Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

Code: CIUSSSCN-PRO-2021-12r01

Date d'émission originale: 2021-10-06 Date de révision prévue : 2026-08-23

Référence à une ordonnance collective

OUI ⊠ NON □

OC-2021-12r01-Initier des mesures thérapeutiques et pharmacologiques chez une clientèle présentant des symptômes de surdose aux opioïdes en contexte d'utilisation médicale

## PROTOCOLE MÉDICAL

Objet : Initier des mesures thérapeutiques et pharmacologiques chez une clientèle présentant des symptômes de surdose aux opioïdes en contexte d'utilisation médicale

	Version antérieure	Dernière version
Recommandé par		
Le comité directeur des ordonnances collectives et protocoles	2021-09-13	2023-05-18
Le comité de pharmacologie	2021-04-28	2023-04-26
Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire	S.O.	S.O.
Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers	2021-06-03	2023-01-12
Adopté par		
Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2021-10-06	2023-08-23

## PROFESSIONNEL(S) AUTORISÉ(S)

Les infirmières du CIUSSS de la Capitale-Nationale ou d'une agence de personnel exerçant au CIUSSS de la Capitale-Nationale qui possèdent la compétence professionnelle requise, c'est-à-dire les connaissances scientifiques, les habilités et le jugement clinique inhérent à l'activité exercée.

## SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Toute clientèle faisant usage d'opioïdes dans un contexte d'utilisation médicale supervisée, c'est-à-dire avec une présence infirmière 24 heures par jour et 7 jours sur 7, et présentant des symptômes de surdose aux opioïdes. Les **usagers en soins** de fin de vie imminente ayant un niveau de soins D devraient faire l'objet d'une évaluation médicale avant l'administration de naloxone, afin de s'ajuster au contexte dans lequel survient la dépression respiratoire. Par conséquent, ces situations exigent une consultation médicale et sont donc exclues de la présente ordonnance collective.

## CONDITIONS D'APPLICATIONS

Aucune

#### DIRECTIVES

### 1. Définitions et descriptions

Opioïdes	Les opioïdes exercent un effet dépressif sur le système nerveux central et sur le système respiratoire. Ils
	diminuent de façon « dose-dépendante » la réponse des centres respiratoires aux stimuli hypoxémiques
	et hypercapniques. Ils dépriment également les centres bulbaires impliqués dans la régulation de la fréquence respiratoire (FR), ce qui peut induire une bradypnée, une respiration irrégulière et périodique
	de type « Cheyne Stokes », voire une apnée.
Surdose	Concentration d'opioïdes, combinaison d'opioïdes ou d'autres drogues qui dépasse ce que l'organisme
d'opioïdes	peut supporter. La surdose peut entrainer une dépression respiratoire entrainant une hypoxie cérébrale et une perte de conscience pouvant conduire au décès.

Dépendance	Fait référence à l'usage fréquent et prolongé d'un opioïde. En établissement, un usager qui a un opioïde		
aux opioïdes régulier au dossier est considéré dépendant. Un usager qui a une prescription d'opioïde			
	en aurait consommé dans les 48 dernières heures est aussi considéré dépendant à cet opioïde ou à risque		
	d'exacerbation de sa douleur si trop de naloxone est administrée.		
Dépression	La dépression respiratoire se manifeste par une atteinte de l'état de conscience, soit une augmentation		
respiratoire	du degré de sédation (tableau 1) et par une atteinte de l'état respiratoire, soit une diminution de la FR		
	(bradypnée – tableau 2), du rythme ou de l'amplitude respiratoire. Elle peut progresser vers une atteinte		
	systémique, résultat d'un apport insuffisant en O2 et d'une accumulation de CO2 qui se manifeste par des		
	signes tardifs, soit la diminution de la saturation ainsi que l'altération du pouls et de la tension artérielle.		
	Elle peut même mener à l'arrêt cardiorespiratoire.		

Tableau 1 : Échelle de sédation de Ramsay modifiée

Niveau	État	Signes cliniques
1		Agité, anxieux
2	Éveillé	Coopérant, orienté et calme
3		Répond seulement aux ordres
4		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		Aucune réponse aux stimulations ci-haut mentionnées

Tableau 2 : Paramètres de la bradypnée selon l'âge

Âge	Bradypnée (respirations/minute)	FR normale (respirations/minute)	
Moins de 1 an	Moins de 15	Entre 30 et 50	
1 à 2 ans	Moins de 12	Entre 25 et 30	
3 à 9 ans	Moins de 10	Entre 20 et 25	
10 à 17 ans	Moins de 8	Entro 16 at 20	
18 ans et plus	Woms de o	Entre 16 et 20	

## Tableau 3 : Fiche technique de la naloxone

Indication	Antagoniste des récepteurs opioïdes indiqué en situation d'urgence pour renverser les effets d'une surdose d'opioïdes connue ou soupçonnée, se manifestant par une dépression respiratoire ou une grave dépression du système nerveux central.	
Présentation	Ampoule de 1 mL de chlorhydrate de naloxone 0,4 mg/mL	
Délai d'action	Voie intraveineuse (IV) : entre 30 secondes et 2 minutes Voie intramusculaire (IM): entre 1 à 3 minutes	
Durée d'action	Voie IV: entre 20 et 45 minutes Voie IM: 2 heures	
Voie d'administration	Privilégier la voie IV. Si impossible, administrer par voie IM.	
Effets indésirables (Liste non exhaustive)	<ul> <li>Précipitation d'un syndrome de sevrage possible : piloérection, vomissements, diarrhée, dysphorie, agitation, délirium</li> <li>Plus rarement : syndrome de détresse respiratoire aiguë, œdème pulmonaire non cardiogénique, urgence hypertensive, tachycardie, fibrillation auriculaire, mort subite</li> <li>Nausées, vomissements (causés par une décharge de catécholamines)</li> <li>Exacerbation de la douleur chez un patient recevant l'opioïde comme analgésique.</li> </ul>	

#### 2. Démarche clinique

Se référer à l'algorithme décisionnel approprié : Conduite clinique en cas de surdose d'opioïde dans un contexte d'utilisation médicale chez la clientèle adulte ou Conduite clinique en cas de surdose d'opioïde dans un contexte d'utilisation médicale chez la clientèle pédiatrique.

- Évaluer les signes précoces de la dépression respiratoire :
  - o L'état de conscience, soit le niveau de sédation selon l'échelle de Ramsay modifiée (tableau 1)
  - o L'état respiratoire, incluant la fréquence (tableau 2), l'amplitude, le rythme et la présence de ronflements
- Évaluer les signes tardifs de la dépression respiratoire :
  - o Diminution de la fréquence cardiaque
  - o Hypotension artérielle
  - o Saturation pulsatile diminuée
- Pour la clientèle **ADULTE**, si présence d'une fréquence respiratoire entre 8 et 10 respirations/minute et un score de sédation à 4, se référer à la règle de soins infirmiers **Évaluation et surveillance clinique des usagers recevant des analgésiques opioïdes** pour les interventions à réaliser.
- Pour la clientèle PÉDIATRIQUE, si présence d'une fréquence respiratoire inférieure à la fréquence respiratoire normale selon l'âge (voir tableau 2) et un score de sédation à 3, se référer à la règle de soins infirmiers Évaluation et surveillance clinique des usagers recevant des analgésiques opioïdes pour les interventions à réaliser.

## **IMPORTANT**

En présence d'un arrêt cardiorespiratoire, débuter les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) immédiatement et lancer le code bleu ou rose selon la procédure de l'installation.

# Conduite clinique en cas de surdose d'opioïde dans un contexte d'utilisation médicale CLIENTÈLE ADULTE

Évaluation initiale par l'infirmière selon la démarche clinique

Présence d'un niveau de sédation de 4 et plus <u>ET</u> de bradypnée

- 1. Cesser immédiatement l'administration d'opioïde (retirer le timbre cutané, s'il y a lieu).
- 2. Stimuler l'usager à respirer.
- 3. Assurer le dégagement des voies respiratoires (se référer à la Procédure relative à la gestion d'un arrêt cardiorespiratoire ou d'une situation pouvant entraîner, à brève échéance, un arrêt cardiorespiratoire chez l'adulte (code bleu) ou chez l'enfant (code rose)).
- 4. Si l'usager est bradypnéique et qu'un protocole permettant la ventilation avec un ballon-masque est disponible dans le secteur, débuter la ventilation.

FR inférieure à 4 respirations/minute

Administrer naloxone 0,4 mg IV direct (administrer en 15 secondes)

ou **IM** (si IV impossible)

Soit 1 mL de naloxone 0,4 mg/mL

FR de 4 à 7 respirations/minute

Administrer naloxone 0,1 mg IV direct (administrer en 15 secondes) ou IM (si IV impossible)

Soit 0,25 mL de naloxone 0,4 mg/mL

Pour un usager avec usage régulier d'opioïde de plus de 48h et FR inférieure à 8 respirations/minute

Administrer naloxone 0.04 mg IV direct (administrer en 15 secondes)

ou **IM** (si IV impossible)

Soit 0,1 mL de naloxone 0,4 mg/mL

- 5. Aviser le médecin traitant, l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou les services préhospitaliers d'urgence (911).
- 6. Évaluer avec le professionnel répondant la pertinence de contacter le Centre antipoison du Québec au 1 800-463-5060.
- 7. Répéter la même dose initiale toutes les 2 minutes jusqu'à l'obtention du degré d'inversion désiré, soit :
  - o Renversement de la bradypnée (voir tableau 2)
  - o Niveau de sédation de 3 et moins
  - o Si aucun effet après l'administration d'une dose cumulative de 10 mg: considérer autre cause
- 8. Assurer la surveillance en fonction de la durée d'action de l'opioïde en cause. Pour la surveillance associée aux opioïdes à **longue action** ou **très longue action**, la durée de la surveillance doit être établie par le professionnel répondant puisqu'une perfusion de naloxone IV peut être requise.

#### Courte action:

Surveiller l'état de conscience, signes vitaux, signes de sevrage aux opioïdes, signes d'exacerbation de la douleur :

- D'abord aux 5 à 10 minutes pour 1 heure
- Puis, aux 15 minutes pour 2 heures
- S'assurer d'effectuer une surveillance aux 30 minutes pour une période de 6 heures suivant la dernière dose de naloxone

# Longue action (opioïde administré aux 12 heures) :

Surveiller l'état de conscience, signes vitaux, signes de sevrage aux opioïdes, signes d'exacerbation de la douleur :

- D'abord aux 5 à 10 minutes pour 1 heure
- Puis aux 15 minutes pour 3 heures
- Puis aux 30 minutes selon la durée de la surveillance déterminée par le professionnel répondant

## <u>Très longue action (exemples :</u> <u>timbres de fentanyl et buprénorphine,</u> <u>méthadone et Kadian) :</u>

Surveiller l'état de conscience, signes vitaux, signes de sevrage aux opioïdes, signes d'exacerbation de la douleur :

- D'abord aux 5 à 10 minutes pour
- Puis aux 15 minutes pour 3 heures
- Puis aux 30 minutes selon la durée de la surveillance déterminée par le professionnel répondant

S'assurer de communiquer avec le médecin traitant, le pharmacien ou l'IPS afin d'évaluer la durée de la surveillance, la reprise du traitement opioïde, la suite du traitement et le suivi de l'usager.

Si timbre de buprénorphine, valider avec le médecin traitant, le pharmacien ou l'IPS pour la surveillance suivant l'administration de naloxone.

## Conduite clinique en cas de surdose d'opioïde dans un contexte d'utilisation médicale CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Évaluation initiale par l'infirmière selon la démarche clinique

Évaluation de l'état respiratoire et du niveau de sédation (tableaux 1 et 2) ₩

#### Bradypnée (tableau 2) ET niveau de sédation à 4 et plus

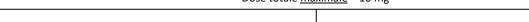
Dépression respiratoire = fréquence respiratoire inférieure selon le seuil de bradypnée établi en fonction de l'âge La dépression respiratoire peut aller jusqu'à l'arrêt respiratoire (absence de respiration pendant 20 secondes)

En présence de dépression respiratoire, contacter le médecin ou le professionnel répondant

- 1. Cesser immédiatement l'administration d'opioïde (retirer le timbre cutané s'il y a lieu).
- 2. Stimuler l'usager à respirer.
- 3. Assurer le dégagement des voies respiratoires (se référer à la Procédure relative à la gestion d'un arrêt cardiorespiratoire ou d'une situation pouvant entraîner, à brève échéance, un arrêt cardiorespiratoire chez l'adulte (code bleu) ou chez l'enfant (code rose)).
- 4. Si l'usager est bradypnéique et qu'un protocole permettant la ventilation avec un ballon-masque est disponible dans le secteur, débuter la ventilation.

Naloxone 0,1 mg/kg IV direct (administrer en 15 secondes) ou IM (si IV impossible) (maximum 2 mg)

Dose totale maximale = 10 mg



- 5. Aviser le médecin traitant, l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou les services préhospitaliers d'urgence (911).
- 6. Évaluer avec le professionnel répondant la pertinence de contacter le Centre antipoison du Québec <u>1 800-463-5060</u>.
- 7. Répéter la même dose initiale toutes les 2 minutes jusqu'à l'obtention du degré d'inversion désiré, soit :
  - o Renversement de la bradypnée (se référer au tableau 2)
  - Niveau de sédation de 3 et moins
  - Atteinte de la dose totale maximale
- 8. Assurer la surveillance en fonction de la durée d'action de l'opioïde en cause. Pour la surveillance associée aux opioïdes à longue action ou très longue action, la durée de la surveillance doit être établie par le professionnel répondant puisqu'une perfusion de naloxone IV peut être requise.

#### **Courte action**

Surveiller l'état de conscience, signes vitaux, signes de sevrage aux opioïdes, signes d'exacerbation de la douleur :

- Aux 10 minutes pour 3 heures
- Puis aux 15 minutes pour 2 heures
- Effectuer une surveillance aux 30 minutes pour une période de 6 heures suivant la dernière dose de naloxone.

## Longue action

(opioïde administré aux 12 heures)

Surveiller l'état de conscience, signes vitaux, signes de sevrage aux opioïdes, signes d'exacerbation de la douleur :

- Aux 10 minutes pour 2 heures
- Puis aux 15 minutes pour 2 heures
- Puis aux 30 minutes selon la durée de surveillance déterminée par le professionnel répondant.

#### **Très longue action**

(p. ex. : Kadian, timbres, méthadone)

Surveiller l'état de conscience, signes vitaux, signes de sevrage aux opioïdes, signes d'exacerbation de la douleur :

- Aux 10 minutes pour 2 heures
- Puis aux 15 minutes pour 2 heures
- Puis aux 30 minutes pour la durée de surveillance déterminée par professionnel répondant.

S'assurer de communiquer avec le médecin traitant, le pharmacien ou l'IPS afin d'évaluer la durée de la surveillance, la reprise du traitement opioïde, pour la suite du traitement et le suivi du patient et le transfert en milieu hospitalier si nécessaire.

## **AVERTISSEMENT**

- La surveillance des signes précoces de la dépression respiratoire aux 15 minutes est nécessaire tant qu'il y a présence de dépression respiratoire et que l'administration de la naloxone est requise.
- La dépression respiratoire peut survenir à nouveau post-administration de la naloxone, la durée d'action de cette dernière étant plus courte que celle des opioïdes.
- Poursuivre la surveillance clinique de l'usager avec rigueur autant que cela est requis. Reprendre le protocole d'administration si nécessaire.

## OUTILS DE RÉFÉRENCE, SOURCES ET EXPERTS CONSULTÉS

#### Experts consultés

Audrée Elliott Pharmacienne au Centre antipoison du Québec Sara-Claude Gagnon Conseillère-cadre en soins infirmiers, DSISP

Michèle Plante Pharmacienne

Dre Élyse Roy Médecin aux soins palliatifs à domicile Conseillères-cadres et conseillères en soins infirmiers de la DSISP

#### Sources consultées

Aubrun, F., Le Guen, M. (2009). La dépression respiratoire des morphiniques : risque selon la voie d'administration et le produit. Consulté le 19 septembre 2018 à l'adresse : <u>La dépression respiratoire des % (mapar.org)</u>

Centre antipoison du Québec (groupe d'auteurs). (2017). Guide des antidotes en toxicologie d'urgence – Naloxone (en extrahospitalier). Consulté le 20 novembre 2020 sur le web : Naloxone (en extrahospitalier) | CIUSSSCN (gouv.gc.ca)

Centre antipoison du Québec (groupe d'auteurs). (2017). Guide des antidotes en toxicologie d'urgence – Naloxone (en centre hospitalier). Consulté le 20 novembre 2020 sur le web : Naloxone (en centre hospitalier) | CIUSSSCN (gouv.gc.ca)

CHU de Québec (2009). Naloxone dans le traitement de dépression respiratoire secondaire à l'administration d'analgésiques opiacés chez la clientèle pédiatrique.

CIUSSS de la Capitale-Nationale. (2018). Ordonnance collective : Administrer de naloxone à une clientèle présentant des symptômes de surdose aux opiacés à l'extérieur d'un contexte d'utilisation médicale. Document interne.

CIUSSS de l'Estrie. (2015). Utilisation d'un bolus de naloxone (Narcan<sup>md</sup>) lors d'une dépression respiratoire secondaire aux opioïdes chez l'ENFANT.

Hôpital Ottawa. (2016). Manuel de pharmacothérapie parentale. 37e Édition Ottawa. Canada.

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2018). La réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté. Consulté le 19 septembre 2018 à l'adresse : <u>bs3427224 (banq.qc.ca)</u>.

Institut national de santé publique du Québec. (2012). Protocole de traitement de l'intoxication aiguë aux opioïdes.Bulletin d'information toxicologique. 28 (4). 34-43p.

Institut universitaire en cardiologie et pneumologie de Québec. Guide d'administration intraveineuse des médicaments critiques de l'IUCPQ. 8° édition. IUCPQ.

IRDPQ (2014). Algorithme de dépression respiratoire induite par l'utilisation d'un opiacé Larose, G., Lebel, D., Baily, B., Litalien, C. & Villeneuve, E. (2014). Médicaments d'urgence en pédiatrie. CHU Sainte-Justine.

Maison Michel-Sarrazin (2020). Naloxone (Narcan<sup>md</sup>) dans le traitement de la dépression respiratoire causée par une erreur dans l'administration d'analgésiques opioïdes chez la clientèle adulte.

OIIQ. (2009). Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central. Consulté le 19 septembre 2018 à l'adresse : 193 doc.pdf (oiiq.org).

OIIQ. (2009). Surveillance clinique des patients prenant des opiacés. Consulté le 19 septembre 2018 à l'adresse : Opiacés pdf (oiiq.org).

Pharmacie de l'hôpital Ste-Justine (2017). Naloxone. Consulté le 23 mars 2021 à l'adresse : <u>Les outils de la pharmacie pour les professionnels (chusj.org)</u>

RAMQ. (2023). Liste des médicaments – Établissement. <u>Liste des médicaments – Établissements – en vigueur le 13 avril 2023</u> (gouv.qc.ca)

Sandoz Canada Inc. (2017) Monographie de produit – S.O.S. Naloxone Hydrocholoride Injection.

Taketomo, C. (2018). Pediatric and Neonatal Dosage Handbook (24e édition). Hudson, Ohio, États-Unis: LEXICOMP.

PÉRIODE DE VALIDITÉ		
Non applicable		
VALIDATION DU PROTOCOLE MÉDICAL		
Sordinatisain	2023-08-23	
Directrice des soins infirmiers et de la santé physique Mme Sandra Racine	Date	
APPROBATION DU PROTOCOLE MÉDICAL		
( Geni	2023-08-23	
Président du CMDP, Dr Yvan Gauthier	Date	