

INTOXICATION AUX OPIOIDES ET UTILISATION DE LA NALOXONE

Bordeleau Claude

[NOM DE LA SOCIÉTÉ] [Adresse de la société]

1. INTRODUCTION À L'INTOXICATION AUX OPIOÏDES

Dans le cadre des soins préhospitaliers d'urgence, le terme opioïde est principalement utilisé pour identifier toutes les substances naturelles, semi-synthétiques et synthétiques qui ont le même effet que les opiacés (substances naturelles).

L'opium est à l'origine du terme opioïde. L'opium est un liquide organique extrait d'une plante qui se nomme *Papaver somniferum*. Depuis des milliers d'années, l'opium est utilisé pour calmer la douleur et pour créer l'euphorie.

Le terme opioïdes inclut les substances naturelles, semi-synthétiques et synthétiques.

Récemment, les opioïdes étaient le traitement de choix pour soulager les douleurs aiguës ou chroniques. Les médicaments à base d'opium peuvent être efficaces et sécuritaires si la posologie est respectée. Ils se présentent sous plusieurs formes et leurs voies d'administration sont variables.

Les opioïdes sont également utilisés sans ordonnance médicale pour leurs effets euphorisants. Cette utilisation est plus dangereuse et plus susceptible de provoquer des dépendances physiques et psychologiques. De plus, les opioïdes sont utilisés dans la fabrication clandestine de différentes drogues et les dosages toxiques sont difficiles à prédire. Les opioïdes n'ont pas tous la même puissance.

Que la surdose aux opioïdes soit volontaire ou involontaire, elle peut provoquer rapidement une hypoventilation qui est la principale cause de mortalité. Les traitements disponibles sont l'assistance ventilatoire avec un supplément d'oxygène ainsi que l'administration de la naloxone.

Lors d'une hypoventilation, l'assistance ventilatoire est le traitement prioritaire.

La naloxone est un antidote facile à utiliser et doit idéalement être administrée après avoir initié une assistance ventilatoire de qualité. Dans le cadre des protocoles préhospitaliers, la naloxone vise à obtenir une ventilation autonome sans néanmoins renverser complètement le niveau de l'état de conscience.

2.0 LES OPIOÏDES

Comme mentionné précédemment, les opioïdes sont prescrits pour soulager les douleurs aiguës ou chroniques. Ils sont également utilisés sans ordonnance pour la sensation de bien-être qu'ils procurent. Une consommation inappropriée est très dangereuse. Les effets néfastes varient selon le contexte d'utilisation, la voie d'administration, l'opioïde, la quantité, la tolérance et les interactions avec d'autres substances.

2.1 CONTEXTE CLINIQUE DE L'INTOXICATION AUX OPIOÏDES

Lorsqu'on parle de surdoses d'opioïdes, nous pensons immédiatement au toxicomane qui s'est fait une injection d'héroïne. La réalité est toute autre et bien des intoxications aux opioïdes surviennent dans d'autres circonstances.

Un document publié par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux en mars 2018 fait mention des individus considérés à risque de surdose d'opioïdes¹.

• <i>Individus qui ont reçu des soins médicaux récents pour intoxication/surdose d'opioïdes</i>
• <i>Individus avec histoire suspectée ou confirmée de consommation d'héroïne ou d'opioïdes non médicaux</i>
• <i>Individus qui reçoivent de fortes doses d'opiacés sur ordonnance</i>
• <i>Patients qui reçoivent une ordonnance de méthadone</i>
• <i>Individus avec antécédents de dépendance aux opioïdes et sortant de prison</i>
• <i>Individus avec antécédents de dépendance aux opioïdes et sortant d'une période d'abstinence obligatoire (hospitalisation, etc.) ou d'un programme de désintoxication</i>
• <i>Individus participant à un programme de traitement ou d'entretien à la méthadone ou à la buprénorphine</i>
• <i>Consommateurs d'opioïdes aux prises avec une autre condition médicale sérieuse (virus de l'immunodéficience humaine (VIH), dépression, maladie hépatique ou rénale, asthme, apnée du sommeil, emphysème, tabagisme, etc.)</i>
• <i>Consommateurs d'opioïdes avec une consommation connue ou soupçonnée d'alcool, de benzodiazépines ou d'autres drogues</i>

¹ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), La réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté, mars 2018

2.2 LES VOIES D'ADMINISTRATION DES OPIOÏDES

Les médicaments opioïdes sont normalement consommés par la voie orale, sous forme de capsule, de comprimés ou de sirop. *Cette voie orale a l'avantage d'être la plus sécuritaire. Par contre, il s'agit de la voie d'administration qui offre la plus faible absorption de la substance, de sorte que ses effets se manifestent moins rapidement et sont également moins intenses*².

*Les timbres transdermiques d'opioïdes (Fentanyl) sont prescrits, car ils sont faciles à utiliser pour les personnes à domicile. Ils permettent une libération continue, stable et prolongée. Après l'utilisation conventionnelle, les timbres contiennent tout de même plus de la moitié de la concentration initiale*³.

*La voie intraveineuse est la voie la plus puissante, car elle permet une diffusion plus rapide et complète de la substance. Toutefois, cette voie s'accompagne d'un risque élevé d'infections (hépatique, par exemple) dû à l'échange de seringues dans des conditions hygiéniques insalubres*⁴.

2.3 LES PRINCIPAUX OPIOÏDES

Dans cette section, vous trouverez des tableaux pour vous familiariser avec les noms des médicaments avec ou sans ordonnance. Vous y trouverez également les « noms de rue » de certaines de ces substances. Avant de prendre connaissance des tableaux, il est intéressant de comprendre la différence entre le nom générique et le nom commercial.

*Le nom générique est un nom dérivé du nom chimique d'un agent pharmacologique. Cette appellation est reconnue officiellement par le gouvernement (Santé Canada) comme étant la seule dénomination utilisable au pays. Chaque médicament n'a donc généralement qu'un seul nom générique, sauf dans le cas d'un produit contenant plusieurs ingrédients actifs*⁵.

*Le nom commercial est le nom donné par la compagnie qui vend le produit. Un même médicament peut donc posséder plus d'un nom commercial s'il est produit par plusieurs compagnies pharmaceutiques*⁶.

² Précis de pharmacologie, du fondamental à la clinique, Les presses de l'Université de Montréal, 2010

³ Institut de la santé publique du Québec, Bulletin d'information toxicologique, Volume 28, numéro 4, octobre 2012

⁴ Précis de pharmacologie, du fondamental à la clinique, Les presses de l'Université de Montréal, 2010

⁵ Document de support PICTAP, Module 5 : Problèmes médicaux : administration des 5 médicaments, Version 2.0, septembre 2017

⁶ Document de support PICTAP, Module 5 : Problèmes médicaux : administration des 5 médicaments, Version 2.0, septembre 2017

Les opioïdes se présentent sous différents noms génériques, différents noms commerciaux et différents « noms de rue ». Le tableau ci-dessous contient une liste non exhaustive adaptée du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Nom générique	Nom commercial (exemples)	Nom de rue
Buprénorphine	• BuTrans^{MD}	• Bupe • Bute
Buprénorphine-naloxone	• Suboxone^{MD}	• Subby • Bupe • sobos
Butorphanol	• Apo-Butorphanol • pms-Butorphanol	
Codéine	• Atasol-15TM et 30 • 282TM et 282 MEPTM • 292TM • Codéine ContinTM • Exdol-30TM • Fiorinal C ¼TM et ½ • pms-Codéine • ratio-Codéine • ratio-Emtec • ratio-Lenoltec • ratio-Tecnal C ¼ et C ½ • Tylénol No. 2, 3, 4TM	• Cody • Captain Cody • T1 • T2 • T3 • T4
Fentanyl	• AbstralTM • Apo-Fentanyl • CO Fentanyl • DuragésicTM • FentoraTM • Mylan-Fentanyl • pms-Fentanyl • Ran-Fentanyl • Ratio-Fentanyl • Sandoz-Fentanyl • Teva-Fentanyl	• Patch • Sticky • Sticker • Nerps • Beans
Hydrocodone	• HycodanTM	• Hydro • Vike
Hydromorphone	• Apo-Hydromorphone • DilaudidTM • Hydromorph ContinTM • JurnistatTM • pms-Hydromorphone • Teva-Hydromorphone	• Juice • Dillies • dust

Suite du tableau de la page précédente

Nom générique	Nom commercial (exemples)	Nom de rue
Mépéridine	• Démérol™	• Demmies
Méthadone	• Metadol™ et Méthadose™	• Meth • Drink • Done
Morphine	• Kadian™ • M-Eslon™ • M.O.S.™ • MS Contin™ • MS-IR™ • Sandoz Morphine SR • Statex • Teva-Morphine SR	• M • Morph • Red rockets
Oxycodone	• Apo-Oxycodone • CO Oxycodone • Endocet™ • Oxy-IR™ • OxyNEO™ • Percocet™ • pms-Oxycodone • pms-Oxycodone SR • ratio-Oxycet • ratio-Oxycodan • Supeudol™ • Targin™	• Oxy • Hillbilly heroin • percs
Pentazocine	• Talwin™	• TS
Tapentadol	• Nucynta IR™ • Nucynta SR™	• inconnu
Tramadol	• Apo-Tramadol • CO Tramadol • Durela™ • pms-Tramadol/Acet • Raliva™ • Ran-Tramadol/Acet • Teva-Tramadol/Acet • Tramacet™ • Tridural™ • Ultram™ • Zytram™	• Chill pills • ultras

2.3.1 FENTANYL ET ANALOGUES DU FENTANYL

Le fentanyl est un opioïde synthétique qui est normalement délivré sur ordonnance mais qui, depuis quelques années, est fabriqué dans des laboratoires clandestins. Le fentanyl est associé à des risques élevés de surdoses et de décès. Il est inodore, sans goût et peut être mélangé à d'autres drogues et être vendu en tant qu'héroïne, cocaïne ou oxycodone ou être inclus dans leurs compositions.

Le fentanyl est 40 fois plus puissant que l'héroïne et 50-100 fois plus puissant que la morphine. Une petite quantité peut suffire pour causer la mort d'un adulte. La présence de fentanyl dans les comprimés augmente le risque de surdose parce que les consommateurs ne connaissent ni les substances actives, ni la quantité qu'ils prennent.

Il existe des opioïdes similaires au fentanyl tel le carfentanil. Cet analogue au fentanyl n'est pas destiné aux humains. Les vétérinaires utilisent le carfentanil pour les animaux de grandes tailles tels les éléphants. Les effets du carfentanil seraient 100 fois plus puissants que ceux du fentanyl et une dose extrêmement faible peut causer la mort.

Voici une liste non exhaustive des principaux opioïdes synthétiques analogues du fentanyl qui peuvent apparaître dans des produits pharmaceutiques contrefaits et autres drogues illicites :

- carfentanil
- l'acétyl-fentanyl
- butryfentanyl
- 3-méthylfentanyl
- Furanylfentanyl
- W-18
- AH-7921
- MT-45

2.4 LA DÉPENDANCE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Les opioïdes peuvent créer une dépendance physique et psychologique, et ce, même lors d'une utilisation sous ordonnance. Le Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD) a défini dans ses publications la dépendance physique et psychologique.

La dépendance physique se produit lorsque l'utilisation des opiacés est répétée et excessive. L'organisme s'est adapté à la présence continue des opiacés à une certaine concentration. Lorsque cette concentration diminue sous un certain seuil, il se produit un déséquilibre dans un SNC qui se traduit par un ensemble de signes et symptômes.

La dépendance psychologique est un état impliquant l'arrêt ou la réduction rapide de la dose des opioïdes et produit des symptômes psychologiques caractérisés par une préoccupation émotionnelle et mentale liée aux effets de l'opioïde et par un besoin intense et persistant à reprendre la drogue⁷.

2.5 LE CONCEPT DE TOLÉRANCE

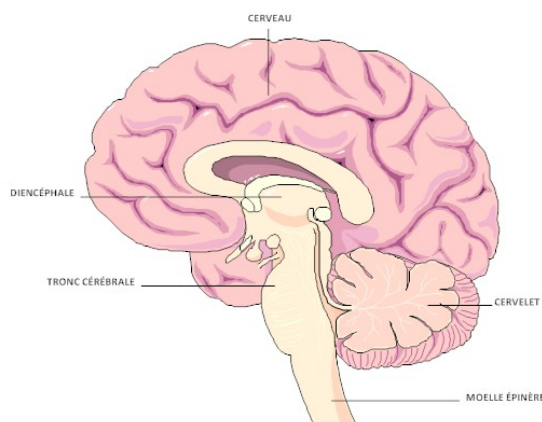
Le CQLD a également défini la tolérance comme un état d'hypersensibilité de l'organisme se traduisant par une diminution de la réponse du médicament ou drogue et par la capacité de supporter, sans manifester de symptômes d'intoxication, des doses élevées qui habituellement seraient toxiques pour le néophyte. Elle se manifeste donc par une diminution de l'efficacité et de la toxicité du médicament ou drogue⁸.

2.6 PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INTOXICATION AUX OPIOÏDES

2.6.1 LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Lors d'une intoxication aux opioïdes, plusieurs manifestations cliniques sont observables et plus d'un système du corps humain est affecté. Les principaux touchés sont les systèmes nerveux et respiratoire.

Le système nerveux est divisé en deux parties, le système nerveux central (SNC) et le système nerveux périphérique (SNP). Pour faciliter la compréhension, nous allons réviser le SNC, soit l'encéphale et la moelle épinière.



⁷ Centre québécois de lutte aux dépendances, Drogues : savoir plus, risquer moins, 2001

⁸ Centre québécois de lutte aux dépendances, Drogues : savoir plus, risquer moins, 2001

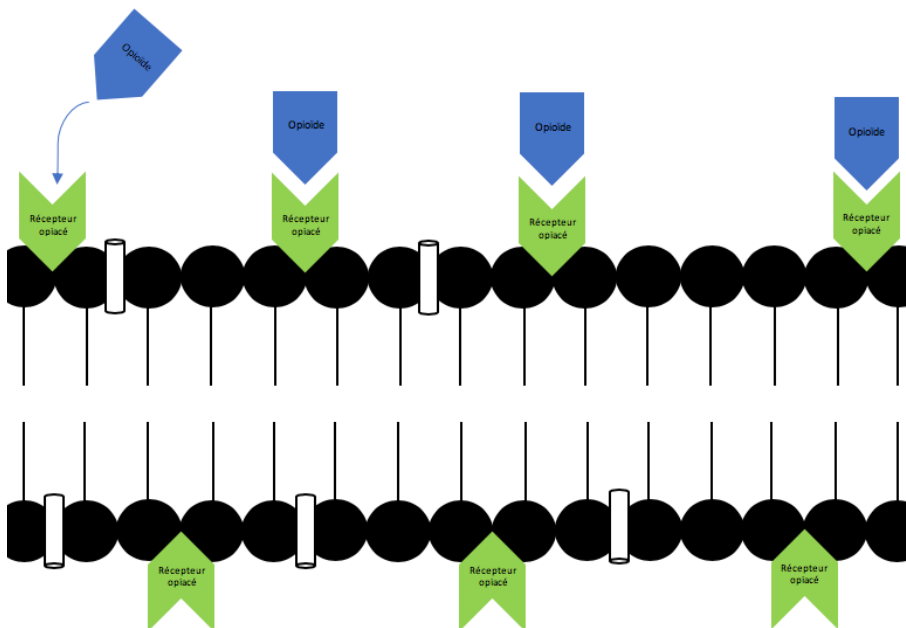
L'encéphale comprend le cerveau, le diencephale, le cervelet et le tronc cérébral. Les deux parties importantes en lien avec le contenu à l'étude sont le diencephale et le tronc cérébral. Le diencephale sécrète des hormones qui ont les mêmes propriétés analgésiques que les opioïdes. Le tronc cérébral régite plusieurs fonctions vitales telles la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire. Les récepteurs concernés sont répartis dans l'encéphale et la moelle épinière.

2.6.2 LES RÉCEPTEURS OPIACÉS

Le terme opiacé fait également référence aux récepteurs opiacés du système nerveux central.

Lorsqu'une douleur vive se fait sentir, l'encéphale libère des hormones naturelles (peptides opioïdes) qui ont des propriétés analgésiques et soulagent la douleur. Les mêmes hormones sont sécrétées pendant une activité physique et contribuent aux sensations de plaisir. Ces hormones activent des récepteurs opiacés. Ces récepteurs spécifiques sont dispersés dans l'encéphale et la moelle épinière. Il y a principalement trois catégories de récepteurs qui ont tous des fonctions différentes.

Les opioïdes utilisés par une personne entrent dans l'organisme et se lient aux récepteurs opiacés répartis dans l'encéphale et la moelle épinière. En se liant aux récepteurs, l'opioïde va provoquer une euphorie, la contraction des pupilles (myosis), la diminution de l'activité gastro-intestinale et une diminution de la fréquence respiratoire. Cependant, tous les opioïdes disponibles activent ce récepteur et peuvent provoquer une hypoventilation. Certains opioïdes sont agonistes à tous les récepteurs opiacés et d'autres sont partiels.



3.0 LES SIGNES ET SYMPTÔMES D'UNE SURDOSE AUX OPIOÏDES

La présentation clinique d'une intoxication aux opioïdes peut inclure plusieurs signes et symptômes (communément appelé toxidrome) :

- Histoire de consommation d'opioïdes;
- Diminution de l'état de conscience « P » ou « U »;
- Hypoventilation ou apnée;
- Myosis (pupilles de petit diamètre).

Dans le cadre de l'intervention du premier répondant, celui-ci devra porter une attention particulière à l'observation des lieux et au questionnement approprié des témoins afin de reconnaître une telle situation.

De plus, un examen physique attentif pourrait être utile afin de découvrir, par exemple, des traces d'injection ou encore la présence de timbres cutanés.

3.1 LES POLYINTOXICATIONS

La consommation d'opioïdes peut être jumelée à d'autres substances comme l'alcool, par exemple, ou encore des stimulants comme de la cocaïne ou des amphétamines. Le tableau clinique classique du toxidrome peut alors varier. Malgré que peu probable, il existe un risque de réaction marquée du système nerveux lorsque l'antidote (naloxone) viendra bloquer les effets des opioïdes, comme un réveil brutal ou l'apparition de convulsions par exemple. C'est pour cette raison que le protocole prévoit de cesser l'administration de naloxone si des convulsions apparaissent.

La victime a-t-elle consommé des drogues ou des médicaments?

De quoi s'agit-il?

Est-ce qu'il y a présence sur les lieux de seringues ou de flacons vides?

4.0 LES INTERVENTIONS PRÉHOSPITALIÈRES

Dans les prochaines pages, nous allons discuter de plusieurs des éléments de l'intervention préhospitalière spécifique lors d'une surdose aux opioïdes, soit :

- La sécurité des intervenants;
- La gestion des voies respiratoires et l'assistance ventilatoire;
- L'administration de la naloxone;
- La surveillance continue.

4.1 LA SÉCURITÉ DES INTERVENANTS

Lorsque les opioïdes sont consommés sous forme de drogues, ils peuvent prendre la forme d'une poudre blanche granuleuse ou cristalline (particules). Ces particules peuvent être aérosolisées et donc rester en suspension dans l'air. Elles peuvent alors être absorbées par inhalation. Ainsi, en présence d'une poudre, des mesures de précautions plus importantes sont de mise.

Si la drogue est sous forme de comprimés ou de timbres cutanés, il faut appliquer les mesures de précautions habituelles. Il faut prendre en considération que les comprimés, la poudre, et les timbres cutanés peuvent être absorbés non seulement par les muqueuses, mais aussi par la peau. Leurs effets, de modérés à sévères, sont variables : bouche asséchée, maux de tête, somnolence, étourdissement, nausée, vomissement et anxiété, hypoventilation, arrêt respiratoire, hypotension, coma, convulsions, arythmie cardiaque, tachycardie, décès.

4.1.1 MESURES PRÉVENTIVES EN PRÉSENCE DE POUDRE

Lorsque vous suspectez ou constatez la présence de cette substance :

- prendre soin de revêtir les équipements de protection individuelle (EPI) suivants : gants (2 paires), blouse à manches longues, lunettes de protection et masque de protection respiratoire de type N-95
- retirer le patient de la zone contaminée avant d'entreprendre une quelconque manœuvre;
- lorsque les vêtements du patient contiennent des traces du contaminant, les lui retirer en débutant par la tête et disposer des vêtements dans un sac de plastique (biohazard)

Il est important de ne jamais intervenir dans des zones à risque élevé (ex. : laboratoire clandestin).

4.1.2 MESURES PRÉVENTIVES EN PRÉSENCE DE COMPRIMÉS OU DE TIMBRES CUTANÉS

Les mesures de précautions habituelles avec le port des gants de nitrile sont suffisantes. Après utilisation, il faut disposer des gants de façon sécuritaire.

4.2 L'ASSISTANCE VENTILATOIRE

Le dégagement des voies respiratoires supérieures, une assistance ventilatoire efficace et l'administration de la naloxone constituent les traitements de choix pour une intoxication probable aux opioïdes. Cependant, le dégagement des voies respiratoires supérieures et

L'assistance ventilatoire :

- Enfant : 1 ventilation aux 2 à 3 secondes.
- Adulte : 1 ventilation aux 6 secondes.

l'assistance ventilatoire sont les actions prioritaires auprès d'un patient inconscient. Ces actions contribuent à diminuer la mortalité reliée aux surdoses aux opioïdes. **Le premier répondant devra donc prioriser les actions décrites plus haut, et ce, avant même la préparation et l'administration de la naloxone.**

La gestion des voies respiratoires et l'assistance ventilatoire ne seront pas traitées dans ce document. Cependant, il pourrait être utile de se référer au chapitre 6 (La gestion des voies respiratoires et oxygénothérapie) du document de support des premiers répondants. Ce chapitre renferme les notions importantes d'ouverture des voies aériennes, de la ventilation au masque de poche et au ballon ventilatoire.

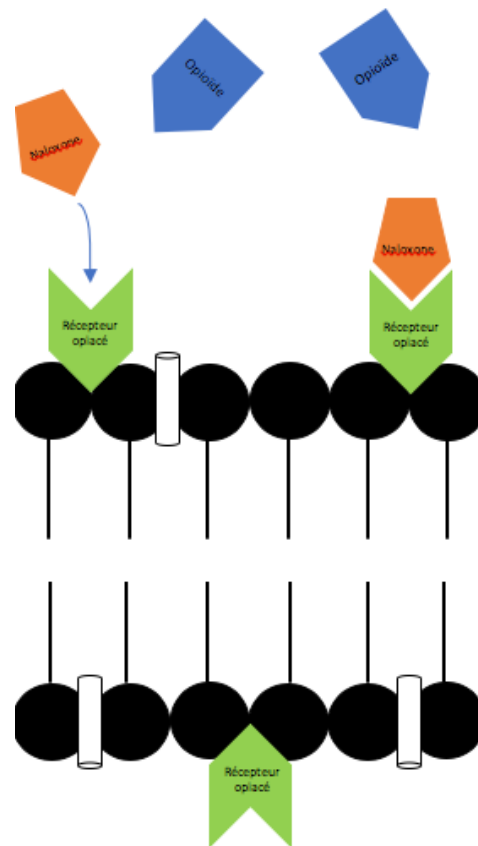
4.3 NALOXONE

La naloxone est un antagoniste des opioïdes, c'est-à-dire que son action s'oppose à celle de l'opioïde. La naloxone a donc la capacité de déloger l'opioïde du récepteur et de prendre sa place. Enfin, s'il y a plus de molécules de naloxone disponibles que d'opioïdes, la naloxone se liera avec les récepteurs qui sont inoccupés. En prenant sa place, il élimine l'effet provoqué par l'opioïde, dont l'apnée.

En dépit du fait que la naloxone prend la place de l'opioïde sur les récepteurs et occupe les autres qui sont disponibles, l'opioïde reste dans l'organisme tant et aussi longtemps qu'il n'a pas été éliminé par le corps humain. Il faut noter que la naloxone a une durée d'action qui est d'environ 30 à 60 minutes, ce qui est beaucoup moindre que les opioïdes en général.

L'administration de la naloxone permet donc de retrouver une fréquence respiratoire spontanée et suffisante pour les besoins de l'organisme. Nous ne voulons pas nécessairement réveiller le patient, car les symptômes de sevrage qui l'accompagnent peuvent potentiellement être délétères et souvent imprévisibles.

Selon les données québécoises, la plupart des patients obtiennent une ventilation autonome après 1,2 mg ou moins de naloxone. La voie d'administration retenue pour le protocole premier répondant est la voie intra-nasale (IN). L'action de la naloxone se fait sentir après 1 à 3 minutes.



Fiche technique de la naloxone

Classification	Antagoniste des narcotiques.
Mécanisme d'action	Antagoniste des opioïdes. Antidote spécifique pour les intoxications aux opioïdes.
Voie d'administration	Pour le premier répondant : intranasale.
Présentation	Dispositif intranasal.
Délai d'action	1 à 3 minutes selon la voie.
Durée d'action	Approximativement 30 à 60 minutes selon la voie.
Effets secondaires	Tachycardie, hypertension, nausées, vomissements, tremblements, sevrage, diaphorèse, œdème pulmonaire.

4.4 LA SURVEILLANCE CONTINUE

Après l'administration de naloxone, il est possible qu'après un certain temps, le patient qui respirait normalement postadministration de naloxone, retombe soudainement en hypoventilation ou en apnée.

Cela signifie que le premier répondant doit être extrêmement vigilant et proactif dans la surveillance clinique des paramètres respiratoires, et ce, particulièrement au niveau de la fréquence respiratoire, afin de détecter un retour de l'hypoventilation ou l'apnée. Dans cette situation, le premier répondant devra administrer de nouveau de la naloxone.

De plus, si à tout moment, après l'administration de naloxone, il y a apparition de convulsions, cesser l'administration de la naloxone pour la durée complète de l'intervention.

5.0 LE PROTOCOLE CHEZ PWC

Indication

Histoire d'intoxication avec des médicaments, de l'alcool, de la drogue, ou tout autre produit non industriel.

Objectifs

- Assurer le dégagement des voies respiratoires le cas échéant
 - Assurer une ventilation et oxygénation adéquates
 - Administrer l'antidote pour les intoxications aux opioïdes
 - Assurer la prise en charge par les paramédics
-
- Assurer le dégagement des voies respiratoires
 - Si requis, **prioriser** le dégagement manuel des voies respiratoires
 - Au besoin, utiliser une canule nasopharyngée ou oropharyngée selon le niveau de conscience
 - Toujours être prêt à succionner les voies respiratoires
 - Appliquer de l'oxygène avec un masque à haute concentration chez les patients qui ont un état d'éveil à **P-U**. Pour les autres, ajuster la FiO2 en fonction de la saturométrie ou les exceptions prévues au protocole
 - Administrer la naloxone si requis (voir annexe)
 - Administrer l'oxygène selon le protocole d'oxygénothérapie si absence de convulsion.
 - Examen spécifique : La glycémie doit être prise seulement si aucune autre intervention n'est prioritaire, en attente des paramédics. (Aucune solution glucosée ne sera administrée nonobstant la valeur de la glycémie).

Considérer

- Anaphylaxie
- Convulsions
- Problème lié au froid
- Blessures traumatiques

Appel et transfert au service ambulancier

Obligatoire dans tous les cas.

L'évacuation vers un point de rencontre ne doit se faire que si l'état de conscience est A – V ou si l'accès aux paramédics est compliqué ou non sécuritaire.

Administration de naloxone

Critères d'inclusion de la naloxone (tous doivent être présents) :

- Suspicion d'intoxication ou d'un surdosage aux narcotiques opioïdes ET
- Atteinte de l'état de conscience « P » ou « U » sur l'échelle AVPU ET
- Respiration lente ou absente :

≥ 12 ans = FR $\leq$ 10/min

≤ 11 ans = FR $\leq$ 16/min

Critères d'exclusion de la naloxone :

- Aucun pour la dose initiale.
- Si allergie ou convulsion après l'administration de la première dose, ne pas répéter la naloxone.

Posologie de la naloxone :

Administrer selon la séquence suivante :

1. Patient avec pouls nécessitant une assistance ventilatoire :
 - a. Poursuivre l'assistance ventilatoire en tout temps, lorsque requis
 - b. Administrer une dose de naloxone 4 mg IN (vaporisateur intranasal)
 - c. Effectuer une prise de pouls toutes les deux minutes
 - d. Effectuer la surveillance constante de l'état d'éveil
 - e. Administrer une deuxième dose après 3 minutes si les critères d'inclusion sont encore présents
2. Patient sans pouls (arrêt cardiorespiratoire) :
 - Administrer une dose de naloxone 4 mg IN (vaporisateur intranasal) dès que possible après une analyse du DEA, sans interrompre ni retarder la RCR.

Répétition de la naloxone : Si l'état du patient s'est amélioré après l'administration de naloxone, mais que l'état se détériore de nouveau, répéter une troisième dose de 4 mg IN si les critères d'inclusion sont encore présents.

Informations supplémentaires :

Une intoxication aux narcotiques opiacés comprend généralement une baisse de l'état de conscience (confusion, somnolence, coma) et de la fréquence respiratoire. D'autres signes et symptômes peuvent aussi être présents (variables) tels que la cyanose (lèvres bleutées), les pupilles en myosis (petites pupilles), une baisse de la fréquence cardiaque et une baisse de la tension artérielle.

Le support ventilatoire et la RCR de qualité doivent toujours être prioritaires à l'administration de la naloxone. Effectuer une ventilation toutes les 6 secondes chez l'adulte et une ventilation toutes les 2-3 secondes chez le bébé et l'enfant.

La naloxone n'est pas efficace contre la dépression respiratoire causée par l'alcool ou des médicaments non opioïdes. 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.

Bien examiner la peau à la recherche de timbres cutanés (ex. : fentanyl). Retirer les timbres le cas échéant et les apporter au centre receveur. Prendre des précautions lors de la manipulation de narcotiques opioïdes (gants, lunettes de protection et masque chirurgical si présence d'un liquide ou d'une poudre pouvant être mise en suspension dans l'environnement).

Renseignements requis :

- Remettre tous les médicaments, bouteilles de médicaments ou produits aux techniciens ambulanciers paramédics.
- Obtenir l'histoire des témoins présents : produits ingérés, quantité, heure d'ingestion, voie d'intoxication, présence de vomissements.
- Rechercher une histoire de traumatisme.

6. BIBLIOGRAPHIE

Centre québécois de lutte aux dépendances, Drogues : savoir plus, risquer moins, 2001.

Institut national de santé publique, Bulletin d'information toxicologique, volume 28, numéro 4, octobre 2012.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Bulletin d'information toxicologique, volume 34, numéro 1, juin 2018.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Prévenir l'exposition accidentelle au fentanyl pour les intervenants d'urgence, mars 2017.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), La réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté, mars 2018.

Précis de pharmacologie, du fondamental à la clinique, Les presses de l'Université de Montréal, 2010.

Institut de la santé publique du Québec, Bulletin d'information toxicologique, volume 28, numéro 4, octobre 2012.

Document de support PICTAP, Module 5 : Problèmes médicaux : administration des 5 médicaments, version 2.0, septembre 2017.

Tintinalli's emergency medicine, A comprehensive study guide, 8^e edition.

Rosen's emergency medicine, Concepts and clinical practice, 8^e edition.

Marieb, Anatomie et physiologie humaines, 2^e edition.

Tortora, Grabowski, Principes d'anatomie et de physiologie, 2000.