvent appeler les SPU à n'importe quel moment avant d'amorcer la RCR.
- Le secouriste ouvre les voies respiratoires en utilisant la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste vérifie visuellement si la respiration est absente ou anormale (halètement).
- La respiration artificielle doit être amorcée dès que le candidat est en mesure de réagir efficacement en cas de vomissement. On ne s'attend pas à ce qu'il effectue la respiration artificielle en eau profonde.
- Compte tenu de la nature hypoxique de la noyade, le secouriste donne 2 insufflations (pas plus de 5) avant d'administrer les compressions (RCR).
- Des insufflations additionnelles peuvent être appropriées sous certaines circonstances (longue distance de portage en eau peu profonde ou sortie de l'eau retardée/difficile).
- La condition de la victime peut inclure n'importe quelle combinaison d'obstruction des voies respiratoires ou de vomissements.

Références :

MCS : 4 Le sauvetage
MCS : 7 Les priorités en matière de sauvetage : l'ABC
MCS : 7.4 Respiration artificielle

Démontrer la prise en charge efficace d'une victime submergée qui ne respire pas.

But

Démontrer des habiletés individuelles efficaces pour la prise en charge d'une victime submergée qui ne respire pas.

À voir

- Entrée à l'eau et descente rapide vers la victime
- Remontée rapide
- Victime tenue solidement pendant la remontée
- Protection des voies respiratoires pendant la remontée et lors du transport
- Parcours le plus rapide jusqu'à l'endroit où la respiration artificielle et la RCR peuvent être amorcées de façon efficace et les complications peuvent être gérées (bord de la piscine, eau peu profonde, embarcation de secours)
- Sortie de l'eau sécuritaire et efficace à l'aide d'un sauveteur ou d'une personne du public
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir un DEA
- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA n'est pas présent, donner immédiatement deux insufflations et administrer les compressions (RCR)
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA est présent, amorcer immédiatement le protocole de DEA
- Habileté à faire face à des complications à n'importe quel moment pendant l'exercice (vomissement, obstruction des voies respiratoires)
- Continuer la RCR et/ou la DEA jusqu'à ce que les SPU prennent la relève du traitement ou que la victime commence à bouger
- Si la victime commence à bouger, évaluer à nouveau l'ABC et intervenir de manière appropriée
- Utilisation efficace de barrières de protection, si nécessaire
- Directives appropriées et efficaces aux témoins lorsque nécessaire

Prise en charge d'une victime blessée à la colonne vertébrale

Notes

- Mettre l'accent sur les habiletés individuelles du candidat et non sur l'effort de l'équipe (d'autres surveillants-sauveteurs peuvent offrir du soutien). Chaque candidat doit être évalué sur tous les items « À voir ».
- Les types de blessures à la colonne peuvent inclure celles affectant la partie cervicale et lombaire.
- Les victimes peuvent être dans l'eau profonde ou peu profonde, sur la terre ferme ou être en train de marcher. Les victimes en eau profonde doivent être ramenées par le niveau de l'eau peu profonde, si possible.
- La condition de la victime peut inclure n'importe quelle combinaison de respiration inefficace ou absence de respiration, obstruction des voies respiratoires ou vomissement.
- Ouvrez d'abord les voies respiratoires en utilisant la technique de subluxation de la mâchoire. Si cette méthode ne fonctionne pas, utilisez la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste vérifie visuellement si la respiration est absente ou anormale (halètement).
- La respiration artificielle doit être amorcée dès que le candidat est en mesure de réagir efficacement en cas de vomissement. On ne s'attend pas à ce qu'il effectue la respiration artificielle en eau profonde.
- Si la victime a été sauvée dans l'eau et qu'elle ne respire pas ou que sa respiration est anormale, le secouriste donnera 2 insufflations (pas plus de 5) avant d'administrer les compressions (RCR).
- Des insufflations additionnelles peuvent être appropriées sous certaines circonstances (longue distance de portage en eau peu profonde ou sortie de l'eau retardée/difficile).
- Détacher la courroie de la planche dorsale sur la poitrine de la victime pour l'utilisation du DEA.
- Mettre l'accent sur une sortie rapide de l'eau et la préparation au transport.

Références :

Idem de la page 33

Démontrer la prise en charge efficace d'une victime susceptible d'être blessée à la colonne vertébrale.

But

Démontrer des habiletés individuelles efficaces de prise en charge d'une victime blessée à la colonne vertébrale qui respire ou qui ne respire pas.

À voir

- Reconnaissance rapide et précise et entrée à l'eau appropriée
- Retournement en douceur de la victime, si nécessaire
- Immobilisation de la colonne vertébrale pendant le retournement et tout au long de l'exercice (dans la mesure du possible)
- Évaluation primaire de la victime : niveau de conscience et ABC
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir un DEA
- Habileté à faire face aux complications (vomissement, obstruction des voies respiratoires)
- Utilisation efficace des barrières de protection, si nécessaire
- Stabilisation au moyen d'une planche dorsale ou autre dispositif approprié (victime dans l'eau seulement)
- Préparation à la sortie de l'eau et au transport (victime dans l'eau seulement)
- Sortie de l'eau sécuritaire si possible (victime dans l'eau seulement)
- Examen secondaire, si possible
- Directives appropriées et efficaces aux témoins lorsque la situation le permet
- Traitement de l'état de choc

Si la victime est inconsciente et que la respiration est absente ou anormale (Référence Annexe A, items « À voir » pour la RCR)

- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA n'est pas présent, donner immédiatement deux insufflations et administrer les compressions (RCR)
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA est présent, amorcer immédiatement le protocole de DEA
- Minimiser les mouvements de la victime tout au long de l'exercice

Blessure à la colonne vertébrale

Notes

- Les candidats interviennent en tant que membres d'une équipe dont le nombre peut varier. La performance individuelle est évaluée et non celle de l'équipe.
- Utilisez un mannequin pour pratiquer la récupération d'une victime dans une rigole.
- La victime peut être consciente ou inconsciente, elle respire ou ne respire pas, etc.
- Ouvrez d'abord les voies respiratoires en utilisant la technique de subluxation de la mâchoire. Si cette méthode ne fonctionne pas, utilisez la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.
- Le secouriste vérifie visuellement si la respiration est absente ou anormale (halètement).
- La respiration artificielle doit être amorcée dès que le candidat est en mesure de réagir efficacement en cas de vomissement. On ne s'attend pas à ce qu'il effectue la respiration artificielle en eau profonde.
- Si la victime a été sauvée dans l'eau et qu'elle ne respire pas ou que sa respiration est anormale, le secouriste donnera 2 insufflations (pas plus de 5) avant d'administrer les compressions (RCR).
- Des insufflations additionnelles peuvent être appropriées sous certaines circonstances (longue distance de portage en eau peu profonde ou sortie de l'eau retardée/difficile).
- Détacher la courroie de la planche dorsale sur la poitrine de la victime pour l'utilisation du DEA.
- Mettre l'accent sur une sortie rapide de l'eau et la préparation au transport.
- Il est possible qu'il y ait un couloir de décélération au bas d'une glissoire à vitesse rapide.

Références :

Alerte : 3 Urgences aquatiques : la reconnaissance et l'intervention
Alerte : 4 Manoeuvres en cas de blessures à la colonne vertébrale
MCS : 5.10 Traitement des victimes blessées à la colonne vertébrale

En tant que membre d'une équipe, effectuer le sauvetage d'une victime blessée à la colonne qui est située dans un bassin de réception, une piscine à vagues, une glissoire, des escaliers ou qui est tombée d'une certaine hauteur.

But

Récupérer et immobiliser une victime de blessure à la colonne vertébrale qui se trouve dans un endroit difficile d'accès.

À voir

- Reconnaissance rapide et précise et entrée à l'eau appropriée
- Retournement en douceur de la victime, si nécessaire
- Immobilisation de la colonne vertébrale pendant le retournement et tout au long de l'exercice (dans la mesure du possible)
- Évaluation primaire de la victime : niveau de conscience et ABC
- Appel aux services préhospitaliers d'urgence (SPU)
- Tenter d'obtenir un DEA
- Habileté à faire face aux complications (vomissement, obstruction des voies respiratoires)
- Utilisation efficace des barrières de protection, si nécessaire
- Stabilisation au moyen d'une planche dorsale ou autre dispositif approprié (victime dans l'eau seulement)
- Préparation à la sortie de l'eau et au transport (victime dans l'eau seulement)
- Sortie de l'eau sécuritaire si possible (victime dans l'eau seulement)
- Examen secondaire, si possible
- Directives appropriées et efficaces aux témoins lorsque la situation le permet
- Traitement de l'état de choc

Si la victime est inconsciente et que la respiration est absente ou anormale (Référence Annexe A, items « À voir » pour la RCR)

- Dégager les voies respiratoires
- Vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale pendant 5 secondes
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA n'est pas présent, donner immédiatement deux insufflations et administrer les compressions (RCR)
- S'il n'y a pas de respiration ou qu'elle est anormale et que le DEA est présent, amorcer immédiatement le protocole de DEA
- Minimiser les mouvements de la victime tout au long de l'exercice

GUIDES DES CERTIFICATS

AMENDEMENTS AUX PREMIERS SOINS

Afin d'assurer une diffusion précise et cohérente des recommandations sur les premiers soins à travers le pays, veuillez amender les items suivants dans les guides de certificats ci-après identifiés.

GUIDE DU CERTIFICAT JEUNE SAUVETEUR

- Jeune sauveteur – Averti, Item 13 – Soins pour une hémorragie
 - Recommandation d'enlever (biffer) le « À voir » suivant :
 - Élévation si approprié
- Jeune sauveteur – Averti, Item 11 – État de choc
 - Recommandation d'enlever (biffer) le « À voir » suivant :
 - Position semi-couchée (à moins que la blessure ne dicte d'agir autrement)
 - Remplacer le « À voir » par :
 - Position de recouvrement (à moins que la blessure ne dicte d'agir autrement)
 - Recommandation d'ajouter la note suivante :
 - La position de recouvrement est utilisée pour toutes les victimes qui respirent normalement et pour lesquelles on ne suspecte pas de blessure à la colonne vertébrale. Cette position permet de maintenir l'ouverture des voies respiratoires et de réduire les risques d'obstruction et d'aspiration.
- Jeune sauveteur – Expert, Item 13 – Urgences respiratoires
 - Recommandation d'ajouter la note suivante :
 - Les secouristes doivent savoir comment fournir de l'aide avec les auto-injecteurs y compris comment les administrer si la victime est incapable de le faire elle-même.

GUIDE DES CERTIFICATS NIVEAUX DE BRONZE

- Médaille de bronze, Item 9a – Problème circulatoire : état de choc et Item 9d – Problème circulatoire : AVC/AIT
 - Recommandation d'ajouter la note suivante :
 - La position de recouvrement est utilisée pour toutes les victimes qui respirent normalement et pour lesquelles on ne suspecte pas de blessure à la colonne vertébrale. Cette position permet de maintenir l'ouverture des voies respiratoires et de réduire les risques d'obstruction et d'aspiration.
- Médaille de bronze, Item 9b – Problème circulatoire : crise cardiaque ou angine
 - Recommandation d'ajouter la note suivante :
 - Une victime souffrant de douleur thoracique peut mâcher de l'aspirine, un comprimé pour adulte ou deux pour enfant. La victime doit avoir son aspirine personnelle, et ne pas avoir d'historique d'allergie à l'aspirine ou d'asthme ni de signes récents ou actuels de saignements gastro-intestinaux.

GUIDES DES CERTIFICATS

AMENDEMENTS AUX PREMIERS SOINS

- Médaille de bronze, Item 9c – Problème circulatoire : hémorragie externe
 - Recommandation d'enlever (biffer) le « À voir » suivant :
 - Élévation de la blessure, si possible.
- Étoile de bronze, Item 8 – Hypothermie
 - Recommandation d'ajouter la note suivante :
 - Si le secouriste ne détecte pas de respiration normale après 5 secondes, il doit immédiatement amorcer la respiration artificielle (si la victime a été submergée) et/ou la RCR.

GUIDE DU CERTIFICAT SAUVETEUR NATIONAL

- Annexe A – Détresse respiratoire (p. 55)
 - Recommandation d'ajouter la note suivante pour l'anaphylaxie :
 - Les secouristes doivent savoir comment fournir de l'aide avec les auto-injecteurs y compris comment les administrer si la victime est incapable de le faire elle-même.
- Annexe A – État de choc (p. 56) et Annexe A – AVC/AIT (p. 56)
 - Recommandation d'ajouter les notes suivantes :
 - La position de recouvrement est utilisée pour toutes les victimes qui respirent normalement et pour lesquelles on ne suspecte pas de blessure à la colonne vertébrale. Cette position permet de maintenir l'ouverture des voies respiratoires et de réduire les risques d'obstruction et d'aspiration.
- Annexe A – Hémorragie externe (p. 56)
 - Recommandation d'enlever (biffer) le « À voir » suivant :
 - Élévation de la blessure, si possible.
- Annexe A – Crise cardiaque ou angine (p. 56)
 - Recommandation d'ajouter les notes suivantes pour crise cardiaque ou angine :
 - Une victime souffrant de douleur thoracique peut mâcher de l'aspirine, un comprimé pour adulte ou deux pour enfant.
 - La victime doit avoir son aspirine personnelle, et ne pas avoir d'historique d'allergie à l'aspirine ou d'asthme ni de signes récents ou actuels de saignements gastro-intestinaux.
- Annexe A – Chaleur et froid (p. 56)
 - Recommandation d'ajouter la note suivante pour le froid :
 - Si le secouriste ne détecte pas de respiration normale après 5 secondes, il doit immédiatement amorcer la respiration artificielle (si la victime a été submergée) et/ou la RCR.
 - Recommandation d'ajouter les notes suivantes pour la chaleur :

GUIDES DES CERTIFICATS

AMENDEMENTS AUX PREMIERS SOINS

- Les boissons contenant des électrolytes (boissons commerciales contenant des électrolytes) peuvent être utilisées dans le traitement de l'épuisement par la chaleur.
- L'immersion en eau froide est le traitement initial recommandé pour des victimes conscientes souffrant d'un coup de chaleur.
- Annexe A – Empoisonnement (p. 59)
 - Recommandation d'ajouter la note suivante :
 - Les piqûres de méduse doivent être généreusement lavées avec du vinaigre le plus tôt possible pendant au moins 30 secondes. Une fois les nématocystes retirés ou désactivés, immersion dans l'eau chaude (niveau de tolérance) pendant environ 20 minutes.

GUIDES DE CERTIFICATS DE PREMIERS SOINS

- Les Guides de certificats de premiers soins sont spécifiques aux divisions provinciales de la Société de sauvetage. Il relève de la responsabilité de chaque division de s'assurer que les recommandations sur la réanimation cardiorespiratoire et les premiers soins soient inscrites dans leurs propres manuels comme elles doivent être appliquées dans les programmes de RCR/IPS, Soins d'urgence, Premiers soins – Général et Soins d'urgence aquatique.

Intervenant professionnel de la santé

Mise à jour

Toutes les recommandations sur la réanimation présentées dans ce document doivent être appliquées au niveau Intervenant professionnel de la santé (IPS). Le changement de 2005 à 2010 le plus significatif est de focaliser sur l'approche du travail en équipe (Circulation Part 1, pg S643). La formation IPS doit se concentrer sur la création de l'équipe à mesure que chaque membre arrive ou la délégation des rôles si plusieurs secouristes sont présents, ce qui reflète mieux la réalité des applications en ambulance ou en milieux hospitaliers.

Tout comme pour les secouristes grand public, il est important de noter qu'un IPS formé doit utiliser son jugement pour déterminer quand faire appel aux SPU ou à d'autres intervenants en santé.

- Des éléments tels que la présence de risque (feu ou fumée) ou le mécanisme d'une blessure (accident routier) peuvent conduire le secouriste à appeler les SPU avant d'examiner des victimes.
- Un IPS formé peut examiner la respiration et le pouls avant d'appeler les SPU ou d'autres intervenants afin de demander de l'équipement spécifique au traitement d'une victime (tel qu'un DEA ou un ballon-masque).
- Certaines agences majeures de formation en premiers soins ont placé l'appel aux SPU ou à d'autres intervenants ailleurs dans l'algorithme de l'examen de la victime, ce qui est acceptable.
- L'élément-clé est que le candidat fasse l'appel aux SPU ou à d'autres intervenants (sans instruction de la part du moniteur) avant d'amorcer les compressions (si le RCR est requise) ou à la fin de l'examen primaire, de manière à ne pas retarder le traitement ou le transport de la victime.

De plus, il est recommandé que les intervenants professionnels de la santé :

- Soient capables d'adapter des traitements au mécanisme spécifique d'une blessure lorsque c'est approprié (tel que A-B-C pour la victime d'une noyade).
- Soient formés pour appliquer le DEA aux bébés puisqu'ils seront plus susceptibles de se trouver dans une situation où un bébé a un arrêt cardiaque et avoir accès à un DEA avec amortisseur pédiatrique de la dose d'énergie (Circulation Part 6, pg S711).
- Ne soient plus formés à l'utilisation de la pression cricoïdienne, parce qu'il n'est pas possible de l'enseigner de manière adéquate dans une salle de classe et que cela peut mener à une mauvaise application sur le terrain (Circulation Part 1, pg S645).
- Afin de faciliter les ventilations avec un ballon-masque, les voies orales peuvent être utilisées pour des victimes inconscientes qui n'ont pas de toux ou de réflexe laryngé. L'intubation des voies orales peut être pratiquée seulement par des personnes formées pour cette technique (prendre note que certaines lois provinciales interdisent d'avoir recours aux voies orales ou à l'oxygène).

Selon les lignes directrices 2005, il est recommandé que :

- S'il y a présence de pouls mais que la respiration normale n'est pas détectée, le secouriste amorcera la respiration artificielle. Le secouriste doit évaluer le pouls à toutes les deux minutes pour une telle victime.
 - Le ratio sera de 1 souffle à chaque 5-6 secondes (chaque 5 secondes recommandé) pour un adulte.
 - Le ratio sera de 1 souffle chaque 3-5 secondes (chaque 3 secondes recommandé) pour un enfant/bébé.
- Il est recommandé qu'un secouriste qui est seul n'utilise pas un ballon-masque; la technique d'utilisation du ballon-masque à deux personnes est privilégiée.
 - La technique d'utilisation du ballon-masque à deux personnes assure le maintien des voies respiratoires, une application adéquate du masque et réduit les risques de distension gastrique.

Intervenant professionnel de la santé (IPS)

Résumé des traitements SIR (RCR-IPS)

Le tableau suivant présente le traitement en soins immédiats de réanimation (SIR), en particulier la RCR, pour les fournisseurs en soins avancés.

	Adultes (8+ ans) (IPS puberté et plus)	Enfants (1-8 ans) (IPS 1 an jusqu'à la puberté)	Bébés (< 1 an) (IPS < 1 an)
Évaluation de l'environnement	Vérifier s'il y a du danger / Qu'est-il arrivé?		
Reconnaissance	Ne réagit pas aux stimuli verbaux ou de douleur (taper sur l'épaule, ou pincer et parler fort).		
Évaluation de la respiration	Dégager les voies respiratoires et vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale (agonale, halètement, détresse respiratoire sévère) pendant 5 secondes.		
SPU	Secouriste qui est seul – Appeler les SPU et aller chercher le DEA s'il est disponible immédiatement.	Secouriste qui est seul – 2 minutes de soins/Appeler les SPU/Aller chercher le DEA s'il est disponible immédiatement.	
Évaluation de la circulation	Évaluation du pouls pendant 10 secondes.		
	Amorcer la RCR s'il n'y a pas de présence de pouls.	Amorcer la RCR s'il n'y a pas de présence de pouls, ou si le pouls est à moins de 60 battements/minute avec une basse pression.	
Séquence RCR	C-A-B (commencer par les compressions)		
Taux des compressions	Au moins 100 compressions/minute		
Profondeur des compressions	Au moins 2 pouces (5 cm)	Au moins 1/3 du diamètre de la poitrine, environ 2 pouces (5 cm)	Au moins 1/3 du diamètre de la poitrine, environ 1½ pouces (4 cm)
Ratio des compressions	30:2 1 ou 2 secouristes	30:2 pour 1 secouriste/15:2 pour 2 secouristes	
Compressions Interruptions	S'assurer d'un positionnement adéquat et permettre la relaxation thoracique totale Minimiser les interruptions et tenter de les limiter à <10 secondes Si possible, faire une rotation de la personne qui administre les compressions à toutes les 2 minutes. Appliquer les électrodes du DEA pendant la RCR Commencer immédiatement la RCR après le signal de choc/pas de choc		
Voies respiratoires	Technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton Commencer par la technique de subluxation de la mâchoire (soupçon de blessure à la colonne vertébrale), si l'air ne passe pas, repositionner avec la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.		
Respiration	2 ventilations (souffles de 1 seconde - observer la poitrine qui lève et descend) Administer des souffles réguliers plutôt que profonds, pour éviter la distension gastrique/le surgonflement des poumons. 1 ventilation à toutes les 6-8 secondes avec des soins avancés		
Défibrillation	Utiliser un DEA dès qu'il est disponible. Adulte/Enfant/Bébé		
Réévaluation	Réévaluation du pouls toutes les 2 minutes sur une victime dont le pouls est présent. Réévaluation de l'ABC pour une victime sans pouls si elle présente des signes de vitaux.		

Intervenant professionnel de la santé (IPS)

Résumé des traitements – Obstruction des voies respiratoires – victime inconsciente

Mises à jour 2011 – RCR
DOCUMENTATION DU
MONITEUR

Le tableau suivant présente le traitement en soins immédiats de réanimation (SIR), en particulier pour l'obstruction des voies respiratoires pour une victime inconsciente, pour les fournisseurs en soins avancés.

	Adultes (8+ ans) (IPS puberté et plus)	Enfants (1-8 ans) (IPS 1 an jusqu'à la puberté)	Bébés (< 1 an) (IPS < 1 an)
Évaluation de l'environnement	Vérifier s'il y a du danger / Qu'est-il arrivé?		
Reconnaissance	Ne réagit pas aux stimuli verbaux ou de douleur (taper sur l'épaule, ou pincer et parler fort).		
Évaluation de la respiration	Dégager les voies respiratoires et vérification visuelle rapide de l'absence de respiration ou de respiration anormale (agonale, halètement, détresse respiratoire sévère) pendant 5 secondes.		
SPU	Secouriste qui est seul – Appeler les SPU et aller chercher le DEA s'il est disponible immédiatement.	Secouriste qui est seul – 2 minutes de soins/Appeler les SPU/Aller chercher le DEA s'il est disponible immédiatement.	
Évaluation de la circulation	Évaluation du pouls pendant 10 secondes.		
	Amorcer la RCR s'il n'y a pas de présence de pouls.	Amorcer la RCR s'il n'y a pas de présence de pouls, ou si le pouls est à moins de 60 battements/minute avec une basse pression.	
Séquence RCR	C-A-B (commencer par les compressions)		
Taux des compressions	Au moins 100 compressions/minute		
Profondeur des compressions	Au moins 2 pouces (5 cm)	Au moins 1/3 du diamètre de la poitrine, environ 2 pouces (5 cm)	Au moins 1/3 du diamètre de la poitrine, environ 1½ pouce (4 cm)
Ratio des compressions	30:2 1 ou 2 secouristes	30:2 pour 1 secouriste/ 15:2 pour 2 secouristes	
Compressions Interruptions	S'assurer d'un positionnement adéquat et d'une relaxation thoracique totale Minimiser les interruptions et les limiter à <10 secondes Si possible, faire une rotation de la personne qui fait les compressions à toutes les 2 minutes Appliquer les électrodes du DEA pendant la RCR Commencer la RCR immédiatement après le signal de choc/pas de choc		
Voies respiratoires	Technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton Commencer par la technique de subluxation de la mâchoire (soupçon de blessure à la colonne vertébrale), si l'air ne passe pas, repositionner avec la technique d'hyperextension de la tête/soulèvement du menton.		
Respiration	Administrar la ventilation (l'air ne passe pas) - repositionner (l'air ne passe pas) - 30 compressions Vérifier dans la bouche (pas d'obstruction) - ventilation (l'air ne passe pas) - repositionner - ventilation (l'air ne passe pas) - 30 compressions Vérifier dans la bouche (retirer la source d'obstruction) - ventilation (l'air passe) - donner 2 insufflations et vérifier le pouls S'il n'y a pas de respiration normale ou que le pouls est présent, continuer la RCR et le protocole de DEA.		
conscient à inconscient	Alterner les poussées abdominales (5) et les tapes dans le dos (5) Si la victime est enceinte ou obèse, alterner des poussées thoraciques (5) et les tapes dans le dos (5)		Alterner les tapes dans le dos (5) et les poussées thoraciques (5)
	La victime devient inconsciente – activer les SPU et demander un DEA – administrer 30 compressions thoraciques Suivre les étapes précédentes dans l'item "respiration"		

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

Les publications de la Société de sauvetage sont disponibles auprès de ses divisions provinciales. Les demandes provenant de l'extérieur du Canada doivent être acheminées auprès du Bureau national.

Bureau national

287, avenue McArthur
Ottawa (Ontario) K1L 6P3
Téléphone : (613) 746-5694
Télécopieur : (613) 746-9929
Courriel : experts@sauvetage.ca
Internet : www.sauvetage.ca

Alberta & TNO

11759, chemin Groat
Edmonton (Alberta) T5M 3K6
Téléphone : (780) 415-1755
Télécopieur : (780) 427-9334
Courriel : experts@lifesaving.org
Internet : www.lifesaving.org

Colombie-Britannique & Yukon

3989, promenade Henning,
bureau 112 Burnaby (Colombie-Britannique) V5C 6N5
Téléphone : (604) 299-5450
Télécopieur : (604) 299-5795
Courriel : info@lifesaving.bc.ca
Internet : www.lifesaving.bc.ca

Île-du-Prince-Édouard

C.P. 2411
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 4A0
Téléphone : (902) 368-7757
Télécopieur : (902) 368-7757
Courriel : pei.lifesaving@islandtelecom.com

Manitoba

138, avenue Portage Est, bureau 504
Winnipeg (Manitoba) R3C 0A1
Téléphone : (204) 956-2124
Télécopieur : (204) 944-8546
Courriel : aquatics@lifesaving.mb.ca
Internet : www.lifesaving.mb.ca

Nouveau-Brunswick

440, chemin Wilsey, bureau 105
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 7G5
Téléphone : (506) 455-5762
Télécopieur : (506) 450-7946
Courriel : lifesave@nb.aibn.com
Internet : www.lifesavingnb.ca

Nouvelle-Écosse

5516, chemin Spring Garden,
4^e étage
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1G6
Téléphone : (902) 425-5450
Télécopieur : (902) 425-5606
Courriel : experts@lifesavingsociety.ns.ca
Internet : www.lifesavingsociety.ns.ca

Ontario

400, chemin Consumers
Toronto (Ontario) M2J 1P8
Téléphone : (416) 490-8844
Télécopieur : (416) 490-8766
Courriel : experts@lifeguarding.com
Internet : www.lifesavingsociety.com

Québec

4545, avenue Pierre-De Coubertin
C.P. 1000, succursale M
Montréal (Québec) H1V 3R2
Téléphone : 514 252-3100 ou
sans frais au Canada : 1-800-265-3093
Télécopieur : 514 254-6232
Courriel : alerte@sauvetage.qc.ca
Internet : www.sauvetage.qc.ca

Saskatchewan

2224, rue Smith
Regina (Saskatchewan) S4P 2P4
Téléphone : (306) 780-9255
Télécopieur : (306) 780-9498
Courriel : lifesaving@sasktel.net
Internet : www.lifesavingsociety.sk.ca

Terre-Neuve & Labrador

C.P. 8065, succursale A
St. John's, (Terre-Neuve) A1B 3M9
Téléphone : (709) 576-1953
Télécopieur : (709) 738-1475
Courriel : lifeguard@nl.rogers.com
Internet : www.lifesavingnl.ca



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE^{md}

Les experts en surveillance aquatique