



# Bulletin clinique préhospitalier - Nouveauté

DATE : Le 19 avril 2018

EXPÉDITRICE : Docteure Colette D. Lachaine  
Directrice médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence

DESTINATAIRES : Techniciens ambulanciers paramédics, candidats au PNIC<sup>1</sup>

OBJET : **Modifications au protocole MED. 12**

Comme mentionné précédemment, la situation des intoxications aux opioïdes demeure sous surveillance. Les services préhospitaliers d'urgence suivent la situation de près afin d'identifier toute évolution. Des discussions entre les SPU, les équipes de santé publique et le Collège des médecins du Québec sont actives à ce titre. De plus, les cas de surdoses et intoxications aux opioïdes où de la naloxone a été administrée (et un certain nombre de cas où elle ne l'a pas été) sont révisés par nos équipes d'amélioration de la qualité.

Suite à ces travaux, le protocole *MED. 12 – Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie* a été révisé et modifié, tout particulièrement quant aux doses de naloxone à administrer.

Voici les changements apportés :

## **ÂGE MINIMAL D'INCLUSION : 4 ANS PLUTÔT QUE 12 ANS**

L'âge minimal a été modifié pour assurer l'arrimage avec le protocole d'administration de fentanyl en pédiatrie dont le projet pilote, accepté par le Collège des médecins, débute sous peu dans la région de Chaudière-Appalaches. On ne s'attend pas à des intoxications fréquentes dans ce groupe d'âge quoiqu'il ne soit pas impossible qu'elles surviennent accidentellement.

## **RETRAIT DU CRITÈRE D'EXCLUSION : INTOXICATION MIXTE AVEC DES STIMULANTS**

La fiabilité des informations obtenues des témoins quant au produit consommé est très faible. Les témoins ne sachant pas ce que le patient a consommé et que les drogues illégales achetées ne contiennent pas nécessairement ce que les utilisateurs croient. Quelques décès ont été documentés suite à des intoxications aux opioïdes alors que l'utilisateur croyait avoir acheté une autre drogue. Les données de la santé publique démontrent que les techniciens ambulanciers paramédics ont administré fréquemment de la naloxone dans le contexte d'intoxication mixte avec stimulants sans le savoir, et ce, sans complications. Donc, pour permettre de traiter plus de patients intoxiqués aux opioïdes, ce critère a été retiré. Par contre, si après l'administration de la naloxone le patient se met à convulser suite au renversement de l'effet des opioïdes, l'administration de la naloxone doit être cessée.

## **DONNÉES PRÉHOSPITALIÈRES CONCERNANT L'ADMINISTRATION DE LA NALOXONE**

Les données cliniques démontrent que l'absorption de la naloxone administrée IN est probablement un peu plus faible que celle IM (1 : 2). Le délai de répétition a donc été modifié pour tenir compte de cette réalité. Les décisions à ce titre ont été supportées par les données d'AQ disponibles que nous partageons avec vous à la page suivante.

<sup>1</sup> Contenu d'évaluation au PNIC : 9.0 et suivants

Pourcentage de patients ayant eu un retour à une eupnée après administration IN d'une dose ou plusieurs doses de 0,4 mg de naloxone (313 patients) :

1 dose :	30 %
1 ou 2 doses :	72 %
1, 2 ou 3 doses :	88 %

41 % de ces patients sont revenus à un état de conscience normal.

### MODIFICATION DES DOSAGES ET DÉLAIS

L'objectif clinique du protocole demeure le même : eupnée. Donc, une fois que le rythme respiratoire (RR) visé selon l'âge est atteint, l'administration de naloxone est cessée. La surveillance étroite du RR doit être effectuée tout au long du restant de l'intervention.

Approche générale :

Administrer au besoin 1 dose de **0,4 mg** à la fois pour un **maximum de 3 doses**.

**Si RR visé non obtenu après 3 doses, administrer 1 dose de 2 mg.**

Si le RR visé n'a toujours pas été atteint 3 minutes après l'administration de la dose de 2 mg, procéder à l'intubation en fonction des critères usuels. Cette intubation sera idéalement réalisée sur le lieu de prise en charge avant le transfert vers le véhicule ambulancier.

Intervalle entre les doses :

Pour la voie intranasale (IN) :	3 minutes
Pour la voie intramusculaire (IM) :	5 minutes

### ADMINISTRATION PAR LES PREMIERS INTERVENANTS

Comme vous le savez, de plus en plus d'intervenants du milieu (infirmières, travailleurs de rue, policiers) ont accès à la naloxone et la version la plus récente du MPDS inclura l'aide à l'administration de la médication. Il est donc possible que la naloxone ait été administrée avant l'arrivée des TAP. Dans cette situation, si le patient rencontre toujours les critères d'inclusion de l'administration de la naloxone, les TAP appliqueront le protocole MED. 12 depuis le début, sans modification. Il demeure prioritaire de procéder au support ventilatoire le plus rapidement possible.

### PROTOCOLE RÉA. 1

Le dosage demeure le même, c'est-à-dire 2 mg IN ou IM mais le **moment de l'administration est déplacé AVANT la 2<sup>e</sup> analyse et une 2<sup>e</sup> dose est administrée avant l'analyse subséquente.**

Nous joignons en annexe le nouveau protocole. Il est applicable de façon immédiate.

Merci de rester à l'affût de toute évolution dans ce dossier et de partager vos observations à vos supérieurs, et aux membres des équipes régionales de la qualité SPU.

La directrice médicale nationale,



Colette D. Lachaine, mdcm

## **MED. 12 Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie**

---

### **Critère d'inclusion :**

---

Histoire d'intoxication avec médicaments, alcool, drogue ou tout autre produit.

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
- 2. Si violence ou agressivité, se référer au protocole PSY. 1 (Problème de comportement).**
- 3. Si convulsions persistantes ou répétitives, appliquer en simultané le protocole MED. 7 (Convulsions), et passer à l'étape 4.**
- 4. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requise.**
- 5. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/saturométrie).**
- 6. Si altération de l'état de conscience, appliquer en simultané le protocole MED. 2 (Atteinte de l'état conscience).**
- 7. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
- 8. Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problème diabétique - hypoglycémie), au besoin.**
- 9. Si suspicion d'intoxication aux opioïdes avec état de conscience à « P » ou « U » sur l'échelle AVPU et bradypnée ( $\leq$  FR selon l'âge, voir page 2), administrer la naloxone pour obtenir une respiration adéquate ( $>$  FR selon l'âge, voir page 2), sans éveil. Dans ce contexte clinique, l'administration de la naloxone est prioritaire sur l'intubation au Combitube<sup>®</sup>, mais le support à la ventilation est prioritaire sur l'administration de la naloxone.**
- 10. Transport URGENT au centre désigné par le SPU, si présence de critère d'instabilité.**
- 11. Transport IMMÉDIAT au centre désigné par le SPU, si absence de critères d'instabilité.**
- 12. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.**

---

### **Renseignements requis :**

- Apporter tous les médicaments, les bouteilles de médicaments ou les produits (drogue de rue) au centre receveur. Les drogues de rue doivent être transportées dans un sac de type « ZipLock ». Il est important d'examiner la peau. Si le patient a un ou des timbres cutanés (ex. : fentanyl), il faut les enlever et les apporter au centre receveur. Toute manipulation de ces substances doit se faire avec des gants, **des lunettes de protection et un masque chirurgical si présence d'un liquide ou d'une poudre pouvant être mise en suspension dans l'environnement.**
- Obtenir l'histoire des témoins présents : produits ingérés, quantité, heure d'ingestion, voie d'administration et présence de vomissements.
- Rechercher une histoire de traumatisme.

# Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie (suite)

---

Remarques :

---

## Critères d'inclusion de la naloxone<sup>1</sup> :

---

- 4 ans et plus.
- Suspicion d'intoxication **ou d'un surdosage** aux narcotiques opioïdes.
- État de conscience « P » ou « U » sur l'échelle AVPU.
- Bradypnée :
  - 12 ans et plus : FR ≤ 10/min;
  - 4 à 11 ans : FR ≤ 16/min.

---

## Critères d'exclusion de la naloxone :

---

- Allergie à la naloxone.
- Aucun pour la dose initiale.
- Si, à tout moment, après administration de naloxone, il y a apparition de convulsions, cesser l'administration de naloxone.

---

## Posologie de la naloxone :

---

Administrer selon la séquence suivante :

1. Débuter avec une des alternatives suivantes (étape 1) :
  - IN : 0,4 mg q 3 min, max. 1,2 mg (3 doses) pour cette étape ou eupnée.
  - IM : 0,4 mg q 5 min, max. 1,2 mg (3 doses) pour cette étape ou eupnée.
2. Si aucune réponse ou réponse incomplète, poursuivre avec l'une des alternatives suivantes (étape 2) :
  - IN : 2,0 mg.
  - IM : 2,0 mg.

Pour les doses de 0,4 mg par voie intranasale, alterner entre les deux narines.

En présence d'une congestion nasale importante (sang, vomissements, épistaxis, etc.) ou d'une vasoconstriction de la muqueuse nasale soupçonnée (réf. : utilisation de vaporisateurs pour la congestion nasale, **de cocaïne inhalée**), administrer le médicament par la voie intramusculaire.

Lorsqu'il y a administration de naloxone, il est important de maintenir l'assistance ventilatoire en tout temps, lorsque requis.

---

<sup>1</sup> Les critères d'inclusion de la naloxone, lorsque requis dans le contexte d'une hypersédation suite à l'administration de fentanyl en préhospitalier, sont moins restrictifs. Se référer au protocole d'analgésie par fentanyl.

# Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie (suite)

---

## Remarques :

### Généralités

Si le technicien ambulancier paramédic reçoit des directives d'un intervenant du Centre antipoison du Québec (CAP) lors d'une intervention, il doit suivre ses recommandations, même si celles-ci sont contradictoires ou absentes des présents protocoles, tout en respectant les limites de son champ de pratique. Par contre, le TAP ne doit pas lui-même initier un contact avec le CAP.

### Intoxications aux opioïdes

Toxidrome des opioïdes (abrégé) :

- Histoire de consommation d'opioïdes;
- Diminution de l'état de conscience;
- Hypoventilation;
- Myosis.

Si le patient a reçu de la naloxone par un premier intervenant avant l'arrivée des TAP, le présent protocole s'applique sans modifications.

Les méthodes de base de gestion des voies respiratoires doivent être appliquées jusqu'à 3 minutes après l'administration de la dernière dose de naloxone. À ce moment, s'il n'y a aucune amélioration de l'état de conscience ou de la fréquence respiratoire visée selon l'âge et que le patient nécessite une intubation, se référer au protocole RÉA. 7 Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation, et procéder à l'intubation. Sinon, poursuivre avec les méthodes de base de ventilation. Une fois intubé, cesser l'administration de naloxone.

La durée d'action de la naloxone est d'environ 30 minutes, et est généralement inférieure à celle des opioïdes. Le patient pourrait donc après ce délai, présenter à nouveau une altération de l'état de conscience avec dépression respiratoire. Dans cette situation, le technicien ambulancier paramédic peut répéter l'administration de la naloxone depuis le dosage initial.

Surveiller attentivement la fréquence respiratoire. En présence d'un supplément d'oxygène, il est possible que le patient hypoventilé présente une saturation normale. Assister la ventilation lorsque requis.

### Arrêt cardiorespiratoire

Lors d'arrêt cardiorespiratoire, administrer une dose de 2 mg IN (1 X 1,0 ml/mg par narine) ou 2 mg IM dès que possible avant la deuxième analyse et une deuxième dose avant l'analyse subséquente du protocole (sans interrompre la RCR).

