
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®, 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.

Mise à jour DMN en vigueur en date du 19-04-2018

Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie (suite)

Remarques :

Critères d'inclusion de la naloxoneⁱ :

- 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.

Mise à jour DMN en vigueur en date du 19-04-2018

ⁱ 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'un ACR dans le contexte d'une intoxication suspectée aux opioïdes, administrer une dose unique de 4 mg de naloxone IM aussitôt que possible, sans interrompre ou retarder la RCR avec ventilation. (mise à jour 04-2021)

Mise à jour DMN en vigueur en date du 19-04-2018