



American
Heart
Association.

FAITS SAILLANTS

DES 2025 AMERICAN HEART ASSOCIATION

GUIDELINES FOR CPR AND ECC





Faits saillants des 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

L'American Heart Association (« AHA ») tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la préparation de cette publication : Ian R. Drennan, ACP, PhD ; Stephen M. Schexnayder, MD ; Jason Bartos, MD, PhD ; Marina Del Rios, MD ; Melissa Mahgoub, PhD ; Ashish R. Panchal, MD, PhD ; Amber J. Rodriguez, PhD ; Julie Sell, MSN, RN ; Comilla Sasson, MD, PhD ; Jaylen Wright, PhD ; et l'équipe projet dédiée à la rédaction du document résumant les faits saillants des AHA Guidelines (*AHA Guidelines Highlights*).

INTRODUCTION

Ces faits saillants offrent un résumé des principaux enjeux abordés dans la version 2025 des *AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation* ("CPR") and *Emergency Cardiovascular Care* ("ECC")¹ ainsi que les principales modifications qui y ont été apportées. Les Lignes directrices 2025 constituent une révision complète des lignes directrices de l'AHA pour les soins en réanimation chez l'adulte, l'enfant et le nouveau-né, les fondements scientifiques de l'éducation à la réanimation, les systèmes de soins et les aspects éthiques de la réanimation. Elles ont été élaborées à l'intention des professionnels de la réanimation et des instructeurs de l'AHA, afin d'attirer l'attention sur les fondements scientifiques de la réanimation et les recommandations les plus importantes ou controversées contenues dans les lignes directrices, ou encore sur celles qui se traduiront par des changements dans la pratique de la réanimation ou dans la formation en réanimation. De plus, ces faits saillants présentent le fondement des recommandations.

Étant donné que cette publication est un résumé, elle ne fait pas référence à des études connexes publiées et elle n'énumère pas la liste des catégories de recommandations ou des niveaux de preuve. Pour obtenir des informations plus détaillées et la liste des références, nous vous invitons à parcourir la version 2025 des Lignes directrices, notamment le Résumé exécutif, publiés dans la revue *Circulation* en octobre 2025. Nous vous invitons également à consulter le résumé détaillé sur la science de la réanimation rédigé par l'International Liaison Committee on Resuscitation (« ILCOR ») et figurant dans le document intitulé *2025 ILCOR Consensus on Science With Treatment Recommendations*², paru simultanément dans les revues *Circulation* et *Resuscitation* en octobre 2025. La méthodologie utilisée par l'ILCOR pour l'évaluation des preuves, ainsi que celles employées par l'AHA pour traduire ces évaluations en recommandations en matière de réanimation et pour évaluer les sujets non abordés par l'ILCOR, a été publiée en détail.

La version 2025 des Lignes directrices s'appuie sur la dernière version en vigueur des définitions de l'AHA pour chaque catégorie de recommandations et chaque niveau de preuve (Illustration 1). Au total, 760 recommandations spécifiques sont formulées concernant les soins en réanimation chez l'adulte, l'enfant et le nouveau-né, la science de l'éducation en matière de réanimation, ainsi que les systèmes de soins. Sur l'ensemble de ces recommandations, 233 relèvent de la catégorie 1 et 451 de la catégorie 2 (Illustration 2). En outre, 76 recommandations appartiennent à la catégorie 3, parmi lesquelles 55 concernent l'absence de bienfaits et 21 le risque d'effets nuisibles.

1. Del Rios M., Bartos J.A., Panchal A.R. et al. Part 1: executive summary: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025;152(suppl 2):In press.
2. International Liaison Committee on Resuscitation. 2025 ILCOR Consensus on Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2025;152(suppl 1):In press.

Illustration 1. Application des catégories de recommandations et des niveaux de preuve de l'ACC/AHA aux stratégies cliniques, aux interventions, aux traitements et aux tests de diagnostic du domaine des soins aux patients* (mise à jour de décembre 2024).

CATÉGORIE (FORCE) DES RECOMMANDATIONS		NIVEAU (QUALITÉ) DES PREUVES†	
CATÉGORIE 1 (FORTE) Bienfaits >>> Risques		NIVEAU A	
Formulations proposées pour la rédaction des recommandations : - Est recommandé - Est indiqué/utile/efficace/bénéfique - Doit être effectué/administré/autre - Formulations relatives à l'efficacité comparative‡ : - Le traitement/la stratégie A est recommandé(e)/indiqué(e) de préférence au traitement B - Le traitement A devrait être choisi plutôt que le traitement B		- Preuves de haute qualité‡ provenant de plus d'un ECR - Méta-analyses des ECR de haute qualité - Un ou plusieurs ECR corroborent les études de registres de haute qualité	
CATÉGORIE 2a (MODÉRÉE) Bienfaits >> Risques		NIVEAU B-R (études randomisées)	
Formulations proposées pour la rédaction des recommandations : - Est justifié - Peut être utile/efficace/bénéfique - Formulations relatives à l'efficacité comparative‡ : - Le traitement/la stratégie A est probablement recommandé(e)/indiqué(e) de préférence au traitement B - Il est justifié de choisir le traitement A plutôt que le traitement B		- Preuves de qualité modérée‡ provenant d'un ECR ou plus - Méta-analyses des ECR de qualité modérée	
CATÉGORIE 2 b (FAIBLE) Bienfaits ≥ Risques		NIVEAU B-NR (études non randomisées)	
Formulations proposées pour la rédaction des recommandations : - Il peut/pourrait être justifié - Il peut/pourrait être envisagé - L'utilité/l'efficacité est inconnue/n'est pas claire/est incertaine ou n'est pas bien établie		- Preuves de qualité modérée‡ provenant d'une ou de plusieurs études de registres, études observationnelles ou non randomisées bien conçues et bien exécutées - Méta-analyses de ces études	
CATÉGORIE 3 : Aucun bienfait (MODÉRÉE) Bienfaits = Risques (En général, les NDP A ou B uniquement)		NIVEAU C-DL (données limitées)	
Formulations proposées pour la rédaction des recommandations : - N'est pas recommandé - N'est pas indiqué/utile/efficace/bénéfique - Ne doit pas être effectué/administré/autre		- Études de registres ou observationnelles randomisées ou non randomisées comportant des limitations en matière de conception ou d'exécution - Méta-analyses de ces études - Études mécanistiques ou physiologiques menées auprès de sujets humains	
CATÉGORIE 3 : Effets nuisibles (FORTE) Risques > Bienfaits		NIVEAU C-OE (opinion d'experts)	
Formulations proposées pour la rédaction des recommandations : - Potentiellement nuisible - Cause un préjudice - Lié à une surmortalité/surmortalité - Ne doit pas être effectué/administré/autre		Consensus d'opinion d'experts fondé sur l'expérience clinique	

Les CDR et les NDP sont déterminés de façon indépendante (n'importe quelle CDR peut être appariée à n'importe quel NDP).

Une recommandation appariée à un NDP C ne veut pas dire que la recommandation est faible. De nombreuses questions cliniques importantes abordées dans les lignes directrices ne se prêtent pas à des essais cliniques. Même en l'absence d'ECR, il peut y avoir un consensus clinique très clair voulant qu'un test ou un traitement soit utile ou efficace.

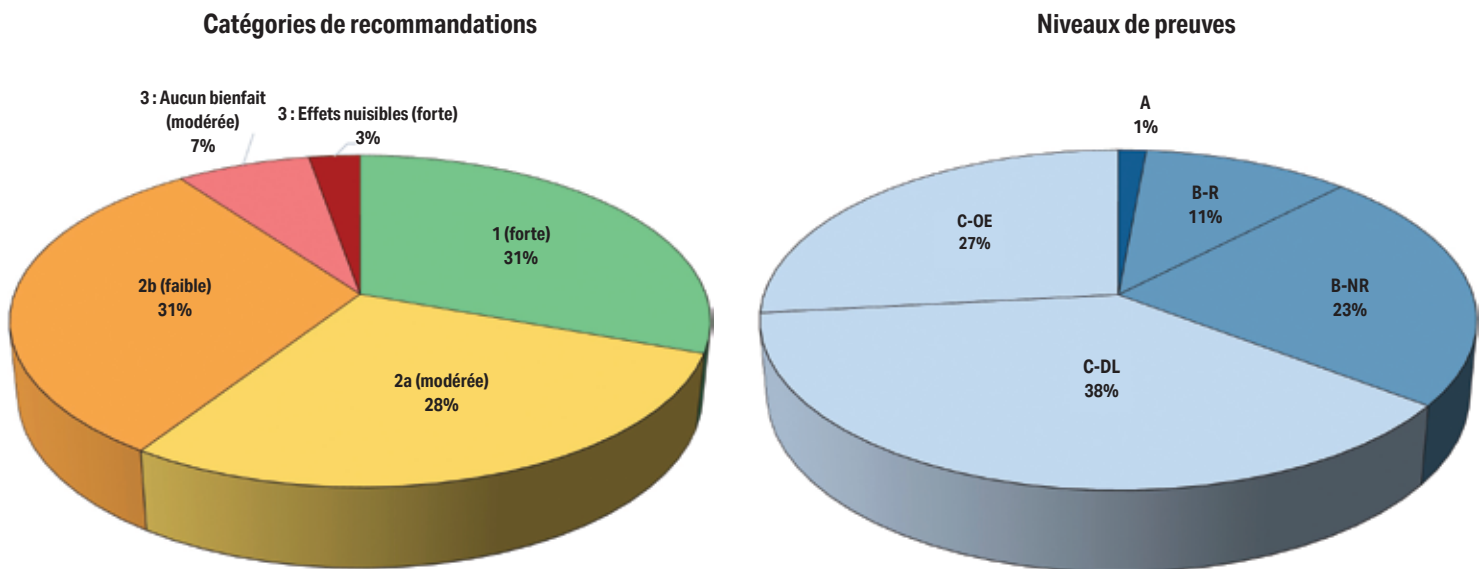
* Il faut préciser le résultat de l'intervention (des résultats cliniques améliorés, une précision accrue du diagnostic ou des données supplémentaires pour les besoins du pronostic).

† En ce qui concerne les recommandations relatives à l'efficacité comparative (CDR 1 et 2a ; NDP A et B uniquement), les études pour lesquelles il est possible d'utiliser des verbes de comparaison doivent comprendre des comparaisons directes entre les traitements ou les stratégies évalués.

‡ La méthode d'évaluation de la qualité évolue, y compris l'application d'outils d'évaluation du niveau des preuves normalisés, utilisés par de nombreuses personnes et de préférence reconnus et, dans le cas des examens systématiques, l'intégration d'un comité d'examen des preuves.

CDR : catégorie de recommandations ; DL : données limitées ; ECR : essai contrôlé randomisé ; NDP : niveau de preuves ; NR : non randomisé ; OE : opinion d'experts ; R : randomisé.

Illustration 2. Répartition des CDR et des NDP en pourcentage du total des 760 recommandations issues de la version 2025 des AHA Guidelines for CPR and ECC*.



Abréviations : CDR : catégorie de recommandations ; DL : données limitées ; NDP : niveau de preuves ; NR : non randomisé ; OE : opinion d'experts ; R : randomisé.

* Les résultats représentent le pourcentage des 760 recommandations concernant les domaines suivants : soins de base et avancés en réanimation (« ALS ») chez l'adulte, soins de base et avancés en réanimation pédiatrique, soins en réanimation néonatale, soins post-arrêt cardiaque, science de l'éducation en matière de réanimation, circonstances particulières et systèmes de soins.

AU SUJET DES RECOMMANDATIONS

Le fait que seulement 11 (1,4 %) de ces 760 recommandations soient basées sur des preuves de Niveau A (au moins un essai clinique randomisé [« ECR »] de haute qualité, corroboré par un deuxième essai ou une étude de registre de haute qualité) témoigne des défis permanents que pose la réalisation d'études de haute qualité portant sur la réanimation. Un effort national et international concerté est nécessaire pour financer et soutenir la recherche en réanimation.

Le processus d'évaluation des preuves de l'ILCOR et le processus d'élaboration des lignes directrices de l'AHA sont tous deux régis par des politiques de divulgation strictes, conçues pour rendre les relations avec l'industrie et les autres conflits d'intérêts totalement transparents et pour protéger ces processus contre toute influence indue. Le personnel de l'AHA a pris en charge la divulgation des conflits d'intérêts de tous les participants. Tous les présidents des groupes de rédaction des lignes directrices et au moins la moitié des membres des groupes de rédaction ne doivent pas être dans une position de conflit d'intérêts, et toutes les relations pertinentes sont divulguées dans les publications respectives des lignes directrices.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Résumé des principaux enjeux et des principales modifications

La réanimation cardio-pulmonaire (« RCP ») et les soins critiques d'urgence (« SCU ») interviennent souvent dans des situations critiques et imprévues. Les professionnels et les établissements de santé doivent prendre des décisions difficiles, tant sur le plan individuel qu'au niveau du système. Ce chapitre présente un aperçu des cadres éthiques qui définissent les obligations communes aux professionnels et aux établissements de santé et proposent des cadres permettant d'examiner des décisions complexes. Les précédentes lignes directrices portaient sur des recommandations de traitement éthique (par exemple, recommander certains examens diagnostiques pour orienter le pronostic après un arrêt cardiaque), sans aborder en détail les principes ou considérations éthiques sous-jacents. Le chapitre de la version 2025 des lignes directrices consacré aux considérations éthiques :

- propose une discussion narrative dédiée aux considérations éthiques, suffisamment approfondie pour permettre aux lecteurs d'aborder les problématiques les plus courantes dans ce domaine ;
- divers cadres éthiques, ainsi qu'un large corpus de travaux universitaires et un consensus d'experts au sein de ce groupe de rédaction, soutiennent la nécessité pour les professionnels de santé et leurs organisations d'agir activement contre les inégalités liées aux déterminants sociaux de la santé,

afin d'éliminer les disparités qui en résultent dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque et des urgences cardiovasculaires ;

- passe en revue les nombreuses difficultés liées à la réanimation, notamment l'incapacité pour le patient de prendre part aux décisions, les défis rencontrés à travers toutes les tranches d'âge, des nouveau-nés aux patients âgés, et examine les effets à long terme de la RCP sur les patients, leurs familles ainsi que sur les professionnels de santé.

Le groupe de rédaction a mené une série complète de revues de littérature structurées. L'intégralité du contenu de ce chapitre est inédite par rapport aux directives précédentes, bien que les considérations éthiques sous-jacentes restent globalement similaires à celles qui ont guidé les versions précédentes.

Principes éthiques fondamentaux

Le principisme est le cadre éthique médical prédominant. Il s'agit d'un processus délibératif centré sur quatre principes moraux égaux : la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice. Les questions éthiques peuvent être évaluées à travers le prisme de chacun de ces principes, offrant ainsi des perspectives qui peuvent être synthétisées en une approche pluraliste. Le principe de bienfaisance oriente les décisions en vue d'apporter un bénéfice aux patients. La non-malfaisance correspond à l'obligation éthique de ne pas causer de préjudice aux patients. Le respect de l'autonomie consiste à reconnaître le droit des individus à prendre des décisions éclairées concernant leurs propres soins. La justice renvoie à l'équité, c'est-à-dire au traitement juste, équitable et approprié des personnes.

D'autres principes et cadres éthiques

sont également pertinents, notamment l'éthique narrative, les normes de soins en situation de crise, l'éthique de la vertu et la dignité. Ils offrent des perspectives complémentaires ; bien souvent, une combinaison de cadres et de principes permet de mieux résoudre un conflit éthique.

Cœuvrer pour une santé et une réanimation équitables

L'AHA ne pourra pleinement atteindre son objectif d'améliorer la santé cardiovasculaire pour tous que lorsque les inégalités à l'origine des disparités dans les résultats des soins de santé auront été éliminées. Les inégalités en matière de santé découlent des déterminants sociaux de la santé et sont à la fois totalement évitables et profondément enracinées dans les structures sociétales. Le fait de ne pas reconnaître et de ne pas remédier à ces disparités conduit à laisser les inégalités systémiques perdurer et les disparités en matière de soins de santé persister. C'est pourquoi les professionnels de santé et les organisations dont ils dépendent doivent agir activement contre les inégalités structurelles des déterminants sociaux de la santé, afin d'éliminer les disparités observées dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque et des urgences cardiovasculaires.

La prise de décision éthique dans le domaine de la réanimation

Les professionnels sont souvent confrontés à la nécessité de décider d'initier ou d'interrompre des tentatives de réanimation, ainsi que de poursuivre ou d'arrêter ces soins une fois engagés. Dans bien des situations, la pratique par défaut consiste à initier les soins. Il est crucial de consigner un plan de soins avancés lorsque le patient choisit de ne pas recevoir ces interventions en cas d'urgence. Les ordonnances portables

de traitements de survie constituent le meilleur moyen pour consigner cette décision. Lorsque les souhaits du patient ne sont pas consignés et qu'il n'est pas capable de prendre des décisions de manière autonome, ce sont ses proches ou représentants qui prennent la décision en son nom, en appliquant le principe du jugement substitutif.

La prise de décision partagée est privilégiée lorsqu'il existe plusieurs options médicalement appropriées. Cela implique que : (1) les professionnels de santé s'assurent que le patient et/ou son représentant comprend l'état de santé actuel du patient ; (2) les professionnels de santé exposent les options médicales disponibles ; (3) les professionnels de santé recueillent les objectifs, valeurs et préférences du patient ; (4) les professionnels de santé formulent une recommandation en accord avec les objectifs et valeurs du patient ; (5) les professionnels de santé accompagnent le patient et/ou son représentant dans le processus de décision.

Pour les adultes en arrêt cardiaque, la RCP est initiée par défaut, sauf si celle-ci expose le professionnel de santé à un risque physique grave, s'il existe des signes objectifs de décès irréversible, ou si une directive anticipée s'y oppose. Accepter des demandes verbales de la famille visant à ne pas pratiquer la RCP, ou considérer l'absence de refus éclairé, peut être éthique dans certaines circonstances. Une fois la réanimation engagée, l'application de règles prédéfinies d'arrêt des soins permet de limiter les traitements inefficaces sur le plan médical et de favoriser la répartition équitable des ressources appelée justice distributive. Les patients pédiatriques et néonataux posent des enjeux éthiques particuliers aux professionnels de santé. Vous pouvez retrouver une analyse détaillée de ces enjeux dans les chapitres correspondants des lignes directrices.

Dans certains cas, un ou plusieurs traitements peuvent n'offrir aucun bienfait réaliste pour un patient donné. Les professionnels de santé ne sont pas moralement tenus de les administrer, même si un représentant en fait la demande. Cette évaluation est complexe, parfois subjective, et peut donner lieu à des conflits. Afin de limiter l'influence des perspectives et des biais d'un professionnel de santé sur l'appréciation des bienfaits et protéger ces professionnels de la détresse morale, il est recommandé, dans la mesure du possible, de s'appuyer sur un comité institutionnel ou un conseiller en éthique pour ces décisions, conformément aux politiques de l'établissement.

Autres sujets d'éthique

La recherche en réanimation soulève des enjeux particuliers. En situation de réanimation, les patients en urgence vitale sont souvent incapables de prendre des décisions, les fenêtres d'intervention sont très courtes, et les réactions des proches compliquent le processus habituel de consentement éclairé. Dans ces conditions, les voies éthiques pour la recherche incluent la dispense de consentement éclairé, la dérogation au consentement éclairé et le consentement éclairé prospectif. Ce sont les comités d'examen institutionnels, et non les investigateurs, qui déterminent les voies réglementaires appropriées. Contourner ces exigences pour des activités répondant aux définitions reconnues de la recherche clinique est contraire à l'éthique.

Les SCU peuvent avoir des répercussions durables sur le bien-être physique et mental des professionnels de santé. Selon l'AHA, il est impératif de protéger les professionnels de santé qui effectuent des manœuvres de réanimation contre tout préjudice physique. Les professionnels de santé ont également des devoirs dans le cadre de leur profession en matière de prestation de soins. Les

recommandations fondées sur les preuves ne permettent pas d'englober toutes les situations ou circonstances cliniques. Lorsqu'ils interprètent les recommandations en situation réelle, les professionnels de santé doivent être conscients de leurs biais potentiels, prendre des décisions avec discernement et suivre une démarche structurée pour évaluer les preuves disponibles. La détresse morale peut survenir lorsqu'une personne effectue une RCP, en particulier lorsque les professionnels de santé estiment que celle-ci est inappropriée. Les établissements doivent fournir des directives et des politiques en matière de réanimation, et soutenir les professionnels de santé dans la résolution des conflits et la gestion de la détresse morale. La gestion de ces situations complexes ne doit pas incomber uniquement au professionnel.

Les patients ayant survécu à une RCP présentent souvent des symptômes durables. Les établissements de santé doivent mettre en place des systèmes de soins visant à optimiser la santé et le bien-être à long terme de ces patients. L'arrêt cardiaque peut également avoir des répercussions durables sur les non professionnels. Si le patient demeure la priorité des professionnels de santé, leurs responsabilités éthiques s'étendent au soutien des proches, des aidants et de toutes les personnes accompagnant le patient. La présence des familles lors de la RCP peut contribuer à atténuer le deuil compliqué et à réduire les conséquences psychologiques. Les établissements doivent élaborer des politiques définissant les circonstances ou facteurs pouvant justifier l'absence de la famille et garantir les ressources et la formation nécessaires pour soutenir cette pratique.

Les normes de soins en situation de crise adaptent les pratiques médicales standards en réponse à un événement majeur. Elles ne modifient ni ne réduisent les obligations des professionnels de santé envers les patients, leurs responsabilités légales et éthiques

consistant à agir comme le ferait un professionnel de santé raisonnable dans des circonstances similaires. Les normes éthiques de l'utilitarisme et de l'équité guident la conception et la mise en œuvre des normes de soins en situation de crise, qui visent à assurer une répartition juste des ressources et à favoriser des résultats de santé équitables.

La RCP extracorporelle (« RCPE ») est un exemple spécifique de thérapie avancée pouvant être utilisée chez des patients rigoureusement sélectionnés. Parmi les enjeux éthiques pertinents, on compte le manque de données pour orienter le choix des patients, la difficulté à obtenir le consentement éclairé, la mobilisation et le coût importants de ressources posant des questions d'équité, ainsi que le rôle de ces thérapies dans la transition potentielle d'une réanimation infructueuse à un don d'organes ou à l'arrêt des soins vitaux.

Le don d'organes et de tissus devrait être envisagé chez tous les patients post-arrêt cardiaque dont le décès est constaté selon des critères neurologiques ou chez lesquels un arrêt des soins vitaux est prévu. Les décisions relatives aux soins de fin de vie doivent être prises dans l'intérêt du patient, avant et indépendamment de la proposition de don d'organes au patient ou à son représentant. Les établissements doivent instaurer des procédures qui favorisent la confiance du public et évitent les conflits d'intérêts.

SYSTÈMES DE SOINS

La survie après un arrêt cardiaque nécessite des systèmes intégrés réunissant des personnes, des protocoles, des politiques et des ressources, associés à une collecte et une évaluation régulières des données. Les lignes directrices relatives aux systèmes de soins s'appuient sur la chaîne de survie unifiée de l'arrêt cardiaque (Illustration 3), en commençant par la prévention et la préparation à la réanimation, puis l'identification précoce de l'arrêt cardiaque, suivies d'une réanimation efficace, jusqu'aux soins post-arrêt cardiaque, à la survie et au rétablissement. L'optimisation des résultats post-arrêt cardiaque nécessite des systèmes de soins efficaces, intrahospitaliers et extrahospitaliers, ainsi que la collecte et l'analyse systématiques des données visant à améliorer la qualité à tous les maillons de la chaîne de survie.

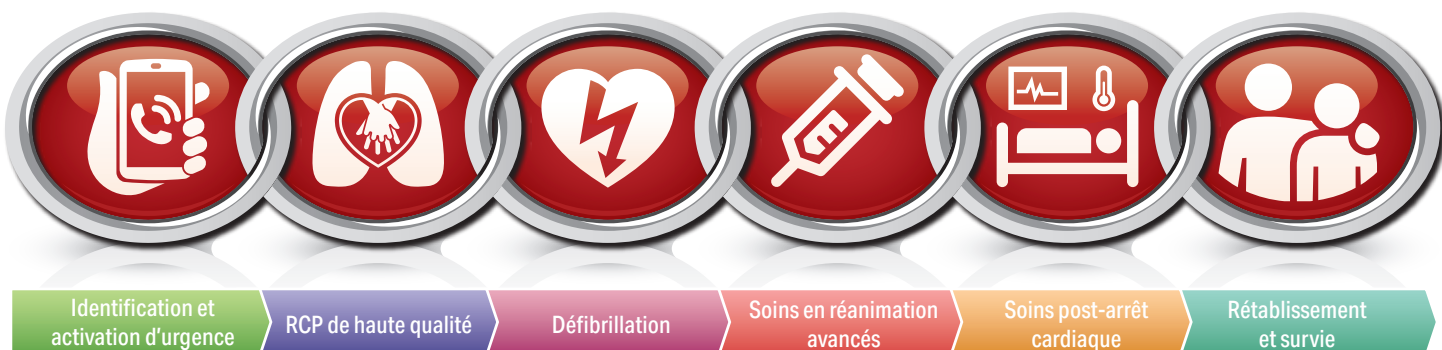
Résumé des principaux enjeux et des principales modifications

- Une seule chaîne de survie est prévue pour s'appliquer aux arrêts cardiaques intrahospitaliers (« IHCA ») et extrahospitaliers (« OHCA ») chez les adultes et les enfants. En élaborant cette chaîne unique, il est

reconnu qu'avant l'arrêt cardiaque, la prévention et la préparation peuvent non seulement éviter d'avoir recours à la réanimation, mais aussi en améliorer les résultats.

- Plusieurs recommandations ont été regroupées dans un module de connaissances consacré aux initiatives communautaires visant à améliorer la réponse des secouristes non professionnels face aux OHCA. Dans ce chapitre, vous trouverez des recommandations sur des approches systémiques destinées à mieux sensibiliser la population à l'arrêt cardiaque et au rôle essentiel de la RCP pratiquée par des secouristes non professionnels et de l'utilisation du défibrillateur externe automatisé.
- Les recommandations relatives aux enfants et aux adultes sur l'utilisation des systèmes d'alerte précoce et des équipes d'intervention rapide ou d'urgence médicale pour prévenir les IHCA ont été regroupées, avec une recommandation supplémentaire sur l'utilisation des briefings de sécurité pour prévenir les IHCA.
- Il est désormais recommandé d'adopter des politiques facilitant l'accès du grand public à la naloxone, au même titre que l'accès public à la défibrillation, car toutes deux peuvent sauver des vies.

Illustration 3. Chaîne de survie de l'arrêt cardiaque.



- Les téléopérateurs disposent désormais de recommandations distinctes pour les instructions de RCP chez l'adulte et chez l'enfant : ils doivent guider les secouristes non professionnels vers la RCP à mains seules pour les adultes, et vers la RCP classique, incluant les insufflations, pour les enfants. Le cadre « No-No-Go » reste recommandé comme méthode efficace pour la reconnaissance des OHCA.
- Les recommandations relatives au débriefing clinique ont été réaffirmées, avec une nouvelle recommandation portant sur l'intégration de débriefings immédiats (« à chaud ») et différés (« à froid ») après les interventions de RCP.
- De nouvelles recommandations sont présentées concernant la composition des équipes de réanimation, en milieu hospitalier et extrahospitalier.
- Des incertitudes subsistent quant au moment approprié pour le transport des patients en cours de réanimation et après le retour à la circulation spontanée (« RCS »). Ce point est abordé dans plusieurs modules de connaissances consacrés à la réanimation sur place (par opposition au transport en cours de RCP), au transport pour RCPE et au transfert inter-établissements vers des centres spécialisés dans les arrêts cardiaques. Les derniers modules de connaissances tentent d'aborder des considérations relatives aux systèmes importantes au sein des centres spécialisés dans les arrêts cardiaques et des centres spécialisés en RCPE.
- De nouvelles recommandations portent sur la création d'un système de soins destiné à favoriser un rétablissement optimal chez les survivants d'un arrêt cardiaque après réanimation.

Principales recommandations nouvelles et mises à jour

Prévention des IHCA

2025 (nouvelle version) : La tenue de briefings de sécurité visant à améliorer la connaissance de la situation dans les cas impliquant des patients hospitalisés à haut risque et à minimiser leur détérioration peut être efficace pour réduire l'incidence des arrêts cardiaques.

Pourquoi ? Deux projets multicentriques d'amélioration de la qualité, observationnels, mettant en œuvre un ensemble de mesures en cas d'arrêt cardiaque incluant des briefings de sécurité pour les patients à haut risque, ont permis de réduire les arrêts cardiaques intrahospitaliers dans les unités de soins intensifs pédiatriques cardiologiques et généraux.

Mise à disposition de la naloxone au grand public

2025 (nouvelle version) : Les politiques publiques devraient prévoir le droit de détenir et d'administrer la naloxone, ainsi qu'une protection contre toute poursuite civile ou pénale pour les secouristes non professionnels qui l'administrent de bonne foi.

2025 (nouvelle version) : Les programmes de distribution de la naloxone peuvent contribuer à accroître sa disponibilité auprès des secouristes non professionnels et à réduire la mortalité liée aux surdosages d'opioïdes.

Pourquoi ? Les études observationnelles ayant examiné l'impact des lois facilitant l'accès à la naloxone et protégeant les secouristes non professionnels contre toute poursuite pour possession ou administration de bonne foi, ainsi que les programmes visant à distribuer la naloxone au sein des communautés, s'accompagnent généralement d'une

baisse de la mortalité.

Initiatives communautaires pour améliorer la réponse des secouristes non professionnels face à un OHCA

2025 (version mise à jour) : La mise en œuvre d'un ensemble d'initiatives communautaires constitue une stratégie justifiée pour améliorer la réponse des secouristes non professionnels face à un OHCA.

2025 (nouvelle version) : La multiplication des formations encadrées par des professionnels dans les communautés peut être efficace pour améliorer la réponse des secouristes non professionnels face aux OHCA.

2025 (nouvelle version) : Des campagnes médiatiques de grande ampleur peuvent être envisagées pour favoriser l'acquisition des compétences en RCP par l'ensemble de la population.

2025 (nouvelle version) : La mise en œuvre de politiques rendant obligatoire la certification en RCP pour le grand public peut être judicieuse.

Pourquoi ? L'amélioration de la réponse des secouristes non professionnels nécessite une approche multifacette, et les preuves existantes confirment l'efficacité de nombreuses interventions.

Débriefing clinique

2025 (nouvelle version) : L'intégration de débriefings immédiats et différés est justifiée et peut permettre d'identifier diverses pistes d'amélioration des systèmes de soins.

Pourquoi ? Les études portant sur le débriefing emploient à la fois des méthodes immédiates et différées, sans qu'aucune ne se soit révélée supérieure, l'utilisation conjointe pouvant toutefois présenter des avantages.

Composition des équipes d'intervention en cas d'OHCA

2025 (nouvelle version) : La présence d'un médecin formé aux ALS pendant la réanimation d'une personne suspectée de faire un OHCA peut s'avérer bénéfique.

2025 (nouvelle version) : Il est justifié de veiller à ce que les services médicaux d'urgence (« SMU ») disposent d'un effectif suffisant pour permettre l'attribution claire de rôles distincts au sein de l'équipe.

Pourquoi ? Les études montrent que l'optimisation de la réanimation en cas d'OHCA nécessite une équipe de taille suffisante pour assurer les rôles essentiels, ainsi qu'une formation adéquate pour permettre une prise en charge avancée.

Composition des équipes de réanimation en milieu hospitalier

2025 (nouvelle version) : Les équipes de réanimation en milieu hospitalier doivent être composées de membres formés aux ALS.

2025 (nouvelle version) : La mise en place d'équipes de réanimation désignées ou dédiées, avec des rôles clairement définis, une expertise diversifiée et une formation adéquate incluant des simulations, peut être bénéfique pour améliorer le pronostic des patients après un IHCA.

Pourquoi ? À l'instar des équipes d'intervention en cas d'OHCA, les équipes de réanimation en cas d'IHCA bénéficient d'une formation avancée et de rôles clairement définis, avec un entraînement basé sur des exercices de simulation pour soutenir les membres de l'équipe dans l'exécution de leurs fonctions.

Réanimation sur place en cas d'OHCA

2025 (nouvelle version) : Les SMU doivent être préparés à l'arrêt de la réanimation sur place, ce qui implique que les

professionnels des SMU reçoivent une formation sur l'annonce du décès.

2025 (nouvelle version) : Sauf circonstances particulières, il est préférable de se concentrer sur la réanimation sur place pour obtenir un RSC durable avant de transporter la plupart des patients adultes et pédiatriques victimes d'un OHCA.

Pourquoi ? La poursuite de la réanimation sur place conduit inévitablement à de nombreux décès. Il est donc essentiel de former les équipes pour qu'elles sachent quand arrêter la réanimation et comment annoncer le décès à la famille, afin de garantir des soins compatissants et de prévenir l'épuisement professionnel. Les tentatives de transport des patients pendant la RCP compromettent la qualité de la réanimation et peuvent présenter un risque pour la sécurité des secouristes. Elles ne devraient donc être envisagées que dans les situations où elles sont susceptibles d'améliorer de manière significative les chances de survie du patient.

Systèmes de soins extracorporels

2025 (nouvelle version) : Il est justifié que les centres disposant de programmes d'RCPE élaborent et réévaluent régulièrement les critères de sélection des patients afin de maximiser la survie post-arrêt cardiaque, de garantir un accès équitable et de limiter les interventions inutiles.

2025 (nouvelle version) : Il est justifié que les médecins réalisant la canulation périphérique pour en RCPE chez l'adulte maîtrisent la technique percutanée.

2025 (nouvelle version) : Il est justifié d'adopter une approche régionalisée de l'RCPE pour maximiser les résultats cliniques et l'efficacité de l'utilisation des ressources.

2025 (nouvelle version) : Le transport rapide pendant un arrêt cardiaque en vue de réaliser une RCPE peut être envisagé pour un nombre limité de patients adultes victimes d'OHCA, rigoureusement sélectionnés.

Pourquoi ? L'RCPE mobilise beaucoup de ressources et nécessite des équipes spécialisées et hautement qualifiées. Ces facteurs rendent la régionalisation intéressante, mais le transport pendant l'arrêt cardiaque dans le cas d'un OHCA, ainsi que la forte mobilisation de ressources, nécessitent une sélection rigoureuse des patients.

Don d'organes

2025 (nouvelle version) : Les établissements doivent mettre en place des systèmes de soins visant à faciliter et à évaluer le don d'organes après un arrêt cardiaque, conformément aux exigences légales et réglementaires locales.

Pourquoi ? Les politiques visant à accroître le don d'organes varient d'un pays à l'autre et sont étroitement liées aux valeurs et à la culture de la nation concernée.

Amélioration du rétablissement après un arrêt cardiaque

2025 (nouvelle version) : L'utilisation de systèmes intégrés, qui évaluent les patients avant leur sortie et qui réévaluent leurs besoins après leur sortie et qui assurent une prise en charge continue de ces besoins tout au long de leur rétablissement, est susceptible d'améliorer le rétablissement et les résultats fonctionnels à long terme des survivants d'un arrêt cardiaque.

Pourquoi ? La réadaptation des survivants d'un arrêt cardiaque peut améliorer les résultats à long terme, mais sa mise en œuvre nécessite la coordination d'une équipe multidisciplinaire regroupant des intervenants à la fois en milieu hospitalier et extrahospitalier.

SOINS EN RÉANIMATION NÉONATALE

Aux États-Unis et au Canada, on compte environ 4 millions de naissances chaque

année. Près d'un nouveau-né sur 10 à 20 aura besoin d'aide pour passer de l'utérus rempli de liquides à l'environnement rempli d'air de la pièce. Chaque nouveau-né nécessitant ces soins doit être assisté par un professionnel de santé dûment formé et doté des bons outils afin de faciliter cette transition.

Résumé des principaux enjeux et des principales modifications

- La chaîne de soins néonataux débute avec les soins prénataux et se poursuit jusqu'au rétablissement et au suivi approprié après la naissance.
- La réanimation néonatale nécessite l'anticipation et la préparation des professionnels de santé, qui s'entraînent individuellement et en équipe.
- La plupart des nouveau-nés peuvent faire l'objet d'une évaluation et d'une surveillance pendant un clampage différé du cordon d'au moins 60 secondes, tout en maintenant un contact peau à peau avec un parent après la naissance.
- La ventilation efficace des poumons est la priorité chez les nouveau-nés nécessitant une réanimation.
- Certaines des nouvelles recommandations, telles que le positionnement pour les compressions thoraciques, le moment de la pose de l'oxymètre de pouls et les mesures correctives de ventilation, sont des pratiques déjà couramment réalisées, mais qui ont été ajoutées à la lumière des preuves les plus récentes.
- Les mesures correctives de ventilation, comprenant l'utilisation d'une voie respiratoire alternative telle qu'un masque laryngé ou un tube endotrachéal, peuvent être nécessaires si la fréquence cardiaque n'augmente pas avec la ventilation par masque facial.

Algorithmes et aides visuelles

L'algorithme de réanimation néonatale (Illustration 4) a été mis à jour afin de souligner l'importance de la gestion du cordon ombilical à la naissance. Le tableau des valeurs cibles de saturation en oxygène commence à 2 minutes, étant donné qu'un clampage différé du cordon d'au moins 60 secondes empêche la mesure systématique de la saturation à 1 minute. Il est recommandé de réaliser une électrocardiographie avant d'effectuer les compressions thoraciques.

Les résultats chez le nouveau-né dépendent du contexte global dans lequel se déroule la réanimation néonatale, y compris des systèmes de soins avant, pendant et après la naissance. La chaîne de soins du nouveau-né (Illustration 5) offre un cadre permettant d'aborder les éléments essentiels du système de santé afin d'améliorer la santé des nouveau-nés.

Principales recommandations nouvelles et mises à jour

Gestion du cordon ombilical

2025 (version mise à jour) : Chez les nouveau-nés à terme ne nécessitant pas de réanimation immédiate, un clampage différé du cordon d'au moins 60 secondes peut présenter des avantages par rapport au clampage immédiat.

Pourquoi ? Les méta-analyses montrent que le clampage différé du cordon améliore les indices hématologiques et le statut en fer des nourrissons. Des études récentes, étendant le clampage différé à 60 secondes par rapport au clampage précoce du cordon, ont confirmé ces résultats.

2025 (nouvelle version) : Chez les nouveau-nés à terme déprimés et les prématurés tardifs d'âge gestationnel égal ou supérieur à 35 semaines, la traite du cordon ombilical avec cordon intact peut être envisagée par rapport au clampage immédiat.

Pourquoi ? Dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé de grande envergure portant sur des nouveau-nés déprimés, nés entre 35 et 42 semaines de gestation, il a été rapporté que la traite du cordon ombilical intact, comparée au clampage précoce du cordon, était associée à une diminution des taux de recours à l'assistance cardio-respiratoire, de l'incidence de l'encéphalopathie hypoxique-ischémique modérée à sévère, ainsi que du recours à l'hypothermie thérapeutique.

2025 (version mise à jour) : Chez les nouveau-nés nés avant 37 semaines de gestation et ne nécessitant pas de réanimation d'urgence, il est conseillé de retarder le clampage du cordon ombilical d'au moins 60 secondes plutôt que de le réaliser immédiatement.

Pourquoi ? Des méta-analyses ont montré que chez les nouveau-nés prématurés pour lesquels a été pratiqué un clampage différé du cordon ombilical d'au moins 60 secondes, comparé à un clampage immédiat, la mortalité était réduite par rapport à celle observée chez les nouveau-nés ayant eu un clampage immédiat.

Ventilation et pression positive continue des voies respiratoires

2025 (version mise à jour) : Chez les nouveau-nés, des pressions de gonflage initiales maximales comprises entre 20 et 30 cm H₂O sont raisonnables, avec un ajustement de ces pressions afin d'assurer une ventilation efficace.

Pourquoi ? Des études observationnelles menées chez des nouveau-nés prématurés et à terme ont montré que des pressions de gonflage maximales allant jusqu'à 30 cm H₂O, ou plus, permettent d'atteindre des volumes respiratoires jugés suffisants pour la ventilation néonatale. Les pressions peuvent être ajustées au fur et à mesure que l'on obtient une ventilation efficace.

2025 (version mise à jour) : Chez le nouveau-né, la fréquence de ventilation recommandée est de 30 à 60 ventilations par minute.

Illustration 4. Algorithme de réanimation néonatale.

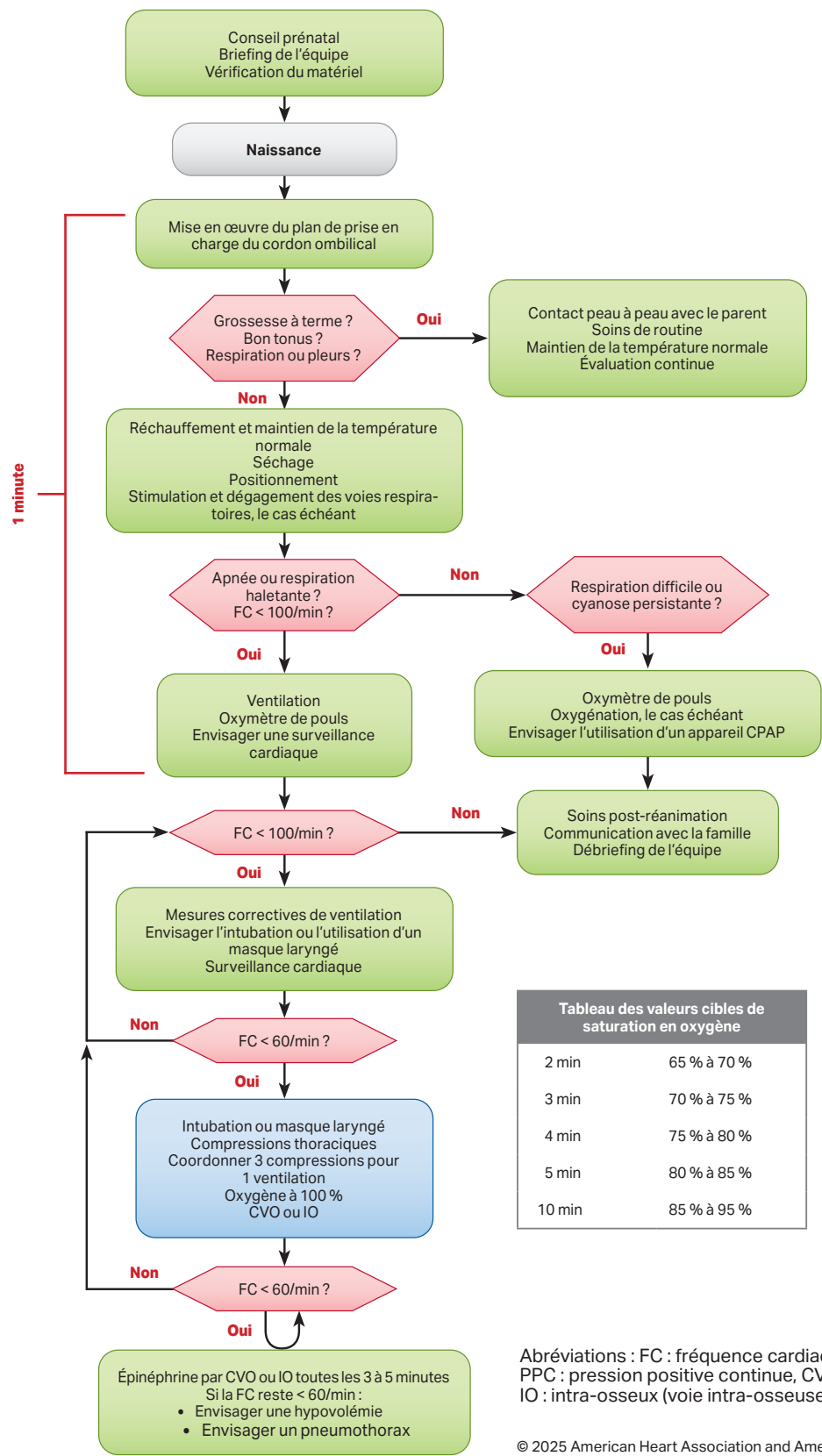
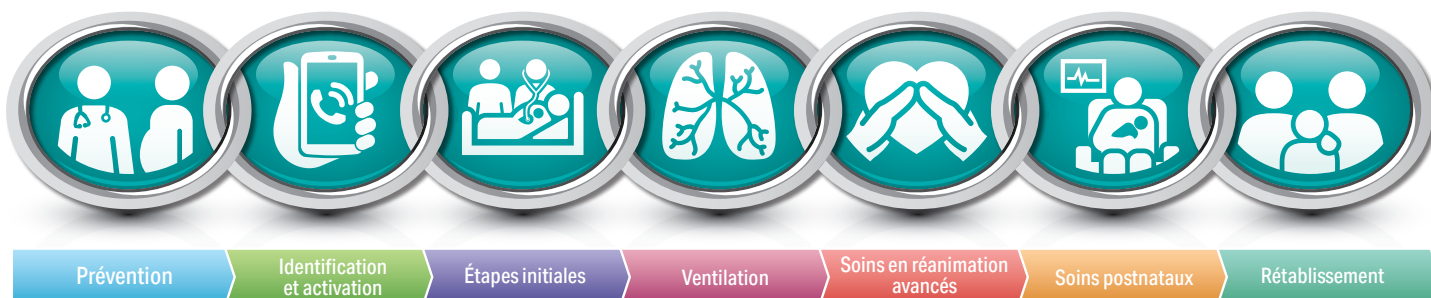


Illustration 5. Chaîne de soins du nouveau-né.



Pourquoi ? Selon une étude observationnelle, une ventilation à un rythme de 30 à 60 ventilations par minute entraîne des volumes respiratoires de 5 à 10 mL/kg. Une étude observationnelle menée chez des nouveau-nés tardifs prématurés et à terme a montré qu'un rythme d'insufflation de 30 par minute permettait d'obtenir la meilleure clairance du dioxyde de carbone.

2025 (nouvelle version) : La vidéolaryngoscopie peut s'avérer utile chez les nouveau-nés nécessitant une intubation endotrachéale.

Pourquoi ? Dans une méta-analyse regroupant six essais randomisés contrôlés portant sur les intubations, la vidéolaryngoscopie, comparée à la laryngoscopie classique, a entraîné une augmentation du taux de succès des intubations. La laryngoscopie traditionnelle reste une méthode appropriée pour l'intubation entérachéale.

2025 (nouvelle version) : L'utilisation d'un masque laryngé peut constituer une alternative à l'intubation entérachéale chez les nouveau-nés de 34 0/7 semaines de gestation ou plus lorsque la ventilation par masque facial n'est pas efficace.

Pourquoi ? Dans quatre essais randomisés contrôlés, aucune différence significative n'a été observée concernant le temps d'insertion ni le taux de succès à la première tentative lorsque le masque laryngé (voie respiratoire supraglottique) était utilisé comme dispositif secondaire, comme alternative à l'intubation endotrachéale après l'échec

de la ventilation par masque facial. Une étude observationnelle a montré que le recours à un masque laryngé plutôt qu'à une intubation endotrachéale a conduit à une diminution des admissions en unité de soins intensifs néonataux.

2025 (nouvelle version) : Chez les nouveau-nés nés à 34 0/7 semaines de gestation ou plus, un masque laryngé peut servir d'interface principale pour la ventilation, en remplacement du masque facial.

Pourquoi ? Selon une méta-analyse regroupant six essais randomisés contrôlés, le recours à un masque laryngé plutôt qu'à un masque facial réduisait la probabilité d'échec de la ventilation avec le dispositif choisi et le recours à l'intubation endotrachéale. Avec le masque laryngé, la durée de la ventilation et le temps nécessaire pour que la fréquence cardiaque dépasse les 100 battements par minute étaient plus courts.

Oxygène

2025 (nouvelle version) : Il convient de placer rapidement un oxymètre de pouls chez les nouveau-nés sous assistance respiratoire ou auxquels on administre de l'oxygène supplémentaire.

Pourquoi ? La pose précoce d'un oxymètre de pouls lors de la réanimation permet d'obtenir plus rapidement les mesures de saturation en oxygène pour guider la prise en charge. Dans des études observationnelles, le temps médian pour obtenir les mesures de l'oxymétrie de pouls variait de 238 à

260 secondes et était plus long chez les nouveau-nés prématurés que chez les nouveau-nés à terme.

2025 (version mise à jour) : Chez les nouveau-nés prématurés nés avant 32 semaines de gestation et sous assistance respiratoire à la naissance, il peut être justifié de débiter avec une concentration en oxygène comprise entre 30 % et 100 %.

Pourquoi ? L'analyse des études disponibles pour cette population a abouti à des conclusions divergentes de celles d'une méta-analyse au niveau de l'étude regroupant 10 essais randomisés contrôlés, laquelle n'a montré aucune différence de mortalité à court terme entre une concentration initiale en oxygène faible et une concentration élevée (la faible concentration en oxygène étant généralement comprise entre 21 % et 30 % et la forte concentration en oxygène entre 60 % et 100 % dans ces études). Une méta-analyse récente portant sur les données individuelles de patients a montré qu'une concentration initiale élevée en oxygène de 90 % à 100 % s'accompagnait d'une mortalité plus faible par rapport à une concentration initiale faible comprise entre 21 % et 30 %. La concentration en oxygène peut être réduite progressivement au fur et à mesure que les cibles sont atteintes.

Compressions thoraciques

2025 (nouvelle version) : Il peut être justifié d'effectuer les compressions thora-

ciques sur le tiers inférieur du sternum, en veillant à rester au-dessus du processus xiphoïde chez les nouveau-nés.

Pourquoi ? Selon une étude autopsique chez les nourrissons et les jeunes enfants, les compressions effectuées au milieu du sternum n'entraînaient pas de rupture du foie. Des déchirures superficielles de la capsule du foie ont été observées lorsque les compressions étaient pratiquées sur le processus xiphoïde, et tous les patients ayant reçu des compressions thoraciques et abdominales simultanément ou uniquement des compressions abdominales présentaient une rupture du foie. Les études par radiographie thoracique indiquent que, chez la plupart des nourrissons, le cœur se situe sous le tiers inférieur du sternum.

2025 (nouvelle version) : Lors des compressions thoraciques chez le nouveau-né, il peut être justifié de relayer les réanimateurs effectuant les compressions toutes les 2 à 5 minutes et de procéder au changement pendant l'évaluation de la fréquence cardiaque.

Pourquoi ? Pour effectuer des compressions thoraciques de haute qualité, plusieurs facteurs entrent en jeu : un ratio compression-ventilation optimal, une fréquence et une profondeur appropriées, ainsi qu'un relâchement complet entre les compressions. Des études réalisées sur des mannequins néonataux révèlent que la qualité des compressions peut diminuer au bout de 2 à 5 minutes lorsque celles-ci sont effectuées par un seul médecin.

SOINS EN RÉANIMATION DE BASE CHEZ L'ENFANT

Chaque année aux États-Unis, on recense plus de 7 000 OHCA et environ 20 000 IHCA chez les nourrissons et les enfants. En dépit de l'augmentation du taux de survie et des taux relativement

bons de résultats neurologiques favorables après un IHCA, les taux de survie après un OHCA restent faibles, en particulier chez les nourrissons. La chaîne de survie nécessite des efforts coordonnés de la part des professionnels de santé dans diverses disciplines et, dans le cas des OHCA, de la part des secouristes non professionnels, des opérateurs de régulation téléphonique et du personnel de secours.

Résumé des principaux enjeux et des principales modifications

- L'arrêt cardiaque chez les nourrissons et les enfants ne résulte généralement pas d'une cause cardiaque primaire. Il est généralement la conséquence d'une insuffisance respiratoire progressive ou d'un état de choc.
- Étant donné que la plupart des arrêts cardiaques pédiatriques sont secondaires, l'identification précoce de l'état critique de l'enfant ou du nourrisson par le soignant, la formation des secouristes non professionnels à la RCP et l'accès rapide aux soins d'urgence sont essentiels pour améliorer le pronostic.
- La RCP de haute qualité et la défibrillation précoce des rythmes défibrillables constituent ensemble la pierre angulaire de la prise en charge de l'arrêt cardiaque chez l'enfant et doivent être effectuées chez tous les patients pour permettre l'efficacité des autres traitements.

Principales recommandations nouvelles et mises à jour

Composantes de la RCP de haute qualité

2025 (nouvelle version) : Chez les nourrissons et enfants en arrêt cardiaque, il convient de limiter au maximum les interruptions de la RCP, et les pauses entre les compressions thoraciques doivent rester inférieures à 10 secondes.

Pourquoi ? Des preuves issues d'un

registre observationnel multinational et multi-institutionnel ont montré qu'une fréquence et une durée accrues des pauses lors de la RCP réduisaient de manière significative les chances de RCS.

Séquence de réanimation

2025 (version mise à jour) : Chez les nourrissons, les compressions thoraciques doivent être effectuées soit avec le talon d'une main, soit avec les deux pouces entourant le thorax. Si le secouriste ne parvient pas à entourer le thorax, il est recommandé de comprimer le thorax avec le talon d'une main.

Pourquoi ? Des revues systématiques et méta-analyses issues d'études de simulation suggèrent que la technique des deux pouces entourant le thorax est plus efficace que la technique des deux doigts pour effectuer les compressions chez le nourrisson, notamment pour atteindre une profondeur adéquate. Une étude multicentrique prospective basée sur un registre observationnel a montré que la technique à une main produisait des compressions plus profondes que la technique des deux pouces chez le nourrisson, la fréquence des compressions thoraciques étant identique quelle que soit la position des mains. Dans cette étude, la technique des deux doigts a été peu employée, et lorsqu'elle l'était, aucune série de compressions thoraciques ne respectait les directives de l'AHA. Compte tenu de ces éléments, il est recommandé d'utiliser la technique du talon d'une main ou celle des deux pouces entourant le thorax chez le nourrisson. La technique des deux doigts, longtemps employée pour la RCP chez le nourrisson, n'est désormais plus recommandée.

Obstruction des voies respiratoires par un corps étranger

2025 (version mise à jour) : Chez les enfants présentant une obstruction sévère des voies respiratoires (« OVR ») par un corps

étranger, il convient d'effectuer des cycles répétés de cinq tapes dans le dos suivies de cinq poussées abdominales jusqu'à ce que l'objet soit délogé ou perte de connaissance de l'enfant (voir l'algorithme mis à jour).

Pourquoi ? De nombreuses OVR par un corps étranger sont résolues spontanément lorsque le patient tousse ou, en cas d'obstruction sévère, lorsque des secouristes non professionnels effectuent des poussées thoraciques ou abdominales. Une étude observationnelle récente portant sur les OVR par un corps étranger chez l'adulte et l'enfant suggère que les tapes dans le dos permettent de déloger plus efficacement un corps étranger que les poussées abdominales. Par souci de cohérence pédagogique et en l'absence de données pédiatriques défavorables, la prise en charge des OVR par un corps étranger sévères chez l'enfant débute désormais par une série de tapes dans le dos au lieu des poussées abdominales. Des cycles répétés de cinq tapes dans le dos suivies de cinq poussées abdominales sont effectués jusqu'à ce que l'obstruction soit dégagée ou perte de connaissance de l'enfant.

2025 (version mise à jour) : Chez les nourrissons présentant une OVR par un corps étranger, il convient d'effectuer des cycles répétés de cinq tapes dans le dos suivies de cinq poussées thoraciques, jusqu'à ce que l'objet soit délogé ou perte de connaissance du nourrisson.

Pourquoi ? Les poussées abdominales ne sont pas recommandées chez les nourrissons en raison du risque de lésions des organes abdominaux. La technique du talon d'une main pour les poussées thoraciques est désormais recommandée chez les nourrissons présentant une OVR par un corps étranger sévère. Bien que la technique du talon d'une main pour les poussées thoraciques ressemble aux compressions thoraciques pratiquées lors de la RCP, elle ne reprend pas les autres composantes des compressions thoraciques de haute qualité (p. ex., fréquence, relâchement),

c'est pourquoi on ne parle pas de « compression thoracique ».

SOINS EN RÉANIMATION DE BASE CHEZ L'ADULTE

Les OHCA et IHCA touchent chaque année des centaines de milliers de personnes aux États-Unis. Les taux de RCP par des secouristes non professionnels, l'utilisation publique de défibrillateurs externes automatisés, les délais d'intervention des SMU et la survie jusqu'à la sortie de l'hôpital varient considérablement selon les régions. Pendant la pandémie de COVID-19, on a observé une baisse du taux de survie chez les adultes victimes d'un OHCA ou d'un IHCA.

Résumé des principaux enjeux et des principales modifications

- La RCP précoce de haute qualité et la défibrillation rapide constituent les interventions les plus importantes permettant une amélioration de l'issue lors d'un arrêt cardiaque chez l'adulte.
- Chez l'adulte présentant un traumatisme crânien ou cervical, lorsque la manœuvre de subluxation de la mâchoire combinée à la pose d'un dispositif adjuvant ne permet pas de dégager les voies respiratoires, les secouristes doivent recourir à la manœuvre d'inclinaison de la tête et de soulèvement du menton.
- En cas d'arrêt cardiaque chez l'adulte, les compressions thoraciques doivent être réalisées sur une surface dure, avec le torse du patient positionné au niveau des genoux du secouriste qui les effectue.
- Lors de la ventilation d'un adulte en arrêt respiratoire, le professionnel de

santé peut administrer une insufflation toutes les six secondes, soit 10 par minute, en veillant à ce que chaque insufflation entraîne un soulèvement visible du thorax.

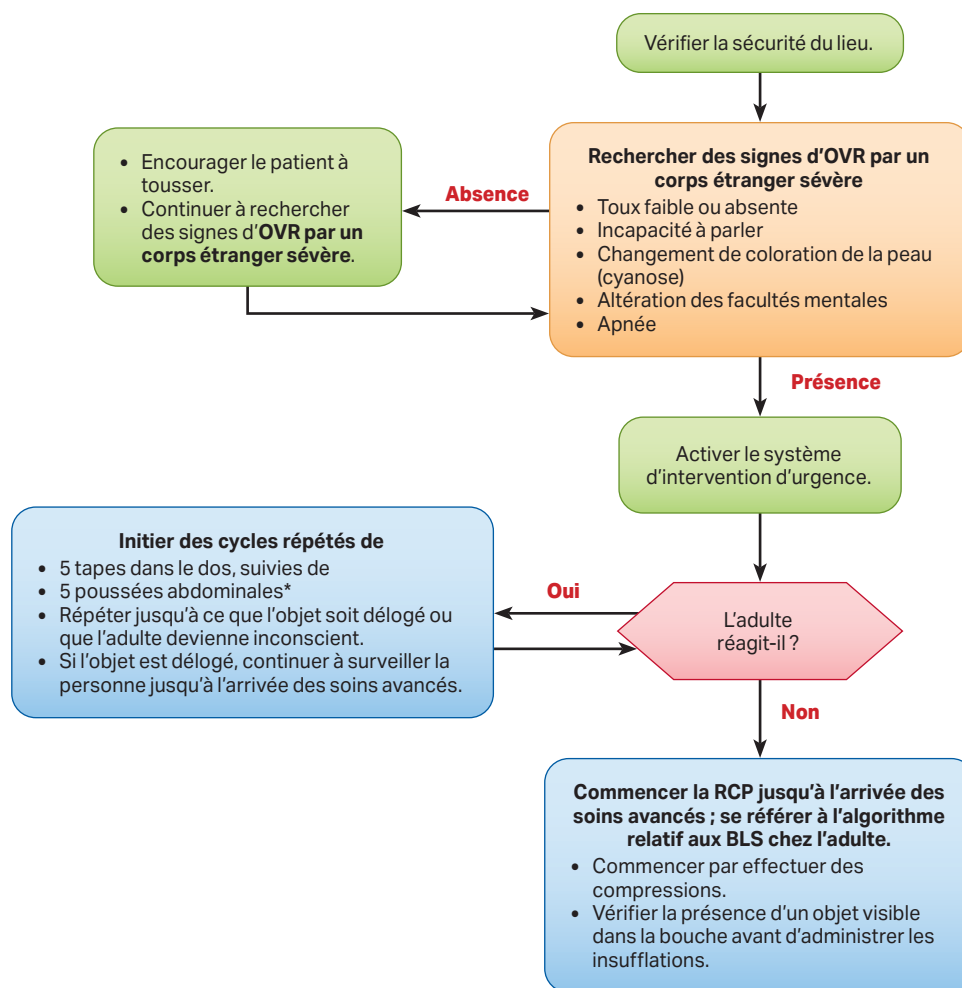
- Chez les adultes obèses en arrêt cardiaque, la RCP doit être effectuée de la même manière que chez les patients non obèses.
- Le recours systématique à des dispositifs de RCP mécanique n'est pas recommandé chez l'adulte en arrêt cardiaque.
- Chez les adultes présentant une OVR par un corps étranger, il convient d'effectuer des cycles répétés de cinq tapes dans le dos suivies de cinq poussées abdominales, jusqu'à ce que l'objet soit délogé ou perte de connaissance de la personne.

Algorithmes et aides visuelles

L'algorithme de réanimation de base (« BLS ») destiné aux professionnels de santé a été mis à jour afin de mettre en évidence le rôle des antagonistes des opioïdes (comme la naloxone) en cas de suspicion de surdosage aux opioïdes lors d'un arrêt respiratoire ou cardiaque. Une aide visuelle simplifiée destinée aux secouristes non professionnels met l'accent sur l'activation précoce des SMU et l'obtention d'un défibrillateur externe automatisé, en complément de l'initiation des compressions thoraciques.

Un nouvel algorithme pour la prise en charge des OVR par un corps étranger chez l'adulte (Illustration 6) a été ajouté pour montrer l'approche consistant à débiter par des tapes dans le dos, suivies de poussées abdominales. Chez les patients présentant une obstruction sévère, il est demandé au secouriste d'activer le système d'intervention d'urgence, car la perte de conscience peut rapidement mener à un arrêt cardiaque.

Illustration 6. Algorithme pour la prise en charge des OVR par un corps étranger chez l'adulte.



* Pour les patientes en fin de grossesse, ou lorsque le secouriste ne peut pas entourer l'abdomen de la patiente, administrer 5 poussées thoraciques à la place.

© 2025 American Heart Association

Principales recommandations nouvelles et mises à jour

Prise en charge des voies respiratoires

2025 (version mise à jour) : Chez l'adulte présentant un traumatisme crânien ou cervical, lorsque la manœuvre de subluxation de la mâchoire combinée à la pose d'un dispositif adjuvant ne permet pas de dégager les voies respiratoires, les secouristes qualifiés doivent recourir à la manœuvre d'inclinaison de la tête et de soulèvement du menton.

Pourquoi ? Chez tout patient victime d'un

traumatisme, la priorité est d'assurer le dégagement des voies respiratoires. Si la subluxation de la mâchoire est la technique privilégiée en présence d'un traumatisme crânien ou cervical, chez les patients victimes d'un traumatisme, la priorité reste de garantir le dégagement des voies respiratoires pour permettre l'oxygénation et la ventilation.

Ventilation

2025 (version mise à jour) : Lors de la ventilation d'un patient adulte en arrêt cardiaque, il est justifié d'administrer un volume respiratoire suffisant pour provoquer un soulèvement visible du thorax.

2025 (version mise à jour) : Chez l'adulte en arrêt cardiaque, les ventilations doivent être administrées de manière à éviter à la fois une hypoventilation (trop peu de ventilations ou un volume insuffisant) ou une hyperventilation (trop de ventilations ou un volume excessif).

Pourquoi ? Des études récentes ont montré que les secouristes ne parviennent souvent pas à assurer la ventilation de manière conforme aux recommandations. Dans ces études, la RCP combinant une ventilation efficace à des compressions thoraciques se traduisait par des résultats plus favorables.

Ratio compression-ventilation

2025 (version mise à jour) : Il est justifié que les secouristes non professionnels et les professionnels de santé réalisent la RCP par cycles de 30 compressions suivies de deux ventilations avant l'insertion d'un dispositif de voie respiratoire avancée (p. ex., voie respiratoire supraglottique ou tube endotrachéale).

Pourquoi ? La majorité des études ne mettent en évidence aucune différence de résultats pour les patients entre une RCP avec interruptions pour alterner compressions et ventilation et des compressions thoraciques continues. Toutefois, des preuves récentes ont montré que la ventilation est souvent inadéquate ; effectuer la RCP selon des cycles de 30 compressions suivies de deux insufflations, plutôt que des compressions continues, permet au secouriste de surveiller le soulèvement de la poitrine et ainsi d'évaluer l'efficacité de la ventilation.

Électrodes de défibrillation

2025 (nouvelle version) : Lors de la pose des électrodes de défibrillation chez l'adulte en arrêt cardiaque, il peut être justifié de déplacer un soutien-gorge plutôt que de le retirer.

Pourquoi ? Les taux de défibrillation réalisés par des dispositifs d'accès public sont significativement plus faibles chez les femmes que chez les hommes. Cette différence pourrait s'expliquer, en partie, par la nécessité d'appliquer les électrodes ou palettes sur la poitrine dénudée. Le fait de pouvoir ajuster, plutôt qu'ôter, un soutien-gorge pourrait réduire certains freins, tels que la gêne du secouriste à exposer la poitrine d'une femme.

RCP chez les adultes en situation d'obésité

2025 (nouvelle version) : Chez les adultes obèses en arrêt cardiaque, la RCP doit être pratiquée en utilisant les mêmes techniques que chez les patients non

obèses.

Pourquoi ? Selon une étude de la portée de l'ILCOR publiée en 2024, recensant 34 études observationnelles sur l'arrêt cardiaque chez l'adulte en situation d'obésité, il n'existe aucune preuve justifiant de modifier la RCP standard.

Techniques alternatives de RCP

2025 (version mise à jour) : Le recours systématique à des dispositifs de RCP mécanique n'est pas recommandé chez l'adulte en arrêt cardiaque.

2025 (nouvelle version) : Chez l'adulte en arrêt cardiaque, le recours à des dispositifs de RCP mécanique peut être envisagé dans des contextes particuliers où les compressions manuelles de haute qualité sont difficiles ou présentent un risque pour les professionnels de santé, à condition de limiter les interruptions lors de la mise en place et du retrait du dispositif.

Pourquoi ? De nombreux essais cliniques randomisés n'ont montré aucune différence dans le taux de survie des patients entre le recours à la RCP manuelle et la RCP mécanique. Il peut toutefois exister des circonstances particulières pour lesquelles la RCP mécanique peut offrir des avantages logistiques ou sécuritaires. Ces situations n'ont pas été étudiées dans les essais cliniques en cours.

Obstruction des voies respiratoires par un corps étranger

2025 (version mise à jour) : Chez les adultes présentant une OVR par un corps étranger, il convient d'effectuer des cycles répétés de cinq tapes dans le dos suivies de cinq poussées abdominales, jusqu'à ce que l'objet soit délogé ou perte de connaissance de la personne.

Pourquoi ? Les études menées chez l'adulte présentant une OVR par un corps étranger ont montré que les tapes dans le dos permettaient de dégager plus efficacement les voies respiratoires et

entraînaient moins de blessures que les poussées abdominales. La recommandation d'alterner des séries de cinq tapes dans le dos et de cinq poussées abdominales s'appuie sur la nécessité d'assurer une cohérence avec les lignes directrices existantes pour les nourrissons et les enfants.

SOINS EN RÉANIMATION AVANCÉS CHEZ L'ENFANT

Compte tenu des résultats défavorables précédemment observés pour l'OHCA chez l'enfant, de nombreuses possibilités d'amélioration de la réanimation subsistent à chaque étape des soins. La recherche croissante en réanimation pédiatrique, menée à travers des réseaux de réanimation intrahospitaliers et extrahospitaliers, contribue largement à faire avancer les connaissances et s'est traduite par diverses modifications dans les Lignes directrices 2025.

- Ce chapitre comporte des mises à jour relatives aux traitements médicamenteux utilisés en cas d'arrêt cardiaque, notamment des changements de catégorie de recommandation pour plusieurs d'entre eux.
- De nouvelles recommandations sont formulées à la lumière des données de surveillance de plus en plus nombreuses, permettant d'orienter les meilleures pratiques après un arrêt cardiaque.
- Pour la première fois, les lignes directrices intègrent des informations sur la tâche complexe de la prédiction du pronostic neurologique après un arrêt cardiaque (neuropronostic), qu'il soit favorable ou défavorable.

Principales recommandations nouvelles et mises à jour

Administration des médicaments lors de l'arrêt cardiaque

2025 (version mise à jour) : Chez les nourrissons et les enfants en arrêt cardiaque avec un rythme initial non défibrillable, il est justifié d'administrer la première dose d'adrénaline le plus tôt possible.

Pourquoi ? Une revue systématique récente pourtant sur sept études observationnelles a révélé qu'un délai plus court d'administration de l'adrénaline lors des OHCA et IHCA était associé à des taux plus élevés de résultats favorables. Lorsque la première dose d'adrénaline était administrée dans un délai inférieur à trois minutes, les taux de résultats favorables étaient les plus élevés. Toutefois, aucune comparaison directe n'a été effectuée entre les différents délais d'administration (p. ex., < 5 min, < 10 min).

Surveillance physiologique pendant la RCP

2025 (version mise à jour) : Chez les nourrissons et les enfants avec dispositif invasif des voies respiratoires pendant la RCP, la surveillance du dioxyde de carbone télé-expiratoire (« ETCO_2 ») peut être utilisée pour contrôler la qualité de la réanimation.

2025 (nouvelle version) : Une valeur seuil spécifique d' ETCO_2 ne doit pas être utilisée comme seul critère pour arrêter la réanimation chez les nourrissons et les enfants.

Pourquoi ? Il est important de surveiller l' ETCO_2 chez les patients auxquels on administre une RCP avec un dispositif invasif des voies respiratoires, l' ETCO_2 rendant compte du débit cardiaque, de l'efficacité de la ventilation et de la qualité de la RCP. Une étude prospective multicentrique récente portant sur l' ETCO_2 moyen lors des 10 premières minutes de la RCP en milieu hospitalier chez l'enfant a montré que des valeurs d' ETCO_2 su-

périeures ou égales à 20 mmHg étaient associées à une probabilité accrue de RCS et de survie jusqu'à la sortie de l'hôpital, ainsi qu'à des pressions artérielles plus élevées pendant l'arrêt cardiaque. Aucune corrélation n'a été observée avec les paramètres de qualité de la RCP, tels que la fréquence et la profondeur des compressions. Toutefois, lorsque les secouristes envisagent d'arrêter la réanimation, il est crucial de ne pas se baser uniquement sur une valeur seuil spécifique d' ETCO_2 , car des cas de survie ont déjà été observés chez des patients dont l' ETCO_2 moyen était inférieur à 20 mmHg.

2025 (nouvelle version) : Chez les nourrissons et les enfants sous surveillance invasive continue de la pression artérielle pendant la RCP, il peut être justifié pour les professionnels de santé de cibler une pression artérielle diastolique d'au moins 25 mmHg chez les nourrissons et d'au moins 30 mmHg chez les enfants âgés d'un an ou plus.

Pourquoi ? Une étude récente indique que, chez les enfants auxquels on administre une RCP avec un cathéter intra-artériel, les chances de survie avec un pronostic neurologique favorable étaient plus élevées lorsque la pression artérielle diastolique était d'au moins 25 mmHg chez les nourrissons et d'au moins 30 mmHg chez les enfants.

Prise en charge de la tachycardie supraventriculaire avec pouls

2025 (version mise à jour) : Chez les nourrissons et les enfants présentant une tachycardie supraventriculaire avec altération cardiopulmonaire réfractaire aux manœuvres vagales, à l'adénosine et à la cardioversion électrique synchronisée, et pour lesquels l'avis d'un spécialiste ne peut pas être obtenu, il peut être justifié d'envisager l'administration par voie intraveineuse (« IV ») de procainamide, d'amiodarone ou de sotalol.

Pourquoi ? La procainamide et l'amiodarone sont des traitements d'efficacité modérée pour la tachycardie supraventriculaire réfractaire à l'adénosine ;

des effets indésirables peuvent toutefois survenir avec les deux traitements. Le sotalol a été approuvé en 2009 pour le traitement de la tachycardie supraventriculaire. Plusieurs études ont démontré son efficacité pour la conversion aiguë de la tachycardie supraventriculaire lorsqu'il est administré sous la supervision d'électrophysiologistes pédiatriques en milieu de soins aigus, avec un faible nombre d'effets indésirables rapportés.

Prise en charge post-arrêt cardiaque

2025 (version mise à jour) : Après un arrêt cardiaque chez les nourrissons et les enfants, il est recommandé de maintenir la pression artérielle systolique et la pression artérielle moyenne au-dessus du 10^e percentile pour l'âge.

Pourquoi ? La pression artérielle étant souvent labile après un arrêt cardiaque, il est essentiel de détecter l'hypotension (inférieure au 5^e percentile pour l'âge et le sexe). L'hypotension est fréquente après le retour à la circulation suite à un arrêt cardiaque, affectant entre 25 % et 50 % des nourrissons et des enfants. Deux études observationnelles ont montré qu'une pression artérielle systolique inférieure au 5^e percentile pour l'âge dans les 12 heures suivant l'arrêt cardiaque était associée à une diminution du taux de survie jusqu'à la sortie de l'hôpital. De plus, une analyse secondaire de l'essai ICU-Resuscitation portant sur l'IHCA chez l'enfant a montré des taux plus élevés de survie jusqu'à la sortie de l'hôpital, ainsi que de survie avec un pronostic neurologique favorable, lorsque les valeurs cibles de pression artérielle étaient supérieures à un seuil de pression artérielle systolique au-dessus du 10^e percentile pour l'âge et de pression artérielle diastolique au-dessus du 50^e percentile pour l'âge au cours des six premières heures suivant l'arrêt cardiaque.

Pronostic post-arrêt cardiaque

2025 (version mise à jour) : Il est recommandé que les professionnels de santé envisagent plusieurs techniques

lorsqu'ils prédisent les résultats neurologiques (favorables ou défavorables) après la réanimation d'un nourrisson ou d'un enfant ayant été victime d'un arrêt cardiaque.

2025 (nouvelle version) : L'utilité des réflexes nauséux ou de toux, ou de la réponse à la douleur, pour étayer un pronostic neurologique favorable ou défavorable à tout moment après un arrêt cardiaque chez les nourrissons et les enfants n'est pas bien établie.

2025 (nouvelle version) : Lorsqu'elle est interprétée dans le contexte d'autres critères pronostiques, il est justifié de recourir à l'électroencéphalographie (« EEG ») jusqu'à 72 heures après un arrêt cardiaque chez les nourrissons et les enfants pour étayer un pronostic neurologique favorable ou défavorable.

Pourquoi ? Deux revues systématiques ont évalué la corrélation entre l'examen neurologique, les biomarqueurs, l'EEG et les techniques d'imagerie neurologique, et les pronostics favorables ou défavorables après réanimation pédiatrique post-arrêt cardiaque. Aucune de ces techniques n'a été évaluée isolément, et aucune n'a atteint la précision prédéfinie pour pouvoir être utilisée comme seul critère pronostique à un quelconque moment. Par conséquent, malgré les recommandations concernant les tests individuels, aucun ne doit être utilisé isolément pour prédire le résultat. L'EEG est une technique qui peut être utilisée en association avec d'autres tests, sur la base de nombreuses études, pour établir un pronostic. Les données restent toutefois insuffisantes pour justifier l'utilisation des réflexes nauséux ou de toux afin de prédire un pronostic favorable ou défavorable. Les médecins devraient envisager plusieurs techniques pour évaluer le pronostic neurologique des survivants après un arrêt cardiaque.

Rétablissement et survie après un arrêt cardiaque

2025 (version mise à jour) : Il est justifié d'évaluer les besoins physiques, cognitifs et émotionnels des nourrissons

et enfants qui ont survécu à un arrêt cardiaque afin d'orienter le suivi durant la première année suivant l'arrêt cardiaque.

Pourquoi ? Il est de plus en plus reconnu que le rétablissement après un arrêt cardiaque se poursuit bien après l'hospitalisation initiale. Les survivants peuvent avoir besoin, de manière continue, d'un soutien médical, de réadaptation, communautaire et de la part des aidants dans les mois ou années suivant l'arrêt cardiaque. Une déclaration scientifique récente de l'AHA met en évidence l'importance de soutenir les patients et les familles durant cette période pour obtenir le meilleur résultat possible à long terme.

SOINS EN RÉANIMATION AVANCÉS CHEZ L'ADULTE

La survie jusqu'à la sortie de l'hôpital après un OHCA pris en charge par les SMU reste faible, autour de 10 %, tandis que le taux de survie jusqu'à la sortie pour un IHCA est d'environ 24 %. Parmi ceux qui survivent jusqu'à la sortie de l'hôpital, environ 85 % présentent un pronostic neurologique favorable. Une RCP immédiate et de haute qualité ainsi qu'une défibrillation réalisée en temps opportun sont les piliers d'une réanimation efficace. Toutefois, les interventions d'ALS, incluant la prise en charge avancée des voies respiratoires, les traitements pharmacologiques et la prise en charge post-réanimation coordonnée, tant en milieu préhospitalier qu'hospitalier, restent essentielles pour améliorer les résultats chez les patients.

Résumé des principaux enjeux et des principales modifications

- Les arythmies (comme les tachycardies) peuvent être à la fois la cause et la manifestation d'une instabilité clinique. L'évaluation de la cause immédiate de cette instabilité

orientera les professionnels vers l'application la plus judicieuse de ces lignes directrices.

- Il est préférable d'utiliser des niveaux d'énergie plus élevés (≥ 200 J) pour le premier choc lors de la cardioversion de la fibrillation auriculaire (« FA ») et du flutter auriculaire.
- Outre les mises à jour des recommandations sur la double défibrillation séquentielle, de nouvelles recommandations sur la défibrillation par changement de vecteur ont été intégrées à la lumière des nouvelles publications.

Algorithmes et aides visuelles

L'algorithme d'arrêt de la réanimation a été mis à jour afin d'intégrer les règles applicables aux BLS et la règle universelle d'arrêt de la réanimation. De plus, un nouvel algorithme a été introduit pour la prise en charge de la bradycardie chez l'adulte avec pouls.

Principales recommandations nouvelles et mises à jour

Défibrillation par changement de vecteur et double défibrillation séquentielle

2025 (nouvelle version) : L'utilité de la défibrillation par changement de vecteur chez l'adulte en arrêt cardiaque, présentant une fibrillation ventriculaire persistante ou une tachycardie ventriculaire sans pouls après trois chocs consécutifs ou plus, n'a pas été établie.

2025 (version mise à jour) : L'utilité de la double défibrillation séquentielle chez l'adulte en arrêt cardiaque, présentant une fibrillation ventriculaire persistante ou une tachycardie ventriculaire sans pouls après trois chocs consécutifs ou plus, n'a pas été établie.

Pourquoi ? Un consensus international de 2023 de l'ILCOR sur la science de la RCP et des SCU, assorti de recommandations thérapeutiques, a identifié

un seul petit essai contrôlé randomisé soutenant l'utilisation de la défibrillation par changement de vecteur et de la double défibrillation séquentielle dans la fibrillation ventriculaire réfractaire. Un certain nombre de questions restent en suspens quant à l'impact de ces interventions et appellent à de nouvelles recherches.

Accès vasculaire initial

2025 (version mise à jour) : Chez les patients adultes en arrêt cardiaque, il est recommandé pour les professionnels de santé de tenter d'abord de mettre en place un accès IV pour l'administration de médicaments.

2025 (version mise à jour) : Chez les patients adultes en arrêt cardiaque, il est justifié de recourir à un accès intraosseux (« IO ») lorsque la mise en place d'un accès IV initial est impossible ou s'avère infructueuse.

Pourquoi ? Une revue systématique et méta-analyse de l'ILCOR publiée en 2025, incluant les données de trois récents essais contrôlés randomisés de grande envergure, a montré que le recours à un accès IO, par rapport à un accès IV, n'entraînait pas d'amélioration statistiquement significative des résultats. Selon cette revue systématique, les probabilités d'obtenir un RCS durable étaient réduites lorsque l'on utilisait la voie IO par rapport à la voie IV.

Médicaments vasopresseurs

2025 (version mise à jour) : En tenant compte du moment de l'intervention, il est justifié d'administrer de l'adrénaline aux patients adultes en arrêt cardiaque avec un rythme défibrillable après l'échec des tentatives initiales de défibrillation.

Pourquoi ? Les publications recommandant de privilégier une défibrillation rapide et d'administrer l'adrénaline lorsque les tentatives initiales de RCP et de défibrillation échouent chez les patients présentant un rythme défibrillable.

2025 (version mise à jour) : La vasopressine,

seule ou en combinaison avec l'adrénaline, ne présente aucun bénéfice en remplacement de l'adrénaline chez les adultes en arrêt cardiaque.

Pourquoi ? Plusieurs revues systématiques et méta-analyses d'essais contrôlés randomisés et d'études observationnelles n'ont montré aucune différence dans les résultats en termes de survie entre la vasopressine seule, la vasopressine en combinaison avec l'adrénaline et l'adrénaline seule.

Médicaments non vasopresseurs

2025 (nouvelle version) : Chez l'adulte en arrêt cardiaque, le recours aux bêta-bloquants, au brétylium, au procainamide ou au sotalol en cas de fibrillation ventriculaire ou de tachycardie ventriculaire sans pouls réfractaire à la défibrillation ne présente pas de bénéfice bien établi.

Pourquoi ? La mise à jour 2025 des preuves de l'ILCOR n'a apporté aucune nouvelle preuve concernant l'usage d'autres agents antiarythmiques administrés par voie parentérale lors d'un arrêt cardiaque. Parmi eux figure le tosylate de brétylium (récemment réintroduit sur le marché aux États-Unis, pour lequel aucune donnée nouvelle concernant son efficacité ou sa sécurité d'emploi n'est disponible).

Adjuvants à la RCP

2025 (nouvelle version) : Chez l'adulte en arrêt cardiaque, la RCP en position inclinée n'est pas recommandée, sauf lorsqu'elle est réalisée dans le cadre d'essais cliniques.

Pourquoi ? Une revue systématique récente de l'ILCOR n'a identifié aucun essai randomisé contrôlé et seulement 3 études observationnelles, chacune présentant d'importantes limites méthodologiques. La certitude des preuves a été jugée très faible, en raison d'un risque sérieux de biais pour les critères de survie jusqu'à la sortie de l'hôpital et de survie jusqu'à la sortie avec un pronostic neurologique favorable. Il est indiqué que des études supplémen-

taires sont nécessaires pour évaluer cet adjuvant.

Arrêt des mesures de réanimation

2025 (version mise à jour) : Dans un système de SMU à plusieurs niveaux, comprenant des professionnels des ALS et des BLS, il est justifié d'appliquer la règle universelle d'arrêt de la réanimation chez les adultes victimes d'un OHCA.

Pourquoi ? La règle universelle d'arrêt de la réanimation, qui utilise les mêmes critères que la règle s'appliquant aux BLS (c'est-à-dire arrêt non assisté par des professionnels des SMU, absence de défibrillation et absence de RCS), a été validée de manière prospective spécifiquement dans des SMU combinant BLS et ALS, ou fonctionnant selon un système à plusieurs niveaux.

Tachycardie à complexes larges

2025 (version mise à jour) : La cardioversion synchronisée est recommandée pour le traitement aigu des patients adultes présentant une tachycardie à complexes larges avec instabilité hémodynamique.

Pourquoi ? Chez les patients présentant une tachycardie à complexes larges avec instabilité hémodynamique, il est crucial de rétablir rapidement le rythme sinusal. La cardioversion synchronisée affiche un taux élevé de succès pour l'arrêt des tachycardies à complexes larges.

2025 (version mise à jour) : La cardioversion synchronisée est recommandée pour le traitement aigu des patients adultes présentant une tachycardie à complexes larges avec stabilité hémodynamique lorsque les manœuvres vagales et le traitement médicamenteux sont inefficaces ou contre-indiqués.

Pourquoi ? Chez les patients stables présentant une tachycardie à complexes larges, des manœuvres vagales ou l'administration d'adénosine peuvent être tentées. Toutefois, si la tachycardie persiste suite à ces traitements, la cardioversion synchronisée est recommandée pour rétablir le rythme sinusal.

Fibrillation ou flutter auriculaire avec réponse ventriculaire rapide

2025 (version mise à jour) : Lors de la cardioversion synchronisée de la FA chez l'adulte avec un défibrillateur à ondes biphasiques approuvé aux États-Unis, il est justifié de commencer avec un réglage de l'énergie à au moins 200 J et d'augmenter en cas d'échec de la défibrillation, en fonction du défibrillateur biphasique utilisé.

Pourquoi ? Des essais randomisés récents, ainsi qu'une méta-analyse en réseau portant sur plus de 3 000 patients atteints d'une FA, ont montré que des chocs de 200 J permettaient d'obtenir un taux cumulé de réussite de la cardioversion supérieur à 90 % sur les trois types de défibrillateurs biphasiques actuellement disponibles aux États-Unis. Les chocs monophasiques à faible énergie entraînaient un risque significativement plus élevé de fibrillation ventriculaire lors de la cardioversion de la FA et de FA lors de la cardioversion du flutter auriculaire que des chocs de 200 J ou plus.

2025 (nouvelle version) : L'utilité de la double cardioversion synchronisée de la FA chez l'adulte en tant que traitement initial n'est pas établie.

Pourquoi ? À la lumière des données actuellement disponibles et compte tenu du succès élevé de la cardioversion synchronisée optimale utilisant des ondes biphasiques, le bénéfice supplémentaire apporté par la double cardioversion synchronisée semble modéré.

2025 (version mise à jour) : Lors de la cardioversion synchronisée du flutter auriculaire chez l'adulte, il peut être justifié de commencer avec un réglage initial de l'énergie à 200 J et d'augmenter en cas d'échec de la défibrillation, en fonction du défibrillateur biphasique utilisé.

Pourquoi ? Des études récentes soutiennent la probabilité d'une plus grande efficacité, d'une meilleure efficacité et d'une plus grande simplicité, sans problème de sécurité, lorsqu'une énergie initiale de 200 J est utilisée avec

tout défibrillateur biphasique actuellement commercialisé aux États-Unis pour la cardioversion du flutter, avec augmentation en cas d'échec de la défibrillation selon les caractéristiques du défibrillateur.

Prise en charge initiale de la bradycardie

2025 (nouvelle version) : Chez les patients adultes présentant une bradycardie persistante avec instabilité hémodynamique et réfractaire au traitement médical, la pose d'un stimulateur cardiaque transveineux provisoire est justifiée afin d'augmenter la fréquence cardiaque et de soulager les symptômes.

Pourquoi ? Lorsque la fréquence cardiaque ne s'améliore pas malgré l'administration des médicaments et que le choc persiste, la stimulation cardiaque transveineuse peut permettre d'augmenter la fréquence cardiaque et de soulager les symptômes jusqu'à la mise en place d'un traitement plus définitif (correction de la cause sous-jacente ou pose d'un stimulateur cardiaque permanent).

SOINS POST-ARRÊT CARDIAQUE

Les soins post-arrêt cardiaque visent à réduire les séquelles neurologiques et le dysfonctionnement des organes, tout en identifiant et en corrigeant toute cause réversible de l'arrêt cardiaque. Le neuropronostic est un élément clé des soins post-arrêt cardiaque, permettant d'assurer une utilisation appropriée des ressources, l'arrêt des traitements de maintien de la vie ainsi que l'optimisation des résultats pour le patient. L'algorithme de soins post-arrêt cardiaque chez l'adulte (Illustration 7) a été mis à jour pour tenir compte des nouvelles données scientifiques dans ce domaine.

Résumé des principaux enjeux et des principales modifications

- La section consacrée au neuropronostic a été mise à jour pour inclure les facteurs prédictifs de résultats favorables, et la chaîne légère des neurofilaments a été ajoutée comme biomarqueur sérique.
- Il est justifié de maintenir le contrôle de la température pendant au moins 36 heures chez les patients adultes qui ne réagissent toujours pas aux commandes verbales après le RCS.
- L'hypotension doit être évitée chez l'adulte après le RCS en maintenant une pression artérielle moyenne (« PAM ») d'au moins 65 mmHg, bien qu'il n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander un vasopresseur spécifique en cas d'hypotension après un arrêt cardiaque.
- Les nouvelles recommandations pour les survivants d'un arrêt cardiaque et leurs aidants portent sur l'évaluation structurée ainsi que sur le traitement ou l'orientation en cas de détresse émotionnelle après la stabilisation médicale et avant la sortie de l'hôpital.

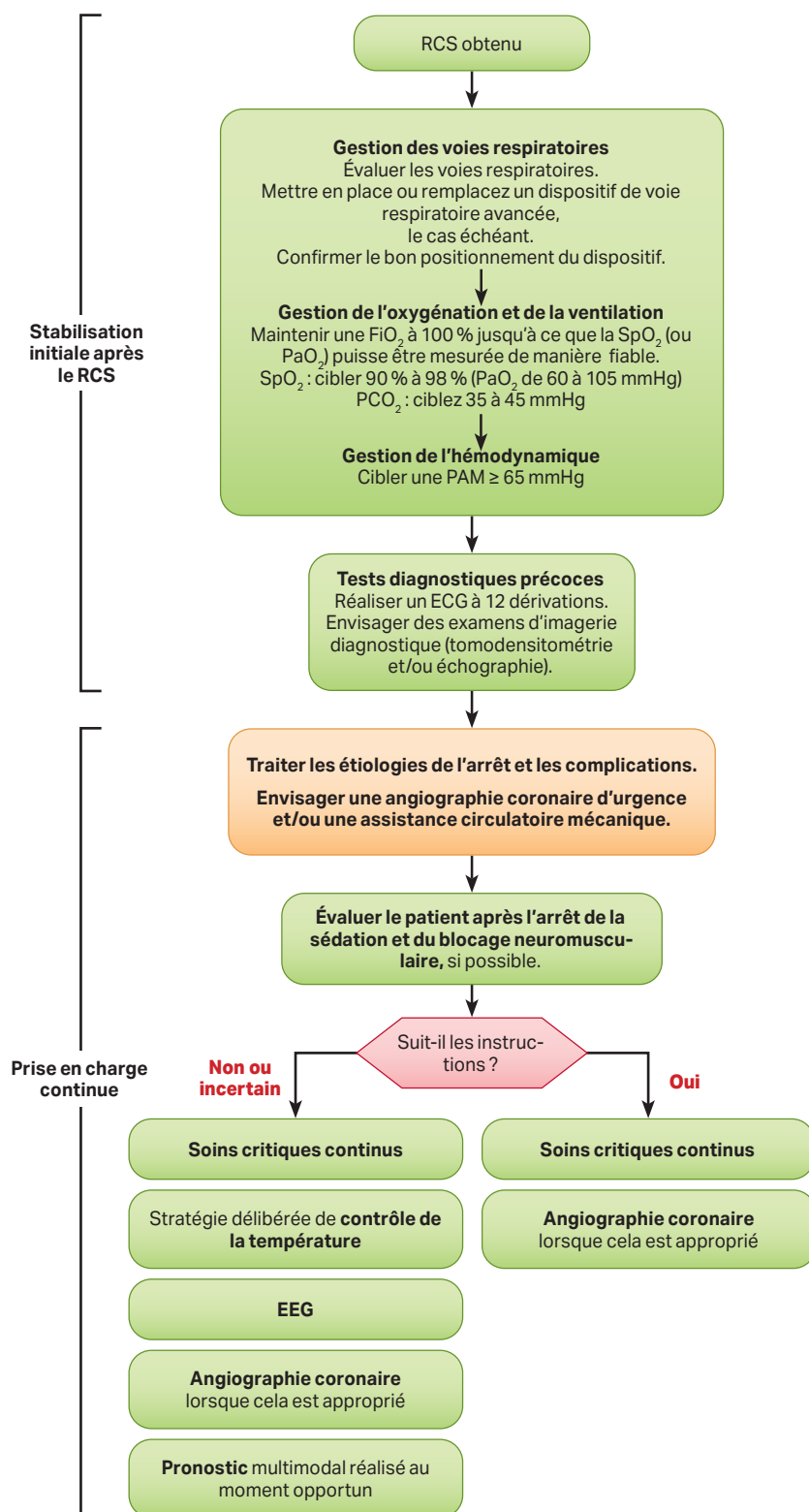
Principales recommandations nouvelles et mises à jour

Pression artérielle chez l'adulte après un arrêt cardiaque

2025 (version mise à jour) : L'hypotension doit être évitée chez l'adulte après un RCS, en maintenant une PAM minimale d'au moins 65 mmHg.

Pourquoi ? Quatre essais randomisés ont comparé des cibles de PAM plus basses à des cibles plus élevées après un OHCA. Elles n'ont pas montré d'amélioration de la survie globale ni du pronostic neurologique avec des valeurs plus élevées de PAM.

Illustration 7. Algorithme de soins post-arrêt cardiaque chez l'adulte.



© 2025 American Heart Association

Stabilisation initiale après le RCS

La réanimation se poursuit pendant la phase post-RCS, et de nombreuses actions peuvent être réalisées simultanément.

Gestion des voies respiratoires : procéder à une évaluation et envisager la mise en place ou le remplacement d'un dispositif de voie respiratoire avancée (généralement un tube endotrachéal ou un dispositif supra-glottique). Confirmer le bon positionnement du dispositif de voie respiratoire avancée. Cela inclut généralement le recours à la capnographie sous forme d'ondes ou la capnométrie.

Gestion de l'oxygénation et de la ventilation : ajuster la FiO₂ pour maintenir une SpO₂ de 90 % à 98 % (ou une PaO₂ de 60 à 105 mmHg). Ajuster la ventilation minute pour atteindre une PCO₂ de 35 à 45 mmHg en l'absence d'acidémie sévère.

Gestion de l'hémodynamique : initier ou ajuster les vasopresseurs et/ou la réanimation liquidienne selon les besoins pour atteindre une PAM ≥ 65 mmHg.

Tests diagnostiques précoces : réaliser un ECG à 12 dérivations pour rechercher la présence d'une ischémie ou d'une arythmie. Envisager une tomodensitométrie de la tête, du thorax, de l'abdomen et/ou du pelvis pour déterminer la cause de l'arrêt ou évaluer les lésions survenues pendant la réanimation. L'échographie ou l'échocardiographie au point d'intervention peut être utile pour identifier des diagnostics cliniquement significatifs nécessitant une intervention.

Prise en charge continue

Traiter les étiologies de l'arrêt et les complications.

Envisager une intervention cardiaque d'urgence :

- Élévation persistante du segment ST
- Choc cardiogénique
- Arythmies ventriculaires récurrentes ou réfractaires
- Ischémie myocardique sévère

Contrôle de la température : si le patient ne répond pas aux instructions après l'arrêt de la sédation et du blocage neuromusculaire, ou si son état ne peut pas être évalué, initier dès que possible une stratégie délibérée de contrôle de la température avec un objectif de 32 à 37,5 °C.

Évaluation de la présence de convulsions : évaluer la présence des convulsions cliniques et réaliser un EEG pour évaluer la présence de convulsions chez les patients ne répondant pas aux instructions.

Pronostic : approche multimodale avec impressions différées (≥ 72 heures après le RCS ou l'atteinte de la normothermie).

Les soins critiques continus comprennent les éléments suivants :

- Cibler une PaO₂ de 60 à 105 mmHg, une PCO₂ de 35 à 45 mmHg (sauf en cas d'acidémie sévère) ; éviter l'hypoglycémie (glucose < 70 mg/dL) et hyperglycémie (glucose > 180 mg/dL) ; cibler une PAM ≥ 65 mmHg.
- Envisager l'administration d'antibiotiques.

Études diagnostiques chez l'adulte après un arrêt cardiaque

2025 (nouvelle version) : Il peut être justifié de réaliser une tomodensitométrie (« TDM ») de la tête au pelvis chez les patients adultes après un RCS, afin d'examiner l'étiologie de l'arrêt cardiaque ainsi que les complications liées à la réanimation.

2025 (nouvelle version) : Il peut être justifié de réaliser une échocardiographie ou une échographie cardiaque au point d'intervention chez les patients adultes après un RCS, afin d'identifier des diagnostics cliniquement significatifs nécessitant une intervention.

Pourquoi ? L'échocardiographie, l'échographie cardiaque au point d'intervention et la TDM sont utilisées chez les patients après un arrêt cardiaque pour identifier des diagnostics cliniquement significatifs nécessitant une intervention.

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

2025 (version mise à jour) : Il est justifié de maintenir le contrôle de la température pendant au moins 36 heures chez les patients adultes qui ne réagissent toujours pas aux commandes verbales après le RCS.

Pourquoi ? Le contrôle de la température peut consister en un contrôle de l'hypothermie (32 à 34 °C) ou en un contrôle normothermique ou de prévention de la fièvre (36 à 37,5 °C). En tenant compte de l'évolution des preuves et des définitions concernant le contrôle de la température, la durée minimale recommandée de contrôle est de 36 heures.

Angioplastie coronaire chez l'adulte après un arrêt cardiaque

2025 (version mise à jour) : Chez les adultes ayant survécu à un arrêt cardiaque avec suspicion d'étiologie cardiaque, l'angiographie coronaire est recommandée avant la sortie de l'hôpital, notamment en présence d'un rythme initial défibrillable,

d'une dysfonction systolique ventriculaire gauche inexpliquée ou de signes d'ischémie myocardique sévère.

Pourquoi ? La maladie coronarienne est fréquemment observée chez les patients après un OHCA. Il a été démontré que le dépistage et le traitement de la maladie coronarienne instable améliorent les résultats.

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

2025 (nouvelle version) : Chez les patients adultes rigoureusement sélectionnés présentant un choc cardiogénique réfractaire après un arrêt cardiaque et un RCS, le recours à une assistance circulatoire mécanique temporaire peut être envisagé.

Pourquoi ? Le choc cardiogénique survient fréquemment comme cause ou conséquence d'un arrêt cardiaque. Les dispositifs mécaniques circulatoires temporaires peuvent permettre une stabilisation hémodynamique chez les patients présentant un choc cardiogénique réfractaire.

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

2025 (nouvelle version) : Le traitement visant à supprimer une myoclonie sans corrélation avec l'EEG n'est pas recommandé chez les adultes ayant survécu à un arrêt cardiaque.

Pourquoi ? Il n'existe aucune preuve impliquant la myoclonie sans corrélation avec l'EEG dans la pathogenèse des lésions cérébrales secondaires après un arrêt cardiaque. Par conséquent, le risque d'effets secondaires dépasse le bénéfice potentiel inconnu d'un traitement visant à supprimer la myoclonie sans corrélation avec l'EEG sur les résultats pour les patients.

Neuropronostic

2025 (nouvelle version) : En combinaison avec d'autres tests pronostiques, il peut être justifié de considérer qu'un tracé EEG continu sans décharges dans les 72 heures suivant un arrêt cardiaque est un indicateur de pronostic neurologique favorable chez les patients adultes restant comateux après le RCS.

Pourquoi ? La section consacrée au neuropronostic a été mise à jour pour inclure les facteurs prédictifs de résultats favorables. Une revue systématique réalisée en 2022 par l'ILCOR a examiné la prédiction de résultats favorables.

Rétablissement et survie après un arrêt cardiaque

2025 (version mise à jour) : Après stabilisation médicale et avant la sortie de l'hôpital, il est recommandé que les survivants d'un arrêt cardiaque et leurs aidants bénéficient d'une évaluation et d'une prise en charge structurées, ou d'une orientation vers un professionnel, en cas de détresse émotionnelle.

Pourquoi ? Environ un quart des survivants d'un arrêt cardiaque et de leurs aidants présentent une détresse émotionnelle. Des études menées auprès de dyades survivant-aidant et de survivants ont montré une atténuation de la détresse émotionnelle chez les personnes bénéficiant d'une intervention psychosociale.

ARRÊT CARDIAQUE DÙ À DES CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES

Certaines circonstances particulières peuvent justifier un traitement supplémentaire en complément des BLS et ALS standards. Ces recommandations visent à s'appliquer à la prise en charge

des enfants et des adultes dans des situations engageant leur pronostic vital, notamment l'arrêt cardiaque.

Résumé des principaux enjeux et des principales modifications

- Bien que la prise en charge par assistance respiratoire extracorporelle (« AREC ») ne soit pas disponible partout, les adultes et les enfants en arrêt cardiaque ou sur le point de faire un arrêt cardiaque présentant une étiologie potentiellement réversible sont pris en charge à l'aide de dispositifs d'AREC, tels que l'oxygénation par membrane extracorporelle veino-artérielle.
- Les compressions thoraciques, la ventilation par ballon-masque, la défibrillation, l'aspiration et l'intubation endotrachéale doivent être considérées comme des procédures générant des aérosols, qui exposent les membres de l'équipe de réanimation à un risque d'infection.
- La prise en charge de l'arrêt cardiaque pendant la grossesse constitue un scénario clinique complexe nécessitant des stratégies de réanimation adaptées aux changements physiologiques liés à la grossesse.
- Un antagoniste des opioïdes (tel que la naloxone) doit être administré aux personnes en arrêt respiratoire suite à une suspicion d'un surdosage d'opioïdes. La naloxone peut être administrée par les secouristes qualifiés, les secouristes non professionnels ainsi que le grand public.

Principales recommandations nouvelles et mises à jour

Exacerbation de l'asthme engageant le pronostic vital

2025 (nouvelle version) : Le recours à l'AREC peut être justifié chez les adultes et les enfants souffrant d'une exacerba-

tion de l'asthme engageant le pronostic vital et réfractaire aux traitements standards.

2025 (nouvelle version) : Le traitement par anesthésiques volatils peut être envisagé chez les adultes et les enfants souffrant d'une exacerbation de l'asthme engageant le pronostic vital et réfractaire aux traitements standards.

Pourquoi ? L'asthme peut provoquer un arrêt cardiaque en raison d'une obstruction des voies respiratoires inférieures entraînant une hypoxémie, une hypercapnie, une acidose respiratoire et une augmentation de la pression intrathoracique, ce qui se traduit par une diminution du débit cardiaque. Des études observationnelles chez l'adulte et l'enfant portant sur l'AREC ou les anesthésiques volatils montrent des taux de survie compris entre 83,5 % et 100 %. L'oxygénation par membrane extracorporelle veino-veineuse ou veino-artérielle peut être envisagée en fonction des besoins spécifiques de chaque patient.

Hyperkaliémie engageant le pronostic vital

2025 (version mise à jour) : Chez les adultes et les enfants en arrêt cardiaque suspecté d'être causé par une hyperkaliémie, l'efficacité du calcium administré par voie IV n'est pas clairement démontrée.

Pourquoi ? Chez les adultes et les enfants en arrêt cardiaque suspecté d'être causé par une hyperkaliémie, les données humaines démontrant une amélioration de la survie ou du pronostic neurologique favorable après administration de calcium par voie IV sont limitées. L'initiation d'un traitement à base de calcium par voie IV doit être soigneusement mise en balance face au risque de compromettre les interventions de réanimation urgentes et recommandées par les lignes directrices, telles qu'une RCP de haute qualité, la défibrillation en cas de rythmes défibrillables et l'administration d'adrénaline.

Hypothermie engageant le pronostic vital

2025 (nouvelle version) : Il est justifié d'utiliser des scores de pronostic pour orienter la décision d'initier un réchauffement par AREC chez les adultes et les enfants victimes d'un arrêt cardiaque par hypothermie.

2025 (nouvelle version) : Le réchauffement par AREC peut être envisagé chez les adultes et enfants en hypothermie environnementale sévère (température centrale < 28 °C) sans arrêt cardiaque.

Pourquoi ? L'hypothermie environnementale sévère (température centrale < 30 °C) peut entraîner un arrêt cardiaque et s'accompagner de signes pouvant laisser croire à un décès. La réduction du taux métabolique et de la consommation d'oxygène accroît les probabilités de survie sans séquelles neurologiques. Les études montrent une amélioration du taux de survie lors d'un arrêt cardiaque par hypothermie lorsque l'AREC est utilisée, par rapport à la RCP conventionnelle. Chez les adultes et les enfants présentant un arrêt cardiaque, le réchauffement par AREC peut être plus rapide, mais expose à des risques de complications liés à son utilisation. Le score de probabilité HOPE et le score de survie ICE sont les plus fiables pour prédire la survie après un arrêt cardiaque par hypothermie, par rapport aux autres facteurs pronostiques pris séparément.

Hyperthermie engageant le pronostic vital

2025 (nouvelle version) : Il est justifié de privilégier l'immersion dans de l'eau glacée (1 à 5 °C) plutôt que d'autres méthodes de refroidissement chez les adultes et les enfants présentant une hyperthermie engageant le pronostic vital.

2025 (nouvelle version) : Chez les adultes et les enfants atteints d'une hyperthermie sévère engageant le pronostic vital, il est justifié de procéder à un refroidissement aussi rapide que possible, à raison d'au moins 0,15 °C/min.

Pourquoi ? L'arrêt cardiaque causé par une hyperthermie sévère ($> 40^{\circ}\text{C}$) peut être évité grâce à un refroidissement rapide. Une revue systématique d'études cliniques et observationnelles chez l'homme a révélé que le refroidissement par immersion dans l'eau glacée constitue la méthode la plus efficace et la plus susceptible d'atteindre le taux de refroidissement optimal d'au moins $0,15^{\circ}\text{C}/\text{min}$ par rapport aux autres stratégies. Ces recommandations s'appliquent à l'hyperthermie environnementale ainsi qu'à l'hyperthermie liée à une intoxication par des sympathomimétiques ou la cocaïne.

Dispositifs d'assistance ventriculaire gauche

2025 (nouvelle version) : Chez les adultes et les enfants inconscients porteurs de dispositifs d'assistance ventriculaire gauche (« DAVG ») durables et présentant une altération de la perfusion, des compressions thoraciques doivent être pratiquées.

2025 (nouvelle version) : Chez les adultes et les enfants inconscients porteurs de DAVG durables et présentant altération de la perfusion, il peut être justifié de commencer immédiatement les compressions thoraciques tout en évaluant en parallèle les causes réversibles liées au dispositif.

Pourquoi ? L'absence de pouls palpable peut rendre difficile la confirmation d'un arrêt cardiaque chez les adultes et les enfants porteurs d'un DAVG. L'évaluation de la perfusion repose sur la couleur et la température de la peau, le temps de recoloration capillaire, la PAM et la pression partielle de dioxyde de carbone en fin d'expiration. Si la perfusion est altérée, un arrêt cardiaque peut survenir. Les résultats des arrêts cardiaques avec ou sans RCP dans cette population sont difficiles à évaluer en raison des biais présents dans ces études, mais le bénéfice potentiel de la RCP l'emporte sur le risque théorique de déplacement du dispositif. Pour la prise en charge, il faut prioriser la RCP tout en essayant de rétablir en parallèle le fonctionnement du DAVG, si un deuxième secouriste peut

intervenir. L'algorithme relatif au DAVG (Illustration 8) décrit les différentes étapes de la prise en charge.

Arrêt cardiaque pendant la grossesse

2025 (version mise à jour) : La préparation à un accouchement avec réanimation chez une patiente enceinte en arrêt cardiaque doit commencer dès la détection de l'arrêt cardiaque, l'objectif étant de réaliser l'accouchement dans les cinq minutes.

2025 (nouvelle version) : L'RCPE peut être envisagée chez les patientes enceintes ou en période périnatale en arrêt cardiaque réfractaire à la réanimation standard.

2025 (nouvelle version) : Pour les patientes en période périnatale présentant une suspicion d'embolie amiotique engageant le pronostic vital, il est recommandé de mettre en place un protocole de transfusion massive avec une stratégie de transfusion équilibrée.

Pourquoi ? Outre la planification de l'équipe, le déplacement manuel de l'utérus vers la gauche et la réanimation standard, il est recommandé de réaliser un accouchement avec réanimation (anciennement appelé « césarienne perimortem ») dans les cinq minutes afin d'améliorer le pronostic de la patiente enceinte. Les études portant sur l'RCPE ont rapporté des taux de survie allant de 55 % à 75 % chez les patientes enceintes. Chez les patientes en période périnatale, l'embolie amiotique peut provoquer un arrêt cardiaque et se manifester par des troubles hémodynamiques, une détresse respiratoire et une coagulation intravasculaire disséminée entraînant une hémorragie. Une stratégie de transfusion massive équilibrée, associant des ratios équivalents de globules rouges, de plasma et de plaquettes, réduit le risque de décès. L'algorithme sur l'arrêt cardiaque pendant la grossesse détaille les étapes de la prise en charge.

Toxicologie : surdosage d'opioïdes

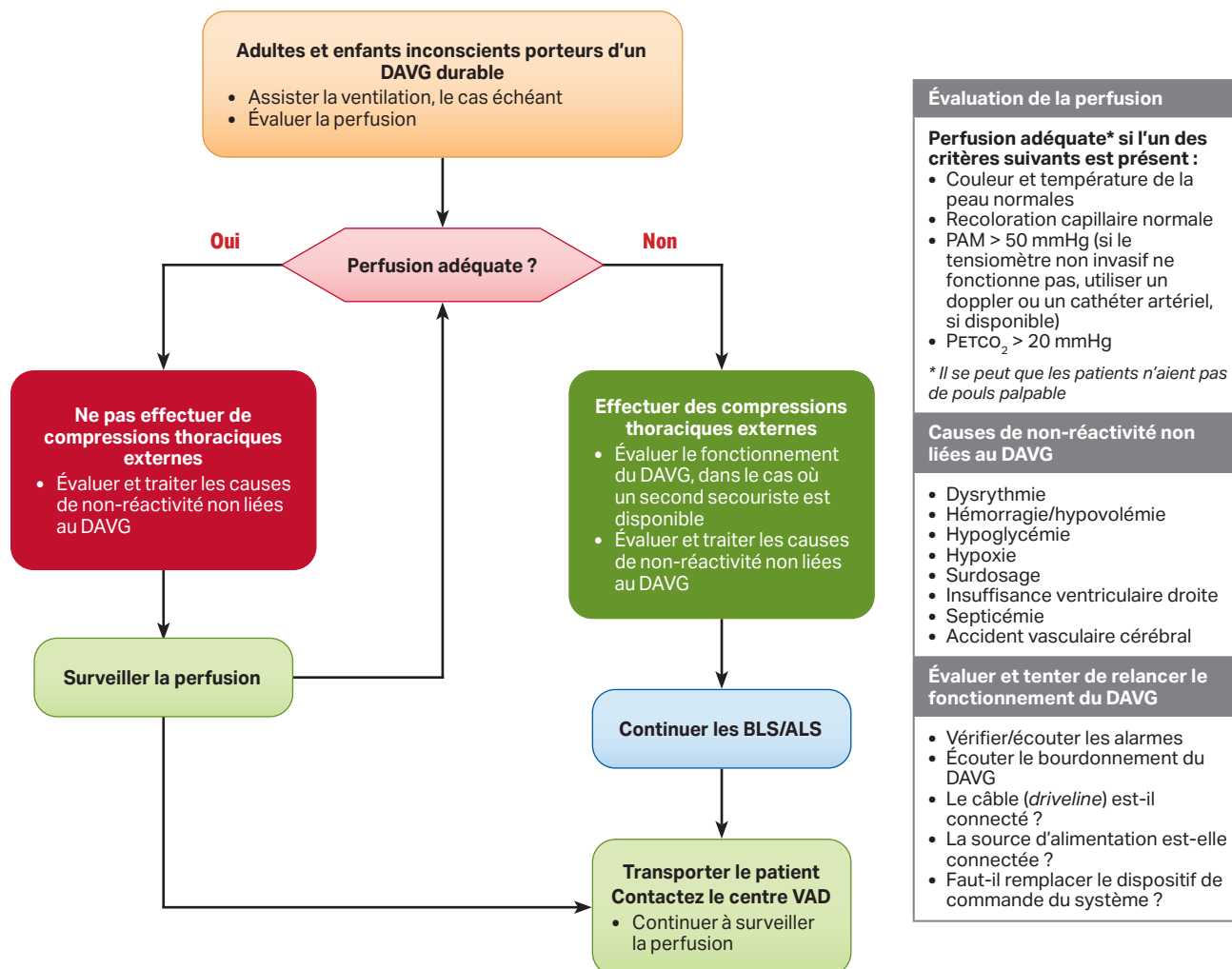
2025 (nouvelle version) : Pour les secouristes qualifiés comme pour les

secouristes non professionnels, l'administration d'un antagoniste des opioïdes peut être justifié chez les adultes et les enfants en arrêt cardiaque suite à un surdosage suspecté d'opioïdes, à condition que cette administration (p. ex. la naloxone) n'interfère pas avec la réalisation des mesures de réanimation standard, y compris une RCP de haute qualité avec ventilation.

2025 (nouvelle version) : Les adultes et les enfants traités pour un surdosage d'opioïdes devraient recevoir un antagoniste des opioïdes (comme la naloxone) ainsi que des instructions sur son utilisation au moment de leur sortie d'un établissement de soins.

Pourquoi ? Les antagonistes des opioïdes rétablissent les réflexes protecteurs des voies respiratoires et contrent l'arrêt respiratoire lié à un surdosage d'opioïdes chez l'adulte et l'enfant. Ils doivent être administrés chaque fois qu'un surdosage d'opioïdes est suspecté. Aucun essai clinique n'a évalué le rôle des antagonistes des opioïdes chez l'adulte ou l'enfant en arrêt cardiaque. Les résultats des études menées sur les animaux et des études observationnelles chez l'adulte concernant l'efficacité de la naloxone en cas d'arrêt cardiaque indifférencié ou avec suspicion de surdosage d'opioïdes sont contradictoires. Toutefois, il n'existe aucun préjudice connu lié à l'administration de la naloxone à une personne en arrêt cardiaque, à condition que l'administration de l'antagoniste des opioïdes n'entrave pas les mesures classiques de réanimation. Les personnes ayant survécu à un surdosage d'opioïdes sont à haut risque de subir un nouveau surdosage par la suite. Outre de courtes interventions psychosociales et l'orientation vers des programmes de traitement fondés sur des preuves, la fourniture de doses d'antagonistes des opioïdes à emporter ou laissées sur site, accompagnée d'une formation à leur utilisation, peut aider à prévenir de futurs décès par surdosage.

Illustration 8. Algorithme relatif au DAVG durable chez l'adulte et l'enfant.



© 2025 American Heart Association

SCIENCE DE L'ÉDUCATION

La science de l'éducation et de la formation, ainsi que les technologies appuyant la formation, continuent d'évoluer, et une revue exhaustive de la littérature a abouti à plusieurs mises à jour nouvelles et importantes qui influencent la formation tant des professionnels de santé que des secouristes non professionnels. Les mises à jour les

plus importantes concernent l'usage des dispositifs de rétroaction pendant la formation, les disparités dans l'éducation à la RCP, l'intégration de la réalité virtuelle (« RV ») et la formation des secouristes non professionnels à la prise en charge des surdosages d'opioïdes.

- La technologie continue de transformer le paysage éducatif, et les forces du marché des soins de santé ont favorisé la mise en œuvre de nouvelles stratégies visant à réduire les coûts.

- L'accroissement des connaissances en sciences de l'éducation a conduit à des recommandations différentes concernant les technologies et les techniques pour l'enseignement des informations cognitives et l'apprentissage des compétences psychomotrices, ainsi que pour différents publics (professionnels de santé et secouristes non professionnels).
- La majorité des innovations en matière de formation aux soins d'urgence

n'ont pas encore permis d'améliorer les résultats pour les patients, mais cet objectif demeure l'objectif ultime de la formation.

Utilisation des dispositifs de rétroaction lors de la formation à la RCP

2025 (version mise à jour) : L'utilisation de dispositifs de rétroaction est recommandée lors de la formation à la RCP des professionnels de santé.

2025 (version mise à jour) : L'utilisation de dispositifs de rétroaction est recommandée lors de la formation à la RCP des secouristes non professionnels.

Pourquoi ? Une méta-analyse portant sur plusieurs nouveaux essais contrôlés randomisés réalisés auprès de professionnels de santé a démontré que les dispositifs de rétroaction pour la RCP avaient un effet modéré à important sur toutes les mesures de qualité de la RCP. Trois essais contrôlés randomisés réalisés auprès de secouristes non professionnels ont montré que les dispositifs de rétroaction étaient efficaces pour augmenter les mesures moyennes de qualité de la RCP.

Pratique délibérée en cycles rapides

2025 (nouvelle version) : Il peut être justifié d'intégrer la pratique délibérée en cycles rapides dans la formation aux BLS ou aux ALS des professionnels de santé.

Pourquoi ? La pratique délibérée en cycles rapides est une méthode de formation fondée sur la simulation, qui intègre un débriefing au cours même de l'exercice. Des études ont montré que la pratique délibérée en cycles rapides améliore l'exécution de diverses techniques en RCP ainsi que les scores de charge de travail.

Formation au travail d'équipe et au leadership

2025 (version mise à jour) : Il est recommandé que la formation en réanimation destinée aux professionnels de santé

mette particulièrement l'accent sur les compétences en matière de travail d'équipe.

Pourquoi ? Sur les 14 ECR étudiés, douze ont montré une amélioration des performances après une formation ciblée sur le travail en équipe, notamment en matière de communication, de leadership, de compétences non techniques, de gestion de la charge de travail et de travail collectif en fin de formation.

Apprentissage ludique

2025 (nouvelle version) : Il peut être justifié d'intégrer des éléments d'apprentissage ludique dans la formation en réanimation destinée aux professionnels de santé.

2025 (nouvelle version) : Il peut être justifié d'intégrer des éléments d'apprentissage ludique dans l'enseignement de la RCP destiné aux secouristes non professionnels.

Pourquoi ? Comme les données sur l'apprentissage ludique et sur la réalité virtuelle et augmentée se multiplient, les recommandations concernant ces techniques ont été séparées, et une recommandation spécifique pour la réalité augmentée a été ajoutée. L'apprentissage ludique est associé à une amélioration des connaissances en RCP, de l'exécution des gestes et de la confiance en soi chez les secouristes non professionnels et les professionnels de santé. Toutefois, les preuves actuelles en faveur de l'apprentissage ludique restent limitées.

Réalité virtuelle et réalité augmentée

2025 (nouvelle version) : L'utilisation de la réalité virtuelle peut être utile pour favoriser l'acquisition de connaissances lors des formations sur les BLS et ALS pour les secouristes non professionnels et les professionnels de santé.

2025 (nouvelle version) : L'utilisation de la réalité augmentée pour fournir un retour d'information en temps réel sur la RCP peut être envisagée dans la formation aux BLS des secouristes non professionnels et des professionnels de santé.

2025 (nouvelle version) : La réalité virtuelle ne devrait pas être utilisée pour enseigner les compétences en RCP aux secouristes non professionnels et aux professionnels de santé.

Pourquoi ? Treize études ont évalué l'utilisation de la réalité virtuelle pour l'enseignement des connaissances en réanimation chez les professionnels de santé, avec des résultats mitigés par rapport à la formation traditionnelle. Il est important de noter que de nouvelles données mettent en évidence une différence dans l'efficacité de la RV selon qu'il s'agisse de favoriser l'acquisition de connaissances ou l'apprentissage des compétences, ce qui conduit à des recommandations opposées pour ces deux domaines. Plusieurs études ont analysé des paramètres de compétences en RCP mesurés quantitativement (p. ex., profondeur, fréquence) et ont montré que la formation fondée sur la réalité virtuelle était soit moins efficace, soit comparable à d'autres formes de formation en RCP pour ces critères.

Formation des secouristes non professionnels aux surdosages d'opioïdes

2025 (version mise à jour) : Il est recommandé que les secouristes non professionnels reçoivent une formation sur l'identification et les étapes initiales de prise en charge des personnes qui subissent un OHCA lié aux opioïdes.

2025 (version mise à jour) : Il n'existe pas de méthode de formation optimale clairement établie pour apprendre aux secouristes non professionnels à identifier un surdosage d'opioïdes et à intervenir.

Pourquoi ? Trois revues systématiques récentes, portant sur plus de 140 études, ont résumé l'impact de la formation des secouristes non professionnels à l'identification et à la prise en charge des surdosages d'opioïdes et ont montré que cette formation renforçait les connaissances, améliorait la disposition à intervenir et favorisait l'emploi de la naloxone.

Disparités en matière d'éducation

2025 (version mise à jour) : Il est recommandé de concentrer et d'adapter la formation en RCP pour les secouristes non professionnels sur des populations raciales et ethniques spécifiques ainsi que sur des quartiers où la densité de ces populations est élevée, et d'y inclure des actions de sensibilisation.

2025 (version mise à jour) : Il est recommandé de lever les obstacles à la réalisation de la RCP par les secouristes non professionnels chez les femmes, par le biais de formations pédagogiques et d'actions de sensibilisation du public.

2025 (version mise à jour) : Il est recommandé de cibler les populations et quartiers de statut socioéconomique modeste pour la formation à la RCP des secouristes non professionnels et les actions de sensibilisation.

2025 (version mise à jour) : Il est justifié de lever les obstacles rencontrés par les communautés isolées sur le plan linguistique en rendant les supports de formation à la RCP plus accessibles et disponibles dans différentes langues.

2025 (version mise à jour) : Il est justifié d'envisager le recours à des méthodes économiques de formation à la RCP et de promouvoir un accès sécurisé à cette formation pour les populations et milieux défavorisés.

Pourquoi ? Il existe des disparités connues liées à des facteurs sociaux, tant chez les patients bénéficiant d'une RCP extrahospitalière que dans la disponibilité des formations à la RCP. Cibler des populations spécifiques pour la formation à la RCP, et modifier la formation pour tenir compte des différences dans la pratique de la RCP et parmi les secouristes non professionnels pourrait permettre d'éliminer les disparités et ainsi améliorer les résultats lors d'arrêts cardiaques dans ces populations. Des recommandations spécifiques ont été formulées concer-

nant la formation dans les quartiers à faibles revenus et les communautés isolées sur le plan linguistique, ainsi que sur le recours à des méthodes de formation économiques à la RCP dans ces populations.

Enseignement de la RCP à l'école

2025 (nouvelle version) : Il est recommandé de débiter la formation à la RCP chez les enfants de moins de 12 ans afin de renforcer leur disposition à intervenir et leur confiance en eux en grandissant.

Pourquoi ? Les preuves montrent que l'initiation précoce des jeunes enfants aux notions d'appel d'urgence, ainsi qu'à la nécessité de la RCP et du recours aux défibrillateurs externes automatisés, renforce l'intégration de la notion d'intervention rapide des secouristes non professionnels et de son importance.

Matériel alternatif utilisé pour l'entraînement aux compressions thoraciques chez les secouristes non professionnels

2025 (nouvelle version) : L'utilité du matériel alternatif pour l'entraînement aux compressions thoraciques chez les secouristes non professionnels, par rapport à l'utilisation d'un mannequin, n'est pas bien établie.

Pourquoi ? Des données préliminaires sur la possibilité d'utiliser des objets domestiques courants (p. ex., oreillers, rouleaux de papier toilette, blocs de mousse) pour l'entraînement et la pratique des compressions thoraciques ont récemment été présentées. Sept études ont étudié l'usage d'objets alternatifs par les apprenants pour pratiquer les compressions thoraciques, avec des résultats mitigés. Par conséquent, les preuves disponibles ne sont pas encore suffisantes pour formuler une recommandation.

Débriefing scénarisé

2025 (nouvelle version) : Il peut être justifié qu'un formateur utilise un scénario de débriefing lors des formations en réanimation.

Pourquoi ? Le débriefing scénarisé consiste à élaborer un plan écrit pour débriefing les apprenants pendant et/ou après la formation en réanimation. Le débriefing standardisé permet de garantir une cohérence dans les débriefings entre les différents centres de formation et programmes de réanimation. Six études présentant des résultats variables ont été recensées.

Utilisation d'aides cognitives

2025 (nouvelle version) : L'utilisation d'aides cognitives par les professionnels de santé pendant la réanimation peut être justifiée.

2025 (nouvelle version) : L'utilisation d'aides cognitives par les secouristes non professionnels pendant la réanimation n'est pas recommandée.

Pourquoi ? Les aides cognitives sont des ressources fournissant des repères destinés à favoriser le rappel d'informations et à augmenter la probabilité d'une exécution correcte des gestes et des comportements. Les données publiées issues de la simulation suggèrent que l'utilisation d'aides cognitives par les professionnels de santé peut améliorer les performances de réanimation. Chez les secouristes non professionnels, l'utilisation d'aides cognitives a été associée à des retards significatifs dans l'initiation de la RCP, c'est pourquoi leur utilisation par ce public n'est pas recommandée. ❗

Pour plus d'informations sur les cours et programmes de
secourisme de l'American Heart Association, contactez-nous :
international.heart.org



7272 Greenville Avenue
Dallas, Texas 75231-4596, USA
heart.org