

RÈGLE UTILISATION	N° [RU-CEMTE-00261]
TITRE [Médication : Naloxone intranasale]	Date d'entrée en vigueur : Avril 2019
	Date de la dernière révision : N/A
	Date prévue de la prochaine révision : Avril 2022
SOMMAIRE N/A	Référence à (cocher) -outil d'administration : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ÉTABLISSEMENT(S) VISÉ(S)

- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

INSTALLATION(S) VISÉE(S)

- Toutes les installations
- HMR HSCO IUSMM
 LT PDI SLSM
 CPMCS

IMPORTANT : Cette règle d'utilisation ne trouve pas application dans une installation du CIUSSS où une équipe de réanimation cardio-respiratoire (équipe de code) est déployée et disponible.

✓ Dans une telle situation, la procédure habituelle d'appel du code s'applique.

SECTEUR(S) D'ACTIVITÉ VISÉ(S)

- Tous les secteurs d'activités.

PERSONNE(S) HABILITÉ(S)

- Toute personne qui œuvre dans l'établissement ayant idéalement fait l'apprentissage pratique, des cinq étapes de l'administration de la naloxone par voie intranasale (annexe 1), en cas de possible surdose aux opioïdes ou à des drogues.

CLIENTÈLE(S) VISÉE(S)

- Toute personne âgée de 14 ans et plus qui a pu consommer des opioïdes ou des drogues.

CONDITION(S) D'INITIATION

- Absence de réaction au bruit ou à la douleur et respiration difficile, ronflante ou absente.

CONTRE-INDICATION(S)

- Personne âgée de moins de 14 ans à moins que l'Établissement ait adopté et mis en place un protocole pédiatrique d'intervention;
- Hypersensibilité ou allergie médicamenteuse connue à la naloxone.

MÉTHODE(S) ET PROCÉDURE(S)

- La personne habilitée initie et répète l'administration de la naloxone tel que le prévoit l'annexe 1.

LIMITE(S) OU SITUATION(S) EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

- Cette règle d'utilisation ne trouve pas application dans une installation de l'Établissement de santé et de services sociaux où une équipe de réanimation cardio-respiratoire (équipe de code) est déployée et disponible.
 - ✓ Dans une telle situation, la procédure habituelle d'appel du code s'applique.

INSCRIPTION AU DOSSIER

- Obligatoire
- L'intervenant doit compléter le formulaire de suivi à l'annexe 2 et le transmettre
 - ✓ aux services pré hospitaliers (ambulanciers) pour que le tout soit déposé au dossier de l'utilisateur lors de sa prise en charge.
 - ✓ à la coordination des activités de santé publique tel qu'indiqué sur le formulaire.

OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Collège des médecins du Québec. Loi médicale. Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence. L.R.Q. c. M-9, a-3; L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. h)
- Adaptée de la règle d'utilisation : Direction de la santé publique. MSSS. Juin 2018. Règle d'utilisation du médicament : Naloxone.
- Correspondance du Collège des médecins du Québec. Juin 2018. « Démocratisation de l'administration de la naloxone en contexte de surdose des opioïdes. »

ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE

Rédigée par : Martin Franco, pharmacien chef adjoint du département de pharmacie

En collaboration avec : Jude Goulet, pharmacien chef du département de pharmacie

Révisée par : N/A

Validation de la version actuelle:

- Comité exécutif du Conseil des Infirmières et infirmiers
- Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire
- Comité consultatif ordonnances et protocoles
 - ✓ Philippe Bouchard, pharmacien, coordonnateur pratiques collaboratives et accès, DSP;
 - ✓ Martin Franco, chef adjoint du département de pharmacie, DSP, président du comité des pratiques professionnelles, responsable du Comité des Ordonnances et des Protocoles;
 - ✓ Teresa Ronci, chef de service intérimaire, développement de l'expertise infirmière en santé physique, DSI;
 - ✓ Nesrine Ragguem, conseillère cadre en nutrition clinique, DSM;
 - ✓ Mélissa Lalonde, chef de service au développement de l'expertise infirmière, DSI.

APPROBATION

Directrice des services professionnels Dre Martine Leblanc	Date
Directrice programme jeunesse et activités de santé publique Julie Provencher	Date
Directeur adjoint – volet des pratiques professionnelles, DSM Luc Legris	Date
Officier aux pratiques professionnelles d'excellence, DSP Chef adjoint du département de pharmacie responsable du Comité des Ordonnances et des Protocoles Martin Franco	Date
Présidente du Conseil des Infirmières et infirmiers (CII) Monique Nguyen	Date
Président du Conseil Multidisciplinaire (CM) Guy Jolicoeur	Date
Président du CMDP Dr J. André Luyet	Date
Président directeur général Secrétaire du conseil d'administration Sylvain Lemieux	Date

CONSERVATION DU DOCUMENT

- Version originale et signée disponible au département de pharmacie du CEMTL – inst. Maisonneuve-Rosemont.

ANNEXE 1

(Administration de la naloxone par voie nasale)



Administration de la naloxone
par voie nasale

POSSIBLE SURDOSE D'OPIOÏDES : QUOI FAIRE

La personne a pu consommer des drogues ou des médicaments
et elle présente les signes suivants :

RECONNAITRE UNE POSSIBLE SURDOSE



Absence de réaction
au bruit ou à la douleur



Respiration difficile,
ronflante ou absente

La personne semble inconsciente

1 TENTEZ DE LA FAIRE RÉAGIR PAR LE BRUIT OU LA DOULEUR



CRIEZ son nom
PARLEZ-LUI fort

FROTTEZ le centre de sa poitrine
(sternum) avec force

Elle ne réagit pas

2 APPELEZ OU FAITES APPELER **911**

SI VOUS ÊTES SEUL(E) ET SANS TÉLÉPHONE :

- Administrez une dose de naloxone
- Faites des compressions thoraciques pendant 2 min.
- Placez la personne sur le côté
- Allez appeler le 911 et suivez leurs instructions



Elle ne réagit pas

3 ADMINISTREZ UNE DOSE DE NALOXONE

A Placez la personne sur le **dos**.
Inclinez sa tête vers l'arrière
en supportant son cou.



B Retirez le vaporisateur
de l'emballage :
ne le testez pas !

TENEZ-LE
de cette façon



C Insérez le bout dans
une narine. Appuyez
fermement
avec
votre
pouce.



Elle ne réagit pas

4 FAITES SANS TARDER DES COMPRESSIIONS THORACIQUES



FAITES 2 compressions
par seconde de 5 cm
de profondeur

ou **COMMENCEZ** la RCR
si formé(e), en utilisant
le masque barrière

Elle ne réagit pas 3 min. après l'administration

5 ADMINISTREZ UNE AUTRE DOSE DE NALOXONE DANS L'AUTRE NARINE



RÉPÉTEZ LES ÉTAPES 4 ET 5
tant que la personne ne réagit pas



Vous n'avez plus de naloxone?
Continuez les compressions
thoraciques ou la RCR jusqu'à
l'arrivée des secours

SI LA PERSONNE SE RÉVEILLE...

Placez-la sur le côté : expliquez-lui ce qui vient de se passer et parlez-lui de l'importance d'être vue par un professionnel de la santé. Après une surdose, les risques d'en refaire une autre sont élevés car la naloxone agit seulement sur une courte période de temps.

Dites-lui qu'elle ne devrait pas consommer d'opioïdes dans les heures qui suivent pour éviter une autre surdose.

Demeurez avec elle en attendant les secours. La loi sur les bons samaritains apporte une protection pour les témoins ou victimes de surdose.





- Conserver la naloxone à une température modérée et la protéger de la lumière
- Vérifier la date d'expiration
- Laisser le vaporisateur dans sa boîte jusqu'à son utilisation

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux
Québec

Mars 2018

ANNEXE 2

(Formulaire de suivi suite à l'utilisation de la naloxone)

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de- l'Île-de-Montréal</p> <p>Québec</p> 	<input type="checkbox"/> HMR <input type="checkbox"/> HSCO <input type="checkbox"/> IUSMM <input type="checkbox"/> CPMCS	<input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> PDI <input type="checkbox"/> SLSM	Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date de naissance : _____ RAMQ : _____ Téléphone : _____
	 * 0 P 0 0 2 6 1 *		

**FORMULAIRE DE SUIVI SUITE À L'UTILISATION DE LA NALOXONE
[RU-CEMTL-00261] - [Médication : Naloxone intranasale]**

IDENTIFICATION	UTILISATION DE LA NALOXONE
Nom de l'intervenant : _____ No. de matricule/titre : _____ No. de dossier de l'utilisateur : _____ Si autre que l'utilisateur, spécifiez le lien avec celui-ci : <input type="checkbox"/> Conjoint/Conjointe <input type="checkbox"/> Enfant de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Voisin(e) <input type="checkbox"/> Inconnu(e) <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____	La naloxone que vous avez utilisé provenait de : <input type="checkbox"/> Établissement <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Pharmacie communautaire <input type="checkbox"/> Organisme communautaire : _____ <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____ Indiquez le nombre de dose administrée : _____ Après avoir reçu de la naloxone la personne : <ul style="list-style-type: none"> a eu des symptômes de sevrage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels : _____ est devenue agressive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DESCRIPTION DE LA SURDOSE	RÉSULTAT FINAL DE LA SURDOSE
Où la surdose s'est-elle produite ? <input type="checkbox"/> Au domicile de la personne <input type="checkbox"/> Dans un lieu public intérieur (métro, toilette, etc.) <input type="checkbox"/> Dans un lieu public extérieur (ruelle, parc, etc.) <input type="checkbox"/> Dans un squat <input type="checkbox"/> Dans une maison, appartement, hôtel, etc. <input type="checkbox"/> Autre : _____ Quels signes vous ont fait penser qu'il s'agissait d'une surdose? (cocher tout ce qui s'applique) <input type="checkbox"/> Était devenue bleue <input type="checkbox"/> Ne répondait pas quand on lui parlait <input type="checkbox"/> Ne réagissait pas à la douleur <input type="checkbox"/> Ne se réveillait pas <input type="checkbox"/> Ne respirait pas <input type="checkbox"/> Autre : _____ Selon vous, quelles substances ont été consommées avant la surdose? (cocher tout ce qui s'applique) <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Médicaments opioïdes en comprimés ou capsules ou injectable (Dilaudid ^{MD} , Hydromorph Contin ^{MD} , morphine, oxycodone, OxyNeo ^{MD} , OxyContin ^{MD} , fentanyl...) <input type="checkbox"/> Médicaments opioïdes en timbre (fentanyl,...) <input type="checkbox"/> Benzodiazépines <input type="checkbox"/> Cocaïne ou crack <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/> Speed <input type="checkbox"/> Crystal Meth <input type="checkbox"/> Méthadone <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Je l'ignore Est-ce que la personne s'était injectée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je l'ignore Est-ce que la personne avait une trousse en sa possession? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment était la personne finalement? <input type="checkbox"/> Elle s'est réveillée après l'administration de la naloxone <input type="checkbox"/> Elle s'est réveillée avec l'intervention des ambulanciers/pompiers <input type="checkbox"/> Les ambulanciers sont intervenus, mais je ne sais pas ce qui est arrivé après <input type="checkbox"/> Elle est décédée <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je suis parti(e) <input type="checkbox"/> Autre : _____
AUTRES INTERVENTIONS EFFECTUÉES	
Est-ce que le 911 a été appelé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pourquoi? _____ Si oui, est-ce que la personne est partie en ambulance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, elle a refusé <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je suis parti(e) Et est-ce que les pompiers/policiers sont venus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je suis parti(e) Avez-vous fait des compressions thoraciques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avez-vous fait la bouche à bouche (des insufflations)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
EXPÉRIENCE AVEC LA NALOXONE	
Est-ce que c'était la première fois que vous administriez la naloxone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, spécifiez : _____ Avez-vous suivi l'enseignement donné par l'INESSS sur l'administration de la naloxone? <input type="checkbox"/> Oui, quand? _____ <input type="checkbox"/> Non Si oui, comment cet enseignement vous a préparé l'administration de la naloxone ? <input type="checkbox"/> Très bien préparé <input type="checkbox"/> Bien préparé <input type="checkbox"/> Peu préparé <input type="checkbox"/> Pas préparé Qu'est-ce qui manquait? _____	
COMMENTAIRES	TRANSMISSION DU FORMULAIRE
	Coordination des activités de santé publique Courriel : declarationnaloxone.cemtl@ssss.gouv.qc.ca Courrier interne : Coordination des activités de santé publique

ANNEXE 4

(Fiche de déclaration d'utilisation de la naloxone)



* 0 P 0 0 2 6 1 *

FICHE DE DÉCLARATION D'UTILISATION DE LA NALOXONE

Transmettre à la santé publique du CIUSSS-de-l'Est-de-l'Île-de-Montréal : declaration.naloxone.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Identification du déclarant		
Nom :		Fonction :
Direction/programme-service :		Téléphone :
Identification de la victime de la surdose		
Remplir cette section SI : • la personne accepte d'être contactée par un professionnel de la direction de santé publique pour donner plus de détails Les informations recueillies seront traitées de manière confidentielle.		
Nom :		Prénom :
Date de naissance :	Année Mois Jour	Téléphone :
Description de l'événement		
Date de la surdose :	Année Mois Jour	Heure approximative : Format 24 h
Lieu de la surdose : <input type="checkbox"/> Résidence privée <input type="checkbox"/> Lieu public intérieur <input type="checkbox"/> Lieu public extérieur <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Ville/Quartier : _____		
La victime a consommé : <input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> En présence d'autres personnes <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si consommation en présence d'autres personnes, combien ont fait une surdose? _____ → Remplir une fiche par personne		
Description de la victime et des symptômes		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Âge : _____ Ville de résidence : _____		
Symptômes : <input type="checkbox"/> Détresse respiratoire <input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience <input type="checkbox"/> Contraction des pupilles <input type="checkbox"/> Coloration bleutée de la peau <input type="checkbox"/> Arrêt cardio-respiratoire <input type="checkbox"/> Sudation excessive <input type="checkbox"/> Hyperthermie <input type="checkbox"/> Palpitations cardiaques <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Autres : _____		
Est-ce que la personne est décédée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Description des produits que la personne présume avoir consommé		
Produit, forme, apparence, emballage (ex. : cocaïne en poudre, blanche, sachet avec logo X)	Mode de consommation (ex. : avalé, fumé, injecté)	Provenance (ville, quartier, Web, autre)
Souhaitez-vous discuter davantage si une ou des particularités sont associées à cette situation ? (préoccupations, enjeux, pistes d'amélioration ...) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser : _____		
Description des interventions		
Administration de naloxone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Si oui, par qui? <input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Pair <input type="checkbox"/> Intervenant communautaire <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Si oui, indiquez le nombre de dose administrée : _____		
Si oui, réponse à la naloxone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Si oui, comment a réagit la personne suite à l'administration de la naloxone ? <input type="checkbox"/> Elle s'est réveillée après l'administration de naloxone <input type="checkbox"/> Elle s'est réveillée avec l'intervention des ambulanciers/pompiers <input type="checkbox"/> Elle est décédée <input type="checkbox"/> Je ne sais pas ce qui est arrivé après <input type="checkbox"/>		
Autre : _____		
Présence/intervention des premiers répondants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Présence/intervention des ambulanciers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Si transport, vers quel hôpital? : _____		
Présence/intervention des policiers? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Section réservée à l'usage de la direction de santé publique		
Date de réception du signalement à la DSP : Année Mois Jour		

Confidentialité des données

Le déclarant (professionnel de la santé) s'engage auprès de la personne qui fournit l'information (victime, témoin, autre) à collecter et à transmettre toutes les informations reçues de manière confidentielle.
La direction de santé publique s'engage à traiter toutes les informations de manière confidentielle. La fiche sera reçue par un télécopieur confidentiel dans les locaux de la direction de santé publique. Aucune donnée permettant d'identifier la victime ou les témoins de la surdose ne sera transmise à un partenaire externe.

Notes explicatives

Qui signale?

Cette fiche est destinée à une utilisation par les infirmières et les inhalothérapeutes (application de l'ordonnance collective) et les autres professionnels ciblés (application de la règle d'utilisation du naloxone)

Si vous êtes un intervenant en milieu communautaire, vous êtes invité à utiliser la fiche de signalement qui a été développée spécifiquement pour les milieux communautaires.

Quoi signaler?

La fiche doit être utilisée lorsque le professionnel de la santé croit que la situation est préoccupante, parce que :

- un nombre élevé de personnes a subi une surdose dans une courte période de temps, ou;
- les symptômes de la surdose sont particulièrement sévères, ou;
- les circonstances sont inhabituelles.

La fiche doit également être utilisée lorsque la Direction de santé publique sollicite les signalements de surdose en raison d'une situation particulière (enquête épidémiologique ou autre).

Signalement à transmettre à : declaration.naloxone.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Précisions sur les sections à remplir

Bien qu'il ne soit pas obligatoire de remplir toutes les sections de la fiche, il est fortement encouragé de transmettre un maximum d'informations. Les éléments particulièrement importants à documenter sont la date de la surdose, le lieu de la surdose et la description des produits consommés.

Date et lieu de la surdose

Les informations sur la date et le lieu de la surdose peuvent permettre de déterminer si une éclosion de surdoses est en cours. Des détails supplémentaires pour mieux situer géographiquement le lieu de la surdose peuvent être utiles si la victime ou le témoin accepte de les fournir (ex. : intersection, lieu public connu).

Produits consommés, formes, apparences et emballages

Il est important de recueillir des informations sur tous les produits consommés avant la surdose, pas seulement sur celui qui aurait causé la surdose d'après la victime ou le témoin. Si possible, noter des détails supplémentaires sur le produit et son emballage (ex. : format, couleur, logo, signes distinctifs).

Autres informations pertinentes

Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire pour communiquer toute information additionnelle qui pourrait aider à mieux documenter et comprendre la situation.

Besoin de Soutien : Coordination de la santé publique de l'organisation du CIUSSS.