



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 PNIC¹

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.

¹ 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^e analyse et une 2^e 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