**1- Ordonnance collective - ADMINISTRATION DE NALOXONE**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Référence à un protocole**Oui [ ]  Non [x]   | **Date d’entrée en vigueur**\_\_\_\_\_\_\_2016 | **Date de révision prévue**\_\_\_\_\_\_\_ 2018 |
| **Professionnels habilités à exécuter l’ordonnance**Infirmières  |
| **Secteurs d’activité visés**Tous les secteurs d’activité où un service est offert à la clientèle visée : services courants, clinique itinérance, travail de proximité dans un organisme communautaire, travail de rue, etc. |
| **Clientèle visée**Toute personne présentant des signes de surdoses suite à la consommation de drogues opioïdes. |
| **Activité réservée*** 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
 |
| **Indications / Conditions d’application de l’ordonnance selon les directives de la page suivante** | En présence des signes suivants d’une surdose liée à une consommation d’opioïdes :* **Altération de l’état de conscience** (ex. : endormi, « noding »)
* **Dépression respiratoire** (ex. : respiration ralentie, irrégulière, ronflement, pâleur)
 |
| **Contre-indications** | Allergie ou hypersensibilité connue au chlorhydrate de naloxone ou à un composant non-médicinal de la préparation (méthylparabène ou propylparabène) |
| **Information sur le produit** | * Début d’action SC ou IM = 2 à 5 min
* Pic d’action SC ou IM = 15 min
* Durée d’action : 20 à 90 min (moyenne de 64 min, selon la voie d’administration et le métabolisme individuel d’élimination)
 |
| **Limite / Orientation vers le médecin** | Allergie connue à la naloxone |
| **Directives**L’infirmière procède à l’**évaluation de :*** **l’état de conscience - niveau de sédation selon l’échelle de Ramsay**
* **la respiration - fréquence respiratoire (FR), amplitude et rythme**
* **le pouls**

**Échelle de sédation de Ramsay**1. Éveillé; agité, anxieux
2. Éveillé; coopérant, orienté et calme
3. Éveillé; réponds 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

En présence d’une **FR** **< 10** ETd’un score à l’**échelle de sédation > à 5 :**1. **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)
2. Si vomissements, convulsions ou respiration irrégulière 🡪 **Position latérale de sécurité (PLS)** et dégagement des voies respiratoires (installer une guédelle au besoin, pour assurer la perméabilité des voies respiratoires si la personne ne peut assurer cette fonction par elle-même)
3. **Oxygène** via ventimasque à 100%, si disponible ou ventilation avec ambu s’il y a absence de respiration
4. Administration de la première dose de naloxone
* Administrer **0,4 mg de naloxone IM**, sans dilution supplémentaire
1. Appel au **911**, (du point 5 au point 3 dans la séquence si l’infirmière est seule pour intervenir)
2. S’il n’y a pas de pouls, débuter les compressions de la **RCR**
3. Administration de doses subséquentes de naloxone

S’il n’y a pas de réponse ou d’amélioration :* Continuer l’administration de la naloxone 0,4 mg IM q 3 minutes jusqu’à un maximum de 10 mg. (MAX : 25 doses)
* Cesser lorsqu’il y a retour à une sédation < à 4 sur l’échelle de Ramsay et une FR > 10
1. Surveillance jusqu’à l’arrivée des ambulanciers.
2. Cesser l’oxygène lorsque la SpO2 > 92% et une échelle de sédation < à 4

**Résumé des directives**Voir l’algorithme en annexe A |
| **Directives post-éveil de l’usager :** Lorsque l’usager recouvre une FR > 10 et un niveau de sédation égal ou inférieur à 4 sur l’échelle de Ramsay, l’infirmière :* Assure un monitorage de la capacité de l’usager à s’oxygéner et se ventiler (FR et SpO2)
* Informe l’usager des interventions qui ont été faites et du contexte qui a amené cette intervention A
* Avise l’usager qu’il est impératif de ne pas consommer d’alcool, de benzodiazépines ou d’opioïdes (prescrits ou non) pour les 6 prochaines heures
* Informe l’usager que l’ambulance a été appelée et qu’il sera reconduit en salle d’urgence pour prévenir une récidive de surdose (observation pour +/- 2 heures) B

A  « 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 consommé »B Si les ambulanciers dépêchés sur place ne sont pas habiletés à l’administration de la naloxone, l’infirmière déterminera avec ces derniers de la pertinence de les accompagner jusqu’au centre hospitalier **Directives advenant un refus de transport ambulancier :** * Assurer une surveillance de 2 heures sur place C
* Si l’usager insiste pour quitter contre votre avis, lui ré-indiquer les risques d’une récidive de surdose, s’assurer qu’il comprend bien ce que vous lui dites D, et documenter à son dossier

C Une surveillance de 2 heures suite à la dernière dose permet de s’assurer que la personne ne fera pas une récidive de surdose. Si la surdose est due à un opioïde de longue action, comme la méthadone, 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.D Voir l’annexe B pour guider votre intervention |
| **Médecin signataire de l’ordonnance collective**Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, MD, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Médecin répondant**Pour toute question concernant l’application de cette ordonnance collective, appelez le médecin de garde du CISSS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au 514 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Pour toute situation d’**urgence**, appelez le **911**. |
| **Processus de rédaction et de consultation**Cette ordonnance collective a été rédigée par la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-sud-de-Montréal, en consultation avec les Directions des soins infirmiers du CIUSSS-CSMTL et du CIUSSS de-l’Est-de-Montréal. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, M.D. No permis : \_-\_\_\_\_-\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Directeur des services professionnels du CISSS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cette ordonnance est disponible sur le site Internet du Directeur de santé publique de Montréal au [www.dsp.santemontreal.qc.ca/naloxone](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/naloxone)

## Annexe A : Algorithme d’intervention



## Annexe B : Procédure en cas de refus de services\*

Après avoir expliqué à l’usager les risques de récidives et l’importance d’un monitorage pour une période d’au moins 2 heures, l’infirmière peut s’assurer de l’aptitude de l’usager à refuser les services et le transport ambulancier de façon éclairée par les réponses obtenues de l’usager.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| L’usager est orienté dans le temps et l’espace |  |  |
| L’usager communique sa compréhension de la situation |  |  |
| L’usager communique sa capacité à se prendre en charge |  |  |
| L’usager ne sera pas seul dans les prochaines heures |  |  |

 « En toute connaissance de cause et après avoir été informé par l’infirmière des risques en lien avec ma situation et des services qui me sont offerts, je refuse d’être transporté à l’hôpital ou de recevoir les services énumérés ci-après. En conséquence de mon choix, j’assume l’entière responsabilité de mon choix et dégage le personnel soignant du CISSS \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de toute responsabilité à cet égard pour l’ensemble des dommages découlant directement ou indirectement de ce refus. »

|  |  |
| --- | --- |
| SERVICE(S) REFUSÉ(S) | RAISON(S), CIRCONSTANCE(S) |
|  Traitement (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  Surveillance en salle d’urgence proposée |
|  Transport ambulancier |  Refus de tout conseil d’usage |
|  Surveillance sur place d’une éventuelle récidive |  Refus de signer ce formulaire |

Signature de l’usager : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : (aaaa)-(mm)-(j j)

**ASSISTANCE POLICIÈRE**

Raison pour demander une assistance policière :

|  |  |
| --- | --- |
|  Usager est désorienté / propos incohérents |  Usager est un potentiel danger pour lui-même |
|  Usager est agressif / propos violents |  Usager est un potentiel danger pour autrui |

|  |  |
| --- | --- |
|  Application de la Loi P-38.001 | Corps policier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| N0 d’évènement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | N0 du véhicule : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | N0 du matricule : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\*Adapté du *Rapport d’intervention pré hospitalière AS-803(P)* du gouvernement du Québec