

Intervention auprès des personnes victimes d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique

Guide du participant 2025

Intervention auprès des personnes victimes d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique

Guide du participant

Édition

La Vice-présidence des affaires publiques et des communications de Santé Québec.

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca, section Publications.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2025

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-555-01221-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Santé Québec, 2025

Collaborateurs

MISE À JOUR 2025

- Anne-Marie Larkin : directrice médicale régionale pour le centre intégré de la Côte-Nord et médecin-conseil sur l'exécutif de la direction médicale nationale de 2019 à 2024
- Dave Beaudoin : Paramédic en soins primaires (PSP), conseiller aux affaires cliniques préhospitalières (ACLiP)
- Robyn Marcotte : Coordonnateur des ACLiP, PSP, infirmier
- Nadia Drolet : Conseillère aux relations avec le milieu, paramédic, kinésiologue et enseignante
- Mélina Royal : Conseillère à la qualité de la pratique, Direction, Développement et soutien professionnels (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec)
- Rémi Gagnon : Médecin Président, Association des allergologues et immunologues, Directeur, Clinique spécialisée en allergie de la capitale, Chef, Service d'allergie et immunologie du Centre hospitalier universitaire de Québec

RÉDACTION INITIALE

- Colette D. Lachaine, Directrice médicale régionale pour le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et Directrice médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence de 2010-2018
- Pierre Bayard : PSP, enseignant Collège Ahuntsic
- Claude Bordeleau : Paramédic en soins avancés (PSA) et instructeur, Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie centre
- Mathieu Dallaire (mise à jour 2016) : PSP instructeur, Urgences-santé

COLLABORATEURS DU DOCUMENT INITIAL

- Association québécoise des allergies alimentaires
- Table de concertation des organismes de formation en secourisme :
 - Ambulance Saint-Jean
 - Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
 - Croix-Rouge canadienne
 - Fondation des maladies du Cœur et de l'AVC
 - Patrouille canadienne de ski
 - Société de sauvetage
- Table des directeurs médicaux des services préhospitaliers d'urgence
- Remerciements spéciaux à Daniel Rizzo, médecin
- Annie Racicot, centre de documentation, ministère de la Santé et des Services sociaux

Préface

Le document original a été conçu avec la collaboration de nombreux intervenants des domaines des premiers soins, des allergies et des services préhospitaliers d'urgence (SPU). Le présent document est une version mise à jour qui tient compte des changements apportés durant les dernières années.

Comme les victimes de réactions allergiques sévères requièrent une intervention rapide, l'administration d'épinéphrine doit être rendue disponible à d'autres groupes d'intervenants, dont les secouristes, et ce, pour permettre d'administrer ce médicament encore plus rapidement.

Depuis plus de 20 ans, l'épinéphrine est administrée en préhospitalier au Québec par les techniciens ambulanciers paramédics et premiers répondants. Les programmes d'amélioration de la qualité des SPU régionaux ont permis de réviser des centaines de cas d'administration d'épinéphrine et plus encore de cas d'allergies sans anaphylaxie. Le présent programme tient compte de cette longue expérience. Bien que le règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence stipule, à la section I.I, l'article 3 ce qui suit : « En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne peut administrer de l'adrénaline lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique à l'aide d'un dispositif auto-injecteur », un secouriste qui s'inscrit à la présente formation doit avoir préalablement suivi une formation de réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour les volets bébé, enfant et adulte avec exposition au défibrillateur externe automatique (DEA). Le secouriste en milieu de travail pourra, quant à lui, suivre une formation de RCR pour le volet adulte seulement avec exposition au DEA. Ce guide servira de document de référence. La durée de cette certification est de trois ans.

Nous tenons à remercier tous ceux et celles qui ont collaboré à l'élaboration du programme, à sa mise à jour et qui contribuent à sa diffusion.

Bonne lecture !

Alexandre Messier
Directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence
Santé Québec

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Rôles et responsabilités	3
2.1	Rôles et responsabilités des intervenants.....	3
2.2	Rôles et responsabilités des organisations.....	3
3.	Physiopathologie de l'anaphylaxie	4
3.1	De la réaction immunitaire à l'anaphylaxie	4
3.2	Étiologie des facteurs déclencheurs.....	5
3.3	Réaction biphasique	6
4.	Manifestations cliniques associées aux réactions anaphylactiques	8
5.	Utilisation d'épinéphrine en situation d'anaphylaxie.....	11
5.1	Présentation du médicament	11
5.2	Dosages	11
5.3	Sécurité liée à l'utilisation de l'auto-injecteur	12
5.4	Entreposage.....	12
6	Intervention en situation d'anaphylaxie	14
6.1	Sécurité de l'intervention	14
6.2	Identification de la réaction allergique sévère de type anaphylactique	14
6.3	Premiers soins et surveillance	15
6.4	Transport	16
6.5	Situations particulières.....	17
7	Annexes	18
7.1	Protocole	18
7.2	Utilisation de l'EpiPen ^{MD} (0,15 mg et 0,30 mg)	20
7.3	Utilisation de l'ALLERJECT® (0,15 mg et 0,30 mg)	21
7.4	Programme en forêt – Spécificités	23
7.5	Définitions	24
8	Références.....	25

1. Introduction

La réaction anaphylactique est une réaction allergique grave causée par un stimulus. Il s'agit d'un état de choc défini comme une réaction systémique potentiellement mortelle qui affecte au moins deux systèmes de l'organisme, ou qui provoque une chute soudaine de la pression artérielle.

Nonobstant l'hypotension artérielle, la réaction anaphylactique peut produire une détresse respiratoire (bronchospasme ou de l'angioœdème laryngé) qui, dans certaines situations, peut entraîner un décès. Dans la plupart des épisodes allergiques, lorsque la victime est prise en charge rapidement, la chronologie de la réaction est habituellement inférieure à 24 heures. En général, plus les manifestations cliniques d'anaphylaxie sont tardives, moins la réaction est sévère et peut être limitée à une simple urticaire.

Afin de réduire les complications liées à l'anaphylaxie, il est primordial que la victime reçoive rapidement une dose d'épinéphrine (aussi connue sous le nom d'adrénaline) ainsi qu'une attention médicale. Le traitement injecté directement dans le muscle permettra d'atténuer l'intensité de la réaction. Cela occasionnera un ralentissement, voire dans certains cas, une cessation de l'accentuation de la réaction. Ce gain de temps permettra ensuite à la victime d'accéder aux services médicaux.

Par ailleurs, il a été démontré que l'administration précoce du traitement avant l'arrivée à l'hôpital diminue de presque cinq fois le besoin de recevoir des doses additionnelles aux urgences pour maîtriser l'anaphylaxie¹. Également, il est important de savoir que l'effet protecteur de l'épinéphrine est nettement supérieur à celui des antihistaminiques.

Il est estimé que 1 à 2 % de la population canadienne est exposée à un risque d'anaphylaxie dû à des aliments ou à des piqûres d'insectes. Au Québec, cela peut représenter jusqu'à environ 140 000 personnes de tout âge. Une étude de 2022² rapporte que 84 000 cas d'anaphylaxie surviennent chaque année aux États-Unis, entraînant entre 500 et 1 000 décès (1 %).

À l'automne 2006, l'Office des professions du Québec a déposé un amendement visant à modifier le règlement relatif aux activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et des soins préhospitaliers d'urgence (SPU). Ce document énumère les actes dits partageables qui sont normalement effectués par les médecins, mais qui, dans certaines situations, peuvent être accomplis par des techniciens ambulanciers paramédics, des premiers répondants et des secouristes.

L'article 3 du règlement original stipulait qu'en l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne qui a suivi une formation visant l'administration d'adrénaline, agréée par le directeur médical régional ou national des services préhospitaliers

1. The journal of Emergency medicine, *Evaluation of Prehospital Management in a Canadian Emergency Department Anaphylaxis Cohort*, repéré le 7 février à [https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(19\)31114-X/abstract](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(19)31114-X/abstract)

2. HAL, *Caractéristiques des réactions anaphylactiques biphasiques aux urgences : une étude rétrospective monocentrique* repéré le 10 février 2025 à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03700762>

Intervention auprès des personnes victimes d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique

Guide du participant

d'urgence, peut administrer de l'adrénaline à une personne à l'aide d'un dispositif auto-injecteur, lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique.

Par la suite, l'Office des professions du Québec et le Collège des médecins ont souhaité rendre ce geste encore plus accessible, car il est crucial pour la survie des victimes d'anaphylaxie. Ainsi, ils ont modifié le règlement afin de permettre au premier intervenant d'agir, même sans avoir suivi la formation agréée. L'article 3 dudit règlement se lit maintenant comme suit : « En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne peut administrer de l'adrénaline lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique à l'aide d'un dispositif auto-injecteur »³.

Bien que la formation préalable ne soit plus une exigence réglementaire, l'ensemble des intervenants considère qu'une formation est utile pour assurer une intervention adéquate et pour sécuriser les intervenants potentiels. C'est pour cette raison que la Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence a décidé de maintenir la formation et d'en assurer la mise à jour.

Le présent programme de formation s'adresse aux secouristes qui, grâce à une formation reconnue, pourront administrer de l'épinéphrine dans des situations de réactions allergiques sévères de type anaphylactique.

Le présent guide du participant, conçu par la Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence et ses partenaires, contient les notions de base que le secouriste doit maîtriser pour atteindre les objectifs de la formation. Les documents de formation, soit le guide du participant ainsi que le prétest interactif, doivent être envoyés au participant avant la journée de formation. Le prétest est corrigé en classe dès le début de la formation.

³ Gouvernement du Québec, *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence*, L.R.Q. [2022], c. M-9, 2. 2.1, a. 3. repéré le 7 février 2025 à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%202.1%20/>

2. Rôles et responsabilités

2.1 Rôles et responsabilités des intervenants

Les intervenants qualifiés par la formation ont pour principal objectif de réduire la morbidité et la mortalité associées aux réactions anaphylactiques. Pour atteindre ce but, les intervenants doivent d'abord reconnaître les signes et les symptômes associés aux réactions anaphylactiques rapidement. Lorsqu'un cas d'anaphylaxie est reconnu, l'épinéphrine doit être administrée sans délai selon la technique enseignée.

Puisque les secouristes bénéficient d'une protection légale dans le Code civil du Québec, leur responsabilité se limite à respecter le protocole d'intervention ainsi qu'à maintenir leurs compétences à jour.

2.2 Rôles et responsabilités des organisations

L'organisation qui déploie le programme d'Intervention auprès des personnes victimes d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique a pour objectif d'améliorer la sécurité et l'accès aux soins en cas d'allergie sévère lors de ses activités. Elle précise la clientèle et le cadre dans lequel le programme sera utilisé.

L'organisation qui choisit de mettre sur pied un tel programme est responsable d'assurer la disponibilité des auto-injecteurs nécessaires en tout temps, et de s'assurer qu'ils soient renouvelés avant la date d'expiration.

L'organisation doit aussi s'assurer que la formation des secouristes accrédités est maintenue à jour selon les critères du programme.

3. Physiopathologie de l'anaphylaxie

3.1 De la réaction immunitaire à l'anaphylaxie

De manière générale, les réactions du système de défense du corps humain (système immunitaire) passent inaperçues. L'organisme se défend subtilement contre toute substance étrangère au corps (antigènes) et les mécanismes de défense agissent sans produire de signes ou de symptômes importants.

Au moment d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique, le système immunitaire réagit de façon brutale et démesurée à une substance (allergène) qui serait normalement inoffensive. Cette réaction est potentiellement fatale.

Les réactions d'hypersensibilité allergiques se produisent seulement si la personne a été préalablement exposée à une substance. Souvent, cette première exposition n'a provoqué aucun symptôme, mais a préparé le système immunitaire à une éventuelle réponse rapide grâce aux immunoglobulines E, soit les IgE (sensibilisation). Au moment d'une deuxième exposition, une libération **massive** de médiateurs tels que l'histamine et la tryptase (substances chimiques provoquées) surviennent, occasionnant les signes et les symptômes de la réaction anaphylactique.

Considérant qu'une réaction sévère peut survenir dès un premier contact, il ne faut donc pas se préoccuper de savoir si la personne a déjà été exposée ou non à l'allergène suspecté dans le passé.

L'histamine et les autres substances chimiques produites provoquent une dilatation des vaisseaux sanguins, ce qui, dans les cas légers, peut entraîner une rougeur de la peau et, dans les cas plus sévères, peut causer une diminution de tension artérielle. De plus, cette dilatation rend les vaisseaux sanguins plus « poreux » (perméables), c'est-à-dire que la partie liquide du sang qu'ils contiennent normalement peut s'échapper plus facilement, causant l'enflure souvent constatée au moment de la réaction allergique.

L'histamine provoque aussi un resserrement des muscles des voies respiratoires (bronchoconstriction) ainsi qu'une augmentation de la production des sécrétions des bronches, causant une difficulté respiratoire, ce qui ressemble à une crise d'asthme.

Ces substances sont libérées dans tout le corps humain, c'est pourquoi la réaction anaphylactique est une réaction qui peut toucher tous les systèmes suivants :

- Respiratoire.
- Cardiovasculaire.
- Gastro-intestinal.
- Atteinte cutanée ou des muqueuses (tégumentaire).

Dans le prochain chapitre, il sera présenté comment ces substances chimiques provoquent les différents signes et symptômes ainsi que les complications liées aux réactions anaphylactiques.

3.2 Étiologie des facteurs déclencheurs

Les réactions anaphylactiques sont provoquées par une multitude de facteurs déclencheurs. Néanmoins, certains sont plus souvent observés. Au moment d'une réaction anaphylactique, il est important pour le secouriste de détecter la substance qui aurait pu déclencher la crise. La présence connue ou suspectée d'un agent causal est un élément déterminant dans la prise de décision concernant l'administration ou non de l'épinéphrine.

Une exception s'applique en ce qui concerne la victime dont l'anaphylaxie a été documentée dans les dernières 24 heures. Advenant que celle-ci démontre des manifestations cliniques d'allergie sévères, il n'est pas nécessaire pour le secouriste de suspecter ou de déterminer l'agent causal afin d'administrer de l'adrénaline. Celui-ci devra procéder à l'administration immédiate du traitement malgré l'absence d'un agent causal apparent (voir la section 3.3 Réaction biphasique).

Principaux DÉCLENCHEURS DE L'ANAPHYLAXIE	
CATÉGORIES	FACTEURS DÉCLENCHEURS
Alimentaires	▶ L'arachide, les noix (amandes, noix de cajou, pistaches et autres), le lait, les œufs, le poisson, les crustacés et les mollusques ainsi que, dans une moindre mesure, les graines de sésame, le soya et le blé, etc.
Insectes piqueurs	▶ Les abeilles, les guêpes, les frelons, les bourdons et les fourmis.
Médicaments	▶ Les antibiotiques, l'acide acétylsalicylique (aspirine), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Ibuprofène, Naproxen, etc.), les anesthésiants locaux (xylocaïne), et les produits de contraste intraveineux (iode). (Liste non exhaustive, d'autres médicaments pourraient être des facteurs déclencheurs).

Il arrive aussi qu'une activité physique intense ou prolongée, après avoir consommé un aliment particulier, normalement inoffensif (souvent farine de blé, crustacés⁴), puisse déclencher une réaction anaphylactique chez certaines personnes. Il s'agit d'anaphylaxie induite par l'exercice (AIE). Chez d'autres, seule l'activité physique intense ou prolongée peut être suffisante afin de provoquer la réaction.

À noter que 5 % à 15%⁵ de toutes les réactions anaphylactiques sont occasionnées par ce phénomène. En règle générale, les manifestations cliniques surviennent environ 30 minutes après le début d'un exercice physique. Cette pathologie, somme toute rare, est encore mal connue, et le diagnostic émis par les médecins peut être complexe. Bien que survenant dans des circonstances pour le moins banales et difficiles à éviter, cette réaction peut entraîner des conséquences dramatiques pour la personne, d'où l'importance d'en être aux faits de son existence⁶.

Finalement, dans certaines situations (jusqu'à 7,5 %⁷), le facteur déclencheur demeure inconnu (idiopathique). Certaines études soulignent un nombre plus élevé de situations où le facteur déclencheur n'a pu être décelé.

Peu importe la cause de la réaction anaphylactique, une fois déclenchée, les symptômes sont les mêmes et le traitement de choix demeure l'épinéphrine. Les personnes avec des antécédents doivent en tout temps porter sur eux leur auto-injecteur d'épinéphrine et les secouristes doivent rester à l'affut des signes d'évolution de la réaction.

3.3 Réaction biphasique

Une réaction biphasique dans le contexte d'anaphylaxie est la réapparition des symptômes plusieurs heures après l'administration du traitement, et ce, malgré une diminution ou une disparition complète des signes et des symptômes initiaux. La littérature médicale rapporte

⁴ Science Direct, *Anaphylaxie alimentaire induite par l'exercice chez l'enfant : à propos de deux observations*, repéré le 7 février 2025 à <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877032013003552?via%3Dihub>

⁵ Association Allergies Québec. *Connaissez-vous l'anaphylaxie induite par l'exercice ?* repéré le 7 février 2025 à [Connaissez-vous l'anaphylaxie induite par l'exercice? - Allergies Québec](#)

⁶ Acta Derm Venereol, *Temperature Thresholds in Assessment of Clinical Course of Acquired Cold Contact Urticaria: A Prospective Observational One-year Study.*, repéré le 7 février 2025 à <https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/5677>

⁷ Research Gate, *Cross-Canada Anaphylaxis Registry (C-CARE): comparing rates, triggers, and management of anaphylaxis in a single centre emergency department (ED) over 4 years*, repéré le 7 février 2025 à https://www.researchgate.net/publication/323137247_Cross-Canada_Anaphylaxis_Registry_C-CARE_comparing_rates_triggers_and_management_of_anaphylaxis_in_a_single_centre_emergency_department_ED_over_4_years

Intervention auprès des personnes victimes d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique

Guide du participant

que la réaction biphase survient entre 0,5 et 20 % des cas⁸⁹. Généralement, les manifestations réapparaissent dans les 12 à 24 heures suivant la réaction anaphylactique, mais cette situation peut se présenter jusqu'à plusieurs jours plus tard. Habituellement, la deuxième crise se présente sous un portrait clinique similaire à la première, mais est rarement plus sévère.

C'est notamment pour cette raison que la victime d'une réaction anaphylactique doit recevoir rapidement de l'épinéphrine et qu'elle doit ensuite être évaluée par un professionnel de la santé, même si son état s'améliore. L'administration tardive du traitement peut non seulement être responsable de la réaction biphase, mais favorise également la survenue d'un décès pendant l'anaphylaxie, causée par de graves complications respiratoires et/ou circulatoires.

⁸American Academy of allergy, asthma & immunology, Anaphylaxis-a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. repéré le 7 février 2025 à <https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Professional%20Education/Podcasts/Anaphylaxis-2020-grade-document>

⁹ The journal of allergy and clinical immunology. *Persistent, refractory, and biphasic anaphylaxis: A multidisciplinary Delphi study*. repéré le 7 février 2025 à [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(20\)31174-X/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(20)31174-X/fulltext)

4. Manifestations cliniques associées aux réactions anaphylactiques

L'anaphylaxie est une réaction allergique grave, potentiellement mortelle. Dans les faits, cette réaction est le fruit d'anticorps médiés par les IgE, provoquant, entre autres, la sécrétion d'histamine. Cette sécrétion se caractérise par l'atteinte de plusieurs systèmes du corps humain, à la suite d'un nouveau contact avec un allergène suspecté ou confirmé. En règle générale, l'anaphylaxie sera causée à la suite d'un contact avec la peau, les yeux ou encore lorsque l'allergène en question est injecté ou ingéré. Également, plus les signes et les symptômes apparaissent rapidement, plus la crise sera grave. La réaction anaphylactique se manifeste habituellement peu de temps après un contact récent à un facteur allergène déclencheur. Habituellement, les signes et les symptômes se développent rapidement dans les minutes ou les heures qui suivent l'exposition. Exceptionnellement, dans certaines situations, l'arrêt cardiorespiratoire peut se manifester dans les premières minutes de la réaction.

Il est à noter qu'une simple inhalation ne doit pas être considérée comme étant un contact allergique.

SIGNES ET SYMPTÔMES ASSOCIÉS AUX RÉACTIONS ANAPHYLACTIQUES	
SYSTÈMES	SIGNES ET SYMPTÔMES
Respiratoire	▶ Sensation de difficulté respiratoire (dyspnée) ▶ Sensation d'étouffement ▶ Respiration bruyante (respiration sifflante (<i>wheezing</i>)¹⁰ ou stridor) ▶ Utilisation des muscles accessoires respiratoires (tirage) ▶ Arrêt respiratoire ▶ Hypersécrétion de mucus ▶ Inconfort dans la gorge (douleur, picotements, toux persistante, voix rauque et modifications des pleurs chez les jeunes enfants)
Cardiovasculaire	▶ Pouls rapide (tachycardie)¹¹ pouvant devenir faible ▶ Retour capillaire augmenté >2 secs

¹⁰ Respiration sifflante (*wheezing*) : bruit respiratoire relativement aigu à type de sifflement produit par le mouvement de l'air dans des voies respiratoires de petit calibre rétrécies ou comprimées.

¹¹ Tachycardie : Prendre note que ce signe clinique peut être présent lors de l'appréciation, notamment chez la victime ayant déjà reçu un ou plusieurs doses d'adrénaline.

Intervention auprès des personnes victimes d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique

Guide du participant

	▶ Absence de pouls radial ou hypotension artérielle¹² (tardif en pédiatrie¹³) ▶ Étourdissements ▶ Anxiété ▶ Pâleur, sueurs froides (diaphorèse), faiblesse ▶ Altération du niveau de conscience, perte de conscience (syncope) ▶ Sensation de mort imminente et arrêt cardiorespiratoire (ACR)
Gastro-intestinal	▶ Nausées et/ou vomissements ▶ Douleurs ou crampes abdominales ▶ Diarrhée
Atteinte cutanée ou des muqueuses	▶ Plaques (urticaire), rougeurs ▶ Démangeaisons (prurit) ▶ Enflure de la bouche et de la gorge (angioœdème) (prurit, œdème de la luette ou la langue, dysphonie, odynophagie, œdème palpébral)

Les décès associés aux réactions anaphylactiques sont causés par la détresse respiratoire (œdème des voies respiratoires supérieures ou bronchoconstriction) ou par défaillance circulatoire (hypotension artérielle).

L'angioœdème, l'urticaire ainsi que les vomissements sont plus souvent le portrait clinique observé chez les enfants. De ce fait, les signes cliniques de défaillance circulatoire sont plutôt rares auprès de cette clientèle, et plus souvent observables chez l'adolescent¹⁴ ainsi que chez la victime adulte. Donc, ceci pourrait rendre complexe la reconnaissance d'une anaphylaxie auprès de cette catégorie de personne. Ainsi, lors d'un doute raisonnable d'une possible réaction anaphylactique, l'adrénaline doit être administrée.

Le tableau suivant présente la fréquence de présentation des signes et des symptômes en situation d'anaphylaxie. Il est à noter qu'aucun des signes n'est présent dans toutes les situations et qu'aucune personne ne présente tous les signes en même temps. L'intervenant doit donc, lors de chaque intervention, évaluer l'état de la victime globalement avant de déterminer s'il s'agit d'une réaction anaphylactique.

SIGNES ET SYMPTÔMES CLINIQUES	FRÉQUENCE (%)
▶ Urticaire et angioœdème	80 à 89 %
▶ Enflure des voies respiratoires supérieures	50 à 59 %

¹² - < 100 mmHg adulte

- Âge de 1 mois à 1 an : Pression artérielle systolique (PAS) < 70 mmHg

- Âge de 1 à 10 ans : PAS < 70 mmHg + (2 âges en année)

- Âge après 10 ans : PAS < 90 mmHg ou chute de plus de 30 % de la PAS de base

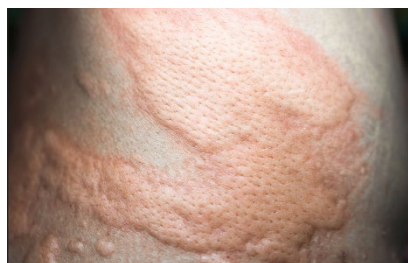
¹³ The Journal of Pediatrics, *Age-related differences in the clinical presentation of food-induced anaphylaxis*. repéré le 7 février 2025 à [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(10\)00908-X/abstract](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(10)00908-X/abstract)

¹⁴ The Journal of Allergy and Clinical Immunology, *Anaphylaxis in children and adolescents: The European Anaphylaxis Registry*. repéré le 7 février 2025 à [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(15\)02991-7/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(15)02991-7/fulltext)

Intervention auprès des personnes victimes d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique
Guide du participant

▶ Difficulté respiratoire ▶ Crise d'érythème aiguë (rougeur de la peau)	40 à 49 %
▶ Étourdissement, perte de conscience et baisse de pression artérielle ▶ Nausée, vomissements, diarrhée, crampes abdominales	30 à 39 %
▶ Mal de tête (céphalée) ▶ Écoulement nasal ▶ Douleur thoracique ▶ Démangeaisons ▶ Convulsions	29 % ou moins

Les céphalées, la douleur thoracique et les convulsions sont des symptômes non spécifiques qui accompagnent occasionnellement la réaction allergique grave de type anaphylactique.



© Adobestock, 2023

5. Utilisation d'épinéphrine en situation d'anaphylaxie

L'épinéphrine est le médicament de première ligne pour une personne qui présente les signes d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique.

5.1 Présentation du médicament

Comme mentionné, l'épinéphrine demeure le médicament de choix en situation d'anaphylaxie. Plus il est administré rapidement, moins les complications immédiates liées à la réaction anaphylactique seront sévères.

Présentation du médicament	
Indications	▶ Traitement d'urgence de la réaction anaphylactique
Contre-indication	▶ Aucune s'il s'agit d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique
Présentation	▶ Ampoule d'épinéphrine 1 mg/ml (1 :1000) ▶ Auto-injecteur 0,15 mg ▶ Auto-injecteur 0,3 mg
Posologie	▶ Administrer selon le protocole en vigueur ▶ Recommandations du médecin (auto-injecteur de la personne) ▶ Administrer selon l'auto-injecteur disponible
Répétition	▶ Toutes les 5 minutes, si la personne présente une détérioration ▶ Toutes les 10 minutes, s'il n'y a pas d'amélioration sans dégradation et que les indications sont encore présentes ▶ Aucun maximum de dose
Voie d'administration	▶ Intramusculaire
Effets indésirables	▶ Euphorie, nervosité, anxiété, agitation, vertige, étourdissements, céphalée, hémorragie cérébrale, tremblement, nausée, vomissements, tachycardie, palpitations, accident vasculaire cérébral (AVC), arythmie, hypertension artérielle (HTA), angine, infarctus aigu du myocarde

5.2 Dosages

Le secouriste doit utiliser l'auto-injecteur de la victime ou celle disponible. Si le secouriste doit choisir parmi deux auto-injecteurs, il doit le faire selon le poids de la victime :

- une dose de 0,15 mg d'épinéphrine chez la victime dont le poids est inférieur à 25 kg (<55 lbs).
- une dose de 0,30 mg d'épinéphrine chez la victime dont le poids est supérieur ou égal à 25 kg (≥ 55 lbs).

5.3 Sécurité liée à l'utilisation de l'auto-injecteur

Le secouriste est autorisé à administrer l'épinéphrine avec un dispositif appelé auto-injecteur. Il s'agit d'un système qui contient une dose prémesurée du médicament. Après avoir retiré le mécanisme de sécurité et appliqué le dispositif sur la cuisse à un angle de 90, l'aiguille sortira automatiquement et permettra l'injection du médicament. Une fois amorcée, l'aiguille n'est pas exposée, ce qui élimine tout risque de contamination avec l'aiguille souillée lors de la manipulation de l'auto-injecteur.

Au moment d'administrer le traitement, le secouriste doit maintenir en place la jambe de la victime afin de limiter ses mouvements avant et pendant l'injection. Certaines situations ont été rapportées, faisant mention des coupures de la peau, des aiguilles pliées et des aiguilles restées incrustées dans la peau après l'injection, notamment chez la clientèle pédiatrique.

L'auto-injecteur doit être remis aux techniciens ambulanciers paramédics pour qu'ils puissent considérer la dose, la date d'expiration et disposer le tout de façon sécuritaire.

Un risque mineur guette le secouriste lors de l'administration de l'épinéphrine. En effet, lors de la manipulation de l'auto-injecteur, une injection accidentelle d'épinéphrine dans un doigt est possible. Cela crée de la douleur et un blanchiment de l'extrémité par vasoconstriction. Il est intéressant de savoir qu'une étude¹⁵ concernant l'administration d'adrénaline (0,15 ou 0,3 mg) dans un doigt a été réalisée sur une série de 365 patients, et aucun effet secondaire systémique n'a été démontré. Parmi ces patients, seulement quatre ont présenté une possible ischémie à un doigt, mais aucun d'eux n'a dû être hospitalisé et aucune séquelle physique n'a été recensée. Dans la majorité des cas, une observation simple a suffi. Est-ce dangereux? Possiblement pas, mais le patient ayant une pathologie cardiaque demeure une préoccupation. Dans de telles situations, une consultation vers un centre de santé est tout de même recommandée.

Afin de tenter de soulager l'inconfort occasionné par cette injection accidentelle, il est recommandé, si possible, de maintenir le bras du côté injecté en position dépendante (basse) et d'appliquer une compresse chaude sur le doigt concerné dans le but de créer une vasodilatation locale.

5.4 Entreposage

L'auto-injecteur doit être entreposé dans un endroit accessible, par exemple dans une trousse de premiers soins. Il ne devrait jamais être placé sous clé : au cours d'une situation d'urgence, l'auto-injecteur doit être rapidement accessible.

En se rapportant aux normes des fabricants, afin d'assurer l'efficacité du médicament, les auto-injecteurs doivent être entreposés de façon appropriée.

¹⁵ Annals of Emergency Medicine, *Six years of epinephrine digital injections: absence of significant local or systemic effects*. repéré le 7 février 2025 à [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(10\)00154-X/abstract](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(10)00154-X/abstract)

Intervention auprès des personnes victimes d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique

Guide du participant

En règle générale, l'auto-injecteur doit être conservé dans le contenant fourni, à température ambiante, c'est-à-dire entre 20°C et 25°C. Par exemple, au cours d'excursions, l'épinéphrine peut tolérer des écarts de température allant de 15°C à 30°C.

6 Intervention en situation d'anaphylaxie

Dans une situation de réaction anaphylactique, l'intervenant doit reconnaître rapidement la réaction et administrer l'épinéphrine sans délai.

6.1 Sécurité de l'intervention

Le secouriste doit tenir compte de sa propre sécurité et celles des autres. Il doit effectuer une approche sécuritaire dans laquelle il évalue les risques.

Il doit aussi appliquer les principes de protections universelles, c'est-à-dire :

- Assurer un comportement sécuritaire en présence de plaies ou de personnes potentiellement infectées.
- Porter des gants d'examen (au besoin et si disponible).
- Disposer de façon sécuritaire et sans délai, au besoin, les objets piquants ou tranchants souillés.
- Se laver les mains après l'intervention.

6.2 Identification de la réaction allergique sévère de type anaphylactique

Après l'approche initiale, le secouriste doit déterminer s'il est en présence d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique.

La victime doit présenter deux caractéristiques complémentaires : un contact allergique et une combinaison de symptômes démontrant la sévérité de la réaction.

Le contact allergique a généralement eu lieu moins de 4 heures avant le début des symptômes. Il est souvent un déclencheur connu pour la personne. Cependant, puisqu'une réaction allergique doit se produire une première fois afin qu'elle soit connue, un contact avec un déclencheur suspecté est aussi inclus. Le déclencheur suspecté est une source reconnue d'allergie avec lequel la victime a eu contact (par exemple : abeille, noix, médicament, etc.). Il est fréquent que la source de l'anaphylaxie soit difficile à identifier même avec un suivi médical et que la personne fasse plusieurs crises avant de connaître le déclencheur. Si c'est le cas de la victime, il faut suspecter qu'il y a eu contact.

Certaines réactions se produisent en deux phases (biphasiques) et les récurrences dans les 24 heures sont aussi considérées comme un contact allergique significatif.

Les symptômes peuvent être sévères et évidents dès l'arrivée du secouriste. Ils se manifestent comme une détresse respiratoire ou une baisse de pression persistante (hypotension). Ils peuvent aussi être plus subtils, mais s'ils affectent deux systèmes ou plus en même temps, cela sera considéré comme une anaphylaxie. Ces symptômes subtils peuvent affecter les poumons (difficulté à respirer), le cœur (palpitation, étourdissements, faiblesse significative, perte de

conscience), la peau (rougeur diffuse comme un coup de soleil ou en plaques, enflures, démangeaisons) ou les intestins (nausées, vomissements, diarrhées, crampes abdominales). Par exemple, la seule présence de lésions de la peau n'est pas une indication d'administration d'épinéphrine et celles-ci peuvent même être absentes en cas de choc anaphylactique.

Lorsque le secouriste aura déterminé que l'épinéphrine par auto-injecteur doit être administrée, il ne doit aucunement se soucier de la présence ou non de contre-indications, car il n'en existe aucune. Si un agent causal est détecté ou fortement suspecté, et qu'une de ces situations est reconnue, l'intervenant doit administrer sans délai l'épinéphrine.

En plus des caractéristiques de la personne, le contexte peut donner des indices quant à la possibilité d'une réaction anaphylactique.

Environnement (restaurant, cafétéria)

Comme mentionné précédemment, s'il est difficile d'obtenir des informations concernant l'agent causal et si la victime présente des signes de réaction anaphylactique alors qu'elle est en train de manger (ou qu'elle a mangé dans la dernière heure), le secouriste peut alors suspecter un contact avec un agent causal.

Prise d'un nouveau médicament

Tout comme après la prise récente d'un repas, une réaction anaphylactique peut survenir à la suite de la prise d'un nouveau médicament, et ce, même si la victime n'est pas connue comme étant allergique à ce médicament.

Respiration bruyante (non corrigée avec l'ouverture des voies respiratoires supérieures (VRS)) avec inconscience

Chez une victime inconsciente dans un contexte d'anaphylaxie, on doit envisager la possibilité d'une réaction anaphylactique lorsque la respiration de la victime demeure bruyante, même après l'ouverture des voies aériennes à l'aide d'une technique de basculement de la tête et du soulèvement du menton, selon les normes en vigueur.

Bracelet de type *MedicAlert*^{MD}

Le bracelet de type *MedicAlert*^{MD} est un bon outil d'information pour le secouriste, lorsque la victime est incapable de parler ou est inconsciente.

6.3 Premiers soins et surveillance

Lorsque l'épinéphrine a été administrée, l'intervenant doit poursuivre les premiers soins. Dans un premier temps, s'il est seul, l'intervenant doit communiquer avec les services préhospitaliers d'urgence (9-1-1). Si un deuxième intervenant est présent, il doit simplement s'assurer que l'appel a été effectué correctement.

Dans un deuxième temps, si le niveau de conscience de la victime est altéré, le secouriste doit continuer à effectuer l'approche primaire selon les normes de réanimation en vigueur.

Dans un troisième temps, si le contexte permet la prise de signes vitaux qualitatifs ou quantitatifs pour compléter l'appréciation clinique, il est possible de l'effectuer à ce moment et de noter les observations avec l'heure précise. Lorsque disponible, l'administration de l'oxygène peut être effectuée au besoin.

Le secouriste doit continuer d'apprécier la condition clinique de la victime afin d'identifier la présence d'indications qui justifient l'administration des doses supplémentaires d'adrénaline.

Si l'état de la personne se dégrade, l'intervenant administre une nouvelle dose **5 minutes** après la première advenant que d'autres auto-injecteurs soient disponibles. Si l'état de la personne s'améliore et que les caractéristiques de l'anaphylaxie sont encore présentes, une nouvelle dose sera administrée toutes les **10 minutes**. Il n'y a aucun nombre maximum d'injections. Il est recommandé de changer de site d'injection à chaque nouvelle dose (alternance de cuisses).

Si la victime est inconsciente, le secouriste doit effectuer les normes de réanimation en vigueur.

Lors d'une réaction anaphylactique, il est important que l'intervenant minimise les mouvements et les déplacements de la victime. Si l'environnement est sécuritaire, il demeure sur place avec celle-ci. Il peut la faire asseoir afin d'éviter une chute et la traiter dans la position la plus confortable pour elle. En cas de détresse respiratoire sévère, on préférera que la personne éveillée reste assise, parfois penchée vers l'avant. Si elle perd conscience, mais respire encore, le secouriste devrait la positionner en décubitus latéral de sécurité. Advenant qu'elle cesse de respirer, la personne devra être tournée sur le dos et le secouriste devra procéder à la réanimation.

Une particularité vient s'ajouter concernant la femme enceinte au sujet de la position latérale de sécurité. Celle-ci devrait être positionnée en décubitus latéral côté gauche afin d'éviter une compression aorto-cave inférieure (retour veineux) et par le fait même, ne pas nuire à la circulation.

6.4 Transport

Même si la condition de la victime s'est améliorée, celle-ci doit toujours être transportée vers un centre hospitalier par ambulance afin d'être soumise à une évaluation médicale. La nature imprévisible des réactions anaphylactiques, la possibilité de réaction biphasique et l'administration du médicament sont suffisantes pour justifier cette démarche. Le secouriste doit être au fait que l'administration seule de l'épinéphrine est rarement le traitement définitif lors de choc anaphylactique.

Au moment de la prise en charge, le secouriste doit fournir aux techniciens ambulanciers paramédics les informations cliniques suivantes :

- ▶ **Indications** (y compris l'agent causal et le type de contact allergique).
- ▶ **Nombre d'injections, sites, doses administrées et date d'expiration.**
- ▶ **Heure(s) d'administration.**
- ▶ **Évolution, stabilisation ou dégradation des signes et des symptômes occasionnés par le médicament.**

6.5 Situations particulières

L'asthme et l'anaphylaxie

Les personnes qui souffrent d'asthme et qui ont déjà reçu un diagnostic d'anaphylaxie sont plus susceptibles d'éprouver de graves problèmes respiratoires en cas de réaction anaphylactique.

Lorsqu'une crise anaphylactique est suspectée, mais qu'il y a un doute quant à la possibilité qu'il s'agisse d'une crise d'asthme, il faut utiliser l'épinéphrine si la personne respecte les conditions d'administration.

L'utilisation d'autres médicaments

Dans une situation d'allergie sévère de type anaphylactique, le médicament de choix demeure l'épinéphrine. C'est le seul médicament qui peut être administré par le secouriste. Il est possible que la victime souhaite utiliser un autre médicament tel qu'un antihistaminique, un bronchodilatateur (inhalateur) ou de la cortisone.

S'il s'agit d'une directive médicale (une prescription de son médecin traitant), le secouriste doit laisser faire la victime. Toutefois, il faut garder en tête que ces médicaments agissent sur un seul médiateur chimique à la fois. Leur efficacité est donc inférieure à celle de l'épinéphrine en situation d'anaphylaxie. De ce fait, l'épinéphrine doit être utilisée en priorité et demeure le médicament de première ligne.

Médication expirée

Si le seul auto-injecteur disponible est expiré, il faut tout de même l'administrer. Une certaine efficacité peut demeurer, même lorsque la date d'expiration est dépassée.

Hésitation à l'administration

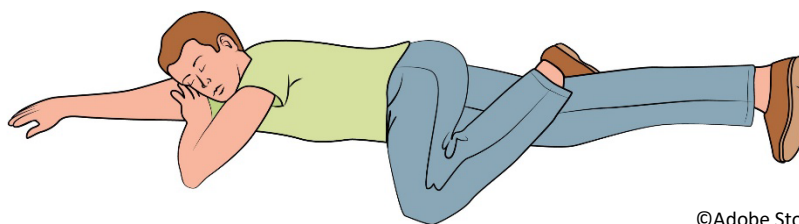
Lorsque l'intervenant doute qu'il s'agisse d'une réaction anaphylactique, notamment chez les personnes âgées et les personnes ayant comme antécédent un syndrome coronarien aigu (SCA), il doit faire preuve d'un peu plus de prudence quant à l'administration de l'adrénaline.

Chez les enfants, en cas de doute, l'administration du traitement doit se faire sans hésitation. Toutefois, chez une personne présentant une douleur thoracique comme symptôme principal, sans urticaire ni œdème (portrait clinique allergique), il s'agit probablement d'un problème cardiaque; dans ce cas, l'épinéphrine ne doit pas être administrée.

7 Annexes

7.1 Protocole

1. Évaluer la sécurité de la scène (porter des gants et les équipements de protection individuelle nécessaires).
2. Procéder l'approche primaire et premiers soins en posant les questions suivantes :
 - I. **L – L'état de conscience** : la personne est-elle consciente ou inconsciente?
 - II. **A – Airway (Air)** : les voies respiratoires sont-elles libres? Si non, il faut ouvrir les voies respiratoires. Elles doivent être libres et dégagées en tout temps (par exemple : en retirant le vomi, le sang, la sécrétion, les objets, entre autres).
 - III. **B – Breathing (Respiration)** : la personne respire-t-elle? Si oui, il faut administrer l'oxygène à la plus haute concentration, si disponible (une formation en oxygénothérapie avec utilisation de la saturométrie offerte par plusieurs organismes en secourisme est obligatoire). **Si non, commencer la réanimation selon les normes en vigueur.**
 - IV. **C-Circulation (Pouls)¹⁶** : la personne a-t-elle un pouls radial ou carotidien ? **(Premier répondant seulement). Si non (carotidien), commencer la réanimation selon les normes en vigueur.**
 - V. Si un deuxième secouriste est présent, il convient d'effectuer un appel aux services d'urgence (9-1-1).
 - VI. Pour bien positionner la victime, il faut la placer en position latérale de sécurité si la personne est inconsciente et respire normalement (il convient de prioriser le côté gauche chez la femme enceinte).



©Adobe Stock, 2025

¹⁶ Ajout de cette étape pour le premier répondant

3. Identifier la présence d'indications à l'administration d'adrénaline :

Contact Allergique

Anaphylaxie documentée dans les dernières 24 heures (réaction biphase)
OU
Contact avec un allergène connu ou suspecté dans les 4 heures précédant le début des signes et symptômes
ET

Symptômes anaphylaxies

1. Présence d'une détresse respiratoire OU Présence d'une défaillance circulatoire
OU
2. Atteinte d'au moins 2 des 4 présentations cliniques suivantes :

Atteinte cutanée ou des muqueuses (ex. : urticaire ou angioœdème);
Difficulté respiratoire;
Atteinte circulatoire (ex. très grande faiblesse, syncope, pouls filant, lipothymie);
Symptômes gastro-intestinaux (ex. : nausées, vomissements, douleur abdominal, diarrhée).

4. **Administer l'épinéphrine si c'est indiqué, selon la dose appropriée**
- Suivre la technique enseignée avec l'injection dans la cuisse;
 - Disposer l'auto-injecteur de façon sécuritaire et le remettre aux techniciens ambulanciers paramédics.
5. **Surveillance et premiers soins**
- Appeler le 9-1-1 si l'intervenant est seul.
 - Observer l'évolution des signes et des symptômes.
 - Réévaluer la présence des conditions d'administration, toutes les 5 minutes; en cas de détérioration, il faut en administrer à nouveau. Si non, il convient de l'administrer toutes les 10 minutes en cas d'absence d'amélioration ou si les conditions d'administration sont toujours présentes.

7.2 Utilisation de l'EpiPen^{MD} (0,15 mg et 0,30 mg)

Pour la vidéo : <https://www.epipen.ca/fr-ca/what-is-epipen/how-to-use-epipen>



© Pfizer, 2023

7.3 Utilisation de l'ALLERJECT® (0,15 mg et 0,30 mg)

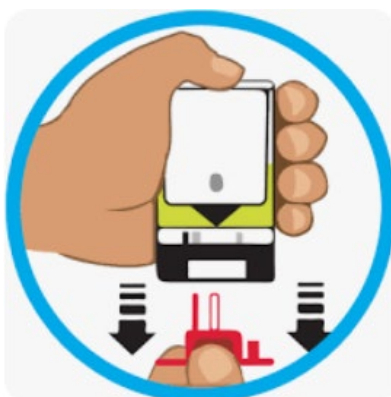
PRÉPARATION DE L'AUTO-INJECTEUR

L'ALLERJECT® est un auto-injecteur doté d'un système d'assistance vocale électronique qui guide la personne durant tout le processus d'injection. En voici les étapes d'utilisation :

1. Retirer l'ALLERJECT® de son étui



2. Retirer le dispositif de sécurité ROUGE. Le dispositif de sécurité est solidement inséré. Tirer fermement afin de le retirer.



Pour éviter une injection accidentelle de l'ALLERJECT®, il ne faut jamais toucher l'extrémité noire de l'auto-injecteur, là où sort l'aiguille.

3. Placer l'extrémité NOIRE contre le centre de la face externe de la cuisse (à

travers les vêtements, au besoin), appuyer fermement contre la cuisse et maintenir le dispositif en place pendant 5 secondes.



© Valeopharma, 2023

Remarque : Une fois l'auto-injecteur ALLERJECT® activé, il est normal d'entendre un clic et un sifflement. Ce son confirme que l'ALLERJECT® fonctionne correctement.

7.4 Programme en forêt – Spécificités

Historique

Le programme d'administration d'épinéphrine pour les travailleurs en forêt a été mis sur pied dans les années 1990, avant même les programmes des services préhospitaliers.

Ce programme, au moment de sa mise en place, a été encadré par les infirmières et les médecins de la santé du travail des équipes régionales de la santé publique, en association avec la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) (maintenant Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)). Le seul facteur causal pris en considération dans ce programme était la piqûre d'insecte.

Avec l'arrivée de la nouvelle réglementation, ce programme devait être harmonisé. Toutefois, le contexte particulier des travailleurs en forêt doit être pris en considération lorsque la formation est offerte à ces travailleurs.

Spécificités

Au cours des formations données aux travailleurs en forêt, on doit tenir compte des éléments suivants et les adapter en conséquence :

- La définition du « travailleur en forêt » est la suivante : le travailleur doit se trouver à plus de 30 minutes des services préhospitaliers d'urgence (SPU).
- Dans ce milieu, on demande aux travailleurs de ne pas porter de bijoux, donc ils risquent de ne pas avoir de bracelet de type « *MedicAlert* » sur eux. Ils sont aussi encouragés à informer leurs confrères de travail de leur condition médicale ou de leurs allergies, le cas échéant.
- Pour l'administration de l'épinéphrine, la cuisse doit être découverte. Comme les pantalons de ces travailleurs sont plus épais pour les protéger contre les blessures de scie mécanique ou de débroussailluse, il est difficile d'assurer que l'aiguille pénétrera jusqu'au muscle si l'auto-injecteur est administré à travers le pantalon.
- Pour l'appel aux SPU, les principes énoncés dans le guide d'évacuation et de transport des blessés en forêt doivent être suivis; l'appel au 9-1-1 ne doit pas être la façon de joindre les SPU.

7.5 Définitions

- **Angioœdème** : une réaction vasculaire qui implique les tissus sous-cutanés ainsi que les muqueuses, caractérisée par un œdème localisé. L'enflure est provoquée par l'augmentation de la perméabilité des capillaires.
- **Antigène** : substance, qui ne se trouve normalement pas dans l'organisme, capable de provoquer une réaction immunitaire.
- **Cyanose** : coloration bleutée de la peau (extrémités), de la langue ou des lèvres, résultant d'un manque d'oxygénation.
- **Diaphorèse** : sudation profuse froide.
- **Dysphonie** : perturbation de l'émission des sons et de la parole, liée à une atteinte des cordes vocales.
- **Dyspnée** : difficulté à respirer s'accompagnant d'une sensation de gêne et d'oppression, qui se traduit par une augmentation de la fréquence ou de l'amplitude des mouvements respiratoires.
- **Histamine** : amine naturelle que l'on trouve dans les mastocytes et d'autres cellules dispersées dans l'organisme et qui, une fois libérée, cause, entre autres, une dilatation capillaire et une contraction des muscles lisses.
- **Mucus** : sécrétion claire et visqueuse des glandes muqueuses ou des cellules caliciformes, constituée principalement de mucine, qui lui donne un aspect filant, de sels inorganiques et de leucocytes dissous dans l'eau.
- **Odynophagie** : douleur ressentie dans la bouche, la gorge ou l'œsophage lors de la déglutition.
- **Œdème palpébral** : enflure de la paupière.
- **Prurit** : démangeaison déplaisante vive et persistante sur la peau ou les muqueuses pouvant entraîner des lésions, lorsque le grattage est intense et prolongé.
- **Réaction biphasique** : réapparition des signes et des symptômes après la résolution de la crise.
- **Stridor** : bruit respiratoire (habituellement inspiratoire) strident généré par une obstruction partielle des voies respiratoires supérieures.
- **Syncope** : perte de conscience brutale, de courte durée et réversible, causée par une anoxie ou une ischémie cérébrale, et qui s'accompagne de pâleur extrême et parfois d'un arrêt respiratoire avec état de mort apparente.
- **Urticaire** : lésions cutanées migratoires, en plaques, généralement surélevées et pruritiques.
- **Respiration sifflante (*wheezing*)** : bruit respiratoire audible à l'oreille, qui est décrit comme étant un son aigu à tonalité musicale et est causé par la diminution de la lumière des bronchioles.

8 Références

- American Academy of allergy, asthma & immunology, *Anaphylaxis-a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis*. repéré le 7 février 2025 à <https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Professional%20Education/Podcasts/Anaphylaxis-2020-grade-document>
- Association Allergies Québec. *Connaissez-vous l'anaphylaxie induite par l'exercice ?* repéré le 7 février 2025 à <https://allergies-alimentaires.org/connaissez-vous-lanaphylaxie-induite-par-lexercice/>
- Cross-Canada *Anaphylaxis Registry (C-CARE): comparing rates, triggers, and management of anaphylaxis in a single centre emergency department (ED) over 4 years*, Ruiz, J. C. et al., *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 141, n° 2 (février 2018), p. 491-493.
(https://www.researchgate.net/publication/323137247_Cross-Canada_Anaphylaxis_Registry_C-CARE_comparing_rates_triggers_and_management_of_anaphylaxis_in_a_single_centre_emergency_department_ED_over_4_years)
- Dribin TE, Sampson HA, Camargo CA, Brousseau DC, Spergel JM, Neuman MI, et al. Persistent, refractory, and biphasic anaphylaxis: A multidisciplinary Delphi study. *J Allergy Clin Immunol*. nov 2020;146(5):1089-96. (à [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(20\)31174-X/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(20)31174-X/fulltext))
- Gabrielli S, Clarke A, Morris J, et al. *Evaluation of Prehospital Management in a Canadian Emergency Department Anaphylaxis Cohort*, *The journal of Emergency medicine* (Janvier 2020) [https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(19\)31114-X/abstract](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(19)31114-X/abstract)
- Gouvernement du Québec, Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence, L.R.Q. [2022], c. M -9, 2. 2.1, a. 3. repéré le 7 février 2025 à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%202.1%20/>
- Granbenhenrick, L.B and al., *Anaphylaxis in children and adolescents: The European Anaphylaxis Registry*. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* (avril 2016) [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(15\)02991-7/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(15)02991-7/fulltext)

Larouche, H., *Caractéristiques des réactions anaphylactiques biphasiques aux urgences : une étude rétrospective monocentrique*, (2022), HAL, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03700762>

Martinez-Escala M. E. et coll. *Temperature Thresholds in Assessment of Clinical Course of Acquired Cold Contact Urticaria: A Prospective Observational One-year Study*. Acta Derm Venereol, 2014 Epub ahead of print Jun 30, 2014. (<https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/5677>)

Muck, A. E. et al., *Six years of epinephrine digital injections: absence of significant local or systemic effects*, *Annals of Emergency Medicine*, vol. 56, no 3 (septembre 2010), p. 270-274. ([https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(10\)00154-X/abstract](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(10)00154-X/abstract))

Rudders, S and al. *Age-related differences in the clinical presentation of food-induced anaphylaxis*. The Journal of Pediatrics, (2011) [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(10\)00908-X/abstract](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(10)00908-X/abstract)

Science Direct, *Anaphylaxie alimentaire induite par l'exercice chez l'enfant : à propos de deux observations*, repéré le 7 février 2025 à <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877032013003552?via%3Dihub>

Autres ressources

- Allergies alimentaires, visité février 2025 : <https://allergies-alimentaires.org/>
- Maman pour la vie, visité février 2025 : <http://www.mamanpurlavie.com/collaborateurs/135-association-quebecoise-des-allergies-alimentaires-aqaa>
- Auto-injecteur Emerade^{MC}, visité février 2025 : <https://www.emerade.com/>
- EpiPen, visité février 2025 : <https://www.epipen.ca/fr-ca>

