

ORDONNANCE COLLECTIVE VISANT L'ADMINISTRATION DE NALOXONE PAR DES INFIRMIÈRES OEUVRANT AUPRÈS D'USAGERS DE DROGUES OPIOÏDES



Ordonnance collective visant l'administration de naloxone par des infirmières oeuvrant auprès d'usagers de drogues opioïdes est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400

www.dsp.santemontreal.qc.ca/naloxone

Recherche et rédaction : Nicolas Hamel, Conseiller en soins infirmiers à la Direction Régionale de la Santé Publique du CIUSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Collaboration :

Anne-Marie Denault, conseillère cadre en soins infirmiers au CSSS Sud-Ouest-Verdun

Uyen Pham, conseillère cadre en soins infirmiers au CSSS Sud-Ouest-Verdun

Clara Thomassini, conseillère cadre en soins infirmiers au CSSS Lucille Teasdale

Michèle McGee, conseillère cadre en soins infirmiers au CSSS Jeanne Mance

Marie-Pascale Pichette, conseillère cadre en soins infirmiers au CSSS Jeanne Mance

Marie-Ève Goyer, médecin conseil au CSSS Jeanne Mance

Sarah-Amélie Mercure, Responsable médicale à la Direction Régionale de la Santé Publique du CIUSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web www.dsp.santemontreal.qc.ca/naloxone.

Table des matières

1- ORDONNANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DE NALOXONE.....	1
Annexe A : Algorithme d'intervention.....	4
Annexe B : Procédure en cas de refus de services*	5
2- ARGUMENTAIRE SUR LES CHOIX DES OUTILS ET DES DIFFÉRENTS PARAMÈTRES CLINIQUES ET PHARMACOLOGIQUE DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE SUR L'ADMINISTRATION DE LA NALOXONE PAR UNE INFIRMIÈRE À UNE CLIENTÈLE EN SURDOSE D'OPIOÏDES « DE RUE »	6
1. Signes cliniques.....	6
2. Échelle de Ramsay	6
3. Fréquence respiratoire choisie pour une intervention	8
4. Saturation capillaire en oxygène	8
5. Nature et séquence des actions à poser lors d'une intervention	8
6. Dose initiale et subséquente de naloxone	9
7. Laps de temps entre les doses	9
8. Durée de l'observation post-éveil	9
Références.....	12

1- ORDONNANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DE NALOXONE

Référence à un protocole Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	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 itinérante, 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 <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 		
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 : <ul style="list-style-type: none"> • Altération de l'état de conscience (ex. : endormi, « nodding ») • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 \leq 10** ET d'un score à l'échelle de sédation **\geq 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 guédelles 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
- 5- Appel au **911**, (du point 5 au point 3 dans la séquence si l'infirmière est seule pour intervenir)
- 6- S'il n'y a pas de pouls, débiter les compressions de la **RCR**
- 7- 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 \leq à 4 sur l'échelle de Ramsay et une FR $>$ 10
- 8- Surveillance jusqu'à l'arrivée des ambulanciers.
- 9- Cesser l'oxygène lorsque la SpO₂ $>$ 92% et une échelle de sédation \leq 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 monitoring 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 récurrence 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 habilités 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 récurrence 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 récurrence 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 CIUSSS _____ 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. N° permis : _-_-_-_- Date : _____
Directeur des services professionnels du CIUSSS _____

Cette ordonnance est disponible sur le site Internet du Directeur de santé publique de Montréal au www.dsp.santemontreal.qc.ca/naloxone

Annexe A : Algorithme d'intervention

En présence des signes suivants compatibles avec une surdose d'opioïdes :

- **Altération de l'état de conscience** (ex.: endormi, « nodding »)
- **Dépression respiratoire** (ex.: apnée, respiration ralentie, irrégulière, ronflement)



L'infirmière évalue l'état de conscience (**niveau de sédation** selon l'échelle de Ramsay), la **respiration** (fréquence respiratoire, amplitude et rythme) et le **pouls**

Niveau de sédation selon l'échelle de Ramsay :

- 1- Éveillé; agité, anxieux
- 2- Éveillé; coopérant, orienté et calme
- 3- Éveillé; répond toutefois seulement aux commandes verbales
- 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 \leq 10** ET d'un score à l'échelle de **sédation \geq 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
- 5- Appel au **911** (du point 5 au point 3 dans la séquence si l'infirmière est seule pour intervenir)
- 6- S'il n'y a pas de pouls, débiter les compressions de la **RCR**
- 7- 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 d'une fréquence respiratoire $>$ 10
- 8- Surveillance jusqu'à l'arrivée des ambulanciers.
- 9- Cesser l'oxygène lorsque la SpO₂ $>$ 92% et une échelle de sédation \leq à 4

Annexe B : Procédure en cas de refus de services*

Après avoir expliqué à l'utilisateur les risques de récidives et l'importance d'un monitoring pour une période d'au moins 2 heures, l'infirmière peut s'assurer de l'aptitude 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"/>
L'utilisateur ne sera pas seul dans les prochaines heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« 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'utilisateur : _____

Signature du témoin : _____

Date : (aaaa)-(mm)-(jj)

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

<input type="checkbox"/> Application de la Loi P-38.001		Corps policier : _____
N° d'évènement : _____	N° du véhicule : _____	N° du matricule : _____

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

2- ARGUMENTAIRE SUR LES CHOIX DES OUTILS ET DES DIFFÉRENTS PARAMÈTRES CLINIQUES ET PHARMACOLOGIQUE DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE SUR L'ADMINISTRATION DE LA NALOXONE PAR UNE INFIRMIÈRE À UNE CLIENTÈLE EN SURDOSE D'OPIOÏDES « DE RUE »

1. Signes cliniques

La « triade classique » des signes cliniques¹ d'une surdose aux opioïdes² est (par ordre d'importance) :

- Dépression respiratoire
- Altération de l'état de conscience
- Myosis

D'où notre souci, dans les directives, de cibler d'abord l'évaluation du système respiratoire et ensuite de l'état de conscience avec l'échelle de Ramsay. Nous n'avons pas mis le myosis comme signe clinique puisque d'une part, ce signe n'est pas toujours présent lors d'une surdose avec certains opioïdes (le Démérol, notamment), et d'autre part, la diminution de la FR et de la SPO₂ ainsi que de l'état de conscience sont nettement suffisant pour guider notre choix d'intervention.

2. Échelle de Ramsay

L'échelle de Ramsay est largement répandue, facile et rapide d'utilisation en situation d'urgence et plus adéquate, parce que plus détaillée, que l'échelle de Pasero (qui est actuellement utilisée dans les CSSS participant au groupe de travail sur l'élaboration de cette OC). L'échelle de Ramsay est d'ailleurs utilisée dans un contexte d'ordonnance collective de naloxone pour les infirmières de proximité de Médecins du Monde, projet Montréal.

Il semble superflu d'expliquer pourquoi, dans le contexte d'une possible surdose aux opioïdes, il est nécessaire de pouvoir évaluer rapidement et efficacement l'état de sédation. Une évaluation plus détaillée de l'état de conscience que nous permettrait le score de Glasgow n'est pas nécessaire à ce point-ci pour une intervention efficace.

Il est important de se rappeler que dans le contexte de consommation de drogues, la personne recherche habituellement une altération de son état de conscience et une sédation émotive. Il s'avérerait donc indésirable de « sortir » l'individu de l'état qu'il s'est induit à moins que sa vie ne soit en danger. À cet égard, l'échelle de Ramsay nous offre cette subtilité souhaitée en qualifiant l'état de sommeil à trois niveaux (**Réf.** : tableau 1). Une dépression respiratoire (diminution de la FR et de la saturation sanguine en O₂) associée à un niveau 5 sur l'échelle de sédation de Ramsay (réponse faible à la stimulation nociceptive et auditive), nous indique que la détérioration de l'état de conscience est telle qu'une intervention est nécessaire. L'échelle de Pasero n'offre pas cette déclinaison plus détaillée de l'état de sommeil et par conséquent, est trop « interventionniste » si on utilise le stade 3 comme point de référence pour intervenir (qui

est à la mi-chemin entre le stade 3 et 4 de Ramsay), et n'offre pas une intervention assez rapide si on attend le stade 4 (qui s'apparente au stade 6 de Ramsay).

Tableau 1 : Comparaison entre les échelles de sédation

Ramsay	Pasero	Insite
1- Éveillé; agité, anxieux 2- Éveillé; coopérant, orienté et calme 3- Éveillé; répond toutefois seulement aux commandes 4- Endormi; réponse vive à la stimulation de la glabelle ou à un bruit intense 5- Endormi; réponse faible à la stimulation de la glabelle ou à un bruit intense 6- Endormi; aucune réponse aux stimulations ci-haut mentionnées	S Sommeil normal, éveil facile 1- Éveillé et alerte 2- Parfois somnolent, éveil facile 3- Somnolent, s'éveille, mais s'endort durant la conversation 4- Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation	1- Drowsiness, Nodding 2- Drowsiness, Nodding 3- Nodding with respiratory rate<10/min 4- Unresponsive Traduction : 1- Somnolence, hochement de la tête 2- Somnolence, hochement de la tête 3- Hochement de la tête avec une FR<10/min 4- Ne réagit pas

A titre informatif :

Échelle de Glasgow adulte		
Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1- nulle	1- nulle	1- nulle
2- à la douleur	2- incompréhensible	2- rigidité décérébrée
3- à la demande	3- inappropriée	3- rigidité de décortication
4- spontanée	4- confuse	4- évitement
	5- normale	5- orientée
		6- aux ordres
Résultats		
15 : Tout va bien 14 à 10 : Somnolence ou Coma léger 9 à 7 : Coma lourd 6 à 3 : Coma profond ou mort		

3. Fréquence respiratoire choisie pour une intervention

Nous avons utilisé les recommandations de l’OMS, indiquant qu’une intervention impliquant l’administration de naloxone en cas de surdose d’opioïdes doit se faire lorsque la fréquence respiratoire est en deçà ou égale à 10 par minute^{3,4}.

Par ailleurs, le site d’injection supervisée *InSite*, à Vancouver, utilise le même paramètre de FR⁵. À noter que les infirmières de ce site gèrent des centaines de surdoses par année et ont ainsi développé une grande expertise clinique.

4. Saturation capillaire en oxygène

Les guides de l’OMS intègrent la SPO₂ comme paramètre clinique pouvant témoigner d’une déficience respiratoire dans le contexte d’une surdose d’opioïdes. Le guide IMAI³ (Integrated Management of Adolescent and Adult Illness) de l’OMS indique qu’une intervention impliquant l’administration de naloxone doit être faite lorsqu’une SPO₂ est inférieure à 90%. L’autre guide de l’OMS⁴ qui donne des indications sur l’utilisation du Narcan lors de surdoses utilise <92% dans son algorithme d’intervention.

Il est toutefois à noter que les spécialistes de la référence médicale américaine *Up to date* n’indique pas de niveau de saturation visé lors d’une gestion d’une intoxication aiguë aux opioïdes⁶. Cela dit, ils mentionnent dans la fiche sur la gestion de l’intoxication aux opioïdes chez l’adulte⁷, qu’une mesure de la saturation en oxygène est utile pour surveiller l’oxygénation, sans toutefois préciser un niveau visé. De plus, aucun autre protocole d’utilisation de naloxone consulté n’utilise la saturation en oxygène comme indicateur d’intervention.

C’est dans ce contexte que nous optons pour l’utilisation de la saturation en oxygène comme paramètre de monitoring, mais non pas comme indicateur de mise en application de cette ordonnance collective.

5. Nature et séquence des actions à poser lors d’une intervention

L’OMS a publié en novembre 2014 des lignes directrices sur l’utilisation de la naloxone en milieu communautaire⁸. À la lumière d’une revue exhaustive de 5594 études portant sur le sujet, elle a émis des recommandations sur différents aspects touchant l’utilisation de la naloxone en contexte pré hospitalier. Les lignes directrices ont été élaborées pour soutenir la mise en place de programmes de naloxone administrable par des non professionnels, mais les recommandations sont applicables à un professionnel de la santé œuvrant auprès de la même clientèle cible. La nature et la séquence des actions à poser ont été tirées de ces lignes directrices :

- Stimulation / voies respiratoires / respiration
- Vomissements, convulsions, respiration irrégulière = position latérale de sécurité (PLS) et dégagement des voies respiratoires
- Ventilation si pas de respiration
- Administration de naloxone
- 911
- RCR si pas de pouls

- Administration de naloxone
- Monitoring jusqu'à l'arrivée des ambulanciers

À noter que selon la situation, la séquence des interventions peut être modifiée. Par exemple, si l'infirmière est seule pour intervenir, elle voudra appeler plus tôt Urgence Santé pour du soutien.

À noter également que le soutien à la ventilation vient en premier, car la dépression respiratoire est le marqueur sine qua non lors d'une surdose aux opioïdes. De plus, nous avons gardé les compressions de la RCR (si nécessaire) après la première dose de naloxone, car le jury de l'OMS qui a analysé les études recensées⁸, stipule clairement que les mesures de ressuscitation choisies (compression seulement ou compression et ventilation) ne doivent pas retarder la première dose de naloxone administrée.

6. Dose initiale et subséquente de naloxone

Nous avons opté pour une dose initiale conservatrice de 0,4 mg, répétable aux 3 minutes jusqu'à concurrence de 10 mg, pour l'aspect pratique de l'injection d'une seule ampoule à la fois et pour tenir compte du fait que certaines infirmières travaillent dans des milieux de vie où elles pourraient se sentir moins à l'aise de gérer une réaction post-éveil trop brutale (ex. : « piqueries ») si la dose initiale était trop élevée. Voici les références qui ont guidé notre choix :

- **À travers le monde**, les doses initiales varient. À titre d'exemple, à Melbourne, en Australie, les ambulanciers utilisent une dose initiale de 1,6 à 2mg⁹. Au site d'injection supervisée *InSite* de Vancouver⁵, les infirmières utilisent une dose initiale de 0,8mg.
- Le **CPS** indique clairement que la dose initiale pour le traitement d'une surdose aux opioïdes, connue ou soupçonnée, est de 0,4mg à 2mg IV, de préférence, mais IM ou SC si une voie veineuse n'est pas ouverte¹⁰.
- L'**OMS**, à la lumière d'une revue exhaustive de la littérature, recommande une dose initiale de 0,4 à 2 mg, mais précise que 0,4 à 0,8mg devraient généralement être des doses efficaces⁸. Elle souligne également que les doses initiales de plus de 0,8mg sont plus souvent associées à des symptômes indésirables de sevrage.

7. Laps de temps entre les doses

Nous avons opté pour un laps de temps de 3 minutes entre les doses puisque le début d'action d'une dose de naloxone IM ou SC est entre 2 et 5 minutes et que le CPS recommande de répéter les doses aux 2 à 3 minutes jusqu'à un niveau désiré de contre-réaction aux opioïdes et au recouvrement de la fonction respiratoire, ou jusqu'à un maximum de 10mg¹⁰.

8. Durée de l'observation post-éveil

Les différents guides publiés par l'OMS^{3,4,8} ainsi que le Bulletin toxicologique de l'INSPQ² s'entendent sur une durée d'observation de **2 heures** suite à la dernière dose de naloxone reçue post surdose d'opioïdes. Si la surdose est due à un opioïde à longue action, comme la

méthadone, on préconiserait une observation en milieu hospitalier d'une durée de 9 à 12 heures selon le bulletin toxicologique² et l'OMS³, car l'absorption de ce médicament peut se faire sur une plus longue période, en moyenne sur 3,2 heures. Avec une clientèle poly toxicomane, il y a souvent une combinaison d'opioïdes et autres drogues et il peut s'avérer difficile de juger si une surdose est due à une composante de longue action du « mélange ». C'est pour cette raison que nous préconisons d'emblée un transport vers l'hôpital. Toutefois, si la personne refuse ce transport, nous optons pour une observation in situ si cela est possible. Il se peut que la personne refuse même de rester sur place et dans ce cas, l'infirmière doit s'assurer que la personne comprend bien les enjeux de récives possibles et qu'elle fait ce choix de façon éclairé. À cet effet, la politique sur le consentement du CSSS Jeanne-Mance¹¹ peut donner une piste d'intervention/évaluation :

« Le patient doit être présumé apte à consentir jusqu'à preuve du contraire. En raison du principe de l'autodétermination, il est requis d'évaluer si l'usager est apte à prendre une décision éclairée en regard des soins et des services proposés. Il s'agit de déterminer s'il a la capacité de comprendre et d'apprécier ce qui est en jeu malgré la maladie qui l'affecte. Afin d'évaluer la capacité de l'usager à consentir aux soins, l'intervenant responsable de demander le consentement peut s'inspirer des critères de la Nouvelle-Écosse qui ont été reconnus par la Cour d'appel du Québec et qui sont appropriés dans les circonstances :

- a) la compréhension par l'usager de la nature de sa maladie;
- b) sa compréhension de la nature et du but des soins envisagés;
- c) sa compréhension des avantages et des risques associés à ces soins;
- d) sa compréhension des conséquences du refus ou d'une absence de soins;
- e) les effets de la maladie, le cas échéant, sur son aptitude à prendre une décision éclairée. »

Pour guider l'infirmière dans son évaluation rapide de l'aptitude de l'usager à consentir, l'annexe B présente le type d'information que l'usager devrait être en mesure de donner suite à l'interrogation de l'infirmière.

Par ailleurs, les guides de l'OMS conviennent qu'on ne devrait pas retenir une personne qui ne voudrait pas rester en observation après qu'on lui ait expliqué les risques d'une récive de surdose⁴.

À cet égard, plusieurs études ont conclu qu'il y a un très faible risque à ce qu'une récive conduise à la mort advenant qu'une personne refuse un transport ambulancier^{12,13} ou une observation post-éveil¹⁴. En fait, aucun cas de décès n'est mentionné sur plusieurs centaines de cas recensés dans différentes études faites au Texas et en Californie. Une revue de cas sur une période de 10 ans, au Danemark, a démontré un très faible taux de décès (0,13%) pouvant être associés à un rebond de surdose d'opioïdes suite à un congé pré-hospitalier une fois que la personne ait recouvert un état mental et une hémodynamie satisfaisante¹⁵. Le protocole de Copenhague est semblable à celui qui est proposé pour les infirmières à Montréal en termes de dosage (0,8 mg comme première dose, suivie de 0,4 mg s'il n'y a pas de réponse ou une réponse insuffisante). Toutefois, contrairement à notre protocole, la voie d'administration IV est préconisée pour la première dose, puis la voie IM ou SC pour les doses subséquentes).

Cela dit, dans une situation où la personne aurait délibérément consommé une surdose pour mettre fin à ses jours et qu'à l'éveil, l'infirmière en prend conscience par la réaction ou le discours de la personne, l'infirmière fera ce qui est en son pouvoir pour protéger la personne vulnérable, dans ce cas-ci d'elle-même, jusqu'à appeler la police ou une autre ressource d'urgence psychosociale (par exemple l'urgence psychosociale Justice (UPS-J) pour Montréal).

Références

- ¹ Boyer, E.W. *Management of Opioid Analgesic Overdose*, New English Journal of Medicine, 367 (2). p. 146-155.
- ² Bulletin d'information toxicologique. Vol 28, numéro 4, p. 35-36. Octobre 2012.
- ³ 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. World Health Organization. 2011.
- ⁴ 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. Organisation mondiale de la santé. 2011.
- ⁵ Policy and Procedure Manual, InSite : Supervised Injection Site. Mars 2013.
- ⁶ Naloxone - Drug information, Up to Date, consultation de la fiche le 2014-12-30.
- ⁷ Acute opioid intoxication in adults, Up to Date, consultation de la fiche le 2014-12-30.
- ⁸ Community management of opioid overdose, p. 14, World Health Organization, 2014.
- ⁹ Guide de pratique des ambulanciers de l'état de Victoria en Australie, disponible à l'adresse : <http://www.ambulance.vic.gov.au/media/docs/Adult%20CPG%20wm-a01f0e1e-4fc0-405c-bc83-3136adf4a723-0.pdf>.
- ¹⁰ CPS. Compendium of Pharmaceuticals and Specialties, 2014.
- ¹¹ Politique sur le consentement aux soins et aux services, CSSS Jeanne-Mance, septembre 2011.
- ¹² Wampler, D.A., et al. *No deaths associated with patient refusal of transport after naloxone-reversed opioid overdose*, Prehospital Emergency Care. Vol 15 No 3, p. 320-324. July September 2011.
- ¹³ Vilke, G.M., et al. *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. August 2003.
- ¹⁴ Vilke, G.M., et al. *Are heroin overdose deaths related to patient release after prehospital treatment with naloxone*. Prehospital Emergency Care. Vol 3 No 3, p. 183-186. July September 1999.
- ¹⁵ Rudolph, S.S., et al. *Prehospital treatment of opioid overdose in Copenhagen – Is it safe to discharge on-scene?*, Resuscitation, 2011. No 82, p. 1414-1418.