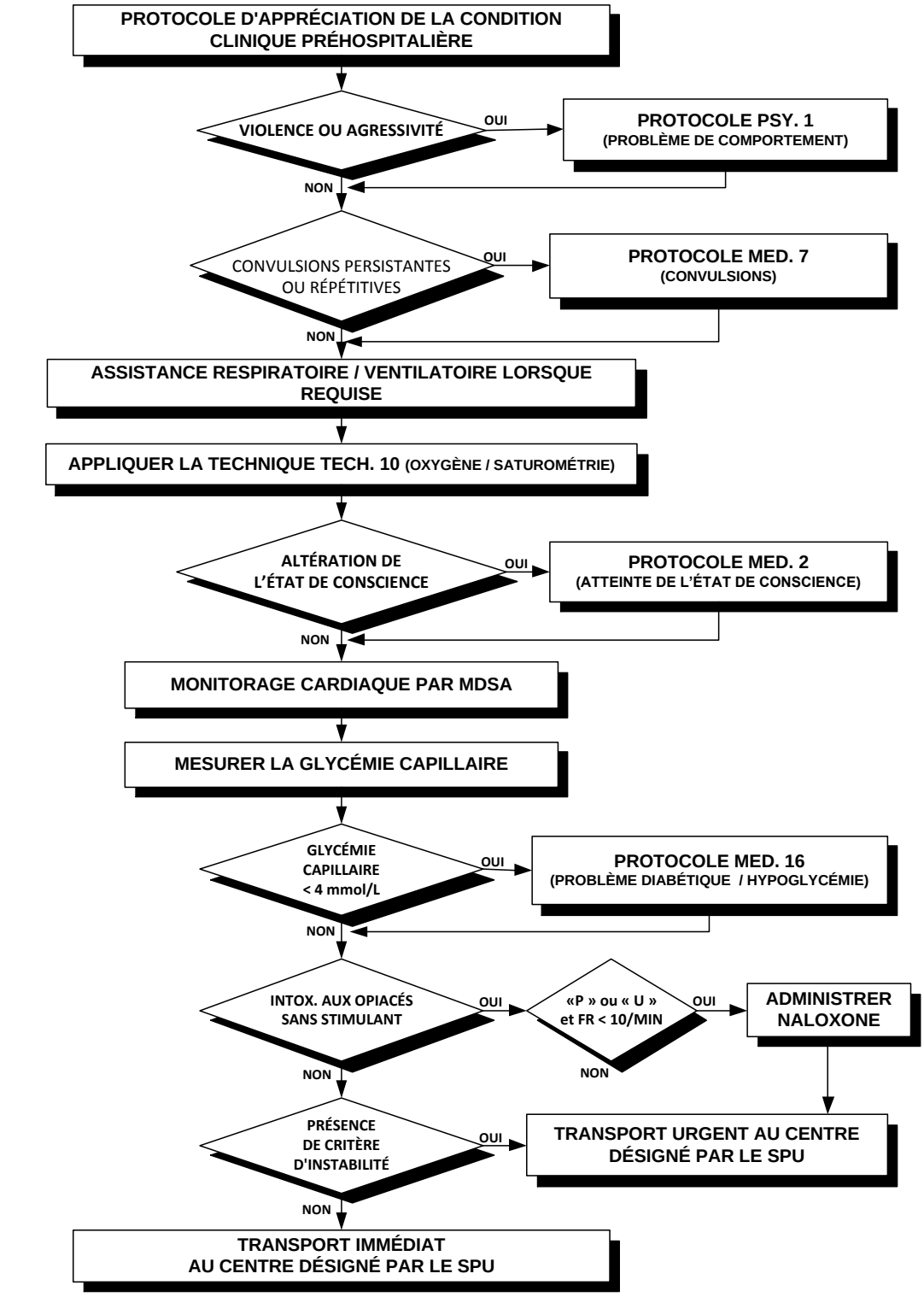
INTOXICATION VOLONTAIRE OU INVOLONTAIRE ET TOXICOMANIE



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. **Monitorage 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 opiacés avec état de conscience à « P » ou « U » sur l'échelle AVPU et bradypnée (FR < 10/minute), sans suspicion d'intoxication mixte aux stimulants, administrer naloxone pour obtenir une respiration adéquate (FR > 10/minute), 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 sériée 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.
- 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 :

- 12 ans et plus;
- Suspicion d'intoxication aux narcotiques opiacés;
- État de conscience « P » ou « U » sur l'échelle AVPU.
- Bradypnée (FR ≤ 10/min).

Critères d'exclusion de la naloxone :

- Intoxication mixte suspectée avec stimulants adrénergiques (réf. : cocaïne, amphétamines, etc.); l'administration de naloxone peut précipiter des symptômes d'intoxication à ces stimulants qui ne sont plus opposés à ceux des narcotiques opiacés (réf. : convulsions, tachydysrythmies).

Posologie de la naloxone :

Administrer selon la séquence suivante :

1. Débuter avec une des alternatives suivantes (dose initiale) :
   a) IN/IM : 0,4 mg.
2. Si aucune réponse, poursuivre avec l'une des alternatives suivantes (doses subséquentes) :
   a) IN/IM : 0,4 mg, q 5 min, max. 4 mg ou eupnée (FR > 10/min).

Pour la voie intranasale, alterner l'administration entre les 2 narines.

Remarques

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 pratique. Par contre, le TAP ne doit pas lui-même initier un contact avec le CAP.

Toxidrome des opiacés (abrégé) :

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

L'administration intranasale de médicaments doit toujours être favorisée. 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), administrer le médicament par la voie intramusculaire. Même s'il y a administration de naloxone, il est important de maintenir l'assistance ventilatoire en tout temps, lorsque requis.

Intoxication volontaire ou involonatire et toxicomanie (suite)

Les méthodes de base de gestion des voies respiratoires doivent être appliquées jusqu'à l'atteinte de la dose maximale de 4 mg de naloxone. S'il n'y a aucune amélioration de l'état de conscience ou de la fréquence respiratoire (FR > 10/minute) et que le patient nécessite une intubation, se référer au protocole RÉA. 7 Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation. Une fois intubé, cesser l'administration de naloxone.

La durée d'action du naloxone est d'environ 30 minutes et est généralement inférieure à celle des opiacés. 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 du 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.

Lors d'arrêt cardiorespiratoire, administrer une dose de 2 mg IN (2 X 1,0 par narine) dès que possible après avoir fait la première tentative d'intubation, et ce, sans interrompre la RCR.