

Titre	Initier l'administration de naloxone auprès d'une clientèle présentant des symptômes d'une surdose d'une substance opioïde		DSP-CCSMTL-IT-09
Référence à un protocole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Date d'entrée en vigueur : 28 juin 2016	Date de révision : 14 novembre 2017	
Situation clinique ou clientèle	Tout usager de 14 ans et plus faisant usage de drogues illicites présentant des signes compatibles avec une surdose d'une substance opioïde.		
Professionnel(s) autorisé(s)	Infirmières des directions cliniques suivantes du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal EXCLUANT les unités hospitalières appartenant à ces directions <ul style="list-style-type: none"> • Direction programme santé mentale et dépendance • Direction services professionnels - volet opérations • Direction programme jeunesse 		
Activité(s) réservée(s) de l'infirmière ou du professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique • Initier une mesure diagnostique et thérapeutique selon une ordonnance • Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance • Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques. 		
Médecin répondant	Médecin traitant ou médecin désigné (ex : pourrait être le médecin de garde, médecin superviseur, etc.) selon le fonctionnement du service.		

Indications

Altération de l'état de conscience, c'est-à-dire : stade 5 ou 6 sur échelle de sédation de Ramsay

ET

Dépression respiratoire, c'est-à-dire : fréquence respiratoire (FR) de 10 respirations/min ou moins

Échelle de sédation de Ramsay

- 1 Éveillé; agité, anxieux
- 2 Éveillé; coopérant, orienté et calme
- 3 Éveillé; répond toutefois seulement aux commandes
- 4 Endormi; réponse vive à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense
- 5 Endormi; réponse faible à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense**
- 6 Endormi; aucune réponse aux stimulations ci-haut mentionnées**

Contre-indications

Hypersensibilité à la naloxone ou à toute composante de la formulation

Protocole médical

En cas de suspicion d'une surdose aux opioïdes («nodding», usager semble endormi, respiration semble ralentie, etc.), procéder d'abord à l'évaluation de :

- **État de conscience** (niveau de sédation selon l'échelle de Ramsay)
 - Stimulation vigoureuse : s'il n'y a pas de réponse à la stimulation verbale, vous pouvez utiliser le « chest rub » (frottement du sternum avec les jointures d'une main)
- **Respiration** (FR, amplitude et rythme)
- **Pouls**

Si vomissements, convulsions ou respiration irrégulière → **Position latérale de sécurité (PLS)** et dégagement des voies respiratoires (installer une canule de Guedel ou trompette nasale au besoin, pour assurer la perméabilité des voies respiratoires si la personne ne peut assurer cette fonction par elle-même).

En présence d'une FR de 10 respirations/min ou moins ET d'un score de 5 ou 6 sur l'échelle de sédation de Ramsay :

1. Installer l'oxygène via ventimasque à 100% (si disponible dans le milieu clinique). **Si l'infirmière est seule**, elle doit installer l'oxygène (si disponible) et rapidement initier l'administration de naloxone si les conditions d'initiation (FR de 10 respirations/min ou moins ET un score de 5 ou 6 sur l'échelle de sédation de Ramsay) sont toujours présentes après avoir installé l'oxygène.
 - En absence de respiration : procéder à la ventilation avec un ballon insufflateur (ambu). **Si l'infirmière est seule**, elle doit d'abord initier l'administration de naloxone et procéder à l'appel au 911.
2. Si nécessaire, initier la réanimation cardio-respiratoire (RCR). **Si l'infirmière est seule**, elle doit d'abord procéder à l'administration de naloxone et à l'appel au 911 avant d'initier la RCR.
3. Administrer la première dose de **naloxone**¹.
 - Administrer **0,4 mg de naloxone IM**, sans dilution. Toujours administrer la naloxone le plus rapidement possible, c'est-à-dire AVANT de contacter le 911 (si l'infirmière est seule). Si une deuxième infirmière ou un intervenant se trouve aussi sur place, celui-ci peut contacter l'ambulance (à la demande de l'infirmière) en même temps que celle-ci prépare et injecte la naloxone.
4. Procéder à l'appel au **911**.
 - **Spécifique aux équipes des Services d'injection supervisée (SIS) et Urgence-dépendance du CRDM seulement** : selon la situation clinique, l'infirmière pourrait décider d'attendre quelques minutes et d'évaluer la réponse de l'usager à la première dose de naloxone avant d'appeler au 911. Cependant, si l'infirmière prend la décision de ne pas appeler une

¹ Information sur la naloxone :

- Début d'action SC ou IM = 2 à 5 min
- Pic d'action SC ou IM = 15 min
- Durée d'action = environ 30 à 120 minutes selon la voie d'administration et puisque la naloxone a une durée d'action plus courte que la plupart des substances opioïdes, il est habituel de devoir répéter les doses

ambulance, parce que les paramètres cliniques de l'utilisateur ne le requièrent plus, l'utilisateur doit quand même rester sur place pour une durée de minimum 2 heures (se référer aux **Directives post-éveil** ci-dessous).

5. S'il n'y a pas de pouls, débiter les compressions de la **RCR**. En absence de respiration, procéder à la ventilation par **ambu**.
6. Si nécessaire, administrer les doses subséquentes de **naloxone**.
 - Si le score sur l'échelle de sédation de Ramsay est de 5 ou 6 **ET** que la FR est de 10 respirations/min ou moins : continuer l'administration de la **naloxone 0,4 mg IM** aux 3 minutes jusqu'à un maximum de 10 mg (MAX : 25 doses).
7. Cesser l'administration de naloxone lorsqu'il y a retour d'une FR à 11 respirations/min ou plus à **l'air ambiant**. Si l'utilisateur est sous oxygène, il faut tenter de sevrer l'oxygène pour voir si la FR diminuera à l'air ambiant avant de décider de cesser l'administration de naloxone. C'est le paramètre de la FR qui prime sur la saturation en oxygène (SpO₂) pour décider de cesser l'administration de naloxone.
8. **Assurer la surveillance de l'utilisateur** et monitorer la capacité de l'utilisateur à s'oxygéner et se ventiler (FR et SpO₂) jusqu'à l'arrivée des ambulanciers.
9. Cesser l'oxygène lorsque :
 - FR à 11 respirations/min ou plus
ET
 - État de conscience : score de 4, 3, 2 ou 1 sur l'échelle de sédation de Ramsay
ET
 - SpO₂ est supérieure à 92% à **l'air ambiant** (vérifiée lors du sevrage en oxygène)

10. DIRECTIVES POST-ÉVEIL DE L'USAGER

Lorsque l'utilisateur recouvre une FR à 11 respirations/min ou plus et un score de 4, 3, 2 ou 1 sur l'échelle de sédation de Ramsay, l'infirmière :

- Informe l'utilisateur des interventions qui ont été faites et du contexte qui a amené cette intervention (« *Vous avez fait une OD (overdose) et nous étions en train de vous perdre. Je vous ai administré un antidote aux drogues que vous avez consommées* »).
- Sauf pour SIS et Urgence-dépendance du CRDM : Informe l'utilisateur que l'ambulance a été appelée et qu'il sera reconduit en salle d'urgence pour prévenir une rechute de surdose^A. **Advenant un refus du transport ambulancier par l'utilisateur : suivre les directives de l'annexe.**
- Spécifique pour les SIS et Urgence-dépendance du CRDM : l'infirmière recommande le transport à l'urgence. Si l'utilisateur refuse, offrir une surveillance sur place (minimum 2 heures^B) selon le contexte et la capacité du milieu clinique : fermeture prochaine du SIS, équipement, espace et personnel disponible sur place, etc. Dans l'impossibilité de répondre à l'un des éléments, l'infirmière doit assurer le transfert de l'utilisateur en milieu hospitalier^A. **Advenant un refus du transport ambulancier par l'utilisateur : suivre les directives de l'annexe.**
 - **Avant de cesser une surveillance clinique et de laisser l'utilisateur quitter, les paramètres cliniques et signes vitaux (saturométrie, pouls, respiration, pression artérielle) doivent avoir été évalués à l'air ambiant.** Si l'utilisateur retombe en surdose, administrer une 2^e dose de naloxone et se référer aux étapes du protocole médical.

- Avise l'utilisateur qu'il est impératif de ne pas consommer d'alcool, de benzodiazépines ou d'opioïdes ou tout autre sédatif (prescrits ou non) pour les 6 prochaines heures.

^A Si les ambulanciers dépêchés sur place ne sont pas habilités à administrer de la naloxone, l'infirmière déterminera avec ces derniers de la pertinence de les accompagner jusqu'au centre hospitalier.

^B Une surveillance de 2 heures suite à la dernière dose permet de s'assurer que la personne ne fera pas une récurrence de surdose seule. Si la surdose est due à un opioïde de longue action, comme la méthadone ou un opioïde de longue action par voie orale, la surveillance devrait être plus longue (environ 9 heures) et en salle d'urgence puisque l'absorption d'un tel opioïde se fait sur une plus longue période, soit en moyenne 3,2 heures.

11. Documenter ses interventions dans les notes de l'infirmière ou dans le formulaire dédié à cet effet :

- Date et heure de l'application de l'ordonnance collective
- Évaluation avant le traitement : état de conscience, respiration, pouls et autres informations pertinentes
- Médication reçue et nombre de doses de naloxone
- Autres interventions nécessaires : oxygène, RCR, ventilation, etc.
- État de l'utilisateur à son départ pour le centre hospitalier
- Heure du transfert en centre hospitalier, le cas échéant (et remettre une copie des données pertinentes au dossier de l'utilisateur aux paramédicaux)
- Toute intervention ou information transmise à l'utilisateur en cas de refus

Limites ou situations exigeant une consultation médicale obligatoire

Détérioration de l'utilisateur avant que celui-ci ne soit pris en charge par les services ambulanciers.

Outils de références et sources

Boyer, E.W. *Management of Opioid Analgesic Overdose*, New English Journal of Medicine, 367 (2). p. 146-155.

Bulletin d'information toxicologique(2012). Vol 28, numéro 4, p. 35-36.

CPS. Compendium of Pharmaceuticals and Specialties, site consulté en 2014.

CSSS Jeanne-Mance (2011). Politique sur le consentement aux soins et aux services.

Guide de pratique des ambulanciers de l'état de Victoria en Australie, site consulté en décembre 2014 disponible à l'adresse :

<http://www.ambulance.vic.gov.au/media/docs/Adult%20CPG%20wm-a01f0e1e-4fc0-405c-bc83-3136adf4a723-0.pdf>

INESSS (2017). Initier la naloxone pour le traitement d'une surdose aux opioïdes. Modèle d'ordonnance collective nationale à l'intention des pharmaciens communautaires.

Insite (2013). Policy and Procedure Manual. Supervised Injection Site. Mars 2013.

OMS (2011). IMAI (Integrated Management of Adolescent and Adult Illness) District Clinician Manual: guidelines for the management of illnesses with limited-resources, p. 40 et p. 146.

OMS (2011) Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, p. 66.

OMS (2014) Community management of opioid overdose, p. 14.

Rudolph, S.S., et al (2011). *Prehospital treatment of opioid overdose in Copenhagen – Is it safe to discharge on-scene?* Resuscitation, No 82, p. 1414-1418.

Up to Date Acute opioid intoxication in adults, consultation de la fiche le 2014-12-30.

Up to Date Naloxone - Drug information, consultation de la fiche le 2014-12-30.

Vilke, G.M., et al(2003). *Assessment for Deaths in Out-of-hospital Heroin Overdose Patients Treated with Naloxone Who Refuse Transport*, ACAD EMERG MED. Vol. 10, No. 8, p. 893-896 , www.aemj.org.

Vilke, G.M., et al (1999) *Are heroin overdose deaths related to patient release after prehospital treatment with naloxone*. Prehospital Emergency Care. Vol 3 No 3, p. 183-186.

Wampler, D.A., et al. (2011). *No deaths associated with patient refusal of transport after naloxone-reversed opioid overdose*, Prehospital Emergency Care. Vol 15 No 3, p. 320-324.

Annexe : Procédure en cas de refus du transport ambulancier*

Après avoir **expliqué** à l'utilisateur les risques de récurrences et l'importance d'être transféré à l'hôpital pour une surveillance de son état, **l'infirmière s'assure de la capacité de l'utilisateur à refuser** les services et le transport ambulancier de façon éclairée par les réponses obtenues de l'utilisateur.

	OUI	NON
L'utilisateur est orienté dans le temps et l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'utilisateur communique sa compréhension de la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'utilisateur communique sa capacité à se prendre en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Advenant la situation où l'utilisateur répond négativement à au moins l'une des questions ci-dessus, l'infirmière lui réitère la responsabilité de l'équipe de le surveiller. Elle tient également compte de l'état de l'utilisateur à son arrivée.

Elle offre qu'il demeure sur place ou propose des alternatives visant à le garder en sécurité :

- Rester dans la salle d'attente ou salle de répit en SIS ou une pièce où il peut être surveillé pour une période de minimum 2 heures lorsque possible (option à prioriser)
- Rester à proximité du service en compagnie d'un membre du personnel lorsque possible ou, en SIS, demeurer avec un pair aidant.
- Demander à l'utilisateur d'appeler quelqu'un de confiance qui restera en sa compagnie pour au moins les deux prochaines heures
- Recommander qu'il reste dans un lieu public advenant qu'il souhaite qu'il souhaite quitter seul

Si malgré les tentatives de l'infirmière d'utiliser **l'ensemble des moyens** à sa disposition, l'utilisateur veut quitter avant l'arrivée de l'ambulance et refuse l'une des options proposées ci-dessus :


L'infirmière évalue si l'utilisateur présente des risques graves (danger pour lui-même en raison d'une détérioration prévisible de son état clinique). Au besoin, elle peut faire appel à l'équipe *Urgence Psychosociale* (UPS) pour du soutien dans sa décision ou pour l'accompagnement à l'assistance hospitalière.

Si la réponse est oui au niveau des risques graves et que l'infirmière doute de la capacité de l'utilisateur à refuser des soins, elle communique avec le service de police. Elle fournit les informations essentielles pour que l'utilisateur obtienne l'aide requise (ex : nom, description physique, etc.).

L'infirmière notera alors au dossier, la raison précise de la demande d'assistance policière, le ou les services refusés (transport ambulancier, surveillance) de même que les interventions associées (conseils en lien avec sa situation clinique).

*Inspiré du *Rapport d'intervention pré hospitalière AS-803(P)* du gouvernement du Québec

PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR

Élaboration de la version actuelle (identification du ou des médecins impliqué(s) et des personnes responsables, le cas échéant)	Dre Carole Morissette, chef médicale du secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses Anne-Marie Denault, conseillère-cadre en soins infirmiers, DSI-Pratiques professionnelles Nicolas Hamel, conseiller en soins infirmiers, DRSP Laurie Mercure, Chef de service, Partenariats intégrés, pratiques préventives et équité en santé, Coordination de santé publique, CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal Dre Sarah-Amélie Mercure, responsable médicale du Service ITSS et réduction des méfaits, DRSP Septembre 2017		
Validation de la version actuelle (identification du ou des médecins impliqué(s) et des personnes responsables, le cas échéant)	Dre Marie-Ève Goyer, chef de service en itinérance et médecine de proximité Mme Geneviève Frenette, DSI adjointe-volet pratiques professionnelles Date : septembre 2017		
Approbation de la version actuelle par le représentant du CMDP de l'établissement			
Nom :	Lajeunesse	Prénom :	Julie
Signature :		Date :	2017-11-14
Révision			
Date d'entrée en vigueur			
Date de la dernière révision (si applicable)			
Date prévue de la prochaine révision			
Signature du médecin répondant (si applicable)			
* Le nom du médecin prescripteur à inscrire sur le formulaire de liaison est le même que le nom du médecin répondant.			
Signature :		Date :	