



Bulletin clinique préhospitalier

DATE : Le 14 novembre 2017

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

DESTINATAIRES : Premiers répondants, techniciens ambulanciers paramédics
Pour info : répartiteurs médicaux d'urgence

OBJET : **Intervention des premiers répondants lors de situations de surdoses aux opioïdes**

Nous remercions Dr Jocelyn Moisan, directeur médical régional de l'Outaouais, pour l'élaboration de ce bulletin clinique.

Contexte

Depuis l'arrivée du fentanyl et de ses dérivés (ex. : carfentanyl et autres) sur le marché illicite des drogues d'abus, le nombre d'intoxication aux opioïdes ne cesse d'augmenter amenant avec lui son lot de décès. Heureusement, le Québec est la province qui est la moins touchée présentement.

Plusieurs instances se sont impliquées dans ce dossier avec l'objectif commun de minimiser le nombre de décès : le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les départements de santé publique, le ministère de la Sécurité publique, certains regroupements d'aide en toxicomanie, certaines municipalités, etc.

Par ailleurs, les médias ont fait largement la promotion de l'utilisation de la naloxone comme étant la solution pour les victimes d'intoxication dont la vie est en danger. Malgré son utilité incontestée, il importe de bien comprendre les enjeux reliés à ces situations ainsi que la place et les limites de cet antidote et la place des autres interventions médicales.

Intoxications aux opioïdes

Les opioïdes sont un groupe de substances dont les effets s'apparentent à ceux de l'opium. Parmi celles-ci, les plus connues sont la morphine, la codéine, l'héroïne, l'oxycodone, l'hydromorphone et le fentanyl. Sur le marché clandestin, ces produits peuvent porter plusieurs noms : China White, Synthetic Heroin, Drop Dead, Flatline, Lethal Injection, Apache, China Girl, Chinatown, Dance Fever, Great Bear, Poison, Tango & Cash, TNT, Perc-o-Pops, Lollipops, etc.



Les effets recherchés par leurs utilisateurs sont principalement la sédation, l'analgésie, l'euphorie et la diminution de l'anxiété. Cependant, ces substances ont plusieurs effets secondaires dont la constipation, les étourdissements, les sueurs abondantes, les nausées-vomissements, l'hypotension artérielle et le plus inquiétant : la dépression respiratoire pouvant aller jusqu'à l'arrêt respiratoire complet.

Les premiers signes de la prise d'un opioïde seront : de la difficulté à marcher et à parler, de la difficulté à rester éveillé, des étourdissements et de la confusion. Ensuite, les pupilles deviennent très petites (myosis), la peau devient froide et moite, la somnolence devient extrême, des bruits de suffocation, des gargouillements ou des ronflements apparaissent, la respiration devient lente, faible ou inexistante, les lèvres ou les ongles deviennent bleus (cyanose).

Or, ce qui cause le décès de ces personnes est habituellement **la dépression respiratoire**. Puisque la respiration devient lente, inefficace et qu'en plus ces personnes sont inconscientes (risque d'obstruction des voies respiratoires par la langue ou par aspiration lors de vomissements), c'est le plus souvent l'hypoxie qui provoque le décès.



Par conséquent, **l'action immédiate la plus utile et la plus susceptible de sauver ces victimes de la mort est l'assistance ventilatoire**. Il importe de savoir reconnaître rapidement la dépression respiratoire et de savoir procéder à la ventilation de ces victimes (utilisation du masque de poche, du ballon ventilatoire, de l'Oxylator ou, à la limite du bouche-à-bouche pour une personne qui n'aurait aucun outil de ventilation). En prenant les moyens appropriés pour ventiler adéquatement la victime, l'intervenant (secouriste, premier répondant, techniciens ambulanciers paramédics, etc.) corrige « immédiatement » la cause habituelle de décès de ces gens.

L'utilité de la naloxone

La naloxone (Narcan®) est un antidote qui empêche, temporairement, l'effet des opioïdes. Son utilisation lors d'intoxication avec dépression respiratoire est très utile, car la naloxone aura pour effet de renverser la dépression respiratoire : la victime se remettra alors à respirer efficacement et à s'oxygéner.

Le problème qui survient cependant avec l'administration de naloxone est son délai d'action. Il faut 2 à 10 minutes selon la voie d'administration avant que le produit n'agisse. Si la victime ne respire pas efficacement au moment d'administrer la naloxone, à moins de pratiquer l'assistance ventilatoire, elle pourrait avoir des séquelles anoxiques jusqu'à subir un arrêt cardiorespiratoire avant que le produit ne fasse effet. C'est pourquoi, malgré tout ce que les médias véhiculent à propos des effets salvateurs de la naloxone, la capacité de ventiler adéquatement ces victimes sauvera beaucoup plus de victimes que la seule administration du produit.

Par ailleurs, la durée d'action de la naloxone est plus courte que la durée d'action des opioïdes. Même lorsque la victime reprend une respiration spontanée, puis reprend ensuite conscience, il y a un risque que la victime retombe en dépression respiratoire après quelque temps et que sa vie redevienne en danger. Ceci constitue un réel problème lors des interventions préhospitalières. Trop souvent la victime qui a reçu de la naloxone un certain temps avant le transport ambulancier reprend conscience puis refuse le transport ambulancier alors qu'en réalité sa vie est encore menacée.



D'autre part, la naloxone a un effet seulement contre les opioïdes. Puisque les intoxications sont souvent mixtes (mélange de plusieurs drogues), la naloxone n'a aucun effet sur les effets des autres drogues pouvant déprimer la respiration. Chez ces patients, l'assistance ventilatoire effectuée dès la prise en charge sera le traitement pouvant les sauver.

Intervention PR lors d'intoxication aux opioïdes

Pour les raisons précitées, il est clair que lorsqu'un premier répondant intervient sur une situation laissant croire à une intoxication aux opioïdes et que la victime montre des signes de dépression respiratoire, le geste qui a le plus de chance de la sauver est la reconnaissance rapide de cette dépression respiratoire puis le début, sans tarder, de l'assistance ventilatoire. Les services préhospitaliers ont fait le choix de ne pas inclure l'administration de naloxone dans l'intervention PR mais plutôt d'assurer le traitement initial devant être administré chez tous les patients, soit un support respiratoire en

attente des TAP. Néanmoins, si d'autres intervenants (proches, travailleurs de rue, etc.) disposant de naloxone sont sur place dans de telles circonstances et qu'ils désirent administrer l'antidote, le PR devrait travailler de concert avec ces intervenants pour en faciliter l'administration, dans la mesure où cela n'entrave pas l'exécution de l'assistance ventilatoire. Une fois arrivés, les TAP pourront administrer la naloxone en titrant son effet pour amener le patient à reprendre la respiration sans l'éveiller complètement pour ensuite le transporter au CH. En agissant ainsi, on minimise aussi le risque que le patient, s'il est narcodépendant, ne se réveille en état de sevrage, ce qui pourrait parfois le rendre agité, voire agressif.

Pourquoi certains premiers intervenants disposent de naloxone alors que les PR n'en disposent pas?

Contrairement aux premiers répondants, plusieurs premiers intervenants ne disposent pas des équipements ou de l'expertise requise pour effectuer une assistance ventilatoire. Dans un tel cas, à défaut de pouvoir ventiler adéquatement le patient, il vaut mieux administrer la naloxone, surtout si cela peut être fait précocement (avant que l'arrêt respiratoire ne survienne).

Données préhospitalières québécoises

Ce dossier est suivi de près par tous les secteurs impliqués. De notre côté, chaque cas qui est soumis aux équipes d'amélioration de la qualité est révisé et les données analysées régulièrement. Il est observé présentement que, avec l'approche clinique retenue, tous les patients pris en charge vivants le demeurent, et 68 % requièrent deux doses ou moins de naloxone pour reprendre une respiration spontanée.

L'approche présente demeure donc pour le moment celle retenue. Si toutefois, à la suite des analyses des cas réels, une approche différente devait s'avérer préférable, les ajustements nécessaires seront apportés et nous vous en informerons.

Je vous remercie de votre collaboration et je vous prie de recevoir mes salutations distinguées.

La directrice médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence,

A handwritten signature in blue ink, reading "C. Lachaine". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the right.

Colette D. Lachaine, mdcm