

Réanimation en contexte de surdose d'opioïdes dans la communauté

Mise à jour et complément de l'Avis de l'INESSS
publié en 2018 : *Réanimation cardiorespiratoire
(RCR) dans le contexte de l'administration de
naloxone pour surdose d'opioïdes dans la
communauté*

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

et

Direction de l'évaluation et du soutien à
l'amélioration des modes d'intervention –
services sociaux et santé mentale

Réanimation en contexte de surdose d'opioïdes dans la communauté

Mise à jour et complément de l'Avis de l'INESSS
publié en 2018 : *Réanimation cardiorespiratoire
(RCR) dans le contexte de l'administration de
naloxone pour surdose d'opioïdes dans la
communauté*

Version non officielle réservée au ministre de la Santé

Rédaction

Faiza Boughrassa
Brigitte Moreault
Agathe Lorthios-Guilledroit

Collaboration

Mélanie Lalancette-Hébert
Catherine Olivier
Nicolas Parenteau

Coordination scientifique

Isabelle Beaudoin

Direction

Catherine Truchon
Marie-Claude Sirois

Le présent produit de connaissance a été présenté au Comité délibératif permanent (mixte) – Modes d'intervention en santé, en services sociaux et en santé mentale de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 27 janvier 2023.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Faiza Boughrassa, M. Sc.
Brigitte Moreault, M. Sc. TS
Agathe Lorthios-Guillement, Ph. D.

Collaboratrices et collaborateur internes

Mélanie Lalancette-Hébert, Ph. D.
Catherine Olivier, Ph. D.
Nicolas Parenteau, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Isabelle Beaudoin, Ph. D.

Adjointe à la direction

Élisabeth Pagé, Ph. D., MBA

Directrice adjointe, volets scientifique et transversal

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice scientifique principale

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Directrice scientifique en soutien

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps. éd., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.
Renaud Lussier, Ph. D., M.S.I.
Bin Chen, techn. docum.

Soutien administratif

Sonia Morisset

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique
Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
ISBN 978-2-550-96034-8 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2023

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images ou figures peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Réanimation en contexte de surdose d'opioïdes dans la communauté – Mise à jour et complément de l'Avis de l'INESSS publié en 2018 : *Réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté*. Avis rédigé par Faiza Boughrassa, Brigitte Moreault et Agathe Lorthios-Guillement. Québec, Qc : INESSS; 2023. 98 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

D^r Alexis Cournoyer, médecin spécialiste en médecine d'urgence, Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

D^{re} Sophie Gosselin, médecin spécialiste en médecine d'urgence et toxicologue médicale, Hôpital Charles-Le Moyne; consultante en toxicologie médicale, Centre antipoison du Québec

D^{re} Sarah Marcoux, omnipraticienne, GMFU de Maria

M^{me} Mariane Rondeau, infirmière clinicienne, équipe proximité Accès – Programme TAO, Direction des programmes santé mentale et dépendance, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Collaboratrices et collaborateurs externes

M^{me} Valérie Alix, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M. André Corriveau, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

M^e Emmanuelle Duquette, Collège des médecins du Québec (CMQ)

M. Richard Guay, CSSSPNQL

M^{me} Sophie Labelle, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

M. Guy Langlois, Ambulance Saint-Jean

M. Claude Lefebvre, Croix-Rouge Canadienne

M^{me} Jessie Messier, CSSSPNQL

D^r Ernest Prigent, Collège des médecins du Québec

M^{me} Valérie Vennes, CSSSPNQL

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

D^r François Bégin, directeur médical régional et membre du comité exécutif de la direction médicale nationale, Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de la fluidité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Marie-Ève Bertrand, pharmacienne, Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

M^{me} Pamela Binette, coordonnatrice de l'intervention en milieu festif, Groupe de recherche et d'intervention psychosociale (GRIP)

M^{me} Any Brouillette, conseillère en éthique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Ange Desaulniers, paire aidante

M. Mario Gagnon, directeur général, Point de repères

M. Jean-Bernard Gamache, chef de l'unité scientifique – Évaluation et soutien à la gestion des risques, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

M. Olivier Gauvin, coordonnateur, Table des organismes montréalais de lutte contre le VIH/Sida (TOMS)

D^{re} Marie-Ève Goyer, professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal, directrice scientifique, équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance

M^{me} Cinthia Lacharité, responsable de la coordination du dossier des surdoses, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Francois Longpré, spécialiste de la qualité des soins préhospitaliers, Urgences-santé

M. Vincent Marcoux, directeur général, Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID)

M. Jean-Francois Mary, directeur général, Cactus Montréal

M^{me} Michèle Mercier, directrice, Développement et opérations, Prévention et sécurité, Croix-Rouge canadienne

M^{me} Chantal Montmorency, coordinatrice générale, Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD)

D^{re} Carole Morissette, médecin-conseil, Service de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang et réduction des méfaits liés aux drogues, Direction régionale de santé publique de Montréal

M. Michel Perreault, psychologue chercheur, Institut Douglas, Université McGill

M^{me} Léa-Frédérique Rainville, conseillère en dépendance, Direction des services en dépendance et en itinérance du ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Camille Sabella-Garnier, agente de soutien au développement, Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

M^{me} Gabrielle Scott, conseillère en soins infirmiers, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

M. Guillaume Tremblay, chargé de projet, Méta d'Âme

Lectrices et lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M^{me} Isabelle Bilodeau, Institut national de santé publique du Québec

M^{me} Karine Boulanger L'heureux, Direction de santé publique, Capitale-Nationale

M. Jean-Sébastien Fallu, professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal

D^r Ernest Prigent, médecin, secrétaire du Comité sur les services préhospitaliers d'urgence, Collège des médecins du Québec

M^{me} Félice Saulnier, pharmacienne propriétaire, Pharmacie Félice Saulnier

Panel d'usagers, d'usagères et de proches de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Angela Fragasso

M. Denis Lefebvre

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé

M^{me} Sylvie Desgagné, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Lucie Deshaies, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Serge Dumont, professeur émérite, Faculté des sciences sociales, Université Laval

M. Daniel La Roche, directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles, CHU de Québec – Université Laval

M. Jean-François Proteau, conseiller en formation, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université Laval

D^{re} Nadia Roumeliotis, pédiatre intensiviste, clinicienne chercheuse, CHU Sainte-Justine, professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Comité délibératif permanent – Services sociaux et santé mentale

M^{me} Marie-Eve Bouthillier, cadre-conseil en éthique, CIUSSS de Laval; professeure adjointe de clinique, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^e Jean Deaudelin, avocat, mandats *ad hoc* pour le ministère de la Justice

M. Jean-Marc Ménard, consultant, Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) du Réseau universitaire de santé et de services sociaux (RUISSS), Université de Montréal; chargé d'enseignement, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; psychologue, pratique privée

Autres contributions

L'Institut tient à remercier l'ensemble des personnes qui ont été témoins ou victimes d'une surdose d'opioïdes et les intervenants des organismes communautaires rencontrés dans le cadre des entretiens individuels et des travaux des groupes de discussion.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs de ce rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de cet avis. Les participants aux travaux des différents comités ont été sélectionnés pour la richesse de leurs expériences professionnelles en matière d'intervention en cas de surdose et dans le domaine de la dépendance. Des membres de ces comités ont déclaré les conflits d'intérêts suivants :

M^{me} Any Brouillette a contribué au développement du *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes* à titre d'éthicienne et elle a été panéliste à la journée de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) en 2022.

Le **D^r Alexis Cournoyer** est membre du conseil d'administration de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ). Il effectue également des recherches sur des thèmes en lien avec la réanimation cardiorespiratoire, pour lesquelles il obtient des subventions de divers organismes. Ses travaux de recherche l'amènent à faire des présentations et à publier des articles scientifiques.

La **D^{re} Marie-Eve Goyer** est directrice scientifique de l'ESCODI de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) grâce aux fonds de recherche et de roulement du MSSS. Elle est également médecin-conseil à la Direction des services en dépendance et itinérance du MSSS, et responsable scientifique de la formation sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) de l'INSPQ.

M. Francois Longpré est membre du comité-conseil Profane 2.0 (Méta d'Âme).

La **D^{re} Sarah Marcoux** a été membre d'un panel de discussion sur l'approvisionnement sécuritaire lors du congrès de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance en 2021.

M. Jean-Francois Mary est membre du conseil d'administration de la TOMS et membre de la Canadian Association of People who Use Drugs (CAPUD) et de l'AQPSUD.

M^{me} Chantal Montmorency a collaboré à des conférences et des articles sur le savoir expérientiel en dépendance.

M. Michel Perreault a reçu une subvention de recherche pour l'évaluation de l'implantation de PROFAN 2.0, financée par Méta d'Âme.

M^{me} Félice Saulnier est pharmacienne propriétaire et ainsi reçoit des honoraires professionnels pour ses services aux patients sous traitement par agonistes opioïdes. Au cours des dernières années, elle a obtenu des honoraires pour donner une conférence (Abbvie), développer des formations continues (Emergent Biosolution; Pharmaprix), offrir des webinaires (Association des bannières et chaînes de Pharmacies du Québec; Association des pharmaciens salariés du Québec) et donner son avis en tant qu'experte ou consultante auprès d'organismes publics (INESSS; INSPQ; OPQ).

M. Guillaume Tremblay a reçu des fonds octroyés par Emergent BioSolutions pour le développement d'outils didactiques et une bourse pour couvrir les frais de déplacements associés à des conférences. Il offre ses services-conseils à différents établissements de santé et de services sociaux. Il a participé à un projet de recherche avec l'Institut Douglas et le CHUM sur le programme PROFAN 2.0. Il est en contact avec la firme TACT Intelligence pour des pourparlers avec le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) en lien avec l'accès à la naloxone.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins du projet.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	XII
SIGLES ET ACRONYMES	XXII
GLOSSAIRE	XXIV
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	7
1.1 Question décisionnelle.....	7
1.2 Questions d'évaluation	7
1.3 Cadre d'analyse.....	8
1.4 Démarche d'évaluation	9
1.4.1 Stratégies de repérage de l'information scientifique	10
1.4.2 Sélection des publications et des protocoles.....	10
1.4.3 Extraction des données.....	11
1.4.4 Évaluation de la qualité méthodologique des publications.....	11
1.4.5 Analyse et synthèse des résultats issus de la littérature.....	11
1.4.6 Appréciation du niveau de la preuve.....	12
1.4.7 Données issues de consultations	12
1.5 Élaboration des recommandations.....	13
1.5.1 Intégration de l'ensemble de la preuve	13
1.5.2 Processus de délibération et formulation des recommandations	14
1.6 Processus de validation scientifique.....	14
1.7 Gestion des conflits d'intérêts et de rôles	15
1.8 Mise à jour.....	15
2 MANŒUVRES DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE	16
2.1 Sommaire des lignes directrices et des protocoles.....	16
2.2 Considérations expérientielles et contextuelles liées aux manœuvres de réanimation (barrières et facilitateurs).....	20
2.3 Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi	21
3 ADMINISTRATION DE LA NALOXONE.....	25
3.1 Effets de la modalité d'administration de la naloxone	25
3.1.1 Sommaire des données issues de la littérature.....	27
3.1.2 Sommaire des lignes directrices et positions d'autres organisations	29
3.2 Efficacité des doses de naloxone à administrer.....	30
3.2.1 Sommaire des données de la littérature.....	30
3.2.2 Sommaire des positions d'autres organisations	34
3.3 Considérations expérientielles et contextuelles liées à l'administration de la naloxone (barrières et facilitateurs).....	37

3.3.1	Contenu de la trousse de naloxone au Québec	37
3.3.2	Administration de la naloxone.....	38
3.4	Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi	40
4	PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES	43
4.1	Sommaire des recommandations issues des lignes directrices et des protocoles	43
4.2	Considérations expérientielles et contextuelles sur la prévention des maladies infectieuses	45
4.3	Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi	45
5	SÉQUENCE DES INTERVENTIONS EN CAS DE SURDOSE D'OPIOÏDES	47
5.1	Sommaire des lignes directrices et protocoles.....	47
5.2	Considérations expérientielles et contextuelles liées à la séquence des interventions	49
5.3	Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi	51
6	ADMINISTRATION DE L'OXYGÈNE PAR LE PERSONNEL NON MÉDICAL.....	54
6.1	Efficacité de l'oxygène dans les cas de surdose d'opioïdes	55
6.1.1	Sommaire des données issues de la littérature.....	55
6.1.2	Sommaire des lignes directrices et protocoles	56
6.1.3	Formation sur l'administration de l'oxygène	56
6.2	Considérations expérientielles et contextuelles liées à l'administration de l'oxygène.....	58
6.2.1	Conditions de l'administration de l'oxygène au Québec	58
6.2.2	Administration de l'oxygène dans les sites de consommation supervisée.....	59
6.2.3	Formation sur l'administration de l'oxygène en contexte québécois	60
6.3	Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi ainsi que d'autres informateurs clés	61
7	ACCESSIBILITÉ DE LA NALOXONE.....	64
7.1	Considérations expérientielles et contextuelles (barrières et facilitateurs).....	64
7.2	Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi	66
8	FORMATION EN RÉANIMATION DANS LES CAS DE SURDOSE D'OPIOÏDES	69
8.1	Sommaire des recommandations issues des lignes directrices et protocoles.....	69
8.2	Considérations expérientielles et contextuelles liées à la formation sur l'administration de la naloxone (barrières et facilitateurs).....	70
8.3	Perspective des membres du comité de suivi.....	72
9	AUTRES RÉSULTATS	74
9.1	Accès et disponibilité des données	74
9.2	Sensibilisation et éducation du grand public à la problématique des surdoses.....	76
10	CONSTATS, DÉLIBÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS.....	78
10.1	Principaux constats.....	78
10.2	Processus délibératif	82
10.3	Recommandations.....	82
	RÉFÉRENCES.....	88

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sommaire des sources d'information selon les questions d'évaluation.....	8
Tableau 2	Manœuvres de RCR préconisées pour les situations de surdose dans les protocoles des provinces et territoires canadiens et de certains pays et organismes.....	19
Tableau 3	Contenu actuel de la trousse de naloxone.....	37
Tableau 4	Séquences des interventions issues des lignes directrices	48

FIGURE

Figure 1	Cadre d'analyse.....	9
----------	----------------------	---

RÉSUMÉ

Introduction

La crise des opioïdes constitue un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale; elle est caractérisée par l'augmentation importante de la consommation d'opioïdes et du nombre de décès liés à ces substances. Cette crise, pour le moment, touche surtout les provinces de l'Ouest canadien, mais la situation au Québec reste inquiétante. En effet, le nombre annuel de décès par intoxication suspectée aux opioïdes a augmenté dans la province, passant de 211 en 2018 à 319 en 2020. La mortalité induite par surdose d'opioïdes peut toutefois être évitée par l'exercice de manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) et l'administration en temps opportun de la naloxone. La naloxone est un antagoniste des opioïdes qui inverse rapidement leurs effets sur le système nerveux central et le système respiratoire. L'efficacité et la sécurité de la naloxone administrée en prévention des surdoses mortelles sont bien documentées.

Dans un effort de prévention des décès liés à des surdoses d'opioïdes, de nombreux programmes de distribution de la naloxone dans la communauté ont été implantés au Québec. Ces programmes s'inscrivent dans une approche de réduction des méfaits, qui vise à soutenir les organismes communautaires engagés dans cette approche et à réduire les conséquences négatives liées à l'usage des drogues, sans pour autant viser l'abstinence de la consommation. Cette approche comporte des mesures visant à assurer aux personnes vulnérables de 14 ans et plus l'accès à la naloxone gratuitement et sans ordonnance dans les pharmacies communautaires et dans certains organismes communautaires, ainsi que la disponibilité de trousse de naloxone dans les services d'urgence et dans le réseau de la sécurité publique.

En 2018, l'INESSS a publié un avis portant sur les pratiques optimales entourant les manœuvres de RCR dans un contexte de surdose d'opioïdes. Or, il semble persister actuellement une hétérogénéité des protocoles de réanimation en réponse à une surdose d'opioïdes de même qu'une certaine hétérogénéité dans les formations offertes par les organismes formateurs à travers le Québec. C'est dans ce contexte que le regroupement d'organismes communautaires québécois, représenté par l'Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID) et la Table des organismes montréalais de lutte contre le VIH/Sida (TOMS), a demandé à l'INESSS de réviser son protocole de réanimation afin de déterminer : 1) les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en matière de réanimation et d'administration de la naloxone en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté et comment adapter ces pratiques à la réalité québécoise; 2) les stratégies permettant d'améliorer l'applicabilité et l'acceptabilité des pratiques recommandées.

Cette mise à jour vise à tenir compte du contexte dans lequel le protocole de réanimation est appliqué et des enjeux de formation et d'applicabilité associés pour que tout témoin d'une surdose d'opioïdes puisse appliquer ce protocole de façon optimale.

Méthodes

Pour répondre au mandat, une revue rapide de la littérature scientifique et grise ainsi qu'un processus de consultation auprès de plusieurs experts, intervenants, usagers et proches ainsi que diverses parties prenantes ont été réalisés. L'ensemble des données scientifiques, contextuelles et expérientielles recueillies a été mis en commun afin d'en tirer les principaux constats et recommandations, qui ont ensuite été soumis à un processus délibératif pour la formulation des recommandations.

Principaux constats

Au regard des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire

- Aucune étude ayant comparé les manœuvres de RCR (ventilation et/ou compressions thoraciques) en contexte de surdose d'opioïdes n'a été recensée.
- Les lignes directrices et protocoles qui s'adressent à des témoins formés en RCR et qui sont volontaires à la faire recommandent la RCR complète (ventilation et compressions thoraciques).
- Les lignes directrices et les membres des comités consultés préconisent plutôt les compressions thoraciques seules pour les témoins non formés.
- Plusieurs provinces canadiennes recommandent la ventilation seule dans les cas de surdose d'opioïdes, sans spécifier le niveau de formation du témoin de la surdose.
- Certains protocoles et les membres des comités consultés mentionnent que la ventilation seule serait adéquate dans le cas d'une surdose devant témoin, mais qu'il est difficile de faire la distinction entre un arrêt respiratoire et un arrêt cardiaque pour des personnes non formées.
- Les protocoles du Québec et de la Nouvelle-Écosse recommandent le recours aux compressions thoraciques seules pour les témoins non formés en RCR.
- Un protocole simple et unique avec compressions thoraciques seules aurait plus de chance d'être appliqué par les témoins non formés en RCR.

Au regard de l'administration de la naloxone – modalités d'administration, dose et contenu de la trousse de naloxone

- Les données probantes montrent que la naloxone intranasale (IN) semble aussi efficace que la naloxone intramusculaire (IM).
- La naloxone IN est toutefois associée à un plus long délai de réponse que la naloxone IM et à une plus grande probabilité qu'une dose additionnelle soit nécessaire.
- Le Québec offre la naloxone sous deux formes, IN et IM, mais la forme IN est beaucoup plus souvent distribuée que la forme IM selon la préférence des personnes utilisatrices d'opioïdes.

- La forme IN a une bonne acceptabilité, notamment parce qu'elle est facile d'utilisation, rapide à administrer et plus sécuritaire puisqu'elle nécessite moins de manipulation.
- L'administration de la naloxone doit être répétée toutes les trois minutes au besoin – p. ex. s'il n'y a pas d'amélioration suivant l'administration de la dose initiale de naloxone ou en cas de recrudescence de la dépression respiratoire après une réponse initiale.
- Certains renseignements devraient être fournis aux utilisateurs de la naloxone IN lors de la formation ou de la remise de la trousse : risque de gel en hiver, vaporisateur intranasal qui contient une seule dose de naloxone et ne doit pas être testé au risque de ne pas pouvoir le réutiliser pour intervenir; impact émotionnel possible d'une intervention auprès d'une victime de surdose.
- Les données probantes montrent qu'une dose plus élevée est associée : à une plus grande réponse à la naloxone; à une plus faible probabilité qu'une seconde dose soit nécessaire; et à un taux de survie plus élevé, mais aussi à plus d'effets indésirables.
- La trousse de base de naloxone devrait contenir un minimum de quatre doses qui pourraient permettre d'intervenir dans deux cas de surdose, ainsi qu'un masque barrière à valve unidirectionnelle.

Au regard de la prévention des maladies infectieuses

- Les parties prenantes consultées sont d'avis que le protocole ne devrait pas être modifié en fonction du statut COVID-19 ou d'une autre maladie transmissible suspectée et qu'une protection universelle devrait être appliquée.
- Un masque barrière de bonne qualité et sécuritaire (à valve unidirectionnelle) permettant de faire la ventilation devrait être utilisé par les personnes formées à la RCR dans le contexte d'une intervention en cas de surdose, puisque toute victime pourrait potentiellement contaminer le témoin.

Au regard de la séquence des interventions en cas de surdose d'opioïdes

- La première étape rapportée dans les protocoles de réanimation repérés est de sécuriser la personne.
- Le témoin d'une surdose doit d'abord être en mesure d'en reconnaître les signes.
- Il est essentiel de continuer à promouvoir l'appel aux services d'urgence (911).
- La crainte d'une intervention policière, notamment des conséquences légales pouvant en découler, constitue un obstacle à l'appel au 911. À ce sujet, les membres du comité de suivi sont d'avis que les discussions intersectorielles antérieures entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Justice devraient reprendre afin de mener à une réelle concertation.

- Les données probantes actuelles ne nous permettent pas de démontrer qu'une séquence (naloxone avant ou après les manœuvres de RCR) est plus efficace qu'une autre.
- Les parties prenantes consultées sont d'avis qu'il est préférable de garder la séquence telle qu'elle est décrite dans le protocole actuel : en premier l'administration de la naloxone, puis de commencer rapidement les compressions thoraciques avec ou sans la ventilation.

Au regard de l'administration de l'oxygène

- Les constats sur l'administration de l'oxygène s'appuient principalement sur les données expérientielles et contextuelles recueillies lors des consultations, sur des rencontres avec les membres des comités et des rencontres *ad hoc* avec des informateurs clés en raison du fait qu'il existe actuellement très peu de littérature scientifique sur le sujet.
- Bien que très limitée, la littérature scientifique sur le sujet suggère que la naloxone est administrée dans la très grande majorité des cas où l'oxygène a d'abord été donné.
- Les intervenants des sites de consommation supervisée du Québec sont de plus en plus souvent appelés à inverser les effets des surdoses s'il n'y a pas de personnel médical sur place. Certains de ces sites disposent d'ailleurs du matériel nécessaire à l'administration de l'oxygène en contexte de surdose.
- Des personnes utilisatrices d'opioïdes qui consomment dans les sites de consommation supervisée disent préférer l'oxygène à la naloxone en raison des effets de sevrage importants de cette dernière.
- L'administration de l'oxygène en amont de celle de la naloxone, en vue de prévenir les surdoses sévères, est cohérente avec l'approche de réduction des méfaits sous-jacente à la création des sites de consommation supervisée.
- Pour les cas de surdose où la naloxone n'aurait pas ou peu d'effet (p. ex. opioïdes combinés avec des benzodiazépines), l'administration de l'oxygène pourrait être préférable à celle de la naloxone.
- Les membres des comités consultés et des informateurs clés, y compris ceux des organismes formateurs reconnus, avaient des positions nuancées sur l'administration de l'oxygène par les intervenants des sites de consommation supervisée. Certains sont préoccupés des conséquences potentielles sur les personnes utilisatrices d'opioïdes en cas de manœuvres inadéquates, d'autres estiment que des intervenants des sites de consommation supervisée pourraient administrer de l'oxygène dans un contexte de surdose d'opioïdes, mais à certaines conditions seulement : s'ils appliquent le règlement (article 5, c. M-9, r. 2.1) après avoir contacté les services d'urgence tout en assurant une surveillance continue de l'état de la victime après avoir priorisé l'administration de la naloxone.

- Toutes les parties consultées s’entendent sur le fait qu’il est important que le matériel utilisé pour administrer l’oxygène soit entreposé et entretenu de façon sécuritaire.
- Le règlement sur les activités professionnelles du Québec n’exclut pas la possibilité, pour le personnel non médical, d’administrer de l’oxygène dans un contexte de surdose d’opioïdes si certaines conditions sont respectées – soit être dûment formé et avoir contacté les services d’urgence.
- Des protocoles d’administration de l’oxygène en contexte de surdose par les intervenants des sites de consommation supervisée sont en cours d’élaboration par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de certaines régions du Québec. Des intervenants de ces sites ont d’ailleurs commencé à administrer l’oxygène.

Au regard de l’accessibilité de la naloxone

- Au Québec, la distribution de naloxone aux individus est restreinte aux pharmacies et à certains organismes communautaires.
- L’ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de ce projet était favorable à ce que la naloxone soit plus facilement accessible, notamment en variant les endroits où il est possible de s’en procurer, et à limiter la stigmatisation que peuvent vivre des personnes qui souhaitent l’obtenir.
- Des difficultés associées à l’approvisionnement et à la disparité dans le nombre de troussees disponibles sont constatées en pharmacie communautaire et dans les organismes communautaires des régions plus éloignées.

Au regard de la formation en réanimation dans les cas de surdose d’opioïdes

- Les lignes directrices disponibles recommandent que toutes les personnes appelées à être témoins d’une surdose d’opioïdes – y compris les utilisateurs de substances psychoactives et leurs proches – reçoivent une formation en réanimation pour intervenir en cas de surdose d’opioïdes.

Au regard de l’accès et de la disponibilité des données

- Il demeure difficile d’avoir un portrait précis de l’incidence des surdoses d’opioïdes au Québec.
- La disponibilité de l’ensemble des données par région permettrait un meilleur portrait des surdoses d’opioïdes au Québec.

Au regard de la sensibilisation et de l'éducation du grand public à la problématique des surdoses

- Malgré l'évolution positive des connaissances sur la problématique des surdoses, notamment concernant le rôle de la naloxone, la population générale demeure faiblement sensibilisée au phénomène des surdoses. La capacité de distinguer une surdose d'une autre condition nécessitant une intervention constitue également un défi pour plusieurs.
- La stigmatisation des personnes utilisatrices d'opioïdes, tant dans la communauté que dans le RSCS, est largement reconnue.
- Les efforts de sensibilisation et d'éducation du grand public sur la RCR et l'administration de la naloxone en contexte de surdose sont jugés essentiels.

Sur la base de l'ensemble des données recueillies, des constats formulés et après un processus délibératif, l'INESSS émet une série de recommandations sur les protocoles d'intervention en matière de RCR et d'administration de la naloxone en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté. Les 13 recommandations finales ont été regroupées selon leur portée. En premier lieu sont présentées celles qui touchent les pratiques cliniques en matière de réanimation (RCR et administration de la naloxone – 8 recommandations), suivies des recommandations portant sur les pratiques organisationnelles liées à l'intervention en cas de surdose d'opioïdes – 5 recommandations.

L'INESSS émet les recommandations suivantes **sur les pratiques cliniques en matière de réanimation** en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté.

Manœuvres de réanimation cardiorespiratoire

Recommandation 1 : Témoins non dûment formés en RCR – personnes utilisatrices d'opioïdes, proches et citoyens
Les témoins non dûment formés en RCR – p. ex. personnes utilisatrices d'opioïdes, proches, citoyens – devraient réaliser uniquement les compressions thoraciques lorsqu'une surdose d'opioïdes est suspectée.
Les « témoins non dûment formés » font référence aux personnes qui n'ont pas suivi de formation en RCR ou qui ne sont pas à l'aise pour accomplir les manœuvres de RCR.
Recommandation 2 : Intervenants des milieux communautaires formés en RCR
Les intervenants de certains organismes communautaires formés en RCR devraient réaliser les compressions thoraciques et ventilation (réanimation cardiorespiratoire complète) lorsqu'une surdose d'opioïdes est suspectée.
Le maintien et la fréquence de renouvellement de la formation s'appliquent selon les modalités établies par les organismes formateurs.

Administration de la naloxone

Recommandation 3 : Modalités d'administration de la naloxone

Les organismes et pharmacies communautaires reconnus comme étant distributeurs de la naloxone auprès des particuliers devraient délivrer la naloxone intranasale (IN) ou la naloxone intramusculaire (IM), selon la préférence de la personne.

Recommandation 4 : Nombre de doses de naloxone

Les instances (c.-à-d. pharmacies ou organismes communautaires) responsables de la distribution de la naloxone devraient s'assurer que les trousse de naloxone comportent un minimum de quatre doses*.

*Une surdose sévère peut nécessiter plus de deux doses.

Recommandation 5 : Contenu de la trousse de naloxone

Les instances responsables de la distribution de la naloxone devraient s'assurer que la trousse de naloxone contient les éléments suivants.

Contenu de la trousse de naloxone

Trousse de naloxone	
<ul style="list-style-type: none">▪ Masque barrière à valve unidirectionnelle▪ Deux paires de gants▪ Aide-mémoire sur la procédure à suivre▪ Dates d'expiration des éléments contenus dans la trousse▪ Une fiche de suivi des interventions	
Voie d'administration de la naloxone	
Intramusculaire	Intranasale
<ul style="list-style-type: none">▪ Au moins 4 fioles* ou ampoules de 0,4 mg/ml de naloxone chacune▪ Au moins 4 seringues jetables avec aiguille rétractable▪ Tampons alcoolisés	<ul style="list-style-type: none">▪ Au moins 4 vaporisateurs* intranasaux Narcan de 4 mg/0,1ml de naloxone chacun

*Une trousse mixte avec 2 fioles ou ampoules (IM) et 2 vaporisateurs (IN) peut également être distribuée, selon la préférence des personnes.

Séquence des interventions en cas de surdose d'opioïdes

Recommandation 6

Lorsque la personne et l'environnement sont sécurisés*, la séquence suivante des interventions en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté devrait être appliquée :

1. Appliquer des stimuli (verbaux et physiques) **;
2. Appeler les services d'urgence (911);
3. Administrer la naloxone;
4. Pratiquer les manœuvres de réanimation (selon les recommandations 1^s et 2[✕]);
5. Répéter les étapes 3 et 4 aux trois minutes jusqu'à l'arrivée des secours.

* S'assurer que la personne est dans une position sécuritaire (sur le dos) permettant les manœuvres de réanimation; si vomissements, convulsions ou respiration irrégulière : position latérale de sécurité

** Absence de réaction au bruit ou à la douleur; respiration lente, difficile, ronflante ou absente; pupilles contractées.

§ Les témoins non formés en RCR devraient réaliser uniquement les compressions thoraciques.

✕ Les témoins formés en RCR devraient réaliser la RCR complète (c.-à-d. compressions thoraciques et ventilation).

Prévention des maladies infectieuses

Recommandation 7

L'utilisation d'un masque barrière avec valve unidirectionnelle permettant de procéder aux manœuvres de RCR (c.-à-d. compressions thoraciques et ventilation) de façon sécuritaire est recommandée afin de diminuer le risque de transmission d'une maladie infectieuse.

Cette recommandation concerne les personnes formées en RCR et qui sont à l'aise avec la pratique de la ventilation.

Administration de l'oxygène

Recommandation 8

Les données probantes actuellement disponibles ne permettent pas à l'INESSS de formuler des recommandations encadrant l'administration de l'oxygène par des intervenants communautaires dans les cas de surdose d'opioïdes.

Toutefois, compte tenu du fait que cette pratique semble déjà faire partie des modalités employées dans certains contextes de surdose au sein de quelques sites de consommation supervisée et que des protocoles sont en cours d'élaboration par des CISSS et des CIUSSS, l'INESSS tient à rappeler que l'administration de l'oxygène doit être réalisée par une personne dûment formée, et ce, en accord avec la réglementation applicable ([article 5, c. M-9, r. 2.1](#)).

L'INESSS émet les recommandations suivantes **sur les pratiques organisationnelles liées à l'intervention en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté.**

Accessibilité à la naloxone

Recommandation 9

Afin de faciliter l'accès à la naloxone pour les personnes utilisatrices d'opioïdes, leurs proches et les intervenants communautaires et du RSSS qui travaillent auprès d'une clientèle à risque de surdose d'opioïdes :

- 8.1. Le cadre de distribution de la naloxone devrait faire l'objet d'une révision afin d'augmenter et de faciliter l'accès à la naloxone dans les organismes et pharmacies communautaires, de même que dans les établissements du RSSS, tels que les centres de réadaptation en dépendance, ainsi que dans les centres de santé et postes de soins des peuples et communautés autochtones (non conventionnées);
- 8.2. Le cadre de distribution devrait offrir la possibilité de rendre disponibles les trousse de naloxone dans certains endroits publics, tout en s'assurant que l'information transmise avec les trousse est disponible et standardisée;
- 8.3. Les pharmacies communautaires reconnues comme étant distributrices de naloxone devraient s'assurer que des trousse de naloxone sont disponibles en tout temps;
- 8.4. Des ententes de distribution de naloxone devraient être établies entre les communautés autochtones (non conventionnées) et la direction de santé publique de leur région, dans le respect de leur gouvernance locale et des ententes existantes.

Formation en réanimation dans les cas de surdose d'opioïdes

Recommandation 10

Les intervenants non médicaux qui côtoient régulièrement ou travaillent auprès d'une clientèle à risque de surdose d'opioïdes – p. ex. certains intervenants communautaires des sites de consommation supervisée ou intervenants psychosociaux du RSSS – devraient être adéquatement formés pour intervenir en cas de surdose, y compris à la RCR complète et à l'administration de la naloxone.

Les organismes qui offrent une formation sur la réanimation en cas de surdose d'opioïdes devraient s'assurer que son contenu est standardisé afin d'harmoniser les pratiques en matière de RCR et d'administration de la naloxone. Ils devraient notamment :

- s'assurer que leur formation est cohérente avec les recommandations 1, 2, 6 et 7 sur les manœuvres à appliquer, la séquence optimale à respecter et les mesures de prévention des maladies infectieuses à appliquer;
- informer les participants sur la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* et clarifier sa portée et ses limites;

Recommandation 10

- sensibiliser les participants aux défis logistiques, éthiques et émotionnels qui pourraient survenir en cas d'intervention et aux stratégies potentielles pour les surmonter;
- informer les participants sur les ressources psychosociales à contacter au besoin après une intervention en cas de surdose;
- favoriser le maintien des compétences, notamment en offrant des séances de rappel pour les participants.

Les pharmacies et les organismes communautaires reconnus comme distributeurs de naloxone devraient s'assurer d'offrir de l'information standardisée afin d'harmoniser les pratiques en matière de RCR et d'administration de la naloxone en contexte de surdose d'opioïdes. Ils devraient notamment s'assurer que l'information transmise lors de la remise d'une trousse de naloxone à un particulier est cohérente avec les recommandations 1, 2, 6 et 7 sur les manœuvres à exécuter, la séquence optimale à respecter et les mesures de prévention des maladies infectieuses à appliquer.

Collaboration intersectorielle

Recommandation 11

Des efforts de concertation intersectorielle devraient être consentis afin de favoriser la collaboration optimale entre les organismes communautaires qui interviennent en cas de surdose, les services préhospitaliers et les services policiers. Dans cette optique, une démarche pour y parvenir devrait aborder, entre autres :

- les pratiques d'intervention en contexte de surdose ainsi que les rôles et les responsabilités des acteurs concernés, entre autres les intervenants communautaires et les policiers;
- la portée et l'application de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*;
- les obstacles à l'appel au 911 tels que rapportés par les différentes parties prenantes consultées;
- les stratégies à préconiser afin d'assurer une réponse optimale en cas de surdose.

Accès et disponibilité des données

Recommandation 12

Les efforts actuels pour documenter les surdoses liées aux opioïdes et l'administration de la naloxone dans les différentes régions du Québec devraient être maintenus.

Des indicateurs permettant de documenter l'information utile pourraient également être élaborés, et ces renseignements devraient être disponibles sur une base régulière dans l'ensemble des régions du Québec et au niveau provincial – p. ex. incidence des surdoses non mortelles, incidence des visites à l'urgence et des hospitalisations pour surdose, nombre de trousse de naloxone distribuées et utilisées, nombre d'interventions d'urgence réalisées au sein des sites de consommation supervisée, incidence des décès par surdose, résultats des analyses de substances, etc.

Sensibilisation et éducation du grand public à la problématique des surdoses

Recommandation 13

Les efforts de déploiement et de mise en œuvre d'activités de sensibilisation, d'éducation et de formation destinées au grand public devraient être maintenus par les instances pertinentes – p. ex. direction générale de santé publique, organismes formateurs en réanimation.

Ces activités viseraient notamment à :

- sensibiliser les personnes utilisatrices d'opioïdes et le grand public ainsi que les travailleurs de la santé et les dispensateurs de services sur la consommation d'opioïdes, la problématique de la surdose d'opioïdes et la stigmatisation des personnes utilisatrices d'opioïdes;
- sensibiliser la population à l'importance de suivre une formation en RCR pour tous et toutes;
- sensibiliser la population à l'administration de la naloxone et à la connaissance de ses effets en cas de surdose.

Les distributeurs de la naloxone devraient favoriser un environnement et des modalités de distribution qui réduiraient les risques de stigmatisation – p. ex. local privé pour donner l'information lors de la remise de la trousse en pharmacie.

SUMMARY

Resuscitation in community opioid overdose – Update and complement to INESSS guidance published in 2018: Cardiopulmonary resuscitation (CPR) in a context of community-based naloxone administration for opioid overdose

Introduction

The opioid crisis is a major public health issue worldwide. It is characterized by a significant increase in opioid use and opioid-related deaths. The situation in Quebec is worrying, although the crisis is currently affecting mainly the western provinces of Canada. The annual number of deaths from suspected opioid intoxication has increased in the province, from 211 in 2018 to 319 in 2020. However, death from opioid overdose can be prevented with cardiopulmonary resuscitation (CPR) and the timely administration of naloxone. Naloxone is an opioid antagonist that rapidly reverses the effects of opioids on the central nervous and respiratory systems. The efficacy and safety of naloxone in reversing fatal overdoses are well documented.

To prevent opioid overdose deaths, Quebec has established numerous community-based naloxone distribution programs. These programs are part of a harm reduction approach aimed at supporting the community organizations that are committed to reducing the negative consequences of drug use, without abstinence. This approach includes measures to ensure that naloxone is available free of charge and without a prescription at community pharmacies and certain community organizations for vulnerable people aged 14 years and older, and to ensure the availability of naloxone kits in emergency services and the public security network.

In 2018, INESSS published a report on best practices regarding CPR in the context of opioid overdose. However, heterogeneity in opioid overdose resuscitation protocols and training persists among organizations throughout Quebec. It was against this backdrop that the group of Québec community organizations represented by the Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID) and the Table des organismes montréalais de lutte contre le VIH/Sida (TOMS) asked INESSS to review its resuscitation protocol in order to determine: 1) the best clinical and organizational strategies for the resuscitation and administration of naloxone in cases of opioid overdose in community settings, along with ways in which these strategies can be adapted to the specific realities of Quebec, and 2) to propose strategies to improve the applicability and acceptance of these recommended practices.

The purpose of this update is to consider the protocol's application context, training and applicability issues, so that anyone who witnesses an opioid overdose can optimally apply the protocol.

Methods

For this request, a rapid review of the scientific and grey literature was conducted in addition to consulting with various stakeholders, including experts, workers, users, and close relatives. The collected scientific, contextual, and experiential data were analyzed to draw key findings and recommendations. These findings underwent a thorough deliberative process to develop meaningful and effective recommendations.

Main findings

With regard to cardiopulmonary resuscitation

- No studies comparing CPR maneuvers (ventilation and/or chest compressions) in the context of opioid overdose were found.
- Guidelines and protocols intended for CPR-trained witnesses who volunteer to perform it recommend full CPR, which involves both ventilation and chest compressions.
- The guidelines and committee members consulted recommend chest compressions alone for untrained witnesses.
- Several Canadian provinces recommend using ventilation alone in cases of opioid overdose but they do not specify the necessary level of training of overdose witnesses.
- Certain protocols and input from the committee members suggest that the ventilation alone would be sufficient in the case of an overdose in presence of a witness. However, detecting the difference between respiratory arrest and cardiac arrest may prove challenging for those without proper training.
- The Québec and Nova Scotia protocols recommend the use of chest compressions alone for non-CPR-trained witnesses.
- A single, simple protocol involving chest compressions alone would be more likely to be applied by non-CPR-trained witnesses.

With regard to naloxone administration – conditions of administration, dose and contents of the naloxone kit

- The evidence shows that intranasal (IN) naloxone appears to be as effective as intramuscular (IM) naloxone.
- However, IN naloxone is associated with a slower response time in comparison to IM naloxone and a higher probability that an extra dose will be necessary.
- In Québec, naloxone is available in two forms, IN and IM. However, the IN form is more commonly dispensed than the IM form, following the preference of the opioid users.

- The use of the IN form is widely accepted due to its ease of use, quick administration, and enhanced safety as it requires minimal handling.
- Naloxone administration should be repeated every three minutes as necessary, if for instance the initial dose does not generate improvement or if respiratory depression reoccurs after an initial response.
- Specific informations should be provided to users of IN naloxone during training or when a kit is provided. First, there is a risk of the product freezing in the winter. Secondly, the IN spray contains a single dose of naloxone and should not be tested, as this could result in being unusable in the event of an overdose. Lastly, it is crucial to consider the possible emotional impact of intervening in an overdose situation.
- The evidence indicates that a higher dose results in a greater response to naloxone, reduces the need for a second dose, and improves survival rate. However, it is also associated with more adverse effects.
- The naloxone kit available for the public should contain at least four doses of naloxone (usable in two different overdose situations) as well as a barrier mask with a one-way valve.

With regard to infectious disease prevention

- The stakeholders consulted believe that the protocol should not be altered based on COVID-19 status or any other suspected infectious disease and that universal protective material should be provided.
- A good-quality and safe barrier mask with a one-way valve should be used by CPR-trained individuals when responding to an overdose, since any victim could potentially infect the witness.

Regarding the response sequence in an opioid overdose

- The initial step noted in the identified resuscitation protocols is to reassure the victim.
- An overdose witness should have the ability to recognize the signs of overdose.
- It is imperative to continue promoting the utilization of emergency services by calling 911.
- Fear of police involvement and potential legal consequences can impede the act of calling 911. Key stakeholders consulted recommend that the Ministère de la Santé et des Services sociaux, the Ministère de la Sécurité publique and the Ministère de la Justice reinstate intersectoral efforts to promote collaboration and cooperation.
- The current evidence does not suggest that one sequence (naloxone before or after CPR) is more effective than the other.

- The consulted stakeholders prefer to maintain the current protocol sequence: administer naloxone first followed by chest compressions with or without ventilation promptly.

With regard to oxygen administration

- Due to the paucity of scientific literature on the subject, the information regarding oxygen administration are primarily derived from experiential and contextual data obtained during consultations, meetings with committee members, and ad hoc meetings with key informants.
- Although very sparse, the scientific literature suggests that naloxone is administered in the majority of cases where oxygen was initially provided.
- In Québec, workers at supervised consumption sites are often requested to reverse overdose effects when medical personnel are not present on the premises. Certain sites have the capacity to offer oxygen to overdose victims.
- According to some opioid users who utilize supervised consumption sites, oxygen is preferred to naloxone due to the latter's significant withdrawal effects.
- Administering oxygen prior to the use of naloxone to prevent severe overdose is consistent with the harm reduction approach underlying the creation of supervised consumption sites.
- In cases of overdose where the effectiveness of naloxone would have little or no effect (e.g., opioids mixed with benzodiazepines), it might be more advantageous to administer oxygen instead of naloxone.
- The committee members and key informants consulted, including those from recognized CPR training organizations, held nuanced opinions on the administration of oxygen by community workers at supervised consumption sites. While some expressed concerns over the possible consequences for opioid users in the case of inadequate handling, others believed that these workers could provide oxygen to opioid overdose victims, on the condition that they adhere to the regulation (Section 5, c. M-9, r. 2.1): after contacting emergency services and continuously monitoring the victim's condition, following naloxone administration on a priority basis.
- All the parties consulted agree on the importance of safely storing and maintaining the oxygen administration equipment.
- Québec's professional activities regulation permits non-medical personnel to administer oxygen to an opioid overdose victim if they meet specific conditions. These conditions include receiving adequate training and contacting emergency services.
- Protocols for the administration of oxygen to overdose victims by supervised consumption site workers are currently being developed by the integrated health and social services centres (CISSSs) and the integrated university health and

social services centres (CIUSSSs) in certain Quebec regions. Workers at these sites have already begun administering oxygen.

With regard to access to naloxone

- In Québec, the dispensing of naloxone to individuals is limited to certain community organizations and pharmacies.
- All individuals consulted for this project expressed support for enhancing access to naloxone, primarily by expanding its availability at various locations and reducing the stigmatization individuals may face when seeking it.
- Challenges with supply and unequal distribution of naloxone kits are faced by community pharmacies and organizations in remote areas.

With regard to opioid overdose resuscitation training

- The available guidelines recommend that anyone who may witness an opioid overdose, including psychoactive substance users and relatives, receive resuscitation training to act in the event of an opioid overdose.

With regard to data access and availability

- It is difficult to draw an accurate picture of the incidence of opioid overdoses in Québec.
- The availability of all the data by region would provide a better picture of opioid overdoses in Québec.

With regard to raising awareness and educating the general public about overdoses

- Despite advances in our understanding of the issue of overdose, particularly regarding the effectiveness of naloxone, the majority of the public lacks adequate knowledge about the phenomenon of overdose. Furthermore, distinguishing an overdose from other conditions requiring an intervention poses a challenge for many.
- The stigmatization of opioid users, both in the community and in the health and social services system, is widely recognized.
- Efforts to raise awareness and educate the general public about CPR and naloxone administration in the context of overdose are considered essential.

Based on all the data collected and the presented findings, and after a deliberative process, INESSS is issuing a series of recommendations regarding CPR and naloxone administration response protocols during community opioid overdoses. The 13 final recommendations are categorized according to their scope. The first set of recommendations addresses clinical resuscitation practices (CPR and naloxone administration - 8 recommendations). The subsequent recommendations focus on the organizational practices in response to opioid overdose (5 recommendations).

INESSS is issuing the following recommendations **concerning clinical resuscitation practices** in the context of community opioid overdoses.

Cardiopulmonary resuscitation

Recommendation 1: Witnesses not properly trained in CPR – opioid users, relatives and members of the general public

Witnesses not properly trained in CPR, e.g., opioid users, relatives, members of the general public, should respond to suspected opioid overdose by performing only chest compressions.

« Witnesses not properly trained" refers to people who have not had CPR training or who are not comfortable performing CPR.

Recommendation 2: CPR-trained community organization workers

CPR-trained workers at selected community organizations should perform chest compressions and provide ventilation (full cardiopulmonary resuscitation) in the event of a suspected opioid overdose.

Training maintenance and refresher frequency are subject to the terms and conditions set out by training organizations.

Naloxone administration

Recommendation 3: Conditions of naloxone administration

Community organizations and pharmacies designated as dispensers of naloxone directly to individuals should provide either intranasal (IN) or intramuscular (IM) naloxone, depending on the individual's preference.

Recommendation 4: Number of naloxone doses

Entities (i.e., community pharmacies and organizations) responsible for dispensing naloxone should ensure that the naloxone kits contain a minimum of four doses*.

*A severe overdose may require more than two doses.

Recommendation 5: Contents of naloxone kit

Entities responsible for dispensing naloxone should ensure that the naloxone kits include the subsequent elements:

Contents of naloxone kits

Naloxone Kit	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrier mask with one-way valve ▪ Two pairs of gloves ▪ A quick-reference instruction insert ▪ Expiry dates of the kit's contents ▪ An intervention follow-up sheet 	
Naloxone: route of administration	
Intramuscular	Intranasal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ At least 4 vials* or ampoules containing 0.4 mg/ml naloxone each ▪ At least 4 disposable syringes with a retractable needle ▪ Alcohol swabs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ At least 4 intranasal Narcan sprays* containing 4 mg/0.1ml naloxone each

* A hybrid kit with 2 vials or ampoules (IM) and 2 sprays (IN) can also be dispensed, depending on the individual's preference.

Sequence of steps for responding to an opioid overdose

Recommendation 6

After ensuring the victim's safety and the safety of their surroundings*, the following steps to respond to a community opioid overdose should be performed:

1. Provide stimuli (verbal and physical)**;
2. Call emergency services (911);
3. Administer naloxone;
4. Perform resuscitation maneuvers (following recommendations 1[§] and 2[¥]);
5. Repeat steps 3 and 4 every three minutes until help arrives.

* Make sure the victim is in a safe position (on their back) for performing resuscitation maneuvers. If vomiting, convulsing or irregular breathing: lateral safety position.

** No response to sound or pain; slow, difficult, snoring-like or no breathing; contracted pupils.

§ Non-CPR-trained witnesses should only perform chest compressions.

¥ CPR-trained witnesses should perform full CPR (i.e., chest compressions and ventilation).

Infection disease prevention

Recommendation 7

The use of a barrier mask with a one-way valve for safe CPR is recommended to reduce the risk of transmitting an infectious disease.

This recommendation concerns people trained in CPR who are comfortable with providing ventilation.

Administering oxygen

Recommendation 8

INESSS cannot, based on currently available evidence, formulate any recommendation concerning the administration of oxygen, by community workers, to individuals experiencing opioid overdose.

However, as this practice already appears to be part of certain intervention modalities in some overdose contexts at a few supervised consumption sites and that protocols are currently being developed by CISSSs and CIUSSSs, INESSS reiterates that the administration of oxygen must be performed by a properly trained person, in compliance with the applicable regulation ([Section 5, c. M-9, r. 2.1](#)).

INESSS is issuing the following recommendations **regarding organizational practices in the context of community opioid overdose response**.

Access to naloxone

Recommendation 9

To facilitate access to naloxone for opioid users, their relatives, community and health and social services system workers who work with individuals at risk for opioid overdose:

8.1. The distribution framework for naloxone should be revised in order to enhance and facilitate its accessibility in community organizations and pharmacies; in facilities within the health and social services system, including addiction rehabilitation centres as well as health centres and nursing stations of Aboriginal peoples and communities (non-treaty);

8.2. The distribution framework should provide the possibility to make naloxone kits accessible in selected public areas, while simultaneously guaranteeing that accompanying information is accessible and standardized;

8.3. Community pharmacies designated as dispensers of naloxone should ensure that naloxone kits are always available; and

8.4. Naloxone distribution agreements should be established between non-treaty Aboriginal communities and their regional public health department, in accordance with local governance and current agreements.

Opioid overdose resuscitation training

Recommendation 10

Non-medical personnel regularly working with or encountering individuals at risk for opioid overdose, such as certain community workers at supervised consumption sites or psychosocial workers in the health and social services system, should receive appropriate training in overdose response, including comprehensive CPR and naloxone administration.

Organizations offering training on opioid overdose resuscitation should standardize their content in order to ensure harmonized CPR and naloxone administration practices. In particular:

- Participants should receive training consistent with recommendations 1, 2, 6 and 7 regarding the appropriate maneuvers, optimal sequence to be followed, and preventive measures for infectious disease;
- Participants need to be educated about the *Good Samaritan Drug Overdose Act* and clarify its scope and limitations;
- Participants should be made aware of the logistical, ethical and emotional challenges that may arise during an overdose response as well as the potential strategies for overcoming them;
- Participants should be informed of the psychosocial resources to contact, if needed, after an overdose response; and
- Participants should be offered refresher sessions in order to promote skill maintenance, in particular.

Pharmacies and community organizations designated as naloxone dispensers should provide standardized information to ensure harmonized CPR and naloxone administration practices in the context of opioid overdose. They should ensure that when a naloxone kit is given to an individual, the information provided is aligned with recommendations 1, 2, 6 and 7 on the maneuvers to perform, the optimal sequence to follow, and the infectious disease prevention measures to apply.

Intersectorial collaboration

Recommendation 11

Joint intersectoral efforts should be made to promote effective collaboration among community organizations that provide overdose response, prehospital services and police services. To this end, an approach should address the following, among other things:

- Overdose response practices and the roles and responsibilities of the players involved, such as community workers and police officers;
- The scope and application of the *Good Samaritan Drug Overdose Act*;
- Barriers to calling 911, as reported by the various stakeholders consulted; and
- Strategies to put forward in order to ensure an optimum overdose response.

Data access and availability

Recommendation 12

Current efforts to document opioid overdoses and naloxone administration in the different regions of Québec should be continued.

Indicators could also be developed in order to document opioid overdose. These data should be made available on a regular basis in each region and at the provincial level (e.g., incidence of nonfatal overdoses, incidence of overdose emergency room visits and hospitalizations, number of naloxone kits dispensed and used, number of emergency responses at supervised consumption sites, incidence of overdose deaths, results of substance testing, etc.)

Raising awareness and educating the general public about the problem of overdoses

Recommendation 13

Efforts to develop and implement awareness-raising, education and training activities aimed at the general public should be pursued by the appropriate authorities, e.g., the public health departments and resuscitation training organizations. These activities would include:

- Educating opioid users, the general public, healthcare workers and service providers about opioid use, opioid overdoses, and the stigmatization of opioid users;
- Raising awareness about the importance of CPR training for everyone; and
- Raising public awareness about naloxone administration and its effects on overdose.

Naloxone dispensers should promote a physical environment as well as dispensing arrangements that reduce the risk of stigmatization, e.g., a private room to provide information when the kit is dispensed at a pharmacy.

SIGLES ET ACRONYMES

ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
AHA	American Heart Association
AIDQ	Association des intervenants en dépendance du Québec
AQCID	Association québécoise des centres d'intervention en dépendance
ANZCOR	Australian and New Zealand Committee on Resuscitation
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BC	British Columbia
BCCDC	British Columbia Centre for Disease Control
CAMH	Centre for Addiction and Mental Health
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CCSMTL	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CDP	Comité délibératif permanent
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
CRSP	Comité régional des services pharmaceutiques de Montréal
DRSP	Direction régionale de santé publique
ECR	Essai clinique <i>randomisé</i>
ERC	European Resuscitation Council
FDA	Food and Drug Administration
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i>
IC	Intervalle de confiance
ICRAS	Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation
IM	Intramusculaire
IN	Intranasale
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IO	Intraosseuse
IUD	Institut universitaire sur les dépendances
IV	Intraveineuse

MJQ	Ministère de la justice du Québec
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PQWCHC	Parkdale Queen West Community Health Centre
PROFAN	Prévenir et réduire les overdoses – Former et accéder à la naloxone (Québec)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RC	Rapport de cotes
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RS	Revue systématique
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAVE ME	<i>Stimulate – Airway – Ventilate – Evaluate – Medication – Evaluate & Support</i>
SBUSP	Site répondant à un besoin urgent en matière de santé publique
SC	Sous-cutané
SPA	Substance psychoactive
TAP	Technicien ambulancier paramédical
THN	<i>Take Home Naloxone (kit)</i>
TOMS	Table des organismes montréalais de lutte contre le VIH/SIDA
WHO	World Health Organization

GLOSSAIRE

Ballon masque

Appareil de ventilation utilisé pour couvrir le nez et la bouche du patient et permettre la ventilation des poumons mécaniquement en comprimant un réservoir d'oxygène ou d'air.

Centre de prévention des surdoses

Les centres de prévention des surdoses sont des sites destinés à répondre aux besoins urgents en santé publique. Ils sont similaires aux sites de consommation supervisée et fournissent des services visant à réduire les méfaits liés à la consommation de drogues. Ils sont établis sur une base temporaire afin de répondre à des besoins urgents dans une région ou une communauté spécifique [Santé Canada, 2023].

Compressions thoraciques

Les compressions thoraciques (ou massage cardiaque externe) sont des manœuvres qui permettent de remplacer les fonctions du cœur en exerçant des compressions du thorax dans le cas d'un arrêt cardiaque [Espace Soignant, 2019].

Masque barrière

Dispositif médical permettant à un sauveteur d'effectuer une réanimation par bouche-à-bouche sur une victime tout en conservant une barrière sanitaire entre la victime et le sauveteur.

Naloxone

Médicament antagoniste des récepteurs des opioïdes utilisé pour inverser les effets d'une surdose d'opioïdes. La naloxone agit rapidement en permettant le rétablissement de la respiration en renversant ou en bloquant les effets des opioïdes sur les récepteurs du cerveau [Santé publique du CIUSSSCN, 2023].

Opioïdes

Les opioïdes sont des substances naturelles ou synthétiques utilisées pour réduire la douleur en milieu clinique, mais ils sont également produits et consommés à des fins non médicales. Bien qu'ils puissent être efficaces dans la gestion de la douleur chez certains patients sous surveillance médicale, les effets nocifs associés aux opioïdes, comme la dépendance et la surdose, représentent un défi important pour la santé publique [SPO, 2022].

Oxygénothérapie

Administration d'oxygène dans le cadre d'une intervention médicale, qui peut servir à diverses fins dans les soins chroniques et aigus aux patients. L'oxygène est essentiel au métabolisme cellulaire et, à son tour, l'oxygénation des tissus est essentielle à toutes les fonctions physiologiques normales.

Oxymètre de pouls

Appareil, généralement fixé au lobe de l'oreille ou au bout du doigt, qui mesure la saturation en oxygène du sang artériel en détectant et en enregistrant les pulsations capillaires [BCCDC, 2019].

Réduction des méfaits

La réduction des méfaits est « *une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou « addictifs »), à ce que les usagers puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements* » [Brisson, 1997].

Saturation en oxygène

Fait référence à la mesure dans laquelle l'hémoglobine est saturée en oxygène. L'hémoglobine est un élément du sang qui se lie à l'oxygène pour le transporter dans la circulation sanguine vers les organes, les tissus et les cellules du corps. La saturation normale en oxygène se situe généralement entre 96 % et 98 %.

Sevrage d'opioïdes

Le sevrage fait référence à un groupe de symptômes qui surviennent à l'arrêt brutal ou progressif des opioïdes. Le syndrome de sevrage des opioïdes s'accompagne notamment de rhinorrhée, de larmoiement, d'anxiété, de douleurs musculaires, de frissons, d'une piloérection et de crampes musculaires et abdominales.

Site (et services) de consommation supervisée

Les sites de consommation supervisée offrent un espace sûr et propre aux personnes qui peuvent y apporter leur propre substance psychoactive à consommer sous la supervision d'un personnel formé. D'autres services en lien avec la consommation de substances psychoactives peuvent y être offerts [Santé Canada, 2023].

Site d'injection supervisée

Les sites d'injection supervisée sont une forme de site de consommation supervisée où seule la consommation par injection est permise.

Stigmatisation

La stigmatisation fait référence aux attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle. Elle inclut la discrimination, les préjugés, le jugement et les stéréotypes qui peuvent isoler les personnes qui consomment des substances psychoactives [Santé Canada, 2022].

Surdose d'opioïdes

Concentration d'opioïdes, combinaison d'opioïdes ou d'un opioïde avec d'autres substances psychoactives dans l'organisme, qui dépasse ce que celui-ci peut supporter. Le surdosage se manifeste par des signes comprenant, notamment, une respiration lente ou difficile, des pupilles en myosis (en constriction) et la non-réponse à un stimulus. La surdose peut conduire au décès en raison de la dépression respiratoire qu'elle peut causer.

Syndrome de sevrage

Ensemble des réactions physiologiques et psychologiques qui apparaissent lorsqu'une personne cesse brusquement d'absorber une substance dont la consommation régulière avait induit chez elle une dépendance [OQLF, 2001].

INTRODUCTION

Problématique

Une surdose d'opioïdes survient après la consommation de doses excessives ou répétitives d'opioïdes, ce qui a pour conséquence un effet dépressur sur la respiration pouvant entraîner une hypoxie cérébrale, une contraction des pupilles (myosis) et une altération de l'état de conscience [Schiller *et al.*, 2022; NIDA, 2021; WHO, 2014]. Si l'hypoxie cérébrale dure plus de trois à cinq minutes, des lésions cérébrales permanentes et des troubles cognitifs importants peuvent survenir [MSSS, 2018; Kim *et al.*, 2009]. Sans assistance, une surdose d'opioïdes peut mener rapidement au décès au cours de l'heure ou des trois heures qui suivent [Aschenbrenner, 2022; Bell *et al.*, 2019; WHO, 2014; Kim *et al.*, 2009].

De multiples décès par surdose d'opioïdes prescrits ou obtenus de façon illicite surviennent à travers le monde [WHO, 2021; 2014]. Selon les données de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), près de 36 442 décès survenus entre janvier 2016 et septembre 2022 étaient apparemment attribuables à une intoxication aux opioïdes, ce qui correspond à une moyenne de 20 décès par jour [Comité consultatif spécial fédéral-provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2023]. Les surdoses d'opioïdes entraînent de nombreuses interventions des services médicaux d'urgence à travers le pays : plus de 28 000 de ces interventions ont été enregistrées depuis le début de l'année 2022 pour des cas de surdose possiblement liée aux opioïdes [Comité consultatif spécial fédéral-provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2023]. Elles touchent surtout les hommes âgés de 20 à 49 ans. Leur forte incidence et leur potentiel léthal font des surdoses d'opioïdes un véritable problème de santé publique qualifié d'épidémie silencieuse [WHO, 2014].

La mortalité par surdose d'opioïdes peut être évitée grâce aux manœuvres de réanimation cardiorespiratoire et à l'administration, en temps opportun, de la naloxone¹, un antagoniste des récepteurs des opioïdes. La naloxone est efficace et sécuritaire pour inverser les effets des opioïdes sur le système nerveux central et le système respiratoire [Chimbar et Moleta, 2018; Rzasza Lynn et Galinkin, 2018]. Administrée par injection ou par voie intranasale, la naloxone agit rapidement pour une durée de 30 à 90 minutes. Plusieurs doses de naloxone peuvent être nécessaires, puisque la durée d'action de certains opioïdes est plus longue que celle de la naloxone [NIDA, 2022]. Comme la majorité des cas de surdose d'opioïdes surviennent à domicile ou dans la communauté, l'entourage de la victime joue un rôle important pour demander une assistance médicale d'urgence (911) et administrer la naloxone.

¹ Afin d'alléger le texte, le terme « réanimation » sera dorénavant employé pour désigner l'ensemble des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire et d'administration de la naloxone.

Contexte québécois actuel

Même si, au Canada, cette crise touche présentement les provinces de l'Ouest, la situation au Québec reste inquiétante. Selon les données de l'Institut national de santé publique du Québec, le nombre annuel de décès par intoxication suspectée aux opioïdes est plus élevé en 2020 (319 décès) [INSPQ, 2020] que l'année précédente (2019 : 211 décès) [INSPQ, 2018]. À noter que, depuis 2019, le nombre annuel des décès par intoxication suspectée rapporté par l'INSPQ regroupe à la fois les réactions aux opioïdes et aux autres substances.

Comme ailleurs au Canada, l'approche basée sur la réduction des méfaits est grandement mise de l'avant au Québec dans l'intervention auprès des personnes qui ont un problème de consommation de substances psychoactives (SPA). Elle consiste à limiter les effets négatifs liés à l'usage des SPA sans nécessairement viser l'abstinence. Cette approche s'applique dans le cadre de programmes d'intervention qui encadrent et protègent la santé des utilisateurs de SPA et celle de la communauté, et elle propose des soins et services adaptés à leurs besoins physiques et psychologiques [WHO, 2014; INSPQ, 2012].

Dans cette optique, et dans le contexte de la crise des surdoses, des exemptions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* sont notamment accordées à des organismes communautaires pour qu'ils offrent un lieu sécuritaire de consommation de SPA sur place, avec la supervision de personnel formé et qualifié. Ainsi, trois types de services ont été progressivement implantés au Québec : des sites d'injection supervisée, des sites de consommation supervisée et, plus récemment, des centres de prévention des surdoses ou sites répondant à un besoin urgent en matière de santé publique (SBUSP)². Au Canada, on dénombre actuellement 38 sites de consommation et d'injection supervisées et plusieurs SBUSP. Au Québec, il y a quatre sites de consommation supervisée à Montréal, un dans la ville de Québec et des centres de prévention des surdoses à Val-d'Or, en Abitibi-Témiscamingue, au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et dans les villes de Sherbrooke, Gatineau, Québec et Chicoutimi³ [Cousineau, 2022; MSSS, 2022]⁴.

L'objectif de ces services est principalement d'éviter les surdoses accidentelles et de réduire la transmission de maladies infectieuses (hépatites et VIH). Certains d'entre eux fournissent des services d'analyse de substances et distribuent également du matériel pour réduire les méfaits liés à la consommation de SPA (seringues, matériel d'inhalation, naloxone et autres) [Cousineau, 2022].

² Les SBUSP ont des exemptions temporaires à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* accordées par le MSSS, alors que les sites de consommation et d'injection supervisées ont des exemptions permanentes accordées par Santé Canada, en vertu de l'article 56 (1) de cette même Loi.

³ Liste des sites au Canada disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/statut-demandes.html#a1> (consulté le 15 février 2023).

⁴ Afin d'alléger le texte, le terme « sites de consommation supervisée » sera dorénavant employé pour désigner l'ensemble des sites de consommation supervisée, des sites d'injection supervisée ou des centres de prévention des surdoses.

Programme de distribution de la naloxone au Québec

Dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des surdoses d'opioïdes, le MSSS et ses partenaires ont élaboré la Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025 qui comporte plusieurs mesures visant à guider et à soutenir l'ensemble des acteurs engagés dans l'approche de la réduction des méfaits liés à l'usage des opioïdes et à d'autres substances psychoactives et à renforcer les actions amorcées dans sa stratégie 2018-2020 [MSSS, 2022]. Certaines de ces mesures visent à assurer :

- l'accès gratuit à la naloxone (programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec – RAMQ⁵) sans ordonnance dans les pharmacies communautaires⁶ pour les personnes de 14 ans et plus⁷ ainsi que dans certains organismes communautaires⁸ depuis 2018;
- la distribution de la naloxone aux personnes qui ont des difficultés d'accès aux pharmacies communautaires, par le biais des intervenants des organismes communautaires – en ayant recours aux pharmacies des établissements de santé et de services sociaux. En 2021, l'accès à la naloxone pour les populations vulnérables était possible dans 91 organismes communautaires de 13 régions du Québec;
- la disponibilité des trousse de naloxone dans les services d'urgence – intervenants paramédicaux, pompiers, hôpitaux/départements d'urgence – ainsi que dans le réseau de la sécurité publique – policiers et établissements de détention – afin d'administrer la naloxone aux victimes d'une surdose d'opioïdes et, au besoin, la distribution des trousse de naloxone aux victimes ou à leurs proches.

Au Québec, en moyenne, 1 267 trousse de naloxone ont été remises chaque mois aux pharmacies communautaires (données couvrant novembre 2017 à mars 2023), et on observe une augmentation annuelle du nombre de services (23 381 en 2022) [INSPQ, 2023b; INSPQ, 2022]. À Montréal, la distribution de la naloxone par les organismes communautaires et les services en pharmacie communautaire sont en hausse d'au moins 57 % – avril 2019 à mars 2020 *versus* avril 2021 à mars 2022, données incomplètes [DRSP, 2022].

⁵ Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2017/info235-7.pdf>.

⁶ Les pharmacies communautaires sont des établissements qui ne se trouvent pas dans les centres hospitaliers. À noter que le programme de distribution de la naloxone en pharmacie communautaire s'adresse aux personnes qui ont un trouble d'usage des opioïdes, à celles qui reçoivent des opioïdes sur ordonnance et n'ont pas de comportements à risque ainsi qu'à la population générale qui souhaite pouvoir intervenir en cas de surdose [Tsuayuki *et al.*, 2020].

⁷ Programme mis en place depuis 2017 concernant la naloxone intramusculaire et en 2018 pour la naloxone intranasale.

⁸ Il est possible de connaître les pharmacies et les organismes communautaires où se procurer de la naloxone en consultant la [cartographie interactive produite par l'INSPQ](#) ainsi qu'à travers le [répertoire des ressources en santé et services sociaux](#) en cherchant par code postal.

Formation sur l'administration de la naloxone au Québec

Au Québec, Méta d'Âme – association de pairs pour les personnes qui utilisent ou ont utilisé des opioïdes – et l'Association des intervenants en dépendance du Québec ont été mandatés pour offrir un programme de formation gratuit (programme PROFAN 2.0 – Prévenir et Réduire les Overdoses | Former et Accéder à la Naloxone) pour les personnes qui consomment des SPA ou qui en ont déjà consommé et leurs proches, ainsi que pour les intervenants communautaires. Les formations *Faire face aux surdoses d'opioïdes* de ce programme visent à transmettre des notions de prévention et de prise en charge des surdoses et à former les participants à l'administration de la naloxone ainsi qu'aux manœuvres de RCR. L'une des formations est destinée aux personnes utilisatrices de SPA et à leur entourage, et l'autre s'adresse aux personnes qui travaillent dans le milieu communautaire et sont susceptibles d'être confrontées à des situations de surdose d'opioïdes – p. ex. intervenants, bénévoles, gardiens de sécurité, personnel administratif [Perreault *et al.*, 2021]. Cette formation ne couvre que sommairement les étapes de la RCR, puisqu'il est sous-entendu que la majorité de ces personnes ont déjà reçu une telle formation dans le cadre de leur emploi. Actuellement, le protocole 30:2 (30 compressions, 2 ventilations) est enseigné dans ces formations.

L'INSPQ, de son côté, a été mandaté pour produire une formation sur l'administration de la naloxone par les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux [INSPQ, 2019]. Offerte en ligne, cette formation vise à apprendre aux participants à intervenir efficacement et de façon sécuritaire en cas de surdose d'opioïdes et à prévenir ces situations auprès d'une clientèle à risque. L'INSPQ⁹ a aussi produit des vidéos sur l'administration de la naloxone ainsi qu'une carte interactive des endroits où se procurer de la naloxone au Québec. Spécifiquement pour les intervenants du milieu intrahospitalier, une formation de sensibilisation à l'utilisation de la trousse de naloxone est également disponible sur la plateforme Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provinciale.

Par ailleurs, les pharmaciens sont tenus d'offrir une formation sur l'administration de la naloxone lors de la distribution des trousse. Une formation continue sur l'administration de la naloxone est également offerte aux intervenants en sécurité publique par l'École nationale de police du Québec [MSSS, 2022]¹⁰.

⁹ Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdoses>.

¹⁰ Disponible à : <https://www.enpq.qc.ca/capsules-gratuites/intervention-surdose-opioides>.

Contexte de la demande

En 2018, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié un avis portant sur les pratiques optimales entourant les manœuvres de RCR dans un contexte d'administration de la naloxone pour surdose d'opioïdes. Malgré ces travaux, une hétérogénéité des pratiques suggérées et des formations offertes à ce sujet subsiste à travers le Québec. Un regroupement d'organismes communautaires québécois¹¹ représenté par l'Association québécoise des centres d'intervention en dépendance et la Table des organismes montréalais de lutte contre le VIH/SIDA a demandé à l'INESSS de réviser son protocole de réanimation en tenant compte du contexte dans lequel il est appliqué et des enjeux de formation et d'applicabilité associés pour que tout témoin d'une surdose d'opioïdes puisse appliquer ce protocole de façon optimale.

Plusieurs éléments ont mené à cette demande, notamment :

- l'hétérogénéité des protocoles de réanimation en cas de surdose d'opioïdes enseignés par les organismes formateurs à travers le Québec¹²;
- les différentes recommandations sur le type d'intervention en réanimation à travers les provinces canadiennes et le fait que les compressions thoraciques réalisées par les témoins non formés en RCR sont favorisées au Québec alors que, dans certaines autres provinces, la ventilation serait plutôt privilégiée;
- les enjeux relatifs au contexte d'application des pratiques recommandées en cas de surdose – p. ex. modalités d'administration de la naloxone, composition des trousse de naloxone;
- le besoin d'uniformiser la formation offerte par différentes organisations et dans différents secteurs;
- le nombre important d'interventions d'urgence pour surdose d'opioïdes dans les sites de consommation supervisée au cours desquelles l'oxygène est administré;
- l'évolution des pratiques avec la mise en place des sites de consommation supervisée (avec ou sans infirmière) dans différentes régions, au sein desquels des intervenants seront de plus en plus souvent appelés à traiter des surdoses et à utiliser de l'oxygène s'il n'y a pas de personnel infirmier;
- l'évolution des connaissances permettant possiblement, tant aux organisations sur le terrain qu'aux personnes concernées, d'adapter leurs interventions en matière de réanimation.

¹¹ Cactus Montréal; L'Anonyme; Méta d'Âme.

¹² Ambulance Saint-Jean [2019] – ventilation seule; Fondation des maladies du coeur et de l'AVC du Canada [2020] – compressions thoraciques seules; Croix-Rouge canadienne [2020] – RCR complète.

Population cible

Le présent avis et les recommandations qui en découlent s'adressent aux personnes et organismes dans la communauté qui peuvent porter secours à une victime de surdose d'opioïdes, soit :

- les personnes susceptibles d'être témoins d'une surdose d'opioïdes, soit :
 - les personnes utilisatrices d'opioïdes¹³, avec ou sans ordonnance, et leurs proches;
 - les intervenants communautaires ou du RSSS qui sont appelés à intervenir auprès de cette clientèle;
 - tout citoyen témoin d'une surdose d'opioïdes survenant dans la communauté;
- les personnes et les organismes communautaires qui participent à l'offre de formation en réanimation en cas de surdose d'opioïdes.

¹³ Ou d'autres SPA, potentiellement contaminées.

1 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie employée pour réaliser le présent avis respecte les normes de production de l'INESSS. Dans les sections suivantes, l'approche méthodologique préconisée en soutien aux stratégies de recherche documentaire et de sélection des publications scientifiques, l'évaluation de la qualité et l'extraction des données est présentée de façon sommaire.

1.1 Question décisionnelle

Quelles sont les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en matière de RCR et d'administration de la naloxone en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté et comment adapter ces pratiques à la réalité québécoise?

1.2 Questions d'évaluation

1. En fonction des données probantes les plus récentes et du contexte québécois, quelles sont les meilleures pratiques cliniques en matière de RCR et d'administration de la naloxone en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté?
 - a. La ventilation permet-elle une meilleure chance de survie en cas de surdose d'opioïdes par rapport aux compressions thoraciques seulement?
Si oui :
 - i. Y a-t-il des contre-indications à ce qu'une personne non formée en RCR réalise la ventilation?
 - b. L'administration de l'oxygène doit-elle faire partie de la séquence de réanimation en contexte de surdose d'opioïdes?
 - c. Quelles sont les modalités d'administration de la naloxone (voies d'administration et doses) qui permettent une meilleure chance de survie?
 - d. Quelle est la séquence optimale des interventions de réanimation pour :
 - i. Des personnes qui ne sont pas formées en RCR?
 - ii. Des personnes formées (intervenants des milieux communautaires)?
 - e. Quelles mesures doivent être appliquées ou quels équipements de protection doivent être utilisés pour prévenir la transmission de maladies infectieuses?
2. En fonction des données probantes les plus récentes et du contexte québécois, quels sont les facteurs qui influent sur l'applicabilité et l'acceptabilité des pratiques recommandées en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté?

- a. Quels sont les barrières et facilitateurs concernant la réalisation des manœuvres de RCR en cas de surdose d'opioïdes par les intervenants non médicaux, les personnes utilisatrices d'opioïdes, leurs proches et les citoyens?
 - b. Quels sont les barrières et facilitateurs concernant l'administration de l'oxygène par les intervenants communautaires?
 - c. Quels sont les barrières et facilitateurs concernant l'administration de la naloxone par les intervenants non médicaux, les personnes utilisatrices d'opioïdes, leurs proches et les citoyens?
 - d. Quels sont les barrières et facilitateurs concernant l'implantation de la formation en RCR et l'administration de la naloxone destinées aux intervenants non médicaux, aux personnes utilisatrices d'opioïdes et à leurs proches?
3. Des changements doivent-ils être apportés au contenu de la trousse de naloxone pour pouvoir réaliser adéquatement les pratiques recommandées en matière de RCR et d'administration de la naloxone? Si oui, lesquels ?

Afin de répondre aux questions d'évaluation, les sources d'information indiquées dans le [tableau 1](#) ont été consultées :

Tableau 1 Sommaire des sources d'information selon les questions d'évaluation

Questions d'évaluation	Sources d'information		
	Littérature scientifique	Littérature grise	Données expérientielles et contextuelles
Question 1 : Protocole de réanimation	✓	✓	Comité consultatif Comité de suivi
Question 2 : Applicabilité et acceptabilité des pratiques recommandées	✓	✓	Comité consultatif Comité de suivi Consultation auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes/d'intervenants
Question 3 : Contenu de la trousse de naloxone		✓	Comité de suivi

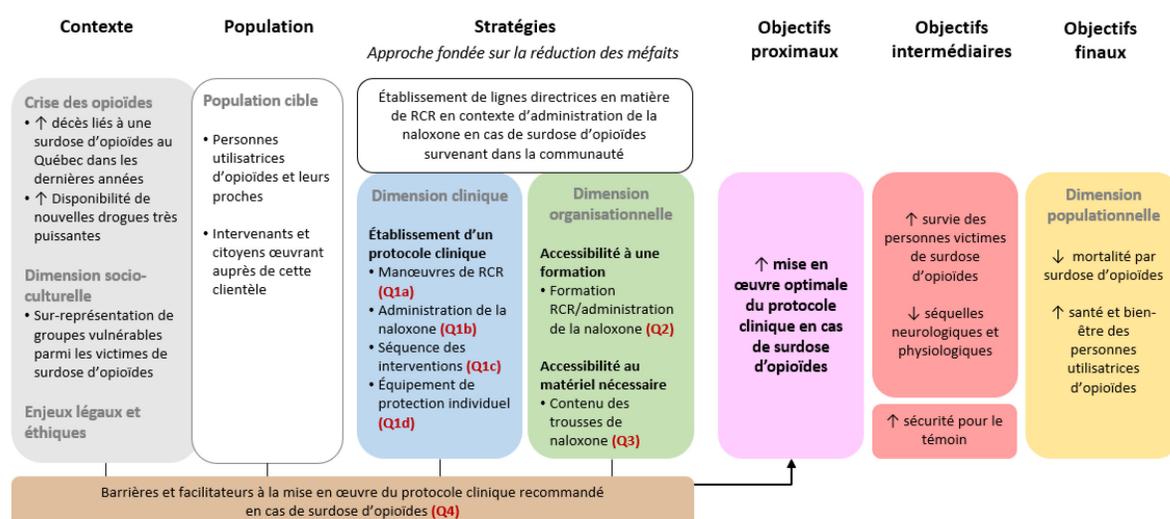
1.3 Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse du projet est présenté à la [figure 1](#). En plus de situer les différentes questions d'évaluation, ce cadre lie les composantes et les dimensions du projet à ses objectifs, explicite les hypothèses sous-jacentes aux travaux et illustre l'hypothèse selon laquelle trois éléments sont nécessaires à la mise en œuvre optimale du protocole de réanimation en cas de surdose d'opioïdes par les personnes utilisatrices d'opioïdes, leurs proches et les intervenants qui œuvrent auprès de cette clientèle. Ces éléments sont : 1) l'établissement clair d'un protocole de réanimation; 2) l'accès à une formation à ce sujet; et 3) l'accès au matériel nécessaire, comme la naloxone.

D'autres barrières ou facilitateurs modulent la mise en œuvre du protocole de réanimation en cas de surdose d'opioïdes. S'appuyant sur le cadre conceptuel de Chaudoir *et al.* [2013], ces facteurs peuvent être liés aux personnes victimes d'une surdose d'opioïdes ou aux personnes qui réalisent les manœuvres de réanimation, être d'ordre organisationnel, d'ordre structurel/communautaire ou être liés au protocole de réanimation.

Finalement, il est souhaité que la mise en œuvre optimale du protocole de réanimation en cas de surdose d'opioïdes permette la survie des victimes de ces surdoses et limite leurs séquelles neurologiques et physiologiques, tout en restant sécuritaire pour la personne qui effectue les manœuvres de réanimation. Ultimement, le but est de diminuer la mortalité liée à ces surdoses et d'améliorer la santé et le bien-être des personnes utilisatrices d'opioïdes.

Figure 1 Cadre d'analyse



1.4 Démarche d'évaluation

La démarche d'évaluation repose sur des données cliniques issues d'une revue rapide de la littérature scientifique et grise publiée au cours des cinq dernières années – mise à jour de la littérature de l'avis de 2018¹⁴ et ajout d'une recherche sur l'administration de l'oxygène afin de repérer les pratiques dans des pays et provinces comparables au Québec ainsi que des données expérientielles et contextuelles issues de la littérature et d'un processus de consultation auprès d'experts, d'intervenants, de victimes et de témoins ainsi que de diverses parties prenantes.

¹⁴ Le lecteur est invité à consulter l'avis de 2018 pour plus d'information : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Avis_naloxone_RCR.pdf.

1.4.1 Stratégies de repérage de l'information scientifique

L'information scientifique a été trouvée à l'aide de stratégies de repérage élaborées en collaboration avec une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) de l'INESSS. La recherche de cette information a été effectuée dans plus d'une base de données, soit MEDLINE, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews (EBM Reviews), PsycInfo, CINAHL et Social Work Abstracts. La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre janvier 2017 et avril 2022 – voir les stratégies à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*. Une mise à jour de la littérature scientifique a été réalisée en mars 2023. Seules les publications en français et en anglais ont été retenues.

Une recherche complémentaire a été menée au moyen des moteurs de recherche Google et Google Scholar afin de répertorier les documents non publiés. Les sites Web des sociétés savantes, des agences d'évaluation des technologies de la santé, des organismes gouvernementaux et des associations professionnelles de pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques sont comparables à ceux du Québec – provinces canadiennes et autres pays comme les États-Unis, l'Australie, la France et l'Angleterre – ont été consultés (annexe A du document *Annexes complémentaires*).

1.4.2 Sélection des publications et des protocoles

La sélection de la littérature a été réalisée par deux professionnelles scientifiques (AL et BM). À partir des critères définis pour chacune des questions d'évaluation présentées à l'annexe B du document *Annexes complémentaires* (tableaux B-1 à B-6), une première sélection a été effectuée sur la base des titres et résumés des publications. Pour répondre à la question 1, les documents devaient porter sur la réanimation cardiorespiratoire ou l'administration de la naloxone en contexte de surdose d'opioïdes survenant hors du milieu hospitalier. Les documents sur l'usage de la naloxone comme traitement de la dépendance ont été exclus. Pour la question 2, les documents devaient porter sur l'expérience de diverses parties prenantes liée à la réanimation en contexte de surdose d'opioïdes ou aux enjeux de formation à ce sujet.

Pour chaque question, une professionnelle scientifique a trié les publications en lisant les titres et les résumés. Ensuite, une deuxième sélection a été faite en lisant au complet les publications retenues à la première sélection. Une deuxième professionnelle scientifique a validé cette sélection en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion sur au moins 10 % des articles issus de la première et de la deuxième sélection. Les professionnelles ont comparé leurs résultats et réglé les divergences d'opinions par consensus ou, au besoin, en sollicitant l'avis d'une troisième personne (IB). En cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue.

Le processus de sélection des études sous forme de diagramme de flux est présenté à l'annexe B du document *Annexes complémentaires* (figure B-1).

1.4.3 Extraction des données

L'extraction de données de la littérature a été faite par deux professionnelles scientifiques, à l'aide de formulaires préétablis pour recueillir l'information d'intérêt relative à chaque question d'évaluation et prétestés sur quelques études afin d'en assurer la validité. Les données ont été colligées dans un tableau-synthèse permettant de cibler tous les aspects pertinents, entre autres les auteurs, l'année, le pays, le type de publication, les objectifs, les caractéristiques des populations et les principaux résultats des études (annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Les recommandations pertinentes issues des lignes directrices et les données tirées des protocoles d'intervention cliniques ont été extraites par une professionnelle scientifique et validées en partie par une seconde (annexe D du document *Annexes complémentaires*).

1.4.4 Évaluation de la qualité méthodologique des publications

L'évaluation de la qualité des études retenues a été réalisée par trois professionnelles scientifiques. Elle a d'abord été faite de façon indépendante par ces personnes sur un échantillon aléatoire de 10 % des documents. Les divergences ont été réglées par consensus. Les professionnelles se sont ensuite partagé le reste des documents à évaluer.

Les outils suivants ont été retenus pour évaluer leur qualité :

- outils d'évaluation critique de l'ASPC pour les études primaires quantitatives et pour les revues systématiques et méta-analyses [Agence de la santé publique du Canada, 2014];
- outil *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II* pour les guides de pratique clinique [Brouwers *et al.*, 2012];
- outil du *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* pour les études primaires qualitatives [CASP, 2018].

Les résultats de l'évaluation de la qualité sont fournis sur demande (annexe E du document *Annexes complémentaires*).

1.4.5 Analyse et synthèse des résultats issus de la littérature

Pour la question 1 (protocole de réanimation), une synthèse narrative des résultats a été réalisée pour chacune des sous-questions (1a à 1d).

Pour la question 2 (applicabilité et acceptabilité des pratiques recommandées), une analyse de contenu thématique indiquant les barrières et facilitateurs associées aux pratiques recommandées en réanimation et à l'implantation de formations à ce sujet a été réalisée. Les thèmes dégagés ont été classés selon les dimensions et composantes du cadre d'analyse du projet (voir [figure 1](#)).

Quant à la question 3 (contenu de la trousse de naloxone), l'information recensée dans la littérature grise sur le matériel contenu dans la trousse de naloxone a été examinée en tenant compte des réponses à la question 1 (protocole de réanimation) et à la question 2 (applicabilité et acceptabilité des pratiques recommandées).

Les principaux constats qui découlent de la synthèse des résultats issus de la revue de littérature ont été intégrés à la grille multidimensionnelle, accompagnés de leurs arguments sous-jacents.

1.4.6 Appréciation du niveau de la preuve

Pour chaque constat retenu, l'appréciation du niveau de la preuve scientifique a été réalisée à l'aide de l'outil de l'ASPC [2014]. Cet outil classe les données probantes pour chaque constat selon trois niveaux (fort, modéré et faible) en fonction de cinq critères : 1) force du plan de l'étude, 2) qualité de l'étude, 3) nombre d'études, 4) uniformité des résultats, et 5) caractère direct des données probantes. Les cinq critères contiennent des éléments à évaluer pour préciser leur cotation sur une échelle d'appréciation. Tous les critères d'appréciation liés à la preuve scientifique et leur définition sont présentés à l'annexe F du document *Annexes complémentaires* (tableau F-1). Pour déterminer la force et le classement des données probantes, des critères sont ensuite appliqués à chaque énoncé de preuve (tableau F-2).

1.4.7 Données issues de consultations

Pour mieux comprendre le contexte dans lequel le protocole de réanimation en cas de surdose d'opioïdes est appliqué au Québec, un processus de consultation a été mené auprès de deux comités détenant des mandats complémentaires ainsi qu'auprès d'intervenants communautaires, de personnes utilisatrices d'opioïdes et autres parties prenantes (voir la composition en pages liminaires). Les données expérientielles et contextuelles ont été recueillies à travers les consultations suivantes :

- Deux rencontres auprès d'un comité consultatif composé **de professionnels** qui détenaient les expertises cliniques suivantes : médecine d'urgence, médecine des toxicomanies, toxicologie, services préhospitaliers et soins infirmiers. Le mandat de ce comité consistait à assurer la crédibilité scientifique des travaux et la pertinence clinique du produit livré, notamment en validant l'interprétation des résultats de la littérature et en se prononçant sur les enjeux cliniques.
- Deux rencontres auprès d'un comité de suivi composé de **représentants** de chaque partie prenante concernée par le dossier. Le mandat de ce comité consistait à orienter le projet, souligner les enjeux importants et favoriser l'adoption et l'application des recommandations dans les milieux concernés.

- Deux groupes de discussion auprès d'**intervenants communautaires** travaillant dans le milieu de la dépendance et de la réduction des méfaits, qui avaient une expérience d'intervention en cas de surdose¹⁵. Ces rencontres visaient à documenter les pratiques et la perspective des intervenants à l'égard de l'acceptabilité et l'applicabilité du protocole d'intervention en cas de surdose dans leur milieu. La seconde rencontre a ciblé plus particulièrement les enjeux et les pratiques entourant l'administration d'oxygène par des intervenants d'organismes communautaires (personnel non médical) en cas de surdose.
- Des entrevues individuelles auprès de victimes ou de témoins d'une surdose d'opioïdes. Ces entrevues ont permis d'explorer leurs perspectives et leurs expériences à l'égard de l'acceptabilité et de l'applicabilité du protocole d'intervention en cas de surdose.
- Trois rencontres auprès du panel des usagers et des proches de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale¹⁶.

Le contenu des entretiens individuels et de groupes a été transcrit par un service professionnel de transcription ainsi que par une professionnelle scientifique attirée au projet. L'analyse de l'ensemble des transcriptions a ensuite été réalisée séparément afin de dégager et de confirmer les principaux thèmes du contenu qualitatif. Par la suite, les principales perspectives concordantes et divergentes des participants ont été rapportées dans une synthèse narrative, suivant les principaux résultats d'intérêt. Lorsque des citations ou des phrases étaient jugées pertinentes, elles ont été retenues.

Le contenu des rencontres avec les membres des comités consultatif et de suivi, du panel d'usagers et de proches et celui des rencontres avec des informateurs clés a fait l'objet de comptes-rendus détaillés. Les autres étapes étaient similaires à celles réalisées pour les entretiens individuels et de groupes.

1.5 Élaboration des recommandations

1.5.1 Intégration de l'ensemble de la preuve

L'intégration de l'ensemble de la preuve scientifique a été réalisée par la triangulation des différents types de données (données scientifiques, contextuelles et expérientielles) recueillies pour répondre à chaque question d'évaluation. La grille multidimensionnelle d'appréciation de la valeur a permis la compilation des principaux résultats en vue de faire des constats et arguments en appui à la formulation des recommandations.

¹⁵ La grille développée pour guider le processus d'entrevues et l'animation focalisée du groupe de discussion se trouve en annexe G du document *Annexes complémentaires*.

¹⁶ Les membres du panel sont des personnes qui ont reçu des services sociaux dans le réseau public québécois ou qui ont accompagné un proche de façon significative dans ce type de service. Leur rôle est de partager leurs connaissances des services et leur vécu, de se prononcer sur les éléments d'acceptabilité et d'applicabilité liés aux dossiers de la Direction de l'évaluation et de l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale et d'apporter un éclairage sur des enjeux et des préoccupations émergents au début ou durant un projet.

Les recommandations ont été élaborées par l'équipe de projet et soumises aux membres des comités consultatif et de suivi et du comité délibératif permanent par l'entremise de fiches découlant de cette grille pour faciliter les délibérations sur les recommandations.

Chaque proposition de recommandation a fait l'objet d'une fiche-synthèse intégrant l'ensemble des données associées. Les définitions liées à chaque catégorie de force des recommandations sont présentées à l'annexe H du document *Annexes complémentaires* (tableau H-1). Les tableaux résumant les énoncés de preuve scientifique par question d'évaluation sont présentés à l'annexe I du document *Annexes complémentaires*.

Le type de données scientifiques colligées pour répondre aux questions 1 et 3 (lignes directrices et protocoles cliniques paramédicaux) ne requiert pas l'application d'un système d'appréciation de la preuve.

L'ensemble des données du projet ainsi que l'ébauche des recommandations élaborées par l'équipe de projet ont ensuite été soumises aux membres des comités consultatif et de suivi et au comité délibératif permanent par l'entremise de fiches découlant de cette grille pour faciliter les délibérations sur les recommandations (voir paragraphe suivant).

1.5.2 Processus de délibération et formulation des recommandations

Un comité délibératif spécifique au projet a été formé à partir d'un sous-groupe de membres des comités délibératifs permanents (CDP)¹⁷ en santé ainsi qu'en services sociaux et santé mentale de l'INESSS (voir composition en page liminaire). Les membres de ce sous-comité composé de scientifiques, cliniciens, éthiciens, gestionnaires et citoyens ont discuté et délibéré de la force des arguments proposés et de leur importance relative afin de dégager des orientations pour les recommandations. Ce processus délibératif a ainsi permis de structurer l'argumentaire menant à la formulation de recommandations.

1.6 Processus de validation scientifique

L'avis a fait l'objet des validations suivantes :

- Validation interne au sein de la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé et de la Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale de l'INESSS;
- Validation interne par le Bureau – Méthodologies et éthique de l'INESSS;
- Validation par les membres des comités consultatif et de suivi et du comité délibératif permanent;

¹⁷ Les CDP sont une structure interne de l'INESSS. Leur rôle est d'apprécier les savoirs recueillis, analysés et intégrés pour chacune des dimensions de l'évaluation (p. ex. clinique, populationnelle, organisationnelle et socioculturelle) pertinente au projet.

- Révision externe par cinq lecteurs ciblés pour évaluer la qualité méthodologique, la pertinence et l'exactitude du contenu ainsi que la qualité scientifique du document. Les commentaires reçus par ces lecteurs externes sont présentés en annexe dans le document *Annexes complémentaires*.

L'ensemble des commentaires recueillis ont été analysé et intégré au rapport final, le cas échéant.

1.7 Gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toutes les personnes qui ont collaboré à ce projet, à l'exception d'informateurs clés qui ont été sollicités une seule fois pour un aspect spécifique de contenu, ont dû déclarer en début de projet leurs intérêts personnels ou activités professionnelles qui auraient pu les placer en situation réelle ou apparente de conflit. Un formulaire conçu par l'INESSS a été utilisé pour recueillir cette information. Après évaluation des formulaires de déclaration remplis, aucune situation n'a nécessité une gestion particulière de la part de l'INESSS. Les conflits rapportés par les membres sont mentionnés dans les pages liminaires de l'avis.

1.8 Mise à jour

Compte tenu de l'évolution rapide du contexte des surdoses d'opioïdes au Québec et ailleurs dans le monde, l'évaluation de la pertinence de mettre à jour le document sera faite deux ans après la date de publication de la présente version.

2 MANŒUVRES DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

La RCR comprend, dans sa forme complète, la combinaison de manœuvres de ventilation et de compressions thoraciques. Or, l'application de ces manœuvres nécessite une formation appropriée et la volonté d'intervenir et de mettre en pratique les connaissances acquises lors de la formation.

L'avis publié par l'INESSS en 2018 sur la RCR dans le contexte de l'administration de la naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté recommandait aux témoins non dûment formés en RCR de réaliser les manœuvres de compressions thoraciques seulement. L'INESSS n'avait pas fait de recommandation à l'intention des témoins dûment formés en RCR dans l'avis précédent. L'aide-mémoire sur les interventions requises découlant de l'avis mentionne toutefois aux témoins formés de réaliser la RCR en utilisant le masque barrière.

Depuis la publication de ces recommandations, certains protocoles et lignes directrices publiés semblent prendre position différemment sur ces éléments, notamment sur le fait de restreindre l'intervention aux compressions thoraciques pour les personnes non formées. L'analyse des différentes sources d'information visait à valider la pertinence de remettre en question ces recommandations.

Cette section présente les résultats issus de la littérature, des lignes directrices, des critères proposés dans les protocoles cliniques d'intervention sur les bonnes pratiques de RCR pour des témoins non formés (personnes utilisatrices d'opioïdes, proches, citoyens) et des témoins formés (intervenants des milieux communautaires) dans un contexte de surdose d'opioïdes. La perspective des experts et des différentes parties prenantes consultés sur le sujet a également fait l'objet d'une synthèse.

2.1 Sommaire des lignes directrices et des protocoles

Aucune étude ayant comparé les manœuvres de RCR (ventilation et/ou compressions thoraciques) chez les victimes d'une surdose d'opioïdes n'a été recensée. Quatre lignes directrices sur les manœuvres de réanimation à réaliser en cas de surdose d'opioïdes ont été publiées par les organisations suivantes : l'American Heart Association [Panchal *et al.*, 2020], le First Aid Reference Centre [2021], l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) [Wyckoff *et al.*, 2021] et l'Australian and New Zealand Committee on Resuscitation (ANZCOR) [ANZCOR, 2021]. Les lignes directrices de cette dernière organisation sont jugées de qualité moyenne en raison d'un processus de développement moins bien décrit, alors que celles des autres organisations sont jugées de bonne qualité. Dans tous les cas, les recommandations formulées reposent majoritairement sur des opinions ou consensus d'experts ou sur des données probantes limitées.

Les protocoles d'intervention en cas de surdose d'opioïdes appliqués dans onze provinces et territoires canadiens¹⁸ et les recommandations d'organisations (Centre for Addiction and Mental Health – CAMH) ou d'organismes de formation en secourisme canadiens (Croix-Rouge canadienne, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, Ambulance Saint-Jean) ont également été recensés. De plus, les pratiques recommandées dans quatre pays (France, Royaume-Uni, États-Unis, Australie)¹⁹ ont été examinées. La plupart de ces protocoles sont décrits sur le site Web d'une agence gouvernementale ou de l'organisation concernée ainsi que dans des documents produits à l'intention de dispensateurs de formation. Peu de protocoles reconnus justifient leur décision de préconiser une manœuvre plutôt qu'une autre. De plus, ils précisent rarement le public ciblé – p. ex. personnes formées ou non en RCR). Dans le cadre de ce projet, il est tenu pour acquis que les protocoles d'intervention en cas de surdose d'opioïdes disponibles sur des sites Web accessibles à tous peuvent s'appliquer à tout public, y compris à des témoins non formés en RCR, à moins d'avis contraire.

Le détail de l'information extraite est présenté en annexe – annexe C du document *Annexes complémentaires*.

Sommaire des recommandations issues des lignes directrices

La majorité des lignes directrices recommandent que les témoins non formés en RCR réalisent les manœuvres de compressions thoraciques en cas de suspicion de surdose d'opioïdes et elles recommandent la RCR complète (ventilation et compressions thoraciques) aux témoins formés et qui sont volontaires à la faire [ANZCOR, 2021; First Aid Reference Centre, 2021; Panchal *et al.*, 2020].

Ces recommandations sont également reprises par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC [2020] qui s'appuie sur celles de l'American Heart Association (AHA). L'AHA [Panchal *et al.*, 2020] souligne toutefois que, spécifiquement pour les patients en arrêt respiratoire, la ventilation par insufflation ou par ballon-masque devrait être maintenue jusqu'au retour de la respiration spontanée, et les soins standards de base ou avancés en réanimation (BLS/ACLS)²⁰ devraient être poursuivis si la respiration spontanée n'est pas reprise. Elle précise toutefois que la RCR complète doit être réalisée chez les enfants, et ce, quel que soit le niveau de formation du témoin [Panchal *et al.*, 2020].

D'autres organisations, comme la Croix-Rouge canadienne [2020] et l'International Liaison Committee on Resuscitation [Wyckoff *et al.*, 2021], recommandent aussi de réaliser des manœuvres de RCR en cas de surdose d'opioïdes, sans préciser s'il s'agit de la RCR complète, de compressions thoraciques ou de ventilation. Cette absence de précision peut laisser croire qu'il s'agit de la RCR complète, mais une ambiguïté subsiste en raison de l'incohérence potentielle avec d'autres recommandations publiées par les mêmes organisations. Par exemple, pour tous les cas d'arrêt cardiaque qui pourraient

¹⁸ Toutes les provinces sauf la province de l'Île-du-Prince-Édouard et le territoire du Nunavut.

¹⁹ Bien qu'un effort ait été fait pour repérer les pratiques recommandées par les agences gouvernementales ou des organisations de niveau national, ces pratiques recommandées pourraient varier d'une région à l'autre du pays. Par conséquent, l'information recensée pourrait ne pas s'appliquer à l'ensemble du pays.

²⁰ BLS: Basic life support; ACLS: *Advance cardiovascular life support*.

survenir lors d'une surdose, l'ILCOR recommande plutôt au public de réaliser seulement les compressions thoraciques lorsque le témoin n'est pas formé – recommandation faible, avec un niveau de preuve de très faible certitude [Wyckoff *et al.*, 2021].

Sommaire de l'information provenant des protocoles cliniques

Au Canada, les protocoles de cinq provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador) et de deux territoires (Territoires du Nord-Ouest, Yukon) recommandent la ventilation en cas de surdose d'opioïdes dans la communauté. Terre-Neuve-et-Labrador mentionne que cette recommandation s'adresse aux témoins non formés en réanimation, alors que les autres provinces et territoires ne spécifient pas le type d'intervenant ciblé. En Colombie-Britannique, les services d'urgence préhospitaliers ont récemment modifié leurs recommandations aux répartiteurs dans des cas de surdose selon l'identité du témoin. Dans les cas où le témoin s'identifie comme un pair aidant formé (*trained peer worker*) et qu'il confirme que la victime a un pouls, les répartiteurs doivent désormais recommander la ventilation plutôt que les compressions.

Dans les protocoles de certaines provinces canadiennes (Manitoba, Québec, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve) et dans le protocole du Centre for Addiction and Mental Health, la RCR complète est recommandée lorsque le témoin est formé en réanimation.

Les protocoles de seulement deux provinces canadiennes (le Québec et la Nouvelle-Écosse) recommandent le recours aux compressions thoraciques seules par les témoins non formés en réanimation. En Ontario, la ventilation ou les compressions thoraciques sont recommandées en cas de surdose d'opioïdes, sans toutefois que soit précisé dans quelles situations chaque option est préconisée [Ontario Ministry of Health, 2021].

Certains protocoles appliqués ailleurs qu'au Québec et diverses lignes directrices recommandent de réaliser à la fois des manœuvres de compressions thoraciques et de ventilation (RCR complète) en cas de surdose d'opioïdes. C'est notamment le cas en France [Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022] et au Manitoba (grâce aux instructions du répartiteur pour cette province) [Government of Manitoba, 2023; 2021]. Aux États-Unis, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) mentionne aussi que le choix de la manœuvre est fait selon les instructions du répartiteur [SAMHSA, 2018]. En Australie occidentale, la ventilation est d'abord recommandée, suivie de manœuvres de RCR complète (30 compressions thoraciques, 2 insufflations) [Government of Western Australia, 2019]. Au Royaume-Uni, le Public Health England recommande la ventilation en cas de surdose d'opioïdes dans la communauté [PHE, 2017] (voir [tableau 2](#)).

Tableau 2 Manœuvres de RCR préconisées pour les situations de surdose dans les protocoles des provinces et territoires canadiens et de certains pays et organismes

Pays ou organisme	Ventilation seule	Compressions thoraciques seules	RCR complète
Canada			
Provinces	<p>Étapes SAVE ME (niveau de formation non spécifié) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colombie-Britannique [2020] ▪ Alberta [2020] ▪ Saskatchewan [n.d.] ▪ Nouveau-Brunswick [2020; 2019] ▪ Territoires du Nord-Ouest [n.d.] ▪ Yukon [n.d.] <p>Témoins non formés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terre-Neuve-et-Labrador [2018] 	<p>Témoins non formés en RCR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Québec [INESSS, 2018] ▪ Nouvelle-Écosse [2018] 	<p>Témoins formés en RCR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Québec [2018] ▪ Nouvelle-Écosse [2018] ▪ Terre-Neuve-et-Labrador [2018] <p>Grâce aux instructions du répartiteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manitoba [2023] <p>Niveau de formation non spécifié) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ontario [2021] (ventilation ou compressions thoraciques)
Organismes	<p>Témoins formés en RCR :</p> <p>Ambulance Saint-Jean [2019]</p>	<p>Témoins formés en RCR :</p> <p>Fondation des maladies du cœur et de l'AVC [2020]</p>	<p>Témoins formés en RCR :</p> <p>Croix-Rouge canadienne [2020]</p>
Autres pays			
Royaume-Uni	<p>Niveau de formation non spécifié :</p> <p>Public Health England [2017]</p>		
Australie			<p>Niveau de formation non spécifié :</p> <p>Government of Western Australia [2019] (ventilation, puis réanimation complète)</p>
États-Unis			<p>Selon les instructions du répartiteur) :</p> <p>SAMHSA [2018]</p>
France			<p>Niveau de formation non spécifié :</p> <p>Ministère des Solidarités et de la Santé [2022]</p>

Peu de protocoles repérés justifient leur décision de recourir à la fois aux compressions thoraciques et à la ventilation. Selon le Gouvernement du Manitoba [2023] et la fiche élaborée par la SAMHSA [2018] aux États-Unis, l'oxygénation est une priorité, car les opioïdes compromettent d'abord la respiration, et la circulation de l'oxygène dans le corps est facilitée grâce aux compressions thoraciques. Ils estiment que, bien qu'une formation en réanimation soit encouragée, le répartiteur peut instruire un témoin non formé afin qu'il réalise la ventilation et les compressions thoraciques lors d'un appel d'urgence.

Dans leur protocole, cinq provinces et territoires canadiens (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Nouveau-Brunswick, Territoires du Nord-Ouest, Yukon)²¹ et l'Ambulance Saint-Jean [2019] recommandent d'appliquer les étapes de la procédure SAVE ME (*Stimulate – Airway – Ventilate – Evaluate – Medication – Evaluate & Support*) en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté (voir [tableau 2](#)). La majorité de ces autorités ne spécifie pas le niveau de formation de l'intervenant. Cette procédure a été implantée par le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique lors de la mise en œuvre du programme provincial *Take Home Naloxone* (THN) [Tsang et Buxton, 2021]. Ce programme énumère les étapes à suivre en cas de surdose d'opioïdes et priorise la ventilation sans compressions thoraciques. Le choix de suivre les étapes SAVE ME et de prioriser la ventilation repose sur l'expérience exhaustive de cette province en réponse à des milliers de surdoses [BCCDC, 2018a; 2018b]. Selon le guide des services de prévention des surdoses de la Colombie-Britannique, la ventilation est une composante critique de la réponse en cas de surdose d'opioïdes [BCCDC, 2019]. Si la surdose survient en présence d'un témoin, il est fort probable que le cœur de la victime batte encore. La ventilation devrait alors être priorisée pour remédier au manque d'oxygène qui cause la dépression du système nerveux central et peut mener à des lésions cérébrales [BCCDC, 2019]. Le protocole de la Colombie-Britannique spécifie de plus que l'utilisation du ballon-masque par les premiers répondants, y compris des intervenants non médicaux, nécessite une formation spécifique, simple et appropriée [BCCDC, 2022; 2020].

2.2 Considérations expérientielles et contextuelles liées aux manœuvres de réanimation (barrières et facilitateurs)

Les personnes utilisatrices d'opioïdes consultées ont souligné l'importance de la formation pour effectuer correctement les manœuvres de réanimation. À cet égard, elles ont relevé la complexité des manœuvres de ventilation et des compressions thoraciques avec le risque d'une éventuelle blessure liée aux manœuvres de réanimation. Cette complexité nécessite une formation, même plus d'une fois, et la mise en pratique avant d'acquiescer un sentiment de confiance suffisamment élevé pour être en mesure d'intervenir dans les cas de surdose. Seules les personnes consultées, qui étaient formées et qui étaient déjà intervenues en contexte de surdose, ont semblé à l'aise pour

²¹ Le protocole de la province du Manitoba se réfère également aux étapes SAVE ME, mais il recommande la RCR complète plutôt que seulement la ventilation [Government of Manitoba, 2021].

pratiquer sans délai les manœuvres de réanimation. Les témoins qui avaient peu d'expérience, bien que formés, ont indiqué préférer généralement se limiter à l'administration de la naloxone.

Lorsqu'un témoin est confronté à un cas de surdose d'opioïdes, il peut lui être difficile de se souvenir des techniques apprises dans les formations et de les appliquer compte tenu du contexte d'urgence des surdoses jugé très stressant – consultation auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes. La crainte de ne pas appliquer correctement ces techniques et, par conséquent, de nuire à la victime – de la blesser, la faire vomir, de ne pas être efficace pour combattre les effets de la surdose – peut aussi empêcher les témoins formés d'intervenir en contexte de surdose ([Neale *et al.*, 2019]; consultation auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes. Le lieu de l'intervention et la position de la victime au moment de la surdose (p. ex. pièce exigüe, rigidité de la personne en position debout) rendent aussi difficile l'exécution des manœuvres de réanimation.

Certaines personnes utilisatrices d'opioïdes ont également exprimé une réticence à réaliser la ventilation en raison de l'inconfort lié à l'hygiène ou de certains préjugés. La présence d'écume de salive, de sang, la crainte d'une contamination et le fait qu'il s'agisse d'une personne inconnue peuvent ainsi constituer des obstacles à l'intervention [Ataiants *et al.*, 2021; Neale *et al.*, 2019]; consultation auprès d'intervenants. Elles indiquent ainsi que, si elles ont à faire des manœuvres de RCR, il y a plus de chances qu'elles réalisent les compressions thoraciques que la RCR complète. L'étude de Shimamoto et ses collaborateurs [2015] montre d'ailleurs que les instructions pour les compressions thoraciques seules seraient associées à une plus grande probabilité que les manœuvres soient réalisées comparativement aux instructions pour la RCR complète.

2.3 Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi

Compte tenu de la place distinctive que semble occuper la ventilation dans les documents recensés, les membres du comité consultatif ont été questionnés sur la contribution de cette manœuvre à la réanimation cardiorespiratoire lors d'une surdose d'opioïdes. Ceux-ci ont souligné différents éléments à retenir :

- la plupart des personnes seraient moins disposées à faire la ventilation que les compressions thoraciques lors d'une manœuvre de réanimation en contexte d'arrêt cardiaque [Ataiants *et al.*, 2021; Neale *et al.*, 2019]. Elles le seraient encore moins auprès d'une victime de surdose en raison du risque perçu de contamination par une maladie infectieuse transmissible, notamment dans le contexte de la COVID-19. Elles observent d'ailleurs que les masques barrières fournis dans les trousse de naloxone pour que les témoins formés puissent faire la ventilation sont très peu souvent utilisés;

- un protocole de réanimation qui recommande :
 - la ventilation à des témoins non formés en RCR, qui augmente selon eux le risque que ces personnes ne réalisent aucune action ou qu’elles débutent les compressions thoraciques tardivement. La récente déclaration scientifique de l’AHA sur les arrêts cardiaques liés aux opioïdes en milieu extrahospitalier mentionne d’ailleurs qu’« *une mauvaise exécution de la ventilation peut nuire aux autres interventions essentielles et, ainsi, réduire l’efficacité de l’ensemble de la réanimation* » [Dezfulian *et al.*, 2021, p.e847];
 - les manœuvres de RCR complète qui pourraient également en retarder le début et réduire la probabilité qu’une action soit réalisée (peu importe laquelle). Ils appuient cet argument par des études sur les manœuvres de RCR qui montrent que les instructions des répartiteurs sur la ventilation et les compressions thoraciques nécessitent plus de temps que celles sur les compressions thoraciques seulement, réduisant ainsi le délai avant le début des manœuvres [Williams *et al.*, 2006; Hallstrom *et al.*, 2000].
- une ventilation inadéquate (p. ex. hyperventiler) peut générer des vomissements;
- la ventilation est indiquée en cas d’arrêt respiratoire, mais les compressions thoraciques sont nécessaires en cas d’arrêt cardiaque. Or, il apparaît difficile de distinguer un arrêt cardiaque d’un arrêt respiratoire, notamment en raison de la difficulté à prendre le pouls.

Des membres du comité de suivi ont aussi indiqué que, même lorsque des personnes sont formées pour intervenir en cas de surdose, elles ne procèdent pas forcément aux manœuvres de RCR si elles doivent porter assistance à une victime de surdose.

Les membres du comité consultatif sont d’avis qu’il est préférable de conserver le protocole de réanimation appliqué actuellement au Québec (compressions thoraciques seulement) pour les témoins non formés en RCR, puisque ces manœuvres sont plus faciles à enseigner, qu’elles ont plus de probabilité d’être appliquées et qu’elles permettent de commencer l’intervention plus rapidement. Ces arguments rejoignent d’ailleurs ceux qui avaient été priorisés dans l’avis initial de l’INESSS [2018].

Selon l’avis des membres du comité consultatif, les étapes SAVE ME (ventilation seulement) pourraient être appropriées, mais seulement en cas de surdose en présence de témoins (surdose témoinnée), même chez les personnes formées en RCR. Dans ces situations, la consommation d’opioïdes peut être plus facilement confirmée. En plus, l’intervention peut être faite plus rapidement. Les membres du comité consultatif précisent qu’en cas d’échec des étapes SAVE ME la ventilation doit être accompagnée de compressions thoraciques.

En résumé

La majorité des lignes directrices recommandent les manœuvres de compressions thoraciques seules pour les témoins non formés en RCR et la RCR complète (ventilation et compressions thoraciques) pour les témoins formés en RCR et qui sont volontaires à pratiquer la ventilation.

Dans les protocoles de réanimation des provinces canadiennes :

- les étapes de la procédure SAVE ME, qui priorisent la ventilation seule, sont recommandées dans plusieurs provinces et pourraient être indiquées en cas de surdose témoinnée où la victime a peu de risques d'être en arrêt cardiaque. La majorité de ces provinces ne spécifie pas si cette directive s'applique aux intervenants formés en RCR ou aux personnes non formées;
- seuls les protocoles du Québec et de la Nouvelle-Écosse recommandent le recours aux compressions thoraciques seules par les témoins non formés en RCR;
- la RCR complète est recommandée dans les protocoles de l'Ontario et du Manitoba, sans que soit précisé si l'intervenant doit avoir suivi une formation.

Certains utilisateurs d'opioïdes consultés formés en réanimation disent éprouver des difficultés à appliquer les manœuvres. Ces difficultés sont attribuables, notamment :

- à un trop faible sentiment de confiance en leurs compétences, à un manque d'expérience et au besoin de renouveler plus d'une fois la formation en réanimation;
- au fait que les surdoses surviennent parfois dans des lieux exigus ou lorsque la victime doit être déplacée;
- aux témoins avec peu d'expérience, bien que formés en réanimation, qui indiquent préférer généralement se limiter à administrer la naloxone;
- aux craintes liées à l'hygiène des personnes en situation de surdose et à certains préjugés pouvant entraîner une réticence à réaliser la ventilation.

Selon les membres des comités consultés, la plupart des personnes sont moins volontaires pour faire la ventilation que les compressions thoraciques lors d'une manœuvre de réanimation en contexte d'arrêt cardiaque.

Les parties prenantes consultées sont d'avis :

- qu'il est préférable de conserver le protocole unique et simple de réanimation appliqué actuellement au Québec (compressions thoraciques seulement et administration de la naloxone) pour les témoins non formés en RCR;
- qu'un protocole de réanimation recommandant seulement les compressions thoraciques aurait plus de chances d'être appliqué par les témoins non formés en RCR;
- que les compressions thoraciques sont plus faciles à enseigner, ont plus de probabilité d'être appliquées et permettent de commencer les manœuvres plus rapidement.

3 ADMINISTRATION DE LA NALOXONE

Dans l'avis initial de 2018, l'INESSS recommandait :

1. D'évaluer l'administration de la naloxone intranasale comme option dans le programme québécois de distribution de la naloxone afin d'accroître l'efficacité des interventions;
2. De présenter les articles de la trousse dans un étui unique et facilement reconnaissable par les utilisateurs du Québec.

Depuis, la naloxone intranasale a effectivement été incluse dans le programme québécois de distribution de la naloxone. Un étui reconnaissable est également distribué fréquemment avec le contenu de la trousse. Des problèmes relatifs aux modalités d'administration de la naloxone et à la composition des trousse ont toutefois été relevés, soulevant des enjeux relatifs à l'applicabilité des pratiques recommandées en cas de surdose.

Par ailleurs, dans l'avis précédent, le dosage de la naloxone n'avait pas été abordé. Or, la présence accrue du fentanyl ou de ses analogues sur le marché des SPA illicites fait en sorte qu'une surdose impliquant ces substances pourrait, dans le contexte actuel, nécessiter l'administration de plusieurs doses de naloxone ou des doses plus élevées.

Cette section présente l'ensemble des données probantes et l'information recueillie concernant les modalités d'administration de la naloxone, la dose appropriée (quantité en mg) à administrer ainsi que le contenu de la trousse. À noter que plusieurs études et guides cliniques retenus dans cette section portent sur l'administration de la naloxone par des premiers répondants ou des intervenants paramédicaux. Il existe en effet très peu de données probantes ou de lignes directrices portant sur l'administration de la naloxone par des citoyens témoins d'une surdose.

3.1 Effets de la modalité d'administration de la naloxone

Au total, 17 études portant sur l'administration de la naloxone ont été recensées : 2 revues systématiques (RS) [Moe *et al.*, 2020; Chou *et al.*, 2017b], une méta-analyse [Yousefifard *et al.*, 2020], 2 essais cliniques *randomisés* (ECR) [Skulberg *et al.*, 2022; Dietze *et al.*, 2019], 9 études de cohortes [Thompson *et al.*, 2022; Farkas *et al.*, 2021; Moustaqim-Barrette *et al.*, 2021; Purssell *et al.*, 2021; Carpenter *et al.*, 2020; Farkas *et al.*, 2020; Mahonski *et al.*, 2020; Maloney *et al.*, 2020; Tylleskar *et al.*, 2020] et 3 études descriptives [Krotulski *et al.*, 2022; Bell *et al.*, 2019; Avetian *et al.*, 2018]. Globalement, la qualité méthodologique de ces études est faible ou moyenne. Seule l'étude de Purssell *et al.* [2021] est de forte qualité méthodologique.

Les études ont été réalisées auprès de 20 à 26 660 individus victimes d'une surdose d'opioïdes (confirmée ou suspectée) à qui la naloxone a été administrée hors de l'hôpital. La majorité (66 à 88 %) des victimes sont des hommes. L'âge médian et l'âge moyen varient respectivement de 29 à 38 ans et de 32 à 43 ans. Les études ont analysé des

données collectées entre 2012 et 2020, mais seule l'étude de Skulberg et ses collaborateurs [2022] rapporte des données de 2018 à 2020. En général, l'héroïne a été la substance psychoactive la plus souvent consommée avant la surdose (58 % à 98 %); la consommation de fentanyl varie de 5 % à 38 % selon les études, alors que la polyconsommation est observée dans 17 % à 50 % des cas.

Les effets selon la modalité d'administration de la naloxone (p. ex. intranasale – IN, intramusculaire – IM, intraveineuse – IV) ont été évalués par six études [Skulberg *et al.*, 2022; Farkas *et al.*, 2020; Maloney *et al.*, 2020; Yousefifard *et al.*, 2020; Dietze *et al.*, 2019; Chou *et al.*, 2017b]. Les effets de la dose (quantité en mg) administrée ont été évalués par onze études [Thompson *et al.*, 2022; Farkas *et al.*, 2021; Moustaqim-Barrette *et al.*, 2021; Pursell *et al.*, 2021; Farkas *et al.*, 2020; Mahonski *et al.*, 2020; Maloney *et al.*, 2020; Moe *et al.*, 2020; Tylleskar *et al.*, 2020; Bell *et al.*, 2019; Avetian *et al.*, 2018]. Les résultats suivants ont été évalués à la fois pour la modalité d'administration et la dose de la naloxone :

- réponse à la naloxone – p. ex. rétablissement de la respiration ou du niveau de conscience;
- délai entre l'administration de la naloxone et la réponse;
- besoin d'une dose additionnelle de naloxone;
- survenue de symptômes de sevrage ou d'évènements indésirables;
- survie.

De plus, l'effet de la naloxone sur le type de SPA (p. ex. fentanyl) ou de la dose de naloxone requise a été évalué dans trois études [Krotulski *et al.*, 2022; Carpenter *et al.*, 2020; Moe *et al.*, 2020].

La description détaillée de l'ensemble des études est présentée à l'annexe C du document *Annexes complémentaires*.

Un seul guide de pratique clinique recensé aborde le choix de la modalité d'administration de la naloxone et la dose de naloxone à administrer en cas de surdose survenant en contexte préhospitalier [Williams *et al.*, 2019]. Ce guide, jugé de qualité élevée, est appuyé par une revue systématique de bonne qualité [Chou *et al.*, 2017a; 2017b] et un panel d'experts. Deux autres guides font aussi référence à la dose de naloxone, soit celui du British Columbia (BC) Emergency Health Services [Sugimoto, 2021] (qualité moyenne) qui s'adresse aux premiers répondants et aux intervenants paramédicaux et celui de l'European Resuscitation Council (ERC) [Lott *et al.*, 2021] (qualité élevée).

Aucun document publié par les organismes de formation des secouristes canadiens ne présente d'orientations sur la modalité d'administration de la naloxone ni sur la dose à administrer. La recherche dans la littérature grise a toutefois permis de repérer un portrait de l'accessibilité et de la distribution de la naloxone au Canada [Moustaqim-Barrette *et al.*, 2019]. Ce document informe sur la disponibilité des produits de naloxone selon leur modalité d'administration et leur dose à travers le Canada. Les provinces et territoires

canadiens justifient rarement le choix d'une voie d'administration de la naloxone par rapport à une autre. Finalement, deux articles recensés présentent de l'information contextuelle sur les produits de naloxone approuvés aux États-Unis [Aschenbrenner, 2022; Knopf, 2021].

Afin de faciliter l'examen de la littérature et la présentation des résultats portant sur les modalités d'administration de la naloxone, des énoncés de preuve ont été formulés pour chaque question d'évaluation. Le détail de ces énoncés de preuve ainsi que le niveau de preuve global associé sont présentés à l'annexe I du document *Annexes complémentaires*. Les prochains paragraphes détaillent les résultats des études sur lesquelles ces énoncés s'appuient.

3.1.1 Sommaire des données issues de la littérature

Les énoncés de preuve sur la dose de naloxone à administrer découlant des données probantes et l'appréciation du niveau de preuve sont présentés à l'annexe H du document *Annexes complémentaires* (énoncés de preuve n^{os} 1 à 4). Les prochains paragraphes détaillent les résultats des études sur lesquelles ces énoncés s'appuient.

Effet de la modalité d'administration de la naloxone sur la respiration et le niveau de conscience (énoncés de preuve n^{os} 1 et 2)

Une méta-analyse [Yousefifard *et al.*, 2020] et deux ECR [Skulberg *et al.*, 2022; Dietze *et al.*, 2019] ont examiné la réponse induite (rétablissement du niveau de conscience ou de la respiration) par la naloxone en fonction de son mode d'administration ou le délai entre l'administration de la naloxone et la réponse. Les données de la méta-analyse (basée sur six études) [Yousefifard *et al.*, 2020] indiquent des proportions similaires de victimes de surdoses qui ont répondu à la naloxone IN et à la naloxone IM ou IV (82,5 % et 80 %, respectivement). Pour Skulberg *et al.* [2022], le retour d'une respiration spontanée (fréquence ≥ 10 respirations par minute) dans un délai de 10 minutes à la suite de l'administration d'une dose de naloxone par voie IN (1,4 mg/0,1 ml) est plus faible (80 %) comparativement à la voie IM (0,8 mg) (97 %). Selon ces auteurs, des études pharmacocinétiques ont montré que la concentration sérique d'IN continue d'augmenter après 10 minutes et qu'une mesure au-delà de 10 minutes montrerait probablement une proportion similaire pour les deux modalités d'administration de la naloxone (IN et IM) [Skulberg *et al.*, 2022] (tableau C-1, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Les études montrent d'ailleurs un plus long délai de réponse après l'administration de la naloxone IN par rapport à la naloxone IM. Ces délais sont variables : 1 à 2 minutes – les auteurs de la méta-analyse estiment toutefois que ce délai est négligeable [Yousefifard *et al.*, 2020]; 2,3 minutes (moyenne) [Skulberg *et al.*, 2022]; 15 minutes avant le rétablissement du niveau de conscience (*Glasgow Coma Scale* (GCS)²² ≥ 13); ou 17 minutes avant le retour de la respiration (≥ 10 respirations/min) [Dietze *et al.*, 2019].

²² L'échelle de GCS évalue la profondeur et la durée du coma de patients qui ont subi un traumatisme crânien [Teasdale et Jennett, 1974]. Depuis, elle est devenue l'outil le plus utilisé dans le monde pour documenter les altérations du niveau de conscience causées par une atteinte cérébrale [Ingram, 1994].

Ainsi, la naloxone IN semble aussi efficace que la naloxone IM pour rétablir la respiration ou le niveau de conscience chez les victimes de surdose d'opioïdes, bien que son délai d'action soit plus lent (tableau C-2, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Nombre de doses nécessaires de naloxone selon la modalité d'administration (énoncé de preuve n° 3)

Une méta-analyse [Yousefifard *et al.*, 2020], deux ECR [Skulberg *et al.*, 2022; Dietze *et al.*, 2019] et une étude de cohorte rétrospective [Maloney *et al.*, 2020] indiquent que l'administration de la naloxone IN augmente la probabilité qu'une dose de naloxone additionnelle soit requise pour rétablir la respiration ou le niveau de conscience par rapport à l'administration de naloxone IM ou IV. En effet, de 23 % à 44 % des victimes d'une surdose d'opioïdes auraient besoin d'une dose additionnelle après l'administration de la naloxone IN comparativement à 9 à 18 % pour celles qui ont reçu de la naloxone IM ou IV. Selon la méta-analyse, la probabilité qu'une dose additionnelle soit nécessaire après avoir reçu de la naloxone IN est 2,17 fois plus élevée qu'après avoir reçu de la naloxone IM ou IV [Yousefifard *et al.*, 2020]. De plus, l'étude de Maloney et ses collaborateurs [2020] rapporte que 19 % des 57 patients qui ont reçu deux doses de naloxone par voie IN ont eu besoin d'une troisième dose de naloxone, alors qu'aucun patient ayant reçu la naloxone IM n'a reçu de troisième dose. À noter que, dans cette étude, les patients qui ont reçu la naloxone IN étaient plus nombreux (n = 306) que ceux qui avaient reçu la naloxone IM (n = 30). L'ensemble des études indique donc que l'administration de la naloxone IN augmente la probabilité qu'une dose de naloxone additionnelle soit nécessaire comparativement à l'administration de la naloxone IM (tableau C-3, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Effets indésirables de la naloxone selon la modalité d'administration (énoncé de preuve n° 4)

Une méta-analyse [Yousefifard *et al.*, 2020] et deux ECR [Skulberg *et al.*, 2022; Dietze *et al.*, 2019] ne rapportent aucune différence en termes de complications majeures (p. ex. crise de type grand mal) ou d'effets secondaires mineurs (p. ex. nausées, vomissements, agitation, céphalée, diaphorèse) chez les victimes qui ont reçu la naloxone IN comparativement à celles qui ont reçu la naloxone IM ou IV.

Deux études de cohortes rapportent toutefois des résultats contradictoires. Pour Maloney *et al.* [2020], une modalité d'administration de la naloxone (IM, IV ou intraosseuse – IO) autre que la naloxone IN serait associée à une plus grande probabilité d'évènements indésirables²³ nécessitant une prise en charge à l'urgence ainsi qu'à une plus grande probabilité d'être admis en soins intensifs ou en unité de transition. À l'inverse, l'étude de Farkas et ses collaborateurs [2020] rapporte que les complications pulmonaires sont plus fréquentes chez les patients qui ont reçu la naloxone IN comparativement à ceux qui ont

²³ Définition d'évènement indésirable selon les auteurs : agitation nécessitant des médicaments ou des contraintes si risque de se faire mal ou de porter préjudices à autrui sans capacité de décision, convulsions, troubles du rythme cardiaque à l'exclusion des rythmes sinusaux, œdème pulmonaire confirmé par une échographie thoracique, une radiographie pulmonaire ou la tomodensitométrie thoracique, oxymétrie de pouls documentée < 92 %, administration de suppléments d'oxygène ou administration de naloxone durant le séjour à l'urgence.

reçu la naloxone par d'autres modalités (IM, IV ou IO). L'interprétation des résultats de ces deux études doit toutefois être nuancée. Dans le premier cas, il est possible que les intervenants aient choisi d'administrer la naloxone par une voie autre qu'intranasale aux patients qui présentaient un tableau clinique plus sévère. Dans le second cas, ce résultat est possiblement biaisé par la non-comparabilité des groupes. Les données des études disponibles suggèrent ainsi que la naloxone IN pourrait être associée à autant de symptômes de sevrage ou d'évènements indésirables que la naloxone IM ou IV (tableau C-4, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Effet de la modalité d'administration de la naloxone sur la survie

Les données probantes ne permettent pas d'établir un énoncé et un niveau de preuve quant à l'effet de la modalité d'administration de la naloxone sur la survie. En effet, un seul ECR rapporte que tous les participants (à la fois ceux qui ont reçu la naloxone IN ou IM) ont survécu durant la période de traitement [Skulberg *et al.*, 2022] (tableau C-5, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Effet de la modalité d'administration de la naloxone (autre qu'IN) sur divers résultats

Il n'est pas non plus possible d'établir un énoncé et un niveau de preuve sur différents résultats quant à l'effet d'autres modalités d'administration en dehors de la forme intranasale. Une revue systématique [Chou *et al.*, 2017b] a recensé seulement deux études de cohortes qui ont comparé les deux modalités d'administration de la naloxone par voie injectable (IM *versus* IV), et la naloxone sous-cutanée (SC) avec la voie IV. Les résultats de ces études suggèrent qu'il n'y aurait pas de différence sur la proportion de victimes qui répondent à la naloxone par voie IM ou par voie IV et que la naloxone SC serait associée à un plus long délai avant le rétablissement de la respiration et à une plus grande probabilité que plusieurs doses soient nécessaires qu'avec la naloxone IV. Ces résultats sont toutefois peu pertinents dans le contexte québécois où seule les voies d'administration de la naloxone (IN et IM) sont distribuées dans la communauté pour être administrées par des témoins ou des intervenants non médicaux. Les données probantes sont donc insuffisantes pour évaluer l'effet de la modalité d'administration de la naloxone sur la survie (tableau C-6, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

3.1.2 Sommaire des lignes directrices et positions d'autres organisations

Guide de pratique clinique

Seul le guide de Williams et ses collaborateurs [2019]²⁴ destiné au personnel préhospitalier oriente le choix de la modalité d'administration de la naloxone. Ce guide mentionne notamment que la naloxone IN et la naloxone IM semblent avoir la même efficacité pour rétablir le niveau de conscience, mais cela est appuyée par des preuves

²⁴ Ce guide s'appuie sur les résultats d'une revue systématique [Chou *et al.*, 2017b]. Comme l'ensemble des études analysées dans cette revue ont été incluses dans une revue plus récente [Yousefifard *et al.*, 2020], les résultats de cette revue plus récente ont été intégrés dans les énoncés de preuve scientifique plutôt que ceux de la revue systématique de Chou *et al.* [2017b].

de très faible certitude. Les auteurs du guide estiment toutefois que la naloxone IN est préférable à la naloxone IM, car elle serait plus sécuritaire.

Position de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)

L'ACMTS a publié une réponse rapide sur l'efficacité clinique comparative des modalités d'administration de la naloxone (IN, IM) et elle conclut à l'absence de données probantes permettant de se prononcer sur leur efficacité clinique [Peprah et Severn, 2019].

Protocoles cliniques canadiens

Selon une analyse de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) [Moustaqim-Barrette *et al.*, 2019], le Québec était l'une des seules provinces et territoires (avec l'Ontario et les Territoires du Nord-Ouest) à offrir la naloxone sous deux formes – intranasale et injectable – par le biais d'un programme public en 2019.

La plupart des protocoles des provinces canadiennes font référence à l'administration de la naloxone injectable. Toutefois, la naloxone IN semble gagner en popularité.

Par exemple, dans les Territoires du Nord-Ouest, la naloxone intranasale est l'option d'administration préférée depuis 2019 en raison de sa facilité d'utilisation et de son efficacité [Government of Northwest Territories, n.d.]. Par ailleurs, un projet pilote de distribution de vaporisateurs nasaux de naloxone a récemment été amorcé dans la ville d'Edmonton [AASP, 2023].

3.2 Efficacité des doses de naloxone à administrer

Les énoncés de preuve sur la dose de naloxone à administrer découlant des données probantes et de l'appréciation du niveau de preuve sont présentés à l'annexe I du document *Annexes complémentaires* (énoncés de preuve n^{os} 5 à 10). Les prochains paragraphes détaillent les résultats des études sur lesquels ces énoncés s'appuient.

3.2.1 Sommaire des données de la littérature

L'administration d'une dose initiale plus élevée de naloxone est associée à une proportion plus élevée de réponses à la naloxone (énoncé de preuve n° 5)

Une revue systématique (basée sur 147 études, y compris 5 ECR et 1 essai non randomisé) [Moe *et al.*, 2020] et une étude de cohorte (de qualité élevée) [Pursell *et al.*, 2021] rapportent qu'une dose initiale plus élevée de naloxone permet à une plus grande proportion de victimes de surdose de répondre à la naloxone. Bien que ces deux publications utilisent différentes définitions d'une dose élevée ou faible, elles rapportent une proportion supérieure de 10 % à 12 % avec une dose élevée (> 0,4 mg ou > 0,15 mg) par rapport à une dose faible (\leq 0,4 mg ou \leq 0,15 mg). En ajustant selon l'âge, le sexe, l'échelle de Glasgow (*Glasgow Coma Scale*) initial et la présence de SPA qui ne sont pas des opioïdes ou de l'alcool, Pursell et ses collaborateurs [2021] ont observé une proportion 2,7 fois plus élevée de victimes qui répondent à la naloxone chez celles qui ont reçu une dose initiale élevée comparativement à celles qui ont reçu une

dose initiale faible – rapport de cotes (RC) ajusté : 2,73; intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,19 à 6,26 [Purssell *et al.*, 2021].

Deux autres études de cohortes rapportent toutefois des résultats contraires. La première étude ne montre aucune différence significative dans la proportion de victimes de surdose qui répondent à la naloxone en comparant une dose initiale élevée (2 mg par voie IN) à une dose initiale faible (0,4 mg par voie IN) [Thompson *et al.*, 2022].

La seconde étude ne rapporte pas de relation linéaire entre la dose initiale et la proportion de victimes qui répondent à la naloxone [Mahonski *et al.*, 2020]. Ces deux études sont toutefois de faible qualité, l'une étant potentiellement sujette à un biais de report ou de rappel [Mahonski *et al.*, 2020] et l'autre étant potentiellement entachée d'erreurs dans la classification, car la réponse à la naloxone a été déterminée subjectivement par les évaluateurs [Thompson *et al.*, 2022]. De plus, les définitions variables de la dose et de la réponse à la naloxone pourraient expliquer ces résultats disparates. Les résultats de ces deux études ne permettent pas d'évaluer l'effet de la dose totale de naloxone sur la proportion de victimes qui répondent à l'administration de ce produit ou sur le délai de réponse après cette administration, car les deux études recensées à ce sujet sont de nature descriptive et ne permettent pas de tirer une conclusion sur la relation de causalité (tableau C-7, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

À titre informatif, les proportions observées de victimes qui ont répondu à la naloxone dans l'une de ces études sont de 52,4 % à 60,6 % pour une dose totale de naloxone IM de 0,4 mg et de 89,3 à 95,3 % pour une dose totale de naloxone IM de $\leq 0,8$ mg [Bell *et al.*, 2019]. L'autre étude rapporte que 73,5 % des victimes qui ont reçu une dose totale de naloxone IN de 4 mg ont répondu à ce traitement dans un délai de 5 minutes [Avetian *et al.*, 2018].

L'administration d'une dose initiale plus élevée de naloxone semble être associée à une plus faible probabilité qu'une dose additionnelle soit nécessaire (énoncé de preuve n° 6)

Les résultats de deux études indiquent que les victimes d'une surdose d'opioïdes ont moins souvent besoin d'une dose additionnelle de naloxone après avoir reçu une dose initiale élevée [Purssell *et al.*, 2021; Tylleskar *et al.*, 2020]. Toutefois, une troisième étude [Thompson *et al.*, 2022] n'observe pas d'effet de la dose initiale (2 mg *versus* 0,4 mg) sur la proportion de victimes qui ont besoin d'une dose additionnelle. Outre les limites de cette étude précédemment mentionnées, cette différence de résultats pourrait être liée à la modalité d'administration de la naloxone, puisque cette étude a évalué la naloxone IN alors que les autres études ont évalué la naloxone IM, IV ou SC (tableau C-8, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

L'administration d'une dose (initiale ou totale) plus élevée de naloxone est associée à davantage d'évènements indésirables que l'administration d'une dose plus faible (énoncé de preuve n° 7)

Bien que la définition d'une dose initiale élevée ou faible soit variable²⁵, trois études de cohortes rapportent que les évènements indésirables, notamment les symptômes de sevrage, sont plus fréquents chez les patients qui ont reçu une dose initiale élevée [Thompson *et al.*, 2022; Purssell *et al.*, 2021; Farkas *et al.*, 2020]. Par exemple, Purssell *et al.* [2021] rapportent que 20 % des patients qui ont reçu une dose initiale > 0,15 mg ont eu des symptômes de sevrage (p. ex. agitation, nausées, vomissements, tachycardie, diaphorèse, comportement agressif) comparativement à 5 % chez ceux qui ont reçu une dose initiale ≤ 0,15 mg. En ajustant selon l'âge, le sexe, le GCS initial et la présence de SPA non opioïdes ou d'alcool, la fréquence des symptômes de sevrage serait huit fois plus élevée chez les victimes de surdose qui ont reçu une dose initiale plus élevée que chez ceux qui ont reçu une dose initiale plus faible (RC ajusté 8,43; IC à 95 % : 1,96 à 36,3). De leur côté, Farkas et ses collaborateurs [2020] rapportent un risque de complications pulmonaires (œdème pulmonaire ou pneumonie d'aspiration) deux fois plus élevé chez les patients qui ont reçu une dose initiale > 0,4 mg (RC ajusté : 2,02; IC à 95 % : 1,07 à 3,80). Bien que ce résultat soit cohérent avec ceux des autres études, il doit être interprété avec prudence, puisque certaines complications pulmonaires peuvent aussi être causées par la surdose et pas seulement par la naloxone.

Les études qui ont évalué l'effet de la dose totale de naloxone ou du nombre de doses administrées concluent également qu'une quantité plus élevée est associée à davantage d'effets négatifs. Par exemple, deux études ont rapporté une association positive entre la dose totale de naloxone administrée et le risque d'admission hospitalière (RC ajusté : 1,31; IC à 95 % : 1,07 à 1,60) [Farkas *et al.*, 2021] ou d'admission en soins intensifs ou en soins de transition (< 2 mg *versus* ≤ 2 mg à < 4 mg : RC ajusté: 2,7; IC à 95 % : 1,4 à 5,4) [Maloney *et al.*, 2020].

De plus, l'étude de Farkas et ses collaborateurs [2020] rapporte une proportion plus élevée de patients qui ont développé des complications pulmonaires à la suite de l'administration d'une dose totale de naloxone > 4,4 mg comparativement à ceux qui ont reçu ≤ 4,4 mg (RC ajusté 1,85; IC à 95 % : 1,12 à 3,04). La proportion de cas d'œdème pulmonaire ne semble toutefois pas différente selon la quantité de naloxone reçue. Comme mentionné ci-dessus, même s'il peut survenir après l'administration de la naloxone, l'œdème pulmonaire peut aussi être une complication de l'intoxication aux opioïdes. Finalement, deux études rapportent aussi qu'un nombre de doses plus élevé

²⁵ Dans l'étude de Farkas et ses collaborateurs [2020], une dose élevée correspond à > 0,4 mg et une dose faible correspond à ≤ 0,4 mg. Dans l'étude de Purssell et ses collaborateurs [2021], une dose élevée correspond à > 0,15 mg et une dose faible correspond à ≤ 0,15 mg. Dans l'étude de Thompson et ses collaborateurs, 2022, une dose élevée correspond à 2 mg et une dose faible correspond à 0,4 mg administrée par voie intranasale.

est associé à la survenue d'un évènement indésirable²⁶ à l'urgence [Maloney *et al.*, 2020] ou de symptômes de sevrage de modérés à sévères [Moustaqim-Barrette *et al.*, 2021] (tableau C-9, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Une dose totale plus élevée de naloxone pourrait être associée à un meilleur taux de survie (énoncé de preuve n° 8)

Une revue systématique observe des taux de survie variables en fonction de la dose totale de naloxone administrée [Moe *et al.*, 2020], de 89 % et 100 % avec des quantités totales de naloxone de 0,8 mg et de 1,6 mg, respectivement. Ces taux sont basés sur les résultats d'une étude primaire [Bell *et al.*, 2019], alors que la combinaison des autres études observationnelles, rapports ou séries de cas indiquerait des taux de survie allant jusqu'à 97 % avec des doses totales de 0,8 mg et de 4 mg [Moe *et al.*, 2020]. Cependant, comme le moment de l'évaluation de la survie n'est pas spécifié et que les victimes pourraient avoir reçu des traitements additionnels après l'administration de la naloxone (p. ex. infusion, intubation, autres manœuvres de réanimation), ces taux de survie sont difficilement attribuables seulement à la quantité de naloxone administrée (tableau C-10, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Une dose plus élevée de naloxone pourrait être requise pour contrer les effets des surdoses au fentanyl/opioïdes ultrapuissants (énoncés de preuve nos 9 et 10)

Plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse qu'en raison de l'augmentation du nombre de surdoses impliquant du fentanyl ou ses analogues, une quantité supérieure de naloxone (doses ou nombre de doses plus élevés) serait désormais nécessaire pour renverser les effets d'une surdose de SPA plus puissantes. Cette hypothèse est soutenue par les résultats d'une revue systématique qui rapportent que la proportion de victimes qui répondent à une dose initiale de naloxone de > 0,4 mg est plus faible chez celles qui ont consommé du fentanyl ou d'autres opioïdes ultrapuissants (30,4 %) par rapport à celles qui ont consommé des opioïdes non liés au fentanyl (héroïne : 59,1 % et autres opioïdes : 80,8 %) [Moe *et al.*, 2020]. Cette revue systématique observe également qu'une dose totale médiane de naloxone de 3,4 mg est requise chez les victimes de surdose qui ont pris du fentanyl ou d'autres opioïdes, plutôt que de 2 mg chez les victimes de surdose impliquant de l'héroïne. Cependant, deux autres études n'arrivent pas à la même conclusion. En effet, l'étude de Carpenter et ses collaborateurs [2020] ne rapporte pas de différence significative dans la dose médiane requise pour contrer l'effet des surdoses impliquant du fentanyl par rapport à des surdoses impliquant d'autres types d'opioïdes, et l'étude de Krotulski et ses collaborateurs [2022] n'a pas observé de lien entre la concentration de fentanyl dans le sang et la dose de naloxone administrée (tableaux C-13, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

²⁶ Définition d'évènement indésirable selon les auteurs : agitation nécessitant des médicaments ou des contraintes s'il y a un risque de porter préjudice à eux-mêmes ou à autrui, sans capacité de décision, convulsions, troubles du rythme cardiaque à l'exclusion des rythmes sinusaux, œdème pulmonaire confirmé par une échographie thoracique, une radiographie pulmonaire ou la tomodensitométrie thoracique, oxymétrie de pouls documentée < 92 %, administration de suppléments d'oxygène ou administration de naloxone durant le séjour à l'urgence.

En supposant que la présence de fentanyl a augmenté au cours des années 2010, quelques études ont plutôt évalué l'évolution avec les années de la proportion de victimes qui répondent à la naloxone ou l'évolution de la dose de naloxone requise pour obtenir une réponse. Ces études, y compris une revue systématique, observent :

- une diminution de la proportion de victimes qui répondent à la naloxone avec les années (p. ex. 72,1 % dans les études de 1972 à 2014 à 56,6 % dans les études de 2015 ou après) [Moe *et al.*, 2020];
- une augmentation de la quantité totale ou du nombre de doses de naloxone administrées par surdose [Moustaqim-Barrette *et al.*, 2021; Moe *et al.*, 2020]; ou
- une augmentation de la proportion annuelle de cas pour lesquels ≥ 4 doses ont été administrées (1,5 % avant 2016 à 12,0 % en 2017), bien que cette augmentation ait été suivie d'une diminution à 10,9 % en 2018 [Moustaqim-Barrette *et al.*, 2021].

Par ailleurs, Bell et ses collaborateurs [2019] ne rapportent pas de changement significatif dans le nombre moyen de doses administrées entre 2013 et 2016, et ce, malgré l'augmentation de la prévalence du fentanyl dans les décès liés aux opioïdes (3,5 % en 2013 à 68,7 % en 2016) (Pittsburg, États-Unis) (tableau C-11, annexe C). Par ailleurs, dans l'étude de Maloney et ses collaborateurs [2020], aucun patient sur 513 n'a reçu plus de 3 doses de naloxone en préhospitalier entre 2014 et 2017 (New York, États-Unis) (tableau C-9, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Malgré les résultats disparates rapportés par quelques études et comme la revue systématique est basée sur de nombreuses études (n = 174) [Moe *et al.*, 2020], il semble raisonnable de croire qu'une dose plus élevée de naloxone pourrait être requise pour contrer les effets des surdoses de fentanyl et de ses analogues.

3.2.2 Sommaire des positions d'autres organisations

Guides de pratique clinique

La dose initiale à administrer varie de 0,4 mg à 4 mg selon la modalité d'administration de la naloxone

Peu de guides ou lignes directrices recensés précisent la dose de naloxone initiale ou totale à administrer en cas de surdose d'opioïdes. Chez les adultes, les recommandations de doses initiales par voie parentérale (IV, IM, SC) varient de 0,4 mg à 2 mg, et les recommandations d'administration de la naloxone IN initiale varient entre 2 et 4 mg [Williams *et al.*, 2019]. Notamment, le service des urgences préhospitalières de la Colombie-Britannique recommande aux premiers répondants d'administrer initialement 0,4 mg de naloxone IM aux adultes [Sugimoto, 2021]. Le guide de l'ERC, quant à lui, recommande d'administrer une dose initiale de 0,4 à 2 mg de naloxone (modalité non précisée) [Lott *et al.*, 2021]. Il s'agit d'une recommandation forte appuyée par des preuves de très faible qualité.

L'administration de la naloxone doit être répétée au besoin

S'il n'y a pas d'amélioration au cours des 2 à 3 minutes suivant l'administration initiale de la naloxone ou en cas de recrudescence de la dépression respiratoire après une réponse initiale, il est recommandé d'administrer une dose additionnelle et de la répéter aux 2 à 3 minutes au besoin [Lott *et al.*, 2021; Sugimoto, 2021; Williams *et al.*, 2019]. Seul le service des urgences préhospitalières de la Colombie-Britannique limite le nombre de doses à administrer par les premiers répondants à un maximum de trois [Sugimoto, 2021].

À défaut d'une réponse après plusieurs doses de naloxone, d'autres causes devraient être suspectées – p. ex. co-ingestion, agent à longue durée d'action, blessure à la tête, hypoglycémie [Williams *et al.*, 2019].

Sommaire de l'information provenant des protocoles cliniques

La quantité de naloxone offerte dans les troussees pourrait être augmentée

Bien que la titration (donner la plus faible dose efficace possible) soit favorable au maintien de la fonction respiratoire en limitant les symptômes de sevrage, Williams et ses collaborateurs [2019] soulignent que des doses initiales et répétées plus élevées pourraient être nécessaires compte tenu de l'arrivée d'opioïdes très puissants sur le marché. En ce sens, en raison de données préliminaires d'études et de données de surveillance qui montrent que certaines surdoses (p. ex. celles qui impliquent du fentanyl ou ses analogues) nécessitent une dose plus forte de naloxone, les provinces de l'Ouest canadien et les Territoires du Nord-Ouest ont augmenté le nombre de fioles/ampoules dans les troussees de naloxone en passant de 2 à 3 [Moustaqim-Barrette *et al.*, 2019]. De plus, en raison de la quantité de fentanyl présente dans les SPA consommées, la Colombie-Britannique a maintenu sa recommandation de doubler la dose standard initiale de naloxone administrée par le personnel des sites de consommation supervisée ($2 \times 0,4 \text{ mg} = 0,8 \text{ mg}$) [BCCDC, 2021]. Cette mesure avait initialement été implantée dans le cadre de la pandémie liée à la COVID-19 alors que la concentration de fentanyl dans les SPA de ces provinces était plus élevée.

Aux États-Unis, la U.S. Food and Drug Administration (FDA) a récemment approuvé deux produits qui contiennent de plus fortes doses de naloxone, soit le vaporisateur nasal IN (Kloxxado)²⁷ qui contient 8 mg/vaporisation [Knopf, 2021] et la seringue préremplie IM ou SC (Zimhi) qui en contient 5 mg/0,5 ml²⁸.

Au Québec, une fiole ou une ampoule injectable contient 0,4 mg/1 ml de naloxone (IM) alors qu'une dose de vaporisateur nasal en contient 4 mg/0,1 ml. La trousse de base de naloxone offerte en pharmacie contient deux fioles, ampoules ou vaporisateurs de naloxone, mais le pharmacien ou la pharmacienne peut en délivrer jusqu'à huit.

²⁷ <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-higher-dosage-naloxone-nasal-spray-treat-opioid-overdose>.

²⁸ <https://www.fda.gov/drugs/news-events-human-drugs/fda-approves-naloxone-injection-counteract-opioid-overdoses>.

Le Comité régional des services pharmaceutiques de Montréal (CRSP) [CRSP, 2019] recommandait d'en délivrer au moins quatre, puisqu'une surdose sévère peut nécessiter plus de deux doses.

En résumé

Modalités d'administration de la naloxone

Selon les données probantes, la naloxone IN comparativement à la naloxone IM :

- semble aussi efficace pour rétablir la respiration ou le niveau de conscience, mais est toutefois associée à un plus long délai de réponse;
- augmente la probabilité qu'une dose de naloxone additionnelle soit nécessaire;
- pourrait être associée à autant de symptômes de sevrage ou d'évènements indésirables.

Les données probantes sont insuffisantes pour évaluer l'effet de la modalité d'administration de la naloxone sur la survie.

Dose de naloxone

Selon les données probantes :

- une dose initiale plus élevée de naloxone est associée à une proportion plus élevée de réponses à la naloxone et à une plus faible probabilité qu'une dose additionnelle soit nécessaire pour obtenir une réponse;
- une dose totale plus élevée de naloxone pourrait être associée à un taux de survie plus élevé;
- une dose (initiale ou totale) plus élevée de naloxone est associée à plus de symptômes de sevrage ou d'évènements indésirables;
- les doses initiales recommandées dans les guides et lignes directrices varient de 0,4 mg à 2 mg pour les modalités d'administration de la naloxone par voie parentérale (IV, IM, SC) et 2 mg à 4 mg pour la modalité d'administration de la naloxone par voie intranasale chez les adultes;
- l'administration de la naloxone doit être répétée aux 2 à 3 minutes au besoin – p. ex. s'il n'y a pas d'amélioration après l'administration de la dose initiale de naloxone ou en cas de recrudescence de la dépression respiratoire après une réponse initiale.

Surdoses impliquant du fentanyl ou d'autres opioïdes ultrapuissants

La proportion de victimes d'une surdose d'opioïdes qui répondent à la naloxone après une dose initiale est plus faible.

Une dose totale de naloxone plus élevée pourrait donc être requise pour contrer les effets des surdoses impliquant du fentanyl.

3.3 Considérations expérientielles et contextuelles liées à l'administration de la naloxone (barrières et facilitateurs)

3.3.1 Contenu de la trousse de naloxone au Québec

Les trousse de naloxone actuellement distribuées au Québec contiennent généralement les éléments suivants ([tableau 3](#)).

Tableau 3 Contenu actuel de la trousse de naloxone

Trousse intramusculaire	Trousse intranasale
<ul style="list-style-type: none">▪ 2 fioles ou ampoules de 0,4 mg/1 ml de naloxone chacune▪ 2 seringues jetables avec aiguilles rétractables▪ Tampons alcoolisés▪ 2 gants▪ 1 masque barrière▪ Aide-mémoire sur la procédure à suivre	<ul style="list-style-type: none">▪ 2 vaporisateurs intranasaux Narcan de 4 mg/0,1 ml de naloxone chacun▪ 2 gants▪ 1 masque barrière▪ Aide-mémoire sur la procédure à suivre

La trousse ne contient qu'une seule modalité d'administration de la naloxone, selon le choix de la personne qui en fait la demande. Les membres du comité de suivi soulignent l'utilité des gants dans la trousse de naloxone pour vérifier l'obstruction ou dégager les voies respiratoires.

Les membres du panel des usagers et proches proposent que l'aide-mémoire sur la procédure à suivre soit apposé directement sur le produit de naloxone (IN ou dispositif d'injection), ou qu'il soit suffisamment petit pour être placé dans la trousse sans devoir le plier, ou être apposé directement sur le produit de naloxone (IN ou dispositif d'injection).

Certaines personnes utilisatrices d'opioïdes consultées rapportent le manque d'uniformité dans le contenu des trousse distribuées dans les pharmacies communautaires.

Date de péremption de la naloxone

Afin de s'assurer de l'efficacité de la naloxone contenue dans une trousse, le CRSP [2019] conseille d'inscrire la date d'expiration sur l'étiquette de la trousse. En outre, la date d'expiration des différents éléments contenus dans la trousse peut être différente selon la modalité d'administration de la naloxone (IN vs IM) (comité de suivi). Toutefois, il est important de noter que la naloxone en vaporisateur nasal ou sous forme injectable reste stable au-delà de 10 mois après sa date de péremption [Hossain *et al.*, 2022].

Doses de naloxone

Au Québec, une fiole ou une ampoule de naloxone (IM) contient 0,4 mg/ml de produit alors qu'une dose de vaporisateur nasal en contient 4 mg/0,1 ml. La trousse de base de naloxone offerte en pharmacie contient deux fioles, ampoules ou vaporisateurs de naloxone, mais le pharmacien ou la pharmacienne peut en délivrer jusqu'à huit. Le CRSP [2019] recommande toutefois d'en délivrer au moins quatre, puisqu'une surdose sévère peut nécessiter plus de deux doses. La plupart des sites de consommation supervisée distribuent quatre ou cinq doses de naloxone dans chacune des trousse (comité de suivi; consultation auprès d'intervenants).

Par ailleurs, il n'y a pas de données précises concernant le nombre moyen de doses de naloxone administrées par surdose d'opioïdes dans la communauté au Québec. Lors des consultations auprès de témoins et de victimes, une grande variation du nombre de doses utilisées a été rapportée (une seule à 12 doses).

3.3.2 Administration de la naloxone

L'administration de la naloxone a été décrite comme une intervention essentielle, la plus facile à réaliser en situation de surdose, tant dans la littérature [Neale *et al.*, 2019] que lors de nos consultations. Différents éléments favorisant son administration et d'autres y faisant obstacle sont mentionnés dans la littérature ainsi que par des personnes consultées qui ont été témoins ou victimes d'une surdose.

Facilitateurs de l'administration de la naloxone

Le fait d'estimer que la naloxone est bénéfique, efficace et simple à utiliser pour sauver des vies favorise son administration en contexte de surdose – [Brandt *et al.*, 2022; Holland *et al.*, 2020; Heavey *et al.*, 2018]; consultations auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes. De même, le fait d'avoir reçu une formation incite les témoins à administrer la naloxone [Ataiants *et al.*, 2021] et les aide à ne pas céder à un sentiment de panique [Brandt *et al.*, 2022]. Une expérience précédente d'administration de la naloxone encourage également son administration lorsque des événements similaires subséquents se produisent [Brooker et Farrah, 2019; Dayton *et al.*, 2019]. L'expérience aide à développer une plus grande assurance, comme l'évoque ce témoignage d'une personne utilisatrice d'opioïdes consultée : « C'était la première fois et c'était vraiment stressant, mais maintenant je suis vraiment calme. »

Consultés au sujet de la forme de naloxone privilégiée, tant les personnes utilisatrices d'opioïdes que les intervenants d'organismes communautaires nous ont mentionné se sentir plus à l'aise avec la forme IN de la naloxone. Comparativement à la naloxone IM, la naloxone IN est plus facile à administrer, nécessite moins de manipulations, évite l'utilisation d'aiguilles qui suscitent une certaine crainte, et est associée à un plus faible risque d'erreur en situation de stress. D'ailleurs, au Québec, la distribution en pharmacie communautaire des trousse préassemblées avec de la naloxone IM est nettement inférieure à celles qui contiennent la naloxone IN (respectivement 559 et 3 396 pour l'année 2021) (selon les données de la RAMQ, 2021).

Toutefois, tant dans la littérature scientifique [Kline *et al.*, 2020] que dans les consultations effectuées, plusieurs témoins d'une surdose ont affirmé que la naloxone IN provoquerait de plus grands effets de sevrage que la naloxone IM, ce qui susciterait une prise rapide de SPA au réveil pour les éliminer. Ainsi, certaines personnes utilisatrices d'opioïdes consultées préfèrent que les intervenants des sites de consommation supervisée utilisent la modalité d'administration de la naloxone en IM plutôt que la modalité en IN.

Barrières à l'administration de la naloxone

Les données de la littérature rapportent plusieurs obstacles à l'administration de la naloxone, dont un manque d'expérience conduisant à réagir de façon instinctive plutôt qu'à s'appuyer sur le protocole prévu [McAuley *et al.*, 2018]. En plus, la perception de manquer de formation est associée à la non-administration de la naloxone [Dayton *et al.*, 2019], de même que la croyance que la naloxone pourrait nuire à la victime [Buresh *et al.*, 2020; Brooker et Farrah, 2019] ou que l'intoxication pourrait être liée à une autre cause (p. ex. alcool ou benzodiazépine) [Bennett *et al.*, 2020]. La crainte d'effets secondaires sévères (émotionnels et physiques) associés à la naloxone serait très répandue chez les personnes utilisatrices d'opioïdes et constituerait un obstacle important à son utilisation – [Ataiants *et al.*, 2021; Bessen *et al.*, 2019; Neale *et al.*, 2019]; témoins de surdoses consultés dans le cadre du projet. En outre, certains témoins et utilisateurs d'opioïdes ont fait part de leur crainte et réticence à administrer ou recevoir la naloxone en raison de la sensation d'inconfort et des symptômes de sevrage qu'elle peut engendrer.

Dans ce contexte, plusieurs témoins potentiels ainsi que des intervenants du milieu communautaire disent établir des stratégies, souvent des ententes avec d'autres utilisateurs d'opioïdes, pour éviter à tout prix l'administration de la naloxone et les effets de sevrage anticipés associés à son emploi. Selon les personnes utilisatrices d'opioïdes consultées, l'expérience personnelle d'une victime qui a reçu de la naloxone influe grandement par la suite sur leur perception du produit et l'usage qu'elles pourraient en faire comme témoin d'une surdose. Cette information est également rapportée dans la littérature [Lai *et al.*, 2021]. Chez la majorité (62 %) des personnes utilisatrices d'opioïdes qui ont agi à titre de témoin consulté dans le cadre des présents travaux, aucun symptôme de sevrage n'a suivi l'administration de la naloxone et son utilisation a été privilégiée par la suite lorsqu'elles ont été ultérieurement témoins de surdoses. pour

d'autres, leur expérience comme victime a été si négative, sur le plan de leur santé physique et mentale, qu'elles affirment vouloir éviter à tout prix d'en administrer à d'autres. Ce témoignage exprime bien la détresse éprouvée dans ce contexte :

« Je pensais que j'étais en train de mourir, j'avais des spasmes à l'hôpital et je savais que j'étais en sevrage et tout [à cause de la naloxone]. Je me suis aperçu que c'est la pire chose qui peut t'arriver, on dirait que je suis dans un autre monde, le diable est autour de moi » (Consultation auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes).

Parmi les effets du sevrage anticipés par des témoins potentiels, on trouve la crainte de subir de l'agressivité ou de la violence de la part des victimes de surdose au moment de leur réveil [Dayton *et al.*, 2019]. La crainte d'être confronté à de tels comportements, et en particulier de la part d'une personne inconnue, freine de façon importante l'administration de la naloxone chez les personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées :

« Souvent, ça n'arrive pas au beau milieu de la rue, ça arrive dans de petits recoins, dans des ruelles. Tu intervies et tu es seule avec une personne et tu es dans des recoins alors ça peut devenir dangereux. »

Selon les données de la littérature et lors des consultations, plusieurs personnes mentionnent que la réticence à administrer de la naloxone serait plus grande lorsqu'il existe une relation affective entre le témoin et la victime [McAuley *et al.*, 2018]. Les relations entre témoin et victime peuvent également susciter une plus grande nervosité lors de l'intervention [Brandt *et al.*, 2022]. Les personnes utilisatrices d'opioïdes consultées rapportent également des témoignages à cet égard :

« Sur le stress, c'est quand même ton ami qui est là, tu vois que ça coule et il ne réagit pas à un premier shot, donc au lieu d'attendre trois minutes et tout ça, je lui en ai donné sept d'affilée ».

Plusieurs personnes utilisatrices d'opioïdes consultées témoignent à quel point elles se sentent stressées, ce qui précipite leurs gestes :

« C'est nécessaire [de garder son calme] pour faire une bonne manœuvre. Je pense que faire le RCR sur l'adrénaline fait peut-être que tu ne comptes pas tes coups [...]. C'est la même chose pour préparer la naloxone, quand tu prends ton ampoule il y a la partie du dessus que tu coupes, tu peux sans y penser ne pas jeter et casser le bouchon, toute la naloxone est dans le bouchon tu viens de perdre ton temps et tu n'as pas une vraie dose, tu donneras qu'un tiers de dose et tu te rends compte que ça marche moins, tu viens de perdre du temps. Il faut que tu restes calme, être capable de rester là. »

Finalement, le fait d'être soi-même intoxiqué représente également un obstacle potentiel à l'exécution des manœuvres de réanimation [Brooker et Farrah, 2019].

3.4 Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi

Tout comme les autres personnes consultées, les membres des comités sont d'avis que l'administration de la naloxone est l'étape la plus simple à réaliser dans la séquence d'action préconisée pour les témoins d'une surdose d'opioïdes.

Modalités d'administration de la naloxone

Les différentes parties prenantes consultées sont d'avis que la naloxone IN démontre une bonne acceptabilité de la part des personnes utilisatrices d'opioïdes. En effet, comparativement à la naloxone IM, elle est plus facile et plus rapide à administrer, nécessite moins de manipulations, évite l'utilisation d'aiguilles et est associée à un plus faible risque d'erreur en situation de stress. La naloxone IN a toutefois le désavantage de risquer de geler en hiver. La naloxone IM est quant à elle plus difficile à administrer et comporte des risques de blessures. Des membres du comité de suivi ont aussi rapporté que certains pairs aidants du milieu communautaire utilisent tout de même les deux modalités d'administration de la naloxone (IM et IN) de façon systématique et successive en débutant par la voie IN dans leur protocole d'intervention.

Pour pallier ces enjeux, les membres du comité consultatif suggèrent de considérer l'utilisation du Naloxone Pen avec auto-injecteur (similaire à l'EpiPen) pour administrer de la naloxone IM. Ces auto-injecteurs de naloxone semblent toutefois relativement coûteux et sont actuellement indisponibles au Canada. Malgré l'intérêt de ce produit s'il devenait disponible, les membres du comité consultatif soulignent que l'administration de la naloxone IM est complexifiée par le port de vêtements en hiver, ce qui milite en faveur de l'usage de la naloxone IN.

Dose de naloxone

Plusieurs commentaires ont été formulés par les membres des comités consultés en ce qui a trait à la dose requise de naloxone (dose unitaire et nombre de doses). Certains membres suggèrent d'augmenter la dose unitaire (p. ex. à 2 mg) pour espérer un effet plus rapide, alors que d'autres proposent d'éviter d'administrer de plus grandes doses unitaires de naloxone pour éviter d'engendrer davantage de symptômes de sevrage. Ils soulignent également qu'en administrant en une seule fois une dose élevée de naloxone IN (p. ex. > 1 ml/narine) celle-ci pourrait s'écouler dans la gorge et être avalée par la victime plutôt qu'être adéquatement absorbée, réduisant ainsi sa biodisponibilité et son efficacité.

Quant au nombre de doses nécessaires, ils mentionnent que ce nombre peut varier selon qu'il s'agit d'un cas de surdose d'opioïdes en région urbaine ou rurale : en régions urbaines, deux doses seraient suffisantes jusqu'à l'arrivée des secours, alors qu'en régions éloignées un minimum de quatre doses pourrait être nécessaire. D'autres rappellent qu'il importe surtout qu'un témoin de surdose dispose de suffisamment de doses pour les administrer au besoin, et ce, jusqu'au rétablissement de la respiration ou jusqu'à l'arrivée des secours.

Un membre du comité de suivi mentionne que l'on observe actuellement une augmentation du nombre de doses de naloxone administrées par des témoins de surdoses. Elle pourrait être liée à la présence de benzodiazépines dans les substances consommées, contre lesquelles la naloxone serait inefficace, ou à une augmentation du nombre de surdoses attribuables au fentanyl.

Standardisation des trousse de naloxone

Les membres du comité de suivi ont tenu à souligner l'absence de standardisation des trousse de naloxone distribuées en pharmacie, notamment concernant le nombre de doses délivrées aux individus par les organismes communautaires. Ils sont d'avis que certains renseignements devraient être fournis aux utilisateurs de la naloxone IN lors de la formation ou de la remise de la trousse, notamment :

- la possibilité que la fiole de naloxone IN gèle en hiver;
- l'information indiquant que le vaporisateur intranasal contient une seule dose de naloxone et qu'il ne doit pas être testé au risque de ne pas pouvoir le réutiliser pour intervenir.

Selon les différentes parties prenantes consultées, l'enseignement de l'utilisation de la seringue (IM) est plus complexe et peut ne pas être fait de façon optimale partout. Cela souligne l'importance que les deux modalités d'administration de la naloxone soient disponibles.

En résumé – Considérations contextuels et expérientiels et perspective des membres des comités

Les membres des comités estiment qu'il est peu pertinent de limiter le nombre de doses de naloxone, puisqu'elle doit être administrée au besoin, et ce, jusqu'au rétablissement de la respiration ou jusqu'à l'arrivée des secours d'urgence.

Les membres des comités ainsi que les personnes utilisatrices d'opioïdes consultées soulignent l'absence de standardisation des trousse de naloxone distribuées et, par conséquent, la variabilité de leur contenu.

La modalité IN de la naloxone a une bonne acceptation de la part des personnes utilisatrices d'opioïdes et de témoins potentiels au Québec, notamment parce qu'elle est :

- facile d'utilisation et rapide à administrer;
- plus sécuritaire, puisqu'elle nécessite moins de manipulation et évite l'usage d'une seringue.

La naloxone IN est toutefois à risque de geler en hiver.

L'enseignement de l'utilisation de la seringue étant plus complexe, la trousse de naloxone doit contenir les deux modes d'administration (IN et IM).

4 PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES

L'utilisation d'équipements de protection personnelle doit être renforcée dans un contexte où les risques de transmission d'infection entre un répondant et une victime de surdose d'opioïdes lors du bouche-à-bouche (ventilation) sont jugés importants (p. ex. pandémie de la COVID-19)²⁹.

Dans l'avis précédent, la recommandation de l'INESSS [2018] était de fournir dans la trousse de naloxone un masque barrière permettant de faire la ventilation.

Présentement, les trousse distribuées au Québec comprennent plutôt des masques en tissus (chirurgicaux), lesquels ont été ajoutés dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Ainsi, ils ne répondent pas à la recommandation initiale, puisqu'ils ne permettent pas de faire la ventilation. Afin de clarifier cette question, les mesures ou équipements de protection utilisés pour prévenir la transmission de maladies infectieuses dans le contexte des manœuvres de réanimation en cas de surdose d'opioïdes ont été documentés à partir de la littérature et des consultations.

4.1 Sommaire des recommandations issues des lignes directrices et des protocoles

Compte tenu du contexte de pandémie pendant lequel les présents travaux ont été réalisés, la plupart des documents et lignes directrices repérés spécifient les préoccupations et adaptations spécifiques à la COVID-19.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada [2020], qui se réfère généralement aux recommandations de l'AHA, a apporté des modifications aux manœuvres de réanimation à réaliser par le grand public durant la pandémie de la COVID-19. En cas d'arrêt cardiaque, elle recommande de ne pas faire d'insufflations. Toutefois, elle apporte une exception à cette recommandation : dans certaines circonstances, comme dans le cas d'une surdose d'opioïdes avec témoin, il est possible d'administrer la naloxone et de faire les insufflations/ventilation suivies des compressions thoraciques s'il n'y a pas de réponse de la victime. Elle précise toutefois que cette exception s'applique pour le témoin formé en RCR lorsqu'il n'a pas d'inquiétude quant à la transmission d'une infection (p. ex. s'il s'agit d'une personne que le témoin connaît).

Les protocoles d'intervention en cas de surdose d'opioïdes de certaines provinces canadiennes ont décrit des adaptations à implanter en contexte de pandémie liée à la COVID-19. Au Québec, seule la DRSP [2020] a émis des recommandations à ce sujet, en se basant sur les recommandations générales applicables en matière de prévention des maladies infectieuses indiquées dans le protocole de réanimation simplifié de la COVID-19 du MSSS mis à jour le 29 mai 2020 ([disponible ici](#)). Celui-ci mentionne

²⁹ Il est à noter que la requête de mise à jour par le demandeur a été faite en 2021, en plein cœur de la pandémie de la COVID-19. La question concernant la transmission des maladies infectieuses était donc initialement ancrée dans ce contexte.

notamment que *la gestion des voies aériennes définitives et la gestion de la ventilation doivent se faire par une personne expérimentée (par ex. : médecin ou technicien ambulancier paramédical (TAP)) et équipée d'un ÉPI optimal de type aérienne-contact qui inclut le port du masque N95 en plus de protection oculaire, blouse et gants.*

D'autres provinces ont aussi adapté les manœuvres de réanimation à réaliser en contexte de COVID-19. Ces adaptations concernent surtout la réalisation de la ventilation. En Colombie-Britannique, il est recommandé de continuer à faire la ventilation par le bouche-à-bouche en utilisant le matériel de protection approprié, c'est-à-dire l'écran facial avec valve unidirectionnelle [BCCDC, 2021]. En Alberta et en Saskatchewan, la ventilation par bouche-à-bouche est facultative [Saskatchewan Ministry of Health, n.d.; AHS, 2020]. Finalement, l'Ontario proscrit la ventilation par bouche-à-bouche et recommande plutôt de faire les compressions thoraciques seulement [Ontario Ministry of Health, 2021].

Les précautions à prendre et le matériel de protection à utiliser varient selon la procédure administrée

Les précautions à prendre et le matériel de protection (p. ex. gants, masque médical, blouse et lunettes de protection) à utiliser décrit dans les protocoles d'intervention en cas de surdose d'opioïdes varient selon la procédure administrée et le risque d'infection. Certains documents recommandent d'éviter de s'approcher du visage de la victime lors de l'administration de la naloxone IN, bien que cette modalité ne soit pas jugée à risque de transmission de maladies infectieuses [Saskatchewan Ministry of Health, n.d.].

Selon le British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC) [2021], la ventilation représente un risque d'infection à la COVID-19 pour l'intervenant, particulièrement si elle est faite sans équipement de protection ou avec un équipement dysfonctionnel. Toutefois, ce risque est jugé très faible par rapport au risque élevé de lésion cérébrale ou de décès de la victime en raison d'une surdose. Tout comme le protocole de l'Alberta et de la Saskatchewan, le protocole de la Colombie-Britannique recommande d'utiliser un écran facial avec valve unidirectionnelle pour protéger l'intervenant des gouttelettes et des sécrétions respiratoires [Saskatchewan Ministry of Health, n.d.; BCCDC, 2021; AHS, 2020] .

Lors de la réalisation de compressions thoraciques, plusieurs protocoles recommandent de couvrir le nez et la bouche de la victime avec un écran facial, un masque de procédure, un mouchoir ou un morceau de vêtement, particulièrement si la personne est infectée par la COVID-19 ou suspectée de l'être [Saskatchewan Ministry of Health, n.d.; BC Centre for Disease Control, 2021; DRSP de Montréal, 2020]. Le Toronto Public Health [2020] recommande en plus de prendre des précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes en portant un masque, des lunettes de protection, une blouse d'isolation et des gants sans latex. Toutefois, plusieurs mentionnent dans leurs documents que les compressions thoraciques ne génèrent pas d'aérosols [Saskatchewan Ministry of Health, n.d.; AHS, 2020; DRSP de Montréal, 2020].

L'administration de la naloxone IN est également jugée à très faible risque de transmission de la COVID-19. Toutefois, sans masque ni protection oculaire, le risque de contracter la COVID-19 est accentué si la personne en surdose n'est pas quelqu'un que le témoin côtoie régulièrement [DRSP, 2020].

4.2 Considérations expérientielles et contextuelles sur la prévention des maladies infectieuses

La prévention des maladies infectieuses souligne la tension existante entre le potentiel de survie de la victime et la sécurité du témoin (intervenant) en raison du risque de transmission de maladies infectieuses lors des manœuvres de ventilation. Deux personnes consultées ont indiqué ne pas être préoccupées ni freinées par le risque de transmission de maladies infectieuses lors de manœuvres de réanimation en contexte de surdose. Ce risque n'a pas été soulevé par les autres personnes consultées.

4.3 Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi

Pour éviter d'alourdir la procédure d'intervention en cas de surdose d'opioïdes, les membres du comité consultatif sont d'avis que le protocole de réanimation ne devrait pas être modifié en fonction de maladies infectieuses. Le risque de transmission de ces maladies à travers un masque unidirectionnel demeure très faible. Ils suggèrent également qu'une protection universelle devrait être recommandée, en supposant que toute victime pourrait potentiellement contaminer le témoin. Ils suggèrent aussi de bien décrire le niveau de protection que devrait offrir le masque si celui-ci est recommandé par l'INESSS. Ils sont d'avis qu'un masque barrière à valve unidirectionnelle doit être disponible dans toutes les trousse de naloxone, comme c'est le cas actuellement dans la région de Sherbrooke, puisque celui-ci protège la personne qui fait la ventilation des sécrétions de la victime lors de l'expiration.

Certains membres du comité de suivi et des intervenants consultés sont également d'avis que le fait d'avoir une séquence de manœuvres de réanimation spécifiques à une maladie infectieuse en cas de surdose d'opioïdes et une autre séquence qui ne le serait pas pourrait prêter à confusion. Des directives permettant de se protéger d'éventuelles piqûres accidentelles lors de l'usage d'une seringue pour la naloxone injectable sont toutefois souhaitables.

En outre, le matériel de protection fourni et sa qualité compromettent l'acceptabilité des manœuvres de réanimation selon les membres du comité de suivi. Par exemple, la barrière physique (p. ex. masque de poche avec un filtre et une valve) augmente de manière importante l'acceptabilité sociale de pratiquer le bouche-à-bouche. Ils mentionnent ainsi que, comparativement à ce qui est distribué dans d'autres provinces (p. ex. modèle avec prise buccale incluse), le matériel disponible au Québec est très peu adapté, il limite les possibilités de faire le bouche-à-bouche et augmente le niveau de réticence des témoins à intervenir.

En résumé

Compte tenu du contexte de pandémie durant lequel les présents travaux ont été réalisés, la plupart des documents et lignes directrices repérés spécifient les préoccupations et adaptations spécifiques à la COVID-19. Certaines provinces canadiennes recommandent notamment :

- la ventilation par bouche-à-bouche – p. ex. écran facial avec valve unidirectionnelle, comme c'est le cas en Colombie-Britannique,
- de faire les compressions thoraciques, mais de ne pas ventiler ou de laisser le choix au témoin de ventiler ou non.

Les membres des comités consultés sont d'avis que :

- le protocole de réanimation ne devrait pas être modifié en fonction du statut COVID-19 ou d'autres maladies transmissibles suspectées et qu'une protection devrait être appliquée lors de la ventilation;
- un masque barrière à valve unidirectionnelle doit être disponible dans toutes les trousse de naloxone.

5 SÉQUENCE DES INTERVENTIONS EN CAS DE SURDOSE D'OPIOÏDES

Bien que toutes les organisations et sociétés savantes semblent d'accord sur l'importance d'établir une séquence d'interventions très précise en cas de surdose, cette séquence ne fait pas consensus au sein de la communauté scientifique, notamment en ce qui concerne l'administration de la naloxone avant ou après les manœuvres de RCR. Rappelons que, dans son avis précédent, l'INESSS recommandait d'administrer la naloxone avant de faire les manœuvres de RCR [INESSS, 2018].

Cette section présente l'information recueillie au regard des étapes préconisées lors d'une intervention de réanimation en cas de surdose, dans l'optique d'assurer les meilleures chances de survie. Les données recueillies reposent essentiellement sur les lignes directrices publiées par différentes sociétés, sur les protocoles de réanimation mis en place dans différentes juridictions ainsi que sur l'expérience et l'opinion des diverses parties prenantes consultées.

5.1 Sommaire des lignes directrices et protocoles

Aucune étude portant sur la séquence optimale des interventions à réaliser en cas de surdose d'opioïdes n'a été recensée.

Cinq lignes directrices ont mentionné des éléments relatifs à la séquence des interventions à réaliser en cas de surdose d'opioïdes. Trois d'entre elles sont de bonne qualité [First Aid Reference Centre, 2021; Wyckoff *et al.*, 2021; Panchal *et al.*, 2020] et les deux autres sont jugées de qualité moyenne [ANZCOR, 2021; Croix-Rouge canadienne, 2020]. La séquence des interventions à réaliser en cas de surdose d'opioïdes est également décrite dans les protocoles de réanimation de onze provinces et territoires canadiens³⁰ et de quatre pays (États-Unis, Royaume-Uni, France, Australie). La séquence proposée par les organisations (CAMH) ou des organismes de formation en secourisme canadiens (Croix-Rouge canadienne, Ambulance Saint-Jean) a aussi été examinée.

Les cinq lignes directrices recensées recommandent de commencer les manœuvres de RCR sans délai, suivies de l'administration de la naloxone [First Aid Reference Centre, 2021; Wyckoff *et al.*, 2021; Panchal *et al.*, 2020].

L'appel aux services d'urgence dans la séquence est ajouté par certaines de ces lignes directrices [First Aid Reference Centre, 2021; Croix-Rouge canadienne, 2020; Panchal *et al.*, 2020]. La séquence qui comprend l'appel au 911 diffère toutefois légèrement d'une ligne directrice à l'autre. Selon l'AHA [Panchal *et al.*, 2020], la séquence devrait débuter par l'appel aux services d'urgence, alors que selon le First Aid Reference Centre et la Croix-Rouge canadienne elle devrait commencer par la RCR suivie de l'appel au 911. Après ces deux étapes (l'appel aux services d'urgence et la RCR) vient l'administration

³⁰ À l'exception de la province de l'Île-du-Prince-Édouard et du territoire du Nunavut.

de la naloxone au besoin [First Aid Reference Centre, 2021; Panchal *et al.*, 2020]. Les autres lignes directrices suivent également la même séquence, c'est-à-dire que les manœuvres de RCR précèdent toujours l'administration de la naloxone [ANZCOR, 2021]. Si les signes d'intoxication réapparaissent ou s'il n'y a pas d'amélioration après cinq minutes, le secouriste peut répéter l'administration de la naloxone [First Aid Reference Centre, 2021; Panchal *et al.*, 2020] (voir [tableau 4](#)). Seul l'AHA [Panchal *et al.*, 2020] recommande l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé (lorsque disponible) après avoir administré la naloxone

Tableau 4 Séquence des interventions issues des lignes directrices

Lignes directrices	Séquence des interventions
Panchal <i>et al.</i> [2020]	Appel 911 RCR Naloxone
ANZCOR [2021]	RCR Naloxone
Wyckoff <i>et al.</i> [2021] (ILCOR)	RCR Naloxone
First Aid Reference Centre [2021]	RCR Appel 911 Naloxone
Croix-Rouge canadienne [2020]	RCR Appel 911 Naloxone

Dans les protocoles canadiens et internationaux, la séquence des premières étapes fait consensus, soit la reconnaissance des signes de surdose en premier, suivie de l'appel aux services d'urgence. Il n'y a toutefois pas de consensus sur la séquence des étapes suivantes. En effet, les provinces et territoires canadiens qui suivent les étapes SAVE ME recommandent de poursuivre les manœuvres de RCR avec la ventilation, et ensuite d'administrer la naloxone.

Par ailleurs, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse recommandent d'administrer la naloxone avant de faire les manœuvres de RCR (compressions thoraciques et/ou ventilation, le cas échéant) [Ontario Ministry of Health, 2021; INESSS, 2018; Nova Scotia THN Program, 2018].

Devant cette hétérogénéité, certains organismes canadiens suggèrent de se référer aux recommandations propres à chaque province [Ambulance Saint-Jean, 2019; ACSM, 2019].

À l'international, la France et les États-Unis recommandent l'administration de la naloxone avant la RCR [Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022; SAMHSA, 2018], alors que l'Australie et le Royaume-Uni recommandent l'inverse [Government of Western Australia, 2019; PHE, 2017].

Finalement, après avoir administré la naloxone et commencé les manœuvres de RCR (quel que soit l'ordre choisi), la grande majorité des protocoles de réanimation recommandent de réadministrer la naloxone s'il n'y a pas d'amélioration après un délai de 2 à 5 minutes.

5.2 Considérations expérientielles et contextuelles liées à la séquence des interventions

Les consultations réalisées par l'INESSS ainsi que la littérature scientifique sur l'expérience des intervenants et témoins apportent un éclairage supplémentaire sur les composantes de la séquence des interventions en cas de surdose, notamment la capacité à reconnaître une surdose et la décision de faire appel au 911.

La reconnaissance des signes de surdose d'opioïdes et la décision d'intervenir

La personne témoin d'une surdose doit d'abord être en mesure d'en reconnaître les signes, ce qui peut être difficile pour différentes raisons. La personne victime d'une surdose peut sembler être en état d'ébriété ou endormie [Brooker et Farrah, 2019]. Le fait, pour le témoin, de connaître les habitudes d'une personne utilisatrice d'opioïdes lui permet de reconnaître facilement les signes d'une possible surdose – p. ex. la présence d'autres consommateurs d'opioïdes sur les lieux de la surdose ou des accessoires de consommation à proximité de la victime) [Bennett *et al.*, 2020; Neale *et al.*, 2019; McAuley *et al.*, 2018].

Une fois la surdose constatée, plusieurs éléments facilitent ou freinent la décision d'intervenir [Brooker et Farrah, 2019; Heavey *et al.*, 2018]. Des témoins participant à trois études ont affirmé hésiter à commencer une intervention, pour différentes raisons : la crainte d'offenser une victime présumée qui ne serait pas en surdose, mais plutôt dans un état de « high » qu'elle souhaite maintenir ou d'être expulsé de leur refuge pour sans-abri s'ils sont vus en présence d'une personne intoxiquée, et la crainte également que la victime succombe à la surdose dans le lieu de résidence où se produit la surdose [Neale *et al.*, 2019]. Des conditions de vie précaires des personnes (p. ex. situation d'itinérance), le manque d'hygiène ou la présence de traces de sang ainsi que certains préjugés sont également des raisons pour lesquelles des témoins pourraient hésiter à procéder à des manœuvres de réanimation, selon les personnes utilisatrices d'opioïdes consultées.

Le fait de ne pas connaître la personne victime d'une surdose peut également faire hésiter des témoins à intervenir [Neale *et al.*, 2019]. Au contraire, une relation amoureuse ou d'amitié incite à passer plus vite à l'action [Brandt *et al.*, 2022].

Sécuriser l'environnement

Comme mentionné précédemment, la position d'une personne au moment d'une surdose peut compliquer l'administration de la naloxone ainsi que les manœuvres requises de réanimation. Il peut parfois arriver d'avoir à déplacer les victimes pour être en mesure d'effectuer les manœuvres nécessaires [Neale *et al.*, 2019]. Certaines personnes utilisatrices d'opioïdes consultées confirment que le lieu où se produit la surdose et la position de la victime sont des facteurs qui pourraient compliquer les manœuvres initiales d'un témoin d'une surdose, comme l'illustre ce témoignage d'une personne utilisatrice d'opioïdes consultée :

« Je suis allée chercher la naloxone et il ne pouvait pas pencher sa tête, il était debout je ne pouvais pas le déplacer, il n'y avait rien à faire. J'avais peur aussi qu'il tombe. J'ai administré dans le nez par le fait que la tête n'était pas penchée, et évidemment ça coulait un petit peu ».

Selon les intervenants consultés, la présence de plusieurs personnes autour de la victime peut être une source de stress et perturber le bon déroulement de la séquence des interventions en raison du manque de concentration que cela peut causer.

L'appel au 911

L'appel au 911 ne semble pas être systématique en situation de surdose. Pour plusieurs personnes utilisatrices d'opioïdes ou intervenants consultés, un appel sera fait seulement en dernier recours, après avoir tenté certaines manœuvres. Pour d'autres témoins de surdoses, il s'agit d'une action incontournable : l'appel au 911 est fait dès que l'urgence est constatée ou au moment d'administrer la naloxone [Neale *et al.*, 2019].

Être formé et craindre que la personne victime de surdose ne reçoive pas de soins médicaux après l'administration de la naloxone seraient des incitatifs à appeler le 911 [Neale *et al.*, 2019]. Disposer d'un cellulaire faciliterait également l'appel au 911 [Ataiants *et al.*, 2021]. Dans certaines situations rapportées par des témoins, l'appel au 911 a été fait à la suite de l'administration de la naloxone, et ce, seulement parce qu'ils ne parvenaient pas à réanimer la personne avec la naloxone [Baltes *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2018].

Certaines personnes utilisatrices d'opioïdes rapportent aussi craindre d'être hospitalisées pour une surdose à la suite d'un appel au 911 [Neale *et al.*, 2019]. Selon plusieurs intervenants consultés, des victimes potentielles vont alors convenir avec leur entourage ou avec des intervenants communautaires des sites de consommation supervisée que tout doit être tenté avant d'appeler le 911 :

« [...] on a comme un petit protocole entre nous. Là, on commence toujours par donner la naloxone avant d'appeler le 911 parce que la majorité des gens qu'on assiste ben on les connaît très bien. Puis on a déjà eu les discussions avec eux par rapport à la naloxone, l'appel au 911, fait qu'il y a des gens qu'on sait très bien qu'ils ne voudront pas aller à l'hôpital, donc on a des ententes avec eux par rapport à ça. »

Certaines personnes utilisatrices d'opioïdes mentionnent que leur opposition à un appel au 911 est intimement liée à l'intention d'éviter une intervention policière et à la crainte de certaines conséquences légales [Holland *et al.*, 2020; Bessen *et al.*, 2019; Neale *et al.*, 2019; Khatiwoda *et al.*, 2018; Watson *et al.*, 2018]. Lors d'un appel aux services d'urgence dans les cas de surdose au Québec, les policiers sont souvent les premiers arrivés sur les lieux. Selon les personnes consultées, leur intervention est souvent considérée comme maladroite et tendue par les témoins et les victimes de surdose ainsi que par les intervenants communautaires consultés :

« Nous on travaille avec des personnes qui ne veulent pas qu'on appelle le 911 très souvent, dû à ce type de situation là, aux saisies et au fait que des fois les lieux sont considérés comme des scènes de crimes donc sont fermés, fouillés, etc. ».

Afin d'éviter les contrecoups d'une intervention policière, des personnes utilisatrices d'opioïdes rencontrées jugent nécessaire d'appeler le 911 en cas de surdose seulement si la victime ne réagit pas à la naloxone administrée.

Une bonne connaissance de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*³¹ favoriserait un appel au 911 [Watson *et al.*, 2018], mais le fait que cette loi n'apporte pas de protection complète constitue une barrière – consultations auprès de témoins et victimes de surdose et d'intervenants communautaires.

5.3 Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi

Les membres des comités consultés ont indiqué l'importance, dans un premier temps, de sécuriser l'environnement de la victime de surdose ou de s'assurer qu'elle est dans une position sécuritaire – comme l'indique la première étape des protocoles RCR plus généraux. Un appel au 911 doit ensuite être fait pour permettre aux premiers répondants de prendre le relais des interventions de réanimation à leur arrivée. Ils soulignent certains éléments cliniques qui pourraient compromettre la séquence des interventions comme la présence ou l'absence de pouls et la difficulté de distinguer un arrêt respiratoire d'un arrêt cardiaque. Selon eux, il est donc préférable de conserver la séquence actuelle, soit l'administration de la naloxone avant de commencer les manœuvres de RCR, et d'opter pour un protocole de réanimation simple qui facilite l'acquisition et le maintien des connaissances.

Tout comme les usagers consultés, les membres des comités ont également rapporté le fait que certaines victimes ou témoins de surdose refusent d'appeler les services d'urgence afin d'éviter une intervention policière, par crainte de subir certaines conséquences. Ainsi, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est essentiel de

³¹ Au Canada, la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* est entrée en vigueur en mai 2017. Cette loi offre une certaine protection aux personnes victimes de surdose ainsi qu'à celles qui leur viennent en aide et qui appellent les services d'urgence. Elle peut protéger contre l'interdiction de possession de substances psychoactives ou des conditions relatives à la possession simple de celles-ci en cas de liberté provisoire, d'ordonnance de probation, de libération conditionnelle et d'ordonnance de sursis. Elle ne protège pas contre des infractions plus graves (Government of Canada, 2023, disponible à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/apropos-loi-bons-samaritains-secourant-victimes-surdose.html>).

promouvoir l'appel au 911 dans les recommandations de l'INESSS et dans les outils qui accompagneront les trousse de naloxone.

Concernant l'intervention policière, les membres du comité de suivi nous informent qu'une formation sur l'intervention en cas de surdose d'opioïdes est offerte par l'École nationale de police du Québec aux agents de la paix – policiers, agents des services correctionnels et constables spéciaux. On y aborde notamment les étapes de l'intervention, l'administration de la naloxone et la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*. Les membres du comité de suivi ont également indiqué qu'il aurait été opportun que la Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des surdoses de SPA soit portée tant par le MSSS que par le ministère de la Sécurité publique (MSP) afin que des solutions communes soient trouvées et appliquées. Ils suggéraient ainsi que les discussions intersectorielles antérieures entre le MSSS, le MSP et le ministère de la Justice reprennent afin de mener à une réelle concertation.

Enfin, les membres étaient d'avis qu'une démarche de réévaluation avec le MSP, allant au-delà de la concertation, devait être recommandée par l'INESSS afin que la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* soit interprétée et appliquée de façon homogène par tous les acteurs concernés.

En résumé

Aucune étude portant sur la séquence optimale des interventions à réaliser en cas de surdose d'opioïdes n'a été recensée.

La majorité des lignes directrices recensées recommandent de commencer la RCR sans délai en cas de surdose d'opioïdes, suivie de l'administration de la naloxone. Seul un document priorise l'appel au 911 suivi de la RCR et de la naloxone.

Les protocoles cliniques des différentes provinces canadiennes recommandent de commencer la séquence par la reconnaissance des signes de surdose, suivie de l'appel aux services d'urgence.

La séquence des étapes suivantes est variable selon les provinces. Certains préconisent l'administration de la naloxone avant les manœuvres de RCR, d'autres après ces manœuvres. On observe une variabilité comparable à l'échelle internationale.

Le témoin d'une surdose doit d'abord être en mesure d'en reconnaître les signes. La séquence des interventions comprend ensuite la décision ou non d'intervenir des témoins d'une surdose.

Certains facteurs font hésiter les témoins à intervenir – crainte que la personne ne soit pas en surdose, problèmes avec la justice, répulsion provoquée par l'hygiène, la vue du sang, des préjugés à l'égard de la victime, etc.

Les témoins formés et ceux qui souhaitent obtenir un soutien médical au moment de la surdose sont plus nombreux à appeler les services d'urgence. Pour d'autres, l'appel au 911 en fait en dernier recours, si l'administration de la naloxone ne permet pas de traiter les effets de la surdose et afin de respecter une entente prise avec la victime qui ne souhaite pas être hospitalisée.

La crainte d'une intervention policière, notamment des conséquences légales pouvant en découler, constitue un obstacle à l'appel au 911.

Les membres du comité de suivi sont d'avis qu'une réelle concertation entre les différents ministères (MSSS, MSP et MJQ) est nécessaire pour que des solutions communes dans l'intervention auprès des victimes de surdose soient appliquées.

Les membres des comités sont donc d'avis que la séquence préconisée devrait être la suivante :

- sécuriser les lieux;
- appliquer des stimuli et appeler le 911;
- administrer la naloxone;
- effectuer les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (voir section 2).

6 ADMINISTRATION DE L'OXYGÈNE PAR LE PERSONNEL NON MÉDICAL

L'oxygénothérapie consiste à administrer de l'oxygène à une personne par voie respiratoire. Une oxygénation adéquate dépend de la fraction d'oxygène inspirée, mais aussi de la capacité du patient à ventiler et à transporter l'oxygène dans le sang. L'administration précoce de l'oxygène peut être bénéfique pour les patients instables sur le plan hémodynamique, dans le cas d'un arrêt cardiaque ou si l'état de cette personne nécessite une réanimation [Sugimoto, 2021]. Le ballon-masque est un appareil de ventilation utilisé pour couvrir le nez et la bouche du patient et ventiler les poumons mécaniquement en comprimant un réservoir d'oxygène ou d'air [BCCDC, 2019].

L'administration de l'oxygène ou l'utilisation du ballon-masque sont des techniques de ventilation avancées qui nécessitent une formation et de la pratique. Les personnes non formées ne seraient pas en mesure de les appliquer correctement, ce qui peut mener à des complications graves [BCCDC, 2019]. Selon des données de la littérature, une concentration trop élevée d'oxygène pourrait aggraver la dépression respiratoire induite par les opioïdes [Niesters *et al.*, 2013], avoir des effets délétères sur le système nerveux central [Cooper *et al.*, 2017] et accroître le risque de mortalité [Sugimoto, 2021].

Les données de la DRSP de Montréal indiquent une hausse significative du nombre de visites – atteignant en moyenne 49 par mois en 2022-2023 – dans les sites de consommation supervisée qui ont besoin d'interventions d'urgence par du personnel médical et lors desquelles une personne en surdose a été ventilée ou a reçu de l'oxygène [DRSP, 2023]. Cette augmentation concorde d'ailleurs avec celle des interventions d'urgence en général (p. ex. administration de la naloxone, RCR), principalement en raison d'une tendance marquée à la hausse de la consommation de fentanyl [DRSP, 2022].

Au moment de la collecte de l'information, seules les infirmières utilisaient l'oxygène pour traiter des personnes qui présentaient des signes de surdose dans les sites de consommation supervisée. Toutefois, au cours des dernières années, les intervenants de ces organismes ont été de plus en plus souvent appelés à traiter les effets des surdoses sans ces professionnelles de la santé. Dans ce contexte, ils souhaitent être formés pour pouvoir administrer de l'oxygène s'il n'y a pas de personnel infirmier.

Entre-temps, il a été porté à notre attention que certains sites de consommation supervisée disposaient déjà de l'équipement nécessaire pour donner de l'oxygène en cas de surdose d'opioïdes. Au moment de la lecture externe, plusieurs personnes nous ont également fait observer que des changements rapides se sont produits au cours des derniers mois, notamment concernant le fait que des intervenants de ces sites administrent maintenant l'oxygène, en dehors de la présence de personnel infirmier, dans certains cas de surdose d'opioïdes.

L'avis de l'INESSS [2018] n'a pas mentionné l'administration de l'oxygène dans le contexte des surdoses d'opioïdes.

Les sections qui suivent présentent l'information issue de la littérature, les critères proposés dans les protocoles cliniques et la perspective des différentes parties prenantes en ce qui a trait à l'administration, par des intervenants communautaires, de l'oxygène en contexte de surdose d'opioïdes.

6.1 Efficacité de l'oxygène dans les cas de surdose d'opioïdes

6.1.1 Sommaire des données issues de la littérature

Au moment de la mise à jour de la littérature, une seule étude descriptive de séries de cas de moyenne qualité [Rowe *et al.*, 2022] a été recensée³². L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité des manœuvres de ventilation (sans compressions thoraciques), de l'administration de l'oxygène et de la naloxone dans des cas de surdose d'opioïdes chez des adultes, survenus dans un site de consommation supervisée en milieu urbain en Colombie-Britannique. Les cas de surdose y sont pris en charge par le personnel formé (infirmières et pairs aidants) et bénéficient d'une surveillance médicale en ligne. Les résultats d'intérêt principaux de cette étude sont la survie et une fonction neurologique sans séquelles à la fin de l'épisode de soins. Les cas de surdose retenus devaient répondre aux critères suivants : absence de réponse à toute stimulation physique ou verbale (échelle de Glasgow 3), arrêt respiratoire, personne apnéique ou à respiration agonique, ou cyanose généralisée. L'examen rétrospectif des dossiers couplé aux données administratives sur une période de 6 ans (2012 à 2017) rapporte 767 cas de surdose enregistrés (âge médian de 43 ans, prédominance masculine). Ces patients ont tous été réanimés par ventilation seule et administration d'oxygène (100 %), principalement avec un ballon-masque (86 %), suivie de l'administration de la naloxone dans 93,2 % des cas. Aucun décès n'a été enregistré et le suivi des usagers (88 %) indique l'absence de séquelles neurologiques. Cette étude conclut à l'efficacité de la ventilation avec oxygène et de l'administration de la naloxone pour les cas de surdose d'opioïdes. Il est à noter que ces données proviennent d'un seul site de consommation supervisée où les cas de surdose sont pris en charge par le personnel infirmier et des pairs aidants formés qui ont une expérience dans la gestion des surdoses d'opioïdes (tableau C-15, annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Les auteurs de cette étude ont relevé de nombreuses limites. Ils indiquent notamment que de possibles manœuvres de compressions thoraciques n'ont pas été enregistrées et qu'il est impossible de distinguer si les effets positifs relèvent uniquement de la ventilation (avec l'oxygène) ou plutôt de la naloxone reçue (par plus de 90 % des participants).

³² D'autres études portant indirectement sur le sujet ont été recensées, mais aucune d'entre elles ne traitait directement de l'efficacité de l'oxygène dans les cas de surdose d'opioïdes (p. ex. Curay *et al.* [2023]; Gouvernement du Canada [2021]; Boland *et al.* [2013]).

6.1.2 Sommaire des lignes directrices et protocoles

Administration de l'oxygène en cas de surdose d'opioïdes

Aucune recommandation ou ligne directrice n'a été repérée concernant l'administration de l'oxygène par des intervenants communautaires dans les cas de surdose d'opioïdes. Les recommandations des lignes directrices disponibles s'adressent plutôt spécifiquement aux intervenants paramédicaux ou aux premiers répondants [Sugimoto, 2021], ou elles concernent les cas de détresse respiratoire en général [ANZCOR, 2021; Croix-Rouge canadienne, 2020]. L'ANZCOR [2021] souligne que les mesures de base sur le maintien en vie ne devraient jamais être retardées par l'administration de l'oxygène ou l'utilisation d'un autre équipement.

Au Canada, seule la Colombie-Britannique aborde l'administration de l'oxygène et l'utilisation du ballon-masque par des intervenants communautaires (*lay people*) dans son protocole d'intervention en cas de surdose d'opioïdes au sein des organismes de prévention des surdoses [BCCDC, 2019]. Ce protocole précise que l'oxygène ne doit être utilisé que pour des personnes inconscientes et dont la saturation en oxygène est inférieure à 90 %, cela pour éviter les dommages potentiels que l'oxygène pourrait causer lorsqu'il est administré à une personne qui présente une maladie respiratoire sous-jacente. Une personne inconsciente avec une dépression de la fréquence respiratoire pourrait bénéficier de la ventilation avec un ballon-masque avec ou sans oxygène supplémentaire (p. ex. air ambiant) s'il est utilisé par une personne formée et compétente [BCCDC, 2019]. Le protocole de la Colombie-Britannique précise que certains organismes de prévention des surdoses disposent de réservoirs d'oxygène portables pour une utilisation en cas d'urgence et doivent ainsi également se procurer des saturomètres et des ballons-masques [BCCDC, 2019].

L'administration de l'oxygène est également abordée dans le protocole d'intervention en cas de surdose d'opioïdes (fiche-outil) de la SAMHSA aux États-Unis. S'adressant aux premiers répondants, ce protocole mentionne que ceux-ci doivent porter leur attention aux besoins respiratoires et cardiovasculaires de la personne en administrant de l'oxygène ou en pratiquant la respiration artificielle et/ou des compressions thoraciques [SAMHSA, 2018].

6.1.3 Formation sur l'administration de l'oxygène

Les lignes directrices qui abordent l'administration de l'oxygène en contexte de réanimation soulignent que cette pratique devrait être limitée aux secouristes qui ont reçu une formation spécifique à cet égard [ANZCOR, 2021; Croix-Rouge canadienne, 2020]. Par ailleurs, comme l'administration de l'oxygène nécessite une surveillance constante à l'aide d'un saturomètre, les apprenants pourraient devoir suivre une formation supplémentaire sur son utilisation [Croix-Rouge canadienne, 2020].

En Colombie-Britannique, l'administration de l'oxygène est légalement restreinte par le *Health Professions Act* [BCCDC, 2020]. Selon le BCCDC [2019], l'administration d'oxygène et l'utilisation du ballon-masque requièrent une formation appropriée.

Le personnel doit avoir reçu une formation sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement ainsi que sur le stockage et l'entretien sécuritaires des réservoirs d'oxygène [BCCDC, 2019]. Il est également recommandé de réviser ces compétences et ces activités régulièrement par la lecture du manuel de formation et la pratique selon les instructions données lors de la formation, notamment lorsque la personne n'a pas utilisé ces compétences au cours des six derniers mois [BCCDC, 2020].

Sans développer de standards spécifiques aux cas de surdose d'opioïdes, la Croix-Rouge canadienne [2020] mentionne que les personnes formées à administrer l'oxygène en situation d'urgence doivent :

- être en mesure d'évaluer quand l'administration de l'oxygène d'appoint est indiquée;
- connaître les avantages potentiels de l'administration de l'oxygène;
- savoir comment administrer l'oxygène de façon sécuritaire;
- comprendre les aspects logistiques du matériel, y compris les façons d'entreposer et d'entretenir les bouteilles de gaz comprimé;
- connaître et respecter les règlements locaux concernant les tests et les inspections; et
- savoir prendre des précautions supplémentaires lors de l'utilisation du matériel d'administration de l'oxygène, car il peut représenter un risque d'incendie.

En Ontario, l'augmentation des cas de surdose dans les refuges de Toronto au cours de la dernière année a incité de nombreux exploitants de refuges à rendre obligatoire la formation du personnel en matière d'intervention en cas de surdose. Avec la contamination croissante aux benzodiazépines et aux adultérants de type benzodiazépine dans l'approvisionnement en opioïdes non prescrits, l'administration de l'oxygène a pris une place importante dans la gestion des surdoses qui peuvent ne répondre que partiellement à la naloxone. L'administration de l'oxygène nécessite une directive médicale³³ autorisant le personnel non médical du refuge à donner de l'oxygène dans les cas de suspicion de surdose d'opioïdes, ainsi qu'une séance de formation de 4,5 heures sur les surdoses, y compris sur l'usage de l'oxygène, dispensée par le personnel du Parkdale Queen West Community Health Centre (PQWCHC)³⁴ chargé de la réduction des méfaits dans divers contextes de la région du Grand Toronto et de Hamilton. Tout récemment, le programme de formation géré par le personnel de réduction des méfaits du PQWCHC a été modifié en s'appuyant sur des années d'expertise en réponse aux surdoses et en réduction des méfaits. L'objectif de cette

³³ Cette directive médicale est élaborée et révisée conformément à la politique de la délégation des actes autorisés (2021) de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) examinée avec le personnel de réduction des méfaits et par l'équipe Homes First qui dirigeait la mise en œuvre sur leur site respectif. À la suite de cet examen et de ces révisions, la directive médicale a été finalisée et signée par toutes les parties en avril 2022 et approuvée par les autorités gouvernementales.

³⁴ Parkdale Queen West Community Health Centre est un centre de santé communautaire qui sert le sud-ouest de Toronto; il est membre de l'Association des centres de santé de Toronto.

formation était de s'assurer que le personnel du refuge maîtrise les indications relatives à l'administration de l'oxygène dans ce contexte [Griffiths et Hayman, 2023].

Conditions d'utilisation

Outre la nécessité d'être adéquatement formé, l'administration de l'oxygène ou l'utilisation du ballon-masque par des intervenants communautaires est encadrée par d'autres conditions d'usage dans certains protocoles et lignes directrices. Le BCCDC recommande la surveillance continue de la victime et l'application d'un protocole afin d'assurer sa sécurité, que ce soit pour l'administration de l'oxygène ou l'utilisation du ballon-masque [BCCDC, 2020]. Par ailleurs, l'ANZCOR [2021] recommande que les personnes qui ont eu besoin d'oxygène d'appoint en contexte d'urgence soient par la suite évaluées par un professionnel de la santé.

En ce qui a trait à l'utilisation du ballon-masque, la technique à deux personnes est recommandée dans plusieurs guides [ANZCOR, 2021; Croix-Rouge canadienne, 2020; BCCDC, 2019]. Par ailleurs, selon l'ANZCOR [2021], si deux personnes formées ne sont pas disponibles, la ventilation à l'aide d'un masque facial de réanimation avec oxygène supplémentaire fournira une oxygénation et une ventilation adéquates. En outre, les milieux qui planifient de se procurer des réservoirs d'oxygène devraient aussi acquérir des machines de saturation d'oxygène et des ballons-masques [BCCDC, 2019].

6.2 Considérations expérientielles et contextuelles liées à l'administration de l'oxygène

6.2.1 Conditions de l'administration de l'oxygène au Québec

Au Québec, l'administration de l'oxygène est une activité médicale réglementée. Le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence* mentionne que : « toute personne ayant suivi une formation sur l'administration d'oxygène peut administrer cette substance à une personne en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence » ([article 5, c. M-9, r. 2.1](#))³⁵. Certains informateurs clé spécifient que l'intervenant non médical qui souhaite administrer de l'oxygène à une victime de surdose doit donc être dûment formé à le faire; et avoir contacté préalablement les secours préhospitaliers d'urgence. De plus, l'interprétation de la saturométrie est une activité réservée à certaines professions, dont le personnel infirmier [OIIQ, 2016].

À Montréal, les infirmières du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) qui travaillent auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes dans les différents sites de consommation supervisée du territoire appliquent un protocole de réanimation et une

³⁵ *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence* (chapitre M-9, r. 2.1, art.5). Disponible à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%202.1%20/#:~:text=Le%20pr%C3%A9sent%20r%C3%A8glement%20a%20pour,avanc%C3%A9s%20e t%20par%20d'autres.>

ordonnance collective de la DRSP. Ce protocole prévoit que l'oxygène est administré par le personnel infirmier en premier lieu s'il n'y a pas de respiration et que la naloxone est administrée en second lieu en même temps qu'est fait un appel au 911.

6.2.2 Administration de l'oxygène dans les sites de consommation supervisée

Selon l'information recueillie dans le cadre des consultations, l'administration de l'oxygène dans les sites de consommation supervisée ne serait pas nécessairement faite lorsqu'une personne est en surdose. D'après le témoignage d'un intervenant, cette manœuvre s'inscrit parfois en prévention de la surdose et lorsqu'une personne « commence à en montrer des signes (sommolence, ne répond pas quand on lui parle, mais respire encore) ». La surveillance de la personne utilisatrice d'opioïdes à qui de l'oxygène a été administré est exercée en observant le niveau de saturation de l'oxygène :

« Quand on voit que la personne commence à montrer des signes d'endormissement ou qu'elle répond plus ou moins quand on essaye de lui parler, on va lui mettre le saturomètre. Puis si le résultat est en bas de 94 %, on va d'emblée y mettre de l'oxygène, c'est pas mal ça nos balises ».

S'ils devaient administrer l'oxygène, les intervenants consultés affirment que leur intervention devrait être suivie de celle des professionnels paramédicaux :

« On veut quand même avoir les paramédics rapidement pour toutes les autres choses qui peuvent survenir, que nous, on n'est pas assez formés pour ça, donc ça va être vraiment juste d'éteindre le feu, en attendant que les paramédics arrivent ».

D'après ces intervenants, plusieurs personnes utilisatrices d'opioïdes n'apprécient pas recevoir de la naloxone en raison des effets de sevrage rapides qu'elle provoque. Comme mentionné précédemment, des ententes sont parfois établies avec ces personnes pour éviter son administration et s'assurer que l'oxygène sera plutôt la première mesure appliquée.

Pour cette raison, l'administration de la naloxone est envisagée en second lieu et seulement si l'oxygène ne permet pas d'éviter la surdose :

« [...] souvent juste avec de l'oxygène, on peut renverser la surdose puis ne pas se rendre à l'administration de la naloxone ».

Les effets de l'oxygène sur les personnes utilisatrices d'opioïdes apparaissent moins dommageables que ceux de la naloxone pour cet intervenant :

« [...] oxygéner la personne en cas de surdose, ça évite des séquelles à long terme et aussi des conséquences sur le cerveau et le corps en général. »

De plus, l'administration de l'oxygène apparaît préférable à celle de la naloxone dans l'éventualité où les opioïdes consommés seraient combinés à des benzodiazépines et que la naloxone aurait ainsi moins d'effet sur la surdose.

Certaines personnes utilisatrices d'opioïdes souhaitent également éviter d'être en contact avec les services d'urgence ambulanciers ou policiers. Aussi, les intervenants des sites

de consommation supervisée consultés soulignent l'importance pour les personnes utilisatrices d'opioïdes que ces sites demeurent des lieux où il est possible pour eux de consommer de façon sécuritaire sans avoir à composer avec une intervention des services d'urgence ou des forces de l'ordre :

« les personnes, la majorité du temps, ne repartent pas et ne veulent pas repartir avec les ambulanciers parce que ça [la surdose] s'est résorbé, qu'ils sont venus là pour [consommer dans] un endroit sécuritaire ».

« Plus on donne de la naloxone dans des petites surdoses et plus on appelle le 911, moins les services de consommation sont fréquentés par la population [...] Puis c'est vraiment un frein d'accès, donc l'oxygène, ça permet d'aider la personne, de monitorer son état, puis d'aider à la situation respiratoire de la personne sans intervention qui ont des conséquences négatives sur le bien-être ».

Lors de la lecture externe, on a porté à notre attention le contexte particulièrement changeant en matière d'administration de l'oxygène dans les cas de surdose dans les sites de consommation supervisée. Soutenus par les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, les intervenants de ces organismes ont ainsi commencé à utiliser l'oxygène dans certaines situations de surdose s'il n'y avait pas de personnel infirmier sur place. Depuis la collecte de données, il nous a ainsi été rapporté par plusieurs acteurs clés que l'augmentation du nombre des surdoses impliquant des opioïdes, notamment dans les régions de Montréal et de l'Outaouais, nécessite des actions en amont de l'administration de la naloxone. Selon eux, dans les sites de consommation supervisée, où les surdoses se produisent devant témoins, il irait à l'encontre même de l'approche de réduction des méfaits d'attendre qu'une personne sur place soit en arrêt cardiorespiratoire, donc en situation de surdose sévère, voire mortelle, pour lui administrer de la naloxone. L'administration de l'oxygène permettrait donc au personnel d'intervenir dans les cas de surdose légère, prévenant ainsi les surdoses sévères ou mortelles.

6.2.3 Formation sur l'administration de l'oxygène en contexte québécois

Au Québec, la plupart des organismes formateurs en RCR exigent qu'une personne ait certains prérequis pour pouvoir suivre une formation sur l'administration de l'oxygène, soit d'être un intervenant en santé ou en soins préhospitaliers ou d'avoir un certificat valide de RCR décerné par un organisme reconnu : Croix-Rouge canadienne; Ambulance Saint-Jean, Fondation canadienne des maladies du cœur et de l'AVC, etc. D'autres organismes ne demandent pas de prérequis pour la formation, mais soulignent qu'elle doit être complémentaire à une formation de secouriste en milieu de travail de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) – Formation Langevin, Centre de formation en secourisme du Québec. La Croix-Rouge canadienne offre la formation en administration de l'oxygène en complément à la formation en RCR. L'organisme n'a toutefois pas de protocole d'administration de l'oxygène spécifique aux cas de surdose d'opioïdes (consultation ad hoc – Croix-Rouge canadienne), comme c'est le cas pour tous les organismes formateurs.

Plusieurs intervenants communautaires des sites de consommation supervisée rencontrés dans le cadre des présents travaux souhaitent être formés à l'administration de l'oxygène ou le sont déjà, bien qu'ils attribuent de prime abord la responsabilité d'administrer l'oxygène au personnel infirmier lorsqu'il est présent. Pour l'un des organismes consultés, une formation est déjà offerte sur place par le personnel infirmier du CIUSSS. Pour un autre, l'observation des manœuvres appliquées par le personnel peut aider à développer les habiletés requises si ces manœuvres sont mises en pratique.

Dans un organisme, des outils ont également été créés pour accompagner la prise de décision quant au moment où l'oxygène doit être ou non administré. Cet organisme a aussi procédé à l'achat de ses propres bonbonnes d'oxygène.

6.3 Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi ainsi que d'autres informateurs clés

Des informateurs clés consultés se sont dits préoccupés quant à l'administration de l'oxygène par des intervenants de sites de consommation supervisée. Selon les commentaires recueillis, si les manœuvres requises ne sont pas accomplies de manière adéquate, des complications pour la personne en surdose, notamment respiratoires, pourraient en découler. Malgré cette préoccupation, les membres du comité de suivi et du comité consultatif, des informateurs clés ainsi que des représentants de la Croix-Rouge canadienne et d'autres organismes formateurs estiment que le personnel non médical, dont les intervenants communautaires des sites de consommation supervisée, peut administrer de l'oxygène dans un contexte de surdose d'opioïdes si ce personnel applique la procédure prévue au règlement édicté par le cadre légal de la pratique au Québec – *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence* ([article 5, c. M-9, r. 2.1](#)). À cet égard, au moment de la lecture externe, l'INESSS a été avisé par des membres des comités que des protocoles d'administration de l'oxygène destinés aux intervenants des sites de consommation supervisée, à défaut de personnel infirmier, sont en cours d'élaboration par les CISSS et les CIUSSS de certaines régions.

Les membres du comité consultatif précisent toutefois que l'oxygène ne devrait jamais être administré sans la naloxone, laquelle demeure le meilleur choix dans les cas de surdose d'opioïdes. Pour cette raison, ils ne voient pas de valeur ajoutée à l'usage de l'oxygène par rapport à l'administration de la naloxone. Compte tenu des risques associés à l'administration d'oxygène sans une surveillance adéquate, les membres du comité consultatif sont d'avis que l'usage de l'oxygène pourrait être fait uniquement : dans les sites de consommation supervisée où au moins une infirmière est présente sur place; par les intervenants communautaires des sites de consommation supervisée dûment formés; à la suite d'un appel au 911 (donc durant une courte période de temps) et dans le cadre d'une séquence de réanimation comprenant l'administration de la naloxone. Ils indiquent également que le matériel utilisé pour administrer de l'oxygène dans les sites de consommation supervisée doit être entreposé et entretenu de façon sécuritaire.

Selon les membres du comité consultatif, le non-respect de ces conditions pourrait entraîner des conséquences importantes, à la fois pour la victime (p. ex. séquelles neurologiques) et pour l'intervenant (p. ex. poursuite en cas de mauvaise pratique). Ils suggèrent ainsi fortement que les intervenants communautaires soient informés des dangers d'un mauvais usage de l'oxygène et que leur soit rappelée l'importance de communiquer avec les services d'urgence en tout temps. De plus, puisque l'interprétation de la saturométrie est une activité réservée à certaines professions, ils suggèrent que la lecture du saturomètre soit exclue du protocole d'administration de l'oxygène par les intervenants communautaires dans les cas de surdose d'opioïdes.

En résumé

La Colombie-Britannique et l'Ontario sont les seules provinces au Canada qui utilisent l'oxygène et le ballon-masque dans leurs protocoles d'intervention en cas de surdose d'opioïdes, par des intervenants des sites de consommation supervisée.

La revue de la littérature mise à jour en mars 2023 a relevé une seule étude sur l'administration de l'oxygène dans les cas de surdose d'opioïdes, publiée en Colombie-Britannique. Celle-ci ne permet toutefois pas de mesurer l'effet isolé de l'oxygène par rapport aux autres manœuvres dans la séquence des interventions (p. ex. ventilation, naloxone).

Aucune ligne directrice n'a été recensée sur l'administration de l'oxygène par les intervenants des sites de consommation supervisée dans les cas de surdose d'opioïdes. Celles qui traitent de son usage dans les cas de détresse respiratoire en général soulignent que celui-ci devrait être limité aux intervenants qui ont reçu une formation spécifique à cet égard.

L'administration de l'oxygène apparaît potentiellement pertinente dans l'éventualité où les opioïdes consommés seraient combinés avec des benzodiazépines et que la naloxone aurait possiblement moins d'effet sur la surdose.

L'administration de l'oxygène est préférée à celle de la naloxone par les personnes utilisatrices d'opioïdes qui fréquentent les sites de consommation supervisée. Certaines demandent ainsi aux intervenants de ces organismes d'administrer la naloxone en dernier recours seulement;

Les intervenants communautaires des sites de consommation supervisée consultés :

- disent être de plus en plus souvent appelés à traiter les effets des surdoses lorsqu'il n'y a pas de personnel médical sur les lieux; dans ce contexte, ils souhaitent être autorisés à administrer de l'oxygène;
- affirment que l'oxygène est souvent administré en premier lieu, puisqu'ils estiment qu'il a des effets moins dommageables que ceux

de la naloxone sur les victimes d'une surdose (p. ex. sevrage) et qu'il permet d'éviter un appel aux services d'urgence;

- mentionnent que la naloxone est administrée en deuxième lieu si l'oxygène ne permet pas d'éviter la surdose.

L'approche de réduction des méfaits sous-jacente à la création des sites de consommation supervisée sous-tend que des actions seront réalisées par les intervenants de ces organismes en amont des surdoses sévères, dans les cas de surdoses devant témoins. Pour cette raison, des protocoles d'administration de l'oxygène par les intervenants de ces sites sont en cours d'élaboration par les CISSS et les CIUSSS de certaines régions. Des intervenants qui y travaillent ont également commencé à administrer l'oxygène lorsqu'il n'y a pas d'infirmière sur place.

Les membres des comités consultés et des informateurs clés, y compris ceux des organismes formateurs reconnus, avaient des positions nuancées sur l'administration de l'oxygène par les intervenants des sites de consommation supervisée. Certains sont préoccupés par les conséquences potentielles sur les personnes utilisatrices d'opioïdes en cas de manœuvres inadéquates, d'autres estiment que des intervenants des sites de consommation supervisée pourraient administrer de l'oxygène dans un contexte de surdose d'opioïdes, mais à certaines conditions seulement : s'ils appliquent le règlement ([article 5, c. M-9, r. 2.1](#)³⁶), après avoir contacté les services d'urgence tout en assurant une surveillance continue de l'état de la victime après avoir priorisé l'administration de la naloxone.

Des membres du comité consultatif et autres informateurs clés consultés sont d'avis que, si les intervenants des sites de consommation supervisée administrent de l'oxygène, ils doivent être informés des dangers de sa mauvaise utilisation.

Toujours selon les membres des comités, les sites de consommation supervisée devraient s'assurer d'avoir la capacité d'entreposer et d'entretenir de manière sécuritaire le matériel permettant l'administration de l'oxygène.

Des protocoles d'administration de l'oxygène par les intervenants des sites de consommation supervisée en contexte de surdose sont en cours d'élaboration par les centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux dans certaines régions du Québec. Des intervenants de ces sites ont d'ailleurs commencé à administrer l'oxygène.

³⁶ Celui-ci prévoit que « toute personne ayant suivi une formation sur l'administration d'oxygène peut administrer cette substance à une personne en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence ».

7 ACCESSIBILITÉ DE LA NALOXONE

L'intervention par des proches, des citoyens et des intervenants non médicaux en cas de surdose dans la communauté dépend grandement de l'accès à la naloxone. Or, le fait de ne pas savoir où s'en procurer serait le principal obstacle à l'accès [Khatiwoda *et al.*, 2018]. Certains sous-groupes de la population plus vulnérables particulièrement touchés par la crise des opioïdes pourraient avoir des difficultés d'accès à la naloxone ou à l'information associée [WHO, 2021; Belzak et Halverson, 2018; INESSS, 2018; Webster, 2017].

La mesure 3 de la Stratégie nationale de prévention relative aux surdoses de SPA 2022-2025 [MSSS, 2022] visant à bonifier l'accessibilité de la naloxone a permis aux intervenants des organismes communautaires de s'en procurer auprès des pharmacies d'établissement de santé, et elle prévoit la possibilité de fournir la naloxone aux personnes vulnérables pour qui l'accès aux pharmacies communautaires est difficile.

L'accessibilité de la naloxone n'avait pas été abordée spécifiquement dans l'avis précédent de l'INESSS [2018]. Toutefois, cet avis présentait une recension des écrits sur les conditions d'accès à la naloxone garantes d'une plus grande réduction des méfaits liés aux surdoses d'opioïdes. Ces conditions incluaient la clientèle ciblée ainsi que les modalités de formation et de distribution de la naloxone.

7.1 Considérations expérientielles et contextuelles (barrières et facilitateurs)

Lors de nos consultations, plusieurs difficultés d'accès à la naloxone ont été évoquées. Tout d'abord, au Québec, même si les trousse de naloxone sont disponibles gratuitement, leur accessibilité réelle semble varier selon les régions de la province et les milieux. L'accès le plus facile semble être en milieu urbain.

Selon la littérature, les consommateurs qui vivent dans des régions rurales ou éloignées semblent avoir moins facilement accès à la naloxone et disent parfois se procurer des trousse supplémentaires dans le but de les distribuer à d'autres, tout en les informant sommairement de la façon d'administrer la naloxone [Rochester et Graboyes, 2022; Dayton *et al.*, 2019; Khatiwoda *et al.*, 2018]. Ces résultats sont soutenus par les consultations effectuées dans le cadre du projet.

Par ailleurs, la plupart des personnes utilisatrices d'opioïdes ont indiqué s'être procuré leur trousse dans le cadre d'un programme de réduction des méfaits, lors d'un traitement en toxicomanie, d'une formation ou, moins fréquemment, à la suite d'une consultation médicale [Ataiants *et al.*, 2021; Buresh *et al.*, 2020; Kline *et al.*, 2020; Khatiwoda *et al.*, 2018]. Cette information concorde avec les propos tenus par les personnes utilisatrices d'opioïdes consultées dans le cadre de nos travaux. De plus, certaines d'entre elles mentionnent avoir accès à davantage de naloxone que d'autres en tant que pair aidant d'un organisme communautaire en réduction des méfaits.

Les pharmacies communautaires sont aussi des lieux d'accès importants à la naloxone au Québec, et elles sont généralement connues des personnes utilisatrices d'opioïdes :

« Heureusement au Québec on a le droit d'avoir jusqu'à huit doses de naloxone par jour. Chaque personne a le droit d'aller chercher une trousse de naloxone et de dire je vais prendre les huit doses. Demain je peux aller chercher les huit doses, après-demain aussi, on est chanceux au Québec » (Consultation auprès de personnes utilisatrices d'opioïdes).

Toutefois, pour favoriser l'accès à la naloxone à l'ensemble de la population, davantage d'affiches informant de la disponibilité du produit en pharmacie devraient être présentes dans les lieux publics, selon des personnes utilisatrices d'opioïdes consultées.

La stigmatisation est un autre facteur qui compromet l'accessibilité de la naloxone [Moustaqim-Barrette *et al.*, 2019]. De nombreuses facettes de la stigmatisation sont ressorties. Selon des auteurs, certaines formes de stigmatisation seraient exercées par des pharmaciens, de même que par des médecins et des premiers répondants et se traduiraient, selon les personnes utilisatrices d'opioïdes, par un manque de réceptivité ou d'intérêt à distribuer de la naloxone [Bessen *et al.*, 2019]. Selon des intervenants communautaires consultés, la crainte du jugement de la part du personnel fait en sorte que plusieurs personnes utilisatrices d'opioïdes éviteraient de se présenter dans une pharmacie communautaire pour se procurer de la naloxone en raison d'enjeux de confidentialité et de stigmatisation, particulièrement pour celles qui vivent en région. Par conséquent, ces personnes seraient alors davantage à risque en consommant seules à leur domicile. Les victimes et témoins de surdoses d'opioïdes consultés, tout comme les intervenants communautaires, craignent qu'une demande de naloxone conduise à l'inscription d'une note à leur dossier, brimant ainsi leur accès futur à des antidouleurs. Les intervenants consultés ont également relevé une disparité dans la disponibilité des trousses en pharmacie :

« les messages qu'on voit un peu partout, les pubs du gouvernement et tous disent que la naloxone est accessible dans toutes les pharmacies du Québec, ce qui est faux. Il y a des pharmacies qui n'en tiennent pas, il y en a qui refusent d'en tenir, il y en a qui n'en commandent pas quand ils n'en ont plus et tout, donc ça, c'est l'enjeu ».

Au Québec, certains organismes communautaires peuvent aussi être distributeurs de naloxone. Ils apparaissent alors pour certaines personnes utilisatrices d'opioïdes consultées comme une option intéressante facilitant l'accès à la naloxone. Pour contrer les difficultés d'accès, certains pairs aidants disent aussi se procurer de la naloxone en grande quantité pour s'assurer que des personnes utilisatrices d'opioïdes pourront éviter de se rendre en pharmacie :

« Si tu veux te procurer de la naloxone dans une pharmacie, ils vont calculer le nombre [de doses] que tu prends. [...] y'en a qui n'iront pas en chercher à la pharmacie. Les gens viennent me voir plutôt que d'aller en pharmacie parce qu'ils savent que moi je ne poserai pas de question pis que je vais leur laisser ».

D'autres personnes utilisatrices d'opioïdes consultées sont d'avis que la naloxone devrait être encore plus facilement accessible partout dans les lieux publics (bars, restaurants,

etc.). Les façons de transmettre l'information sur les modalités d'administration devraient faire l'objet d'une réflexion.

En terminant, il est pertinent de noter que l'accès à la naloxone ne garantit pas que celle-ci sera transportée en tout temps et administrée lors d'une éventuelle surdose. Selon la littérature, le port de la naloxone sur soi ou le fait de la conserver à proximité réduisent les délais potentiels de son administration en cas de surdose, avec plus de chances de l'utiliser [Brooker et Farrah, 2019]. Les consommateurs d'opioïdes qui font le choix de porter de la naloxone sur eux font généralement un usage quotidien ou fréquent d'opioïdes ou participent à un programme de réduction de ses méfaits [Brooker et Farrah, 2019]. Principalement, ils font ce choix par désir d'être sauvés en cas de surdose et dans l'intention de protéger leurs amis [Rochester et Graboyes, 2022]. Ils peuvent, par exemple, considérer certains événements comme plus risqués – se rendre dans un club, un party ou un festival [Khatiwoda *et al.*, 2018]. Des raisons similaires sont rapportées par les personnes utilisatrices d'opioïdes consultées dans le cadre des présents travaux. Certains obstacles incitent plutôt les personnes utilisatrices d'opioïdes à ne pas porter la naloxone sur elles. Ce choix résulterait souvent, pour ces consommateurs, de la crainte d'être vu avec la trousse et de subir de la stigmatisation : être perçu comme consommateur, donner l'impression d'être incapable de réussir un traitement en cours pour une dépendance, être identifié par les autorités (p. ex. les agents de libération conditionnelle) comme ayant recommencé à consommer, donc être en situation de non-respect des conditions et en subir les répercussions juridiques. Finalement, le fait de vivre dans la rue ou d'habiter un logement précaire contribuerait à ne pas transporter la naloxone sur soi, les personnes utilisatrices d'opioïdes évoquant de plus grands problèmes potentiels d'entreposage et de transport du produit dans ce contexte.

7.2 Perspective des membres du comité consultatif et du comité de suivi

Le cadre de distribution de la naloxone établi au Québec limite cette distribution à certains organismes communautaires seulement alors qu'il apparaît souhaitable, selon les membres du comité de suivi, que tous ceux qui offrent des services avec des personnes susceptibles de faire une surdose puissent distribuer de la naloxone s'ils le souhaitent. Ils soulèvent également un manque d'accès à la naloxone dans les établissements du RSSS (p. ex. urgences, centres de réadaptation en dépendance, services de première ligne), et ce, malgré une directive du MSSS transmise en 2019 aux équipes concernées dans toutes les régions, leur indiquant de distribuer des trousseaux aux personnes qui en demandent. Il semble que cette directive ne soit pas appliquée dans tous les établissements.

L'accès à la naloxone dans les pharmacies communautaires des régions plus éloignées des grands centres serait également problématique. Des membres du comité de suivi rapportent d'ailleurs que certaines d'entre elles limitent le nombre de trousseaux distribués, notamment parce qu'elles éprouvent des difficultés d'approvisionnement en naloxone et en matériel permettant de les constituer. Cela expliquerait une certaine

disparité dans le nombre de trousse disponibles dans ces pharmacies – certaines n'en tiendraient qu'une seule à la fois.

Selon les membres du comité de suivi, les organismes communautaires qui se situent hors des grands centres n'auraient pas non plus toujours les budgets ou les ressources humaines requises pour procéder rapidement à l'assemblage des trousse de naloxone, ce qui pourrait compromettre l'accès au bon moment à ces trousse.

Aussi, reconnaissant l'enjeu de stigmatisation en pharmacie communautaire, des membres des comités proposent de contourner cette barrière en rendant la naloxone plus facilement accessible dans certains lieux publics (p. ex. restaurants, bars, festivals), par exemple en y installant des machines distributrices. Celles-ci existent d'ailleurs déjà au Canada : en Colombie-Britannique, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick. Des auteurs suggèrent également que la naloxone devrait être facilement accessible dans les parcs et les campements d'urgence de personnes en situation d'itinérance [Bennett *et al.*, 2020; Neale *et al.*, 2019]. La dispensation de la naloxone dans les lieux publics a été associée à une réduction du nombre des décès par surdose [Bennett *et al.*, 2020; Neale *et al.*, 2019].

Contrairement aux autres régions du Québec, les communautés autochtones relèvent de l'autorité fédérale et sont donc soumis à des balises d'encadrement différentes concernant la distribution de la naloxone³⁷. Certaines rares communautés bénéficient de services d'organismes communautaires pour le faire, alors que les intervenants d'autres communautés doivent plutôt aller chercher des trousse de naloxone dans les pharmacies communautaires hors de leur communauté. La distribution de naloxone pour usage individuel n'est pas possible dans les postes de soins³⁸. De plus, l'accès aux pharmacies ou aux services d'urgence pour avoir de la naloxone dans ces communautés peut être limité (p. ex. 4 à 5 heures de route). La mesure 3 de la Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des surdoses aux substances psychoactives appuie les éléments mentionnés précédemment : elle vise à consolider et bonifier l'accès à la naloxone, notamment dans les communautés autochtones³⁹.

³⁷ Il est à noter que l'information indiquée dans ce paragraphe a été initialement mentionnée par les membres du comité de suivi et que, par souci de justesse, elle a été validée par plusieurs personnes travaillant à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

³⁸ Le poste de soins infirmiers est un « établissement, souvent situé en communauté isolée, semi-isolée ou éloignée, dont le personnel est composé d'au moins un infirmier en santé communautaire, d'employés de soutien et de personnel médical. Les soins primaires et d'urgence (24 heures par jour, sauf exception) et les soins aux patients admis pour de courtes durées sont offerts. De plus, du personnel s'occupe de la promotion de la santé publique et communautaire. La consultation de médecin est offerte sur appel et lors de visites prévues dans les communautés. » (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2018, disponible à https://gouvernance.cssspnql.com/wp-content/uploads/2018/06/css_1509_gouvern_inspq_fr_webf.pdf)

³⁹ p. 19 : « Le bilan de la première Stratégie et les observations faites sur le terrain nous ont permis de cibler des secteurs et des groupes de personnes qui ont un accès encore difficile à la naloxone. Cette mesure compte des actions qui viseront à consolider et à bonifier les mécanismes de distribution actuels de naloxone, en étroite collaboration avec les partenaires institutionnels et du réseau communautaire. Une priorité sera également à la consolidation de l'accès à la naloxone aux Premières Nations et Inuits du Québec. »

En résumé – Considérations contextuelles et expérientielles et perspective des membres des comités

Les principaux obstacles à l'accès à la naloxone sont les suivants :

- le fait de ne pas savoir où se procurer de la naloxone, notamment pour des sous-groupes de population plus vulnérables;
- la variabilité de l'accès selon les régions et les milieux, malgré la volonté gouvernementale de rendre les troussees gratuites et facilement disponibles;
- la perception des personnes utilisatrices d'opioïdes d'être victimes de stigmatisation par les pharmaciens, le personnel médical et les premiers répondants en raison de l'usage de la naloxone;
- le port de la naloxone sur soi, par crainte d'être vu avec la trousse et de subir de la stigmatisation, ou parce qu'elle est encombrante ou simplement pour éviter de compromettre la stabilité de la naloxone en l'exposant à des températures variables en dehors du lieu de résidence;
- l'absence de standardisation des troussees de naloxone distribuées en pharmacie et remises aux individus par les organismes communautaires.

Les principaux facilitateurs de l'accès à la naloxone sont les suivants :

- les pharmacies communautaires sont d'importants lieux d'accès à la naloxone au Québec, et ils sont généralement connus des personnes utilisatrices d'opioïdes;
- davantage d'affiches informant de la disponibilité du produit en pharmacie devraient être présentes dans les lieux publics;
- plusieurs personnes utilisatrices d'opioïdes ont exprimé la préférence de se procurer de la naloxone dans des organismes communautaires redistributeurs plutôt qu'auprès de pharmacies communautaires;
- il est proposé de contourner la barrière de la stigmatisation liée à l'accès à la naloxone dans les pharmacies communautaires en la rendant plus disponible dans certains lieux publics (restaurants, bars, festivals), par exemple en y installant des machines distributrices, et dans les établissements du RSSS.

8 FORMATION EN RÉANIMATION DANS LES CAS DE SURDOSE D'OPIOÏDES

L'avis publié par l'INESSS en 2018 recommandait de poursuivre les efforts de développement et d'amélioration de la formation sur les manœuvres de RCR et l'administration de la naloxone aux personnes qui ont une dépendance aux opioïdes et aux témoins potentiels d'une surdose.

L'hétérogénéité des formations concernant les manœuvres de réanimation a été soulevée comme enjeu lors du premier avis de l'INESSS [2018]. Le besoin d'uniformiser la formation offerte dans les différentes organisations et divers secteurs pour rehausser le niveau de qualification semble toujours présent, justifiant ainsi la révision des lignes directrices et d'autres documents pertinents.

8.1 Sommaire des recommandations issues des lignes directrices et protocoles

La Croix-Rouge canadienne [2020] recommande que les personnes dont le travail peut consister à intervenir en cas d'intoxication aux opioïdes reçoivent une formation sur les protocoles complets de réanimation en matière de soins vitaux et aient accès à la fois à la naloxone et à l'équipement de protection personnel approprié.

Certaines lignes directrices recommandent que les personnes, leurs proches ou toute autre personne susceptible d'être témoin d'une surdose d'opioïdes reçoivent une formation pour réagir en cas de surdose, y compris sur l'administration de la naloxone [First Aid Reference Centre, 2021; WHO, 2021; Cheng *et al.*, 2020].

D'autres sociétés précisent que les organisations responsables des programmes d'accès à la naloxone doivent s'assurer que la formation offerte est adéquate et qu'elle donne aux personnes participantes les moyens d'administrer la naloxone de façon sécuritaire [First Aid Reference Centre, 2021]. Le First Aid Reference Centre [2021] mentionne plusieurs conseils pour la formation sur la réanimation en cas de surdose – p. ex. favoriser les séances courtes et participatives, les approches éducatives, éthiques, inclusives et sensibles à la stigmatisation, être sensible à l'expérience traumatisante d'une situation vécue de surdose d'opioïdes.

8.2 Considérations expérientielles et contextuelles liées à la formation sur l'administration de la naloxone (barrières et facilitateurs)

Au Québec, l'équipe PROFAN 2.0 propose un protocole et une formation sur la réanimation des cas de surdose d'opioïdes qui s'adresse à un public varié : personnes qui consomment des opioïdes, famille de ces personnes, personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou certaines contraintes physiques et autres. Ce protocole est structuré de façon à favoriser l'appropriation des manœuvres enseignées en situation réelle et leur apprentissage pratique au cours de la formation. Selon les consultations effectuées dans le cadre des présents travaux, l'équipe PROFAN 2.0 réévalue actuellement la pertinence de maintenir la ventilation dans son programme, puisqu'il s'agit de manœuvres susceptibles d'alourdir le processus d'intervention en situation de surdose. Aussi, une évaluation de l'efficacité des formations données a fait ressortir un taux moins élevé de bonnes réponses aux questions relatives aux insufflations que sur les autres thèmes abordés [Brandt *et al.*, 2022]. Un groupe de travail s'est associé à Urgences-santé pour réviser le contenu du protocole et des formations associées. De son côté, l'INSPQ offre également une formation en ligne sur l'administration de la naloxone aux intervenants du RSSS et du milieu communautaire.

Selon la littérature, le fait d'avoir été témoin du décès d'une personne en contexte de surdose, en particulier s'il s'agissait d'un ami ou d'un membre de sa famille, ou d'avoir été victime soi-même d'une surdose, est associé au désir d'être formé pour intervenir en contexte de surdose [Rochester et Graboyes, 2022]. Plusieurs personnes décident également de suivre une formation afin d'augmenter leur sentiment de confiance et de diminuer leur anxiété dans l'éventualité où elles pourraient être témoins de surdoses ou afin de reprendre le contrôle sur leur vie [Brooker et Farrah, 2019]. La formation serait également utile pour savoir ce qu'il ne faut pas faire. En l'absence de formation, plusieurs pratiques inadéquates seraient effectivement véhiculées dans la population, par exemple injecter du sel, donner à boire du lait ou de l'huile aux victimes [Neale *et al.*, 2019].

Être formé et avoir déjà été témoin d'une surdose permet à des témoins de connaître et d'observer les signes d'une surdose et de procéder rapidement aux manœuvres connues pour intervenir en cas d'urgence [Bennett *et al.*, 2020; Neale *et al.*, 2019]. Cette information a aussi été rapportée lors des consultations auprès de témoins et de victimes d'une surdose d'opioïdes, ainsi que par le panel des usagers et proches. L'observation d'une surdose entraîne généralement une forte réaction émotionnelle chez les témoins [Brooker et Farrah, 2019] : de la nervosité, de la peur ou encore un sentiment de panique [Brandt *et al.*, 2022]. Le tout s'explique à la fois par le souci de ne pas être en mesure d'intervenir de manière appropriée et l'inquiétude face à l'état critique de la victime [Brooker et Farrah, 2019].

Les personnes utilisatrices d'opioïdes consultées dans le cadre des présents travaux n'ont pas clairement nommé le besoin de formation liée à l'administration de la naloxone IN, la procédure requise étant perçue comme très simple et facilement applicable. Certaines trousse de naloxone semblent par ailleurs distribuées dans la communauté sans aucune formation [Moustaqim-Barrette *et al.*, 2019]. Il en est autrement en ce qui concerne la formule IM qui implique l'usage d'une seringue et qui suscite chez certains la crainte de se blesser ou d'infliger des blessures aux victimes. Plusieurs personnes utilisatrices d'opioïdes semblent n'avoir reçu qu'une brève séance d'enseignement à l'administration de la naloxone par du personnel de pharmacie ou d'organisme communautaire, lors de la remise de leur trousse. Ce type d'enseignement est remis en question par un intervenant consulté :

« Les gens ont quand même beaucoup de trousse de naloxone. Faut faire attention parce que des fois, quand on discute avec les gens, on se rend compte qu'ils n'ont peut-être pas eu toute la formation nécessaire par rapport à ça, fait que c'est toujours bon, de faire un petit rappel une fois de temps en temps ».

Selon la littérature, les formations doivent permettre de discuter spécifiquement des sentiments divers qui peuvent survenir lors d'une intervention en contexte de surdose afin de mieux préparer les témoins aux réactions émotives qu'ils pourraient vivre et de les informer des endroits où ils pourront demander de l'aide au besoin [Brandt *et al.*, 2022]. Les programmes actuels mettraient davantage l'accent sur les façons de répondre efficacement à une surdose et beaucoup moins sur les mécanismes de soutien disponibles après une intervention, qui sont pourtant nécessaires compte tenu du fardeau émotionnel qu'une surdose peut engendrer [Brandt *et al.*, 2022]. Aussi, l'expérience d'être témoin d'une surdose peut être vécue comme une forme de traumatisme et, selon une majorité de témoins participants à une étude, davantage que le fait de vivre une surdose soi-même [Bessen *et al.*, 2019]. Ce témoignage d'un pair aidant consulté va dans ce sens :

« Il y en a beaucoup qui restent avec ça, ils n'en parlent pas et ça peut être traumatisant d'intervenir quand tu n'es pas habitué. J'en ai connu beaucoup qui s'en sont remis très difficilement – [...] elle m'a tout raconté l'intervention qu'elle avait faite et tu ressentais que la personne était restée avec ça [...] le traumatisme était encore présent. [...] J'ai souvent vu de la détresse, la personne est sur l'adrénaline, après ça quand tout cela tombe, bien souvent ça amène des émotions. Est-ce que j'ai bien fait ? Est-ce que la personne a survécu ? »

Les réactions émotionnelles des témoins sont exacerbées lorsque la victime est une personne proche [Brooker et Farrah, 2019]. Des témoins confrontés au décès de la personne après lui avoir administré de la naloxone ont dit s'en sentir responsables [Brandt *et al.*, 2022]. D'autres ont décrit leur expérience comme étant « triste et déprimante », « effrayante » ou encore « dégoûtante » [Brandt *et al.*, 2022]. Certains témoins qui sont intervenus en situation de surdose ont pris conscience des risques qu'ils ont pris en tant qu'utilisateurs d'opioïdes [Brandt *et al.*, 2022]. Pour d'autres, les surdoses ne les touchaient pas vraiment parce qu'ils en avaient vu beaucoup [Brandt *et al.*, 2022].

8.3 Perspective des membres du comité de suivi

Les membres du comité de suivi estiment que la formation sur la réanimation en cas de surdose d'opioïdes ciblant les personnes utilisatrices de ces substances peut être vue comme une stratégie de prévention des surdoses, car en s'identifiant à un rôle de secouriste plus d'un tiers des personnes formées changent leurs habitudes de consommation. Selon eux, les intervenants qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux (p. ex. en centre de réadaptation en dépendance) ne sont pas tous formés à administrer ou à distribuer la naloxone. Les gestionnaires du Programme-services Dépendances devraient également être sensibilisés à la distribution des trousse de naloxone au sein de leurs services et à la formation de leur personnel. Les membres du comité de suivi, tout comme plusieurs personnes utilisatrices d'opioïdes consultées, soulignent que l'information transmise lors de la remise de la trousse de naloxone semble souvent incomplète et varie d'une pharmacie à l'autre, notamment selon le temps dont dispose la personne qui est venue chercher la trousse, son expérience et ses préférences. Les membres du comité de suivi ont par ailleurs relevé l'importance d'uniformiser la formation offerte avec le protocole inclus dans la trousse et de suivre de nouveau une formation pour maintenir les acquis.

Ils suggèrent donc qu'elle soit remise systématiquement avec des instructions verbales dans les pharmacies. Leurs propos sont d'ailleurs soutenus par le CRSP [2019] qui recommande fortement la formation sur la distribution de naloxone pour les professionnels en pharmacie communautaire, bien qu'elle ne soit pas obligatoire. Les membres du comité de suivi soulignent notamment l'importance, pour les pharmaciens, de rappeler que la naloxone IN ne contient qu'une seule dose par vaporisateur et qu'elle doit donc être utilisée uniquement au moment de l'intervention – elle ne doit pas être testée.

Enfin, ils mentionnent également quelques enjeux d'accès à la formation au sein des communautés autochtones tels que la difficulté à recruter des facilitateurs qui pourraient former et superviser des pairs aidants ainsi que des accès virtuels non conviviaux sur la réanimation et des barrières linguistiques.

L'ensemble de ces considérations sont cohérentes avec la mesure 12 de la Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025 selon laquelle il importe de « soutenir le développement de nouvelles formations destinées à la fois aux groupes communautaires et au RSSS et d'adapter les formations existantes aux groupes plus difficiles à joindre en raison d'enjeux géographiques, culturels ou sociaux » [MSSS, 2022, p.25].

En résumé

La littérature et les différentes parties prenantes consultées insistent sur l'importance pour les personnes utilisatrices d'opioïdes, leurs proches ou autres témoins potentiels d'être formés et de pouvoir maintenir à jour leurs compétences relatives à l'administration de la naloxone en cas de surdose.

Les lignes directrices disponibles recommandent que les personnes qui peuvent potentiellement être témoins de surdose d'opioïdes ainsi que les proches de personnes utilisatrices d'opioïdes reçoivent une formation en réanimation pour intervenir en cas de surdose.

Les personnes qui ont été témoins d'une surdose (en particulier chez des proches) ou qui en ont été victimes sont plus nombreuses à faire le choix de suivre une formation sur la naloxone.

Le fait d'être formé pour intervenir en cas de surdose pourrait inciter les utilisateurs de SPA à adopter des comportements de consommation plus sécuritaires ou à cesser leur consommation.

Des sentiments variés peuvent survenir à la suite d'une intervention auprès d'une victime de surdose, allant jusqu'au traumatisme. Cet impact émotionnel possible devrait être davantage pris en considération dans les formations.

Le manque d'uniformité des formations sur la réanimation dans les situations de surdose d'opioïdes entre les organismes formateurs et les différents secteurs a été relevé.

Il semble y avoir beaucoup de variation relativement à l'enseignement donné lors de la remise d'une trousse (pharmacie communautaire et organismes communautaires). L'information présentée devrait être davantage standardisée, tout en ajustant son niveau selon la personne à qui est distribuée la naloxone.

9 AUTRES RÉSULTATS

Dans le cadre de nos travaux, de l'information importante concernant l'accès et la disponibilité des données ainsi que la sensibilisation et l'éducation du grand public à la problématique des surdoses ont été mises de l'avant à plusieurs reprises. Dans un souci d'amélioration continue de la qualité des interventions, l'INESSS suggérait, dans son avis précédent, de mettre en place les ressources nécessaires pour assurer l'évaluation de l'implantation du programme de distribution de la naloxone et la rétroaction aux acteurs du terrain. Les enjeux associés à la stigmatisation et le besoin d'une meilleure sensibilisation du public au regard des surdoses n'avaient pas été abordés dans l'avis précédent de l'INESSS [2018].

Les sections qui suivent présentent ainsi l'information issue essentiellement de la perspective des différentes parties prenantes en ce qui a trait à la surveillance des surdoses liées aux opioïdes et à l'administration de la naloxone ainsi qu'aux activités de sensibilisation, d'éducation et de formation destinées au grand public pour réduire la stigmatisation et favoriser les occasions d'intervenir en cas de surdose d'opioïdes.

9.1 Accès et disponibilité des données

Selon les membres du comité de suivi, et en accord avec les recommandations de l'INESSS [2018], le suivi systématique des données relatives aux surdoses d'opioïdes et l'évaluation de l'implantation des programmes de distribution de la naloxone sont jugés importants pour permettre la rétroaction et faciliter le développement de preuves en contexte réel d'utilisation.

Afin de brosser un portrait des surdoses d'opioïdes, le MSSS a mandaté l'INSPQ en 2017 afin qu'un système de vigie et de surveillance sur les surdoses d'opioïdes et autres SPA soit mis en place. La mesure 9 de la Stratégie nationale 2022-2025 élaborée par le MSSS [2022] vise à consolider les activités de vigie, notamment en développant de nouveaux indicateurs. À cet effet, l'INSPQ documente plusieurs indicateurs d'intoxication suspectée aux opioïdes ou à d'autres SPA pour les autorités de santé publique du Québec [INSPQ, 2023a; 2022]⁴⁰ tels que : les décès attribuables aux opioïdes ou ceux liés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres SPA; les visites aux urgences qui leur sont attribuables; les appels au Centre antipoison du Québec et les services de distribution de la naloxone en pharmacies communautaires. Ces indicateurs ne nous renseignent toutefois pas sur les surdoses non mortelles qui n'ont pas nécessité d'hospitalisation.

La DRSP de Montréal publie également des données pour cette région : le nombre de décès par intoxication suspectée; le nombre d'interventions d'urgence réalisées dans les sites de consommation supervisée; le nombre de services et de distributions par mois de la naloxone par les organismes et les pharmacies communautaires; les interventions

⁴⁰ Depuis 2020, les décès par intoxication suspectée aux opioïdes sont combinés aux décès par intoxication à d'autres substances psychoactives dans les indicateurs documentés par l'INSPQ.

d'Urgences-santé pour cause d'intoxication (avec ou sans administration de naloxone); les décès liés à une intoxication aux opioïdes ou autres SPA signalés par le Bureau du coroner; les visites avec intervention d'urgence en site de consommation supervisée; et le nombre de surdoses signalées à la DRSP de Montréal par des organismes communautaires [DRSP, 2022]. Ces données sont toutefois difficilement accessibles ou même inexistantes dans d'autres régions.

L'ASPC fournit également des données concernant les méfaits liés aux opioïdes pour l'ensemble des provinces du Canada (décès, visites à l'urgence, etc.).

Selon les parties prenantes consultées, il serait important de colliger certaines données supplémentaires et de les analyser afin de renforcer la compréhension de la problématique des surdoses au Québec et de contribuer aux efforts pour la combattre. Les données suivantes concernant les surdoses d'opioïdes seraient d'intérêt pour l'ensemble des régions du Québec : appels au 911; nombre de victimes de surdose dans la communauté sans visite à l'urgence; interventions policières – p. ex. pourcentage d'appels au 911 pour surdose et pour lesquels les policiers sont présents et/ou arrivent en premier sur les lieux; nombre de trousse de naloxone distribuées par des organismes communautaires; nombre de trousse de naloxone utilisées à l'échelle du Québec; données en temps réel sur les analyses de substances.

À Montréal, ainsi que dans d'autres provinces et territoires canadiens (Colombie-Britannique; Alberta; Manitoba; Territoires du Nord-Ouest), des fiches de suivi de l'administration de la naloxone sont incluses dans les trousse. Elles permettent de documenter certaines de ces données et pourraient être utilisées dans les autres régions du Québec. Par exemple, à Montréal, de l'information est recueillie pour décrire la surdose, les modalités d'administration de la naloxone, les autres interventions effectuées (appel au 911, manœuvres de réanimation, etc.) ainsi que le résultat de la surdose (réveil, départ en ambulance, décès, etc.) [CRSP, 2019].

En résumé

En plus des indicateurs développés par l'INSPQ et la DRSP de Montréal, les parties prenantes consultées soulignent l'importance de données supplémentaires d'intérêt : appels au 911; nombre de victimes de surdose dans la communauté sans visite à l'urgence; interventions policières – p. ex. pourcentage d'appels au 911 pour surdose et pour lesquels les policiers sont présents et/ou arrivent en premier sur les lieux; nombre de trousse de naloxone distribuées par des organismes; données en temps réel sur les analyses de substances.

La disponibilité de l'ensemble de ces données par région permettrait de dresser un meilleur portrait des surdoses au Québec.

9.2 Sensibilisation et éducation du grand public à la problématique des surdoses

Les membres du panel des usagers et des proches et personnes utilisatrices d'opioïdes consultés sont d'avis que les personnes qui consomment sont souvent victimes de stigmatisation. Selon eux, le phénomène des surdoses d'opioïdes reste peu connu de la population générale et des personnes qui ne sont pas touchées de près par la problématique. De plus, les résidents des régions où la consommation de SPA et la survenue de surdoses sont moins fréquentes pourraient être moins sensibilisés à la problématique [Statistique Canada, 2017] .

L'enjeu de la stigmatisation structurelle est également souligné par les membres du comité de suivi. Ceux-ci indiquent à titre d'exemple que la stigmatisation peut entraîner un biais dans l'évaluation des besoins de santé et du traitement qui s'ensuit pour des personnes qu'on pourrait présumer, à tort, comme consommatrice d'opioïdes sur la base de leur origine ethnique. De tels biais pourraient compromettre la qualité des services et l'accompagnement offert à ces personnes. Comme mentionné précédemment, ils soulignent également que plusieurs personnes évitent la pharmacie ou les établissements du RSSS pour se procurer la naloxone en raison d'enjeux de confidentialité et de stigmatisation – pour éviter qu'une note à ce sujet soit inscrite à leur dossier, ce qui pourrait brimer leur accès futur à des antidouleurs [Moustaqim-Barrette et al., 2019].

Pour les membres du comité de suivi, une meilleure sensibilisation et éducation en vue de réduire la stigmatisation est également nécessaire auprès des travailleurs de la santé et des dispensateurs de services. Ils mentionnent par ailleurs que l'approche de réduction des méfaits n'est pas bien connue et intégrée dans les pratiques des professionnels. Ils proposent ainsi de mettre de l'avant l'adaptation des services afin de les rendre non stigmatisants.

La sensibilisation et l'éducation du grand public au regard des surdoses d'opioïdes sont des interventions jugées importantes par les instances gouvernementales fédérale et provinciale. Au niveau fédéral, plusieurs mesures ont été prises par le gouvernement du Canada [2023] pour sensibiliser le public aux opioïdes et aux méfaits de la stigmatisation, notamment par :

- des campagnes de sensibilisation et d'information sur les opioïdes, sur la façon de réagir à une surdose d'opioïdes, sur l'existence de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* et sur les impacts de la stigmatisation sur les personnes qui consomment des SPA;
- le soutien au développement de la campagne *Soar Above Stigma*⁴¹ qui propose des ressources de soutien de proximité et éducatives sur la stigmatisation aux membres des communautés autochtones confrontés à la dépendance;

⁴¹ « une ressource qui fournit un soutien de proximité et une éducation sur la stigmatisation aux membres de la communauté autochtone confrontés à la dépendance ou des problèmes de santé mentale ».

- la promotion d'un langage non stigmatisant dans le partage des meilleures pratiques pour répondre à la stigmatisation ainsi que dans les produits de services de santé;
- la promotion, auprès des différents services et corps policiers, d'un module de formation en ligne sur la sensibilisation à la stigmatisation;
- l'élaboration d'un plan d'action pour les écoles et les organismes communautaires afin de prévenir les méfaits liés aux substances psychoactives chez les jeunes.

Au niveau provincial, la sensibilisation aux surdoses et à la consommation d'opioïdes dans différents milieux où la stigmatisation peut avoir des impacts est appuyée par la mesure 2 de la Stratégie nationale 2022-2025⁴² de prévention des surdoses de substances psychoactives [MSSS, 2022]. Cette mesure vise à réduire la stigmatisation exercée à l'endroit des consommateurs de SPA en proposant des outils éducatifs. Dans le même esprit, le continuum de soins et de services en douleur chronique [Gouvernement du Québec, 2021] souligne également l'importance d'informer et de sensibiliser à la fois la population, les personnes consommatrices d'opioïdes, leur entourage et les cliniciens consultés « sur ce qu'est la douleur, ce que sont les opioïdes et ce qu'est la problématique réelle des surdoses ».

En résumé

Selon les parties prenantes consultées, la stigmatisation liée à la consommation d'opioïdes est un frein majeur qui compromet notamment l'accessibilité de la naloxone. Il est donc important de s'en préoccuper et d'agir en conséquence.

Aux niveaux fédéral et provincial, plusieurs mesures ont été prises pour sensibiliser le public aux opioïdes et réduire la stigmatisation exercée à l'endroit des consommateurs de SPA.

⁴² « une évolution positive des connaissances de la problématique des surdoses a été notée au sein de la population, notamment en ce qui concerne le rôle de la naloxone dans le renversement temporaire des effets des surdoses ».

10 CONSTATS, DÉLIBÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS

10.1 Principaux constats

Au regard des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire

- Aucune étude ayant comparé les manœuvres de RCR (ventilation et/ou compressions thoraciques) en contexte de surdose d'opioïdes n'a été recensée.
- Les lignes directrices et protocoles qui s'adressent à des témoins formés en RCR et qui sont volontaires à la faire recommandent la RCR complète (ventilation et compressions thoraciques).
- Les lignes directrices et les membres des comités consultés préconisent plutôt les compressions thoraciques seules pour les témoins non formés.
- Plusieurs provinces canadiennes recommandent la ventilation seule dans les cas de surdose d'opioïdes, sans spécifier le niveau de formation du témoin de la surdose.
- Certains protocoles et les membres des comités consultés mentionnent que la ventilation seule serait adéquate dans le cas d'une surdose devant témoin, mais qu'il est difficile de faire la distinction entre un arrêt respiratoire et un arrêt cardiaque pour des personnes non formées.
- Les protocoles du Québec et de la Nouvelle-Écosse recommandent le recours aux compressions thoraciques seules pour les témoins non formés en RCR.
- Un protocole simple et unique avec compressions thoraciques seules aurait plus de chance d'être appliqué par les témoins non formés en RCR.

Au regard de l'administration de la naloxone – modalités d'administration, dose et contenu de la trousse de naloxone

- Les données probantes montrent que la naloxone intranasale (IN) semble aussi efficace que la naloxone intramusculaire (IM).
- La naloxone IN est toutefois associée à un plus long délai de réponse que la naloxone IM et à une plus grande probabilité qu'une dose additionnelle soit nécessaire.
- Le Québec offre la naloxone sous deux formes, IN et IM, mais la forme IN est beaucoup plus souvent distribuée que la forme IM selon la préférence des personnes utilisatrices d'opioïdes.
- La forme IN a une bonne acceptabilité, notamment parce qu'elle est facile d'utilisation, rapide à administrer et plus sécuritaire puisqu'elle nécessite moins de manipulation.

- L'administration de la naloxone doit être répétée toutes les trois minutes au besoin – p. ex. s'il n'y a pas d'amélioration suivant l'administration de la dose initiale de naloxone ou en cas de recrudescence de la dépression respiratoire après une réponse initiale.
- Certains renseignements devraient être fournis aux utilisateurs de la naloxone IN lors de la formation ou de la remise de la trousse : risque de gel en hiver, vaporisateur intranasal qui contient une seule dose de naloxone et ne doit pas être testé au risque de ne pas pouvoir le réutiliser pour intervenir; impact émotionnel possible d'une intervention auprès d'une victime de surdose.
- Les données probantes montrent qu'une dose plus élevée est associée : à une plus grande réponse à la naloxone; à une plus faible probabilité qu'une seconde dose soit nécessaire; et à un taux de survie plus élevé, mais aussi à plus d'effets indésirables.
- La trousse de base de naloxone devrait contenir un minimum de quatre doses qui pourraient permettre d'intervenir dans deux cas de surdose, ainsi qu'un masque barrière à valve unidirectionnelle.

Au regard de la prévention des maladies infectieuses

- Les parties prenantes consultées sont d'avis que le protocole ne devrait pas être modifié en fonction du statut COVID-19 ou d'une autre maladie transmissible suspectée et qu'une protection universelle devrait être appliquée.
- Un masque barrière de bonne qualité et sécuritaire (à valve unidirectionnelle) permettant de faire la ventilation devrait être utilisé par les personnes formées à la RCR dans le contexte d'une intervention en cas de surdose, puisque toute victime pourrait potentiellement contaminer le témoin.

Au regard de la séquence des interventions en cas de surdose d'opioïdes

- La première étape rapportée dans les protocoles de réanimation repérés est de sécuriser la personne.
- Le témoin d'une surdose doit d'abord être en mesure d'en reconnaître les signes.
- Il est essentiel de continuer à promouvoir l'appel aux services d'urgence (911).
- La crainte d'une intervention policière, notamment des conséquences légales pouvant en découler, constitue un obstacle à l'appel au 911. À ce sujet, les membres du comité de suivi sont d'avis que les discussions intersectorielles antérieures entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Justice devraient reprendre afin de mener à une réelle concertation.
- Les données probantes actuelles ne nous permettent pas de démontrer qu'une séquence (naloxone avant ou après les manœuvres de RCR) est plus efficace qu'une autre.

- Les parties prenantes consultées sont d'avis qu'il est préférable de garder la séquence telle qu'elle est décrite dans le protocole actuel : en premier l'administration de la naloxone, puis de commencer rapidement les compressions thoraciques avec ou sans la ventilation.

Au regard de l'administration de l'oxygène

- Les constats sur l'administration de l'oxygène s'appuient principalement sur les données expérientielles et contextuelles recueillies lors des consultations, sur des rencontres avec les membres des comités et des rencontres *ad hoc* avec des informateurs clés en raison du fait qu'il existe actuellement très peu de littérature scientifique sur le sujet.
- Bien que très limitée, la littérature scientifique sur le sujet suggère que la naloxone est administrée dans la très grande majorité des cas où l'oxygène a d'abord été donné.
- Les intervenants des sites de consommation supervisée du Québec sont de plus en plus souvent appelés à inverser les effets des surdoses s'il n'y a pas de personnel médical sur place. Certains de ces sites disposent d'ailleurs du matériel nécessaire à l'administration de l'oxygène en contexte de surdose.
- Des personnes utilisatrices d'opioïdes qui consomment dans les sites de consommation supervisée disent préférer l'oxygène à la naloxone en raison des effets de sevrage importants de cette dernière.
- L'administration de l'oxygène en amont de celle de la naloxone, en vue de prévenir les surdoses sévères, est cohérente avec l'approche de réduction des méfaits sous-jacente à la création des sites de consommation supervisée.
- Pour les cas de surdose où la naloxone n'aurait pas ou peu d'effet (p. ex. opioïdes combinés avec des benzodiazépines), l'administration de l'oxygène pourrait être préférable à celle de la naloxone.
- Les membres des comités consultés et des informateurs clés, y compris ceux des organismes formateurs reconnus, avaient des positions nuancées sur l'administration de l'oxygène par les intervenants des sites de consommation supervisée. Certains sont préoccupés des conséquences potentielles sur les personnes utilisatrices d'opioïdes en cas de manœuvres inadéquates, d'autres estiment que des intervenants des sites de consommation supervisée pourraient administrer de l'oxygène dans un contexte de surdose d'opioïdes, mais à certaines conditions seulement : s'ils appliquent le règlement (article 5, c. M-9, r. 2.1) après avoir contacté les services d'urgence tout en assurant une surveillance continue de l'état de la victime après avoir priorisé l'administration de la naloxone.
- Toutes les parties consultées s'entendent sur le fait qu'il est important que le matériel utilisé pour administrer l'oxygène soit entreposé et entretenu de façon sécuritaire.

- Le règlement sur les activités professionnelles du Québec n'exclut pas la possibilité, pour le personnel non médical, d'administrer de l'oxygène dans un contexte de surdose d'opioïdes si certaines conditions sont respectées – soit être dûment formé et avoir contacté les services d'urgence.
- Des protocoles d'administration de l'oxygène en contexte de surdose par les intervenants des sites de consommation supervisée sont en cours d'élaboration par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de certaines régions du Québec. Des intervenants de ces sites ont d'ailleurs commencé à administrer l'oxygène.

Au regard de l'accessibilité de la naloxone

- Au Québec, la distribution de naloxone aux individus est restreinte aux pharmacies et à certains organismes communautaires.
- L'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de ce projet était favorable à ce que la naloxone soit plus facilement accessible, notamment en variant les endroits où il est possible de s'en procurer, et à limiter la stigmatisation que peuvent vivre des personnes qui souhaitent l'obtenir.
- Des difficultés associées à l'approvisionnement et à la disparité dans le nombre de trousse disponibles sont constatées en pharmacie communautaire et dans les organismes communautaires des régions plus éloignées.

Au regard de la formation en réanimation dans les cas de surdose d'opioïdes

- Les lignes directrices disponibles recommandent que toutes les personnes appelées à être témoins d'une surdose d'opioïdes – y compris les utilisateurs de substances psychoactives et leurs proches – reçoivent une formation en réanimation pour intervenir en cas de surdose d'opioïdes.

Au regard de l'accès et de la disponibilité des données

- Il demeure difficile d'avoir un portrait précis de l'incidence des surdoses d'opioïdes au Québec.
- La disponibilité de l'ensemble des données par région permettrait un meilleur portrait des surdoses d'opioïdes au Québec.

10.2 Processus délibératif

Les données scientifiques, contextuelles et expérientielles ont fait l'objet d'échanges et de délibérations au sein d'un comité délibératif spécifique au projet. Les membres de ce comité ont exprimé leur appui à l'ensemble des constats et recommandations formulés à l'issue du processus d'évaluation, avec des modifications mineures et des suggestions pour certaines des recommandations. Seule l'administration de l'oxygène a suscité beaucoup plus d'échanges. Les membres de ce comité se sont dits préoccupés par le fait que les intervenants communautaires pourraient l'administrer dans un contexte préhospitalier, et ce, même si les conditions réglementaires sont respectées.

Les membres du comité délibératif ont suggéré fortement de préciser que la naloxone est le traitement à privilégier dans le cas d'une surdose d'opioïdes et qu'elle ne devrait en aucun cas être remplacée par l'administration d'oxygène. Finalement, ils ont formulé une position unanime selon laquelle le recours à l'oxygène ou au ballon-masque ne devrait pas être intégré dans la séquence des interventions proposée, puisqu'à ce jour aucune donnée probante ne démontre l'efficacité de cette intervention et que les risques associés à un mauvais usage sont trop importants.

10.3 Recommandations

L'INESSS émet les recommandations suivantes **sur les pratiques cliniques en matière de réanimation** en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté.

Manœuvres de réanimation cardiorespiratoire

Recommandation 1 : Témoins non dûment formés en RCR – personnes utilisatrices d'opioïdes, proches et citoyens
--

Les témoins non dûment formés en RCR – p. ex. personnes utilisatrices d'opioïdes, proches, citoyens – devraient réaliser uniquement les compressions thoraciques lorsqu'une surdose d'opioïdes est suspectée.

Les « témoins non dûment formés » font référence aux personnes qui n'ont pas suivi de formation en RCR ou qui ne sont pas à l'aise pour accomplir les manœuvres de RCR.

Recommandation 2 : Intervenants des milieux communautaires formés en RCR

Les intervenants de certains organismes communautaires formés en RCR devraient réaliser les compressions thoraciques et la ventilation (réanimation cardiorespiratoire complète) lorsqu'une surdose d'opioïdes est suspectée.

Le maintien et la fréquence de renouvellement de la formation s'appliquent selon les modalités établies par les organismes formateurs.
--

Administration de la naloxone

Recommandation 3 : Modalités d'administration de la naloxone

Les organismes et pharmacies communautaires reconnus comme étant distributeurs de la naloxone auprès des particuliers devraient délivrer la naloxone intranasale (IN) ou la naloxone intramusculaire (IM), selon la préférence de la personne.

Recommandation 4 : Nombre de doses de naloxone

Les instances (c.-à-d. pharmacies ou organismes communautaires) responsables de la distribution de la naloxone devraient s'assurer que les trousse de naloxone comportent un minimum de quatre doses*.

*Une surdose sévère peut nécessiter plus de deux doses.

Recommandation 5 : Contenu de la trousse de naloxone

Les instances responsables de la distribution de la naloxone devraient s'assurer que la trousse de naloxone contient les éléments suivants.

Contenu de la trousse de naloxone

Trousse de naloxone	
<ul style="list-style-type: none">▪ Masque barrière à valve unidirectionnelle▪ Deux paires de gants▪ Aide-mémoire sur la procédure à suivre▪ Dates d'expiration des éléments contenus dans la trousse▪ Une fiche de suivi des interventions	
Voie d'administration de la naloxone	
Intramusculaire	Intranasale
<ul style="list-style-type: none">▪ Au moins 4 fioles* ou ampoules de 0,4 mg/ml de naloxone chacune▪ Au moins 4 seringues jetables avec aiguille rétractable▪ Tampons alcoolisés	<ul style="list-style-type: none">▪ Au moins 4 vaporisateurs* intranasaux Narcan de 4 mg/0,1ml de naloxone chacun

*Une trousse mixte avec 2 fioles ou ampoules (IM) et 2 vaporisateurs (IN) peut également être distribuée, selon la préférence des personnes.

Séquence des interventions en cas de surdose d'opioïdes

Recommandation 6

Lorsque la personne et l'environnement sont sécurisés*, la séquence suivante des interventions en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté devrait être appliquée :

1. Appliquer des stimuli (verbaux et physiques) **;
2. Appeler les services d'urgence (911);
3. Administrer la naloxone;
4. Pratiquer les manœuvres de réanimation (selon les recommandations 1^s et 2[✕]);
5. Répéter les étapes 3 et 4 aux trois minutes jusqu'à l'arrivée des secours.

* S'assurer que la personne est dans une position sécuritaire (sur le dos) permettant les manœuvres de réanimation; si vomissements, convulsions ou respiration irrégulière : position latérale de sécurité

** Absence de réaction au bruit ou à la douleur; respiration lente, difficile, ronflante ou absente; pupilles contractées.

§ Les témoins non formés en RCR devraient réaliser uniquement les compressions thoraciques.

✕ Les témoins formés en RCR devraient réaliser la RCR complète (c.-à-d. compressions thoraciques et ventilation).

Prévention des maladies infectieuses

Recommandation 7

L'utilisation d'un masque barrière avec valve unidirectionnelle permettant de procéder aux manœuvres de RCR (c.-à-d. compressions thoraciques et ventilation) de façon sécuritaire est recommandée afin de diminuer le risque de transmission d'une maladie infectieuse.

Cette recommandation concerne les personnes formées en RCR et qui sont à l'aise avec la pratique de la ventilation.

Administration de l'oxygène

Recommandation 8

Les données probantes actuellement disponibles ne permettent pas à l'INESSS de formuler des recommandations encadrant l'administration de l'oxygène par des intervenants communautaires dans les cas de surdose d'opioïdes.

Toutefois, compte tenu du fait que cette pratique semble déjà faire partie des modalités employées dans certains contextes de surdose au sein de quelques sites de consommation supervisée et que des protocoles sont en cours d'élaboration par des CISSS et des CIUSSS, l'INESSS tient à rappeler que l'administration de l'oxygène doit être réalisée par une personne dûment formée, et ce, en accord avec la réglementation applicable ([article 5, c. M-9, r. 2.1](#)).

L'INESSS émet les recommandations suivantes **sur les pratiques organisationnelles liées à l'intervention en cas de surdose d'opioïdes survenant dans la communauté.**

Accessibilité à la naloxone

Recommandation 9

Afin de faciliter l'accès à la naloxone pour les personnes utilisatrices d'opioïdes, leurs proches et les intervenants communautaires et du RSSS qui travaillent auprès d'une clientèle à risque de surdose d'opioïdes :

- 8.1. Le cadre de distribution de la naloxone devrait faire l'objet d'une révision afin d'augmenter et de faciliter l'accès à la naloxone dans les organismes et pharmacies communautaires, de même que dans les établissements du RSSS, tels que les centres de réadaptation en dépendance, ainsi que dans les centres de santé et postes de soins des peuples et communautés autochtones (non conventionnées);
- 8.2. Le cadre de distribution devrait offrir la possibilité de rendre disponibles les trousse de naloxone dans certains endroits publics, tout en s'assurant que l'information transmise avec les trousse est disponible et standardisée;
- 8.3. Les pharmacies communautaires reconnues comme étant distributrices de naloxone devraient s'assurer que des trousse de naloxone sont disponibles en tout temps;
- 8.4. Des ententes de distribution de naloxone devraient être établies entre les communautés autochtones (non conventionnées) et la direction de santé publique de leur région, dans le respect de leur gouvernance locale et des ententes existantes.

Formation en réanimation dans les cas de surdose d'opioïdes

Recommandation 10

Les intervenants non médicaux qui côtoient régulièrement ou travaillent auprès d'une clientèle à risque de surdose d'opioïdes – p. ex. certains intervenants communautaires des sites de consommation supervisée ou intervenants psychosociaux du RSSS – devraient être adéquatement formés pour intervenir en cas de surdose, y compris à la RCR complète et à l'administration de la naloxone.

Les organismes qui offrent une formation sur la réanimation en cas de surdose d'opioïdes devraient s'assurer que son contenu est standardisé afin d'harmoniser les pratiques en matière de RCR et d'administration de la naloxone. Ils devraient notamment :

- s'assurer que leur formation est cohérente avec les recommandations 1, 2, 6 et 7 sur les manœuvres à appliquer, la séquence optimale à respecter et les mesures de prévention des maladies infectieuses à appliquer;
- informer les participants sur la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* et clarifier sa portée et ses limites;

Recommandation 10

- sensibiliser les participants aux défis logistiques, éthiques et émotionnels qui pourraient survenir en cas d'intervention et aux stratégies potentielles pour les surmonter;
- informer les participants sur les ressources psychosociales à contacter au besoin après une intervention en cas de surdose;
- favoriser le maintien des compétences, notamment en offrant des séances de rappel pour les participants.

Les pharmacies et les organismes communautaires reconnus comme distributeurs de naloxone devraient s'assurer d'offrir de l'information standardisée afin d'harmoniser les pratiques en matière de RCR et d'administration de la naloxone en contexte de surdose d'opioïdes. Ils devraient notamment s'assurer que l'information transmise lors de la remise d'une trousse de naloxone à un particulier est cohérente avec les recommandations 1, 2, 6 et 7 sur les manœuvres à exécuter, la séquence optimale à respecter et les mesures de prévention des maladies infectieuses à appliquer.

Collaboration intersectorielle

Recommandation 11

Des efforts de concertation intersectorielle devraient être consentis afin de favoriser la collaboration optimale entre les organismes communautaires qui interviennent en cas de surdose, les services préhospitaliers et les services policiers. Dans cette optique, une démarche pour y parvenir devrait aborder, entre autres :

- les pratiques d'intervention en contexte de surdose ainsi que les rôles et les responsabilités des acteurs concernés, entre autres les intervenants communautaires et les policiers;
- la portée et l'application de la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*;
- les obstacles à l'appel au 911 tels que rapportés par les différentes parties prenantes consultées;
- les stratégies à préconiser afin d'assurer une réponse optimale en cas de surdose.

Accès et disponibilité des données

Recommandation 12

Les efforts actuels pour documenter les surdoses liées aux opioïdes et l'administration de la naloxone dans les différentes régions du Québec devraient être maintenus.

Des indicateurs permettant de documenter l'information utile pourraient également être élaborés, et ces renseignements devraient être disponibles sur une base régulière dans l'ensemble des régions du Québec et au niveau provincial – p. ex. incidence des surdoses non mortelles, incidence des visites à l'urgence et des hospitalisations pour surdose, nombre de trousse de naloxone distribuées et utilisées, nombre d'interventions d'urgence réalisées au sein des sites de consommation supervisée, incidence des décès par surdose, résultats des analyses de substances, etc.

Sensibilisation et éducation du grand public à la problématique des surdoses

Recommandation 13

Les efforts de déploiement et de mise en œuvre d'activités de sensibilisation, d'éducation et de formation destinées au grand public devraient être maintenus par les instances pertinentes – p. ex. direction générale de santé publique, organismes formateurs en réanimation.

Ces activités viseraient notamment à :

- sensibiliser les personnes utilisatrices d'opioïdes et le grand public ainsi que les travailleurs de la santé et les dispensateurs de services sur la consommation d'opioïdes, la problématique de la surdose d'opioïdes et la stigmatisation des personnes utilisatrices d'opioïdes;
- sensibiliser la population à l'importance de suivre une formation en RCR pour tous et toutes;
- sensibiliser la population à l'administration de la naloxone et à la connaissance de ses effets en cas de surdose.

Les distributeurs de la naloxone devraient favoriser un environnement et des modalités de distribution qui réduiraient les risques de stigmatisation – p. ex. local privé pour donner l'information lors de la remise de la trousse en pharmacie.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Trousse d'outils de l'évaluation critique. Ottawa, ON : ASPC; 2014.
- Alberta Addiction Service Providers. Nasal Naloxone Pilot Project [site Web]. 2023. Disponible à : <http://www.albertaaddictionsserviceproviders.org/naloxone.php> (consulté le 28 avril).
- Alberta Health Services (AHS). Opioid Poisoning Response and COVID-19; Edmonton, Alberta : AHS; 2020.
- Ambulance Saint-Jean. Sauver des vies au travail, à la maison et dans les loisirs. Guide de référence. 4ième édition. 2019.
- Aschenbrenner DS. New Naloxone Concentration Treats Opioid Overdose. *Am J Addict* 2022;122(2):25.
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Naloxone 101 (Trousse portative de naloxone). Toronto, ON : ACSM; 2019.
- Ataiants J, Mazzella S, Roth AM, Sell RL, Robinson LF, Lankenau SE. Overdose response among trained and untrained women with a history of illicit drug use: a mixed-methods examination. *Drugs Educ* 2021;28(4):328-39.
- Australian and New Zealand Committee on Resuscitation (ANZCOR). Australian Resuscitation Council (The ARC Guidelines). 2021.
- Avetian GK, Fiuty P, Mazzella S, Koppa D, Heye V, Hebbar P. Use of naloxone nasal spray 4 mg in the community setting: a survey of use by community organizations. *Curr Med Res Opin* 2018;34(4):573-6.
- Baltes A, Devo B, Kaiser M, Birstler J, Brown RT. Survey of Southern Wisconsin Needle Exchange Clients Regarding Opioid Overdose and Naloxone Use. *Wmj* 2019;118(2):84-7.
- Bell A, Bennett AS, Jones TS, Doe-Simkins M, Williams LD. Amount of naloxone used to reverse opioid overdoses outside of medical practice in a city with increasing illicitly manufactured fentanyl in illicit drug supply. *Subst Abuse* 2019;40(1):52-5.
- Belzak L et Halverson J. Evidence synthesis-The opioid crisis in Canada: a national perspective. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice* 2018;38(6):224.
- Bennett AS, Freeman R, Des Jarlais DC, Aronson ID. Reasons People Who Use Opioids Do Not Accept or Carry No-Cost Naloxone: Qualitative Interview Study. *JMIR Form Res* 2020;4(12):e22411.

- Bessen S, Metcalf SA, Saunders EC, Moore SK, Meier A, McLeman B, et al. Barriers to naloxone use and acceptance among opioid users, first responders, and emergency department providers in New Hampshire, USA. *Int J Drug Policy* 2019;74:144-51.
- Boland J, Boland E, Brooks D. Importance of the correct diagnosis of opioid-induced respiratory depression in adult cancer patients and titration of naloxone. *Clinical Medicine* 2013;13:149-51.
- Brandt L, Campbell ANC, Jones JD, Martinez S, Neale J, Parkin S, et al. Emotional reactions of trained overdose responders who use opioids following intervention in an overdose event. *Subst Abus* 2022;43(1):581-91.
- Brisson P. L'approche de réduction des méfaits: sources, situations pratiques. Montréal, Qc : Comité permanent de la lutte à la toxicomanie; 1997. Disponible à : https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/approche-reduction-mefaits-sources-situation-pratiques_dec-1997.pdf.
- British Columbia Centre for Disease Control. COVID-19: Harm Reduction and Overdose Response. Information sheet for the general public. Vancouver, BC : BC Center for Disease Control; 2022.
- British Columbia Centre for Disease Control. COVID-19: Responding to Opioid Overdoses in Overdose Prevention Services and Supervised Consumption Sites. Vancouver, BC : BC Center for Disease Control; 2021.
- British Columbia Centre for Disease Control. BCCDC Toolkit: Responding to Opioid Overdose for BC service providers. Vancouver, BC : BC Center for Disease Control; 2020.
- British Columbia Centre for Disease Control. BC Overdose Prevention Services Guide. Vancouver, BC : BC Center for Disease Control; 2019.
- British Columbia Centre for Disease Control. Bag Valve Masks for Overdose Response. Vancouver, BC : BC Center for Disease Control; 2018a.
- British Columbia Centre for Disease Control. Why give breaths? British Columbia : Harm Reduction Services. Vancouver, BC : BC Center for Disease Control; 2018b.
- Brooker AS et Farrah K. Administration of Naloxone in a Home or Community Setting: A Rapid Qualitative Review [Internet]. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2019;12:11.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. *Journal of clinical epidemiology* 2012;65(5):526-34.
- Buresh M, Gicquelais RE, Astemborski J, Kirk GD, Mehta SH, Genberg BL. Fatal overdose prevention and experience with naloxone: A cross-sectional study from a community-based cohort of people who inject drugs in Baltimore, Maryland. *PLoS ONE* 2020;15(3):e0230127.

- Carpenter J, Murray BP, Atti S, Moran TP, Yancey A, Morgan B. Naloxone dosing after opioid overdose in the era of illicitly manufactured fentanyl. *Journal of Medical Toxicology* 2020;16:41-8.
- Chaudoir SR, Dugan AG, Barr CH. Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation science* 2013;8:1-20.
- Cheng A, Magid DJ, Auerbach M, Bhanji F, Bigham BL, Blewer AL, et al. Part 6: resuscitation education science: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2020;142(16_Suppl_2):S551-S79.
- Chimbar L et Moleta Y. Naloxone Effectiveness: A Systematic Review. *J Addict Nurs* 2018;29(3):167-71.
- Chou R, Korthuis P, McCarty D, Coffin P, Griffin J, Davis-O'Reilly C, al. e. Management of Suspected Opioid Overdose With Naloxone by Emergency Medical Services Personnel. Comparative Effectiveness Review No. 193. (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00009-I.) AHRQ Publication No. 17(18)-EHC025-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; November 2017a;
- Chou R, Korthuis PT, McCarty D, Coffin PO, Griffin JC, Davis-O'Reilly C, et al. Management of Suspected Opioid Overdose With Naloxone in Out-of-Hospital Settings: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2017b;167(12):867-75.
- Comité consultatif spécial fédéral-provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2023. Disponible à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/>.
- Comité régional des services pharmaceutiques de Montréal (CRSP). Le pharmacien distributeur de la naloxone. Optimiser le processus de la distribution de deux formats d'un antidote aux surdoses d'opiacés par le pharmacien en officine. Montréal, Qc : CRSP; 2019.
- Cooper JS, Phuyal P, Shah N. Oxygen toxicity. 2017.
- Cousineau S. Stratégies et pratiques appliquées aux sites de consommation de substances. Une recension des écrits. 2022.
- Critical appraisal skills programme. CASP Checklists [site Web]. Oxford, Royaume-Uni. URL: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> 2018;
- Croix-Rouge canadienne. Lignes directrices en matière de secourisme, de réanimation et d'enseignement - Mise à jour sur les techniques et l'enseignement pour le Canada 2020.

- Curay CM, Irwin MR, Kiyatkin EA. The pattern of brain oxygen response induced by intravenous fentanyl limits the time window of therapeutic efficacy of naloxone. *Neuropharmacology* 2023;231:109507.
- Dayton L, Gicquelais RE, Tobin K, Davey-Rothwell M, Falade-Nwulia O, Kong X, et al. More than just availability: Who has access and who administers take-home naloxone in Baltimore, MD. *PLoS ONE* 2019;14(11):e0224686.
- Dezfulian C, Orkin AM, Maron BA, Elmer J, Girotra S, Gladwin MT, et al. Opioid-associated out-of-hospital cardiac arrest: distinctive clinical features and implications for health care and public responses: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021;143(16):e836-e70.
- Dietze P, Jauncey M, Salmon A, Mohebby M, Latimer J, van Beek I, et al. Effect of intranasal vs intramuscular naloxone on opioid overdose: a randomized clinical trial. *JAMA network open* 2019;2(11):e1914977-e.
- Direction régionale de santé publique de Montréal. Vigie des surdoses [site Web]. Montréal : Santé Montréal; 2023 (consulté le 9 août).
- Direction régionale de santé publique de Montréal. Bilan des indicateurs de surdoses - Montréal - prépandémie vs pandémie. Longueuil : Sommet sur les dépendances; 2022.
- Direction régionale de santé publique de Montréal. Prise en charge de surdose et utilisation de la naloxone dans la communauté en contexte de COVID-19 [site Web]. Montréal, Qc : DRSP; 2020 (consulté le 9 août).
- Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP). Vigie des surdoses [site Web]. Montréal, Qc : DRSP; 2022. Disponible à : <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/surdoses/vigie-des-surdoses/#c52833>
- Espace Soignant. Le massage cardiaque externe chez l'adulte [site Web]. 2019. Disponible à : <https://www.espacesoignant.com/soignant/pratiques-de-soins/compressions-thoraciques-massage-cardiaque-externe-adulte> (consulté le 9 août).
- Farkas A, Lynch M, Westover R, Giles J, Siripong N, Nalatwad A, et al. Pulmonary complications of opioid overdose treated with naloxone. *Annals of emergency medicine* 2020;75(1):39-48.
- Farkas A, Westover R, Pizon A, Lynch M, Martin-Gill C. Outcomes following naloxone administration by bystanders and first responders. *Prehospital Emergency Care* 2021;25(6):740-6.
- First Aid Reference Centre. Unresponsive and abnormal breathing with suspected opioid overdose. 2021.

- Fondation des maladies du coeur et de l'AVC du Canada. Modifications apportées à la RCR à mains seules destinée au grand public pendant la pandémie de la COVID-19 [site Web]. 2020. Disponible à : <https://www.coeuretavc.ca/articles/modifications-apportees-a-la-rcr> (consulté le 9 août).
- Gouvernement du Canada. Mesures fédérales sur les opioïdes à ce jour. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2023.
- Gouvernement du Canada. Opioid-related poisoning and anoxic brain injury in Canada: a descriptive analysis of hospitalization data [site Web]. Ottawa, ON : Santé Canada; 2021. Disponible à : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/opioid-related-hospitalizations-anoxic-brain-injury.html> (consulté le 20 mai).
- Gouvernement du Québec. Continuum de soins et de services en douleur chronique - orientations et lignes directrices 2021-2026. Québec, Qc : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2021.
- Government of Manitoba. Training Manual: Overdose Prevention, Recognition and Response. Winnipeg, Manitoba : Government of Manitoba; 2023.
- Government of Manitoba. Training Manual: Overdose Prevention, Recognition and Response. Winnipeg, Manitoba : Government of Manitoba; 2021.
- Government of Northwest Territories. How is the NWT Responding? [site Web]. Yellowknife, NT: Government of Northwest Territories; n.d. Disponible à : <https://www.hss.gov.nt.ca/en/services/opioid-overdose-prevention/how-nwt-responding> (consulté le 18 février).
- Government of Western Australia. Recognise & Respond. West Perth, Australie : Government of Western Australia; 2019.
- Griffiths S et Hayman K. Report: Comprehensive Overdose Response with Oxygen - Training for Shelter Providers in Toronto. Parkdale Queen West Community Health Centre. Toronto, ON : Parkdale Queen West CHC; 2023. Disponible à : <https://pqwchc.org/wp-content/uploads/Report-Comprehensive-Overdose-Response-with-Oxygen-Training-for-Shelter-Providers-in-Toronto.pdf>.
- Hallstrom A, Cobb L, Johnson E, Copass M. Cardiopulmonary resuscitation by chest compression alone or with mouth-to-mouth ventilation. *New England Journal of Medicine* 2000;342(21):1546-53.
- Heavey SC, Chang Y-P, Vest BM, Collins RL, Wiczorek W, Homish GG. 'I have it just in case' - Naloxone access and changes in opioid use behaviours. *Int J Drug Policy* 2018;51:27-35.
- Holland TJ, Penm J, Johnson J, Sarantou M, Chaar BB. Stakeholders' perceptions of factors influencing the use of take-home-naloxone. *Pharmacy : A Journal Of Pharmacy Education And Practice* 2020;8(4):232.

- Hossain MF, Rashid M, Kimble C, Sarkar S. Chemical stability of naloxone products beyond their labeled expiration dates. *Journal of Opioid Management* 2022;18(1):39-46.
- Ingram N. Knowledge and level of consciousness: Application to nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 1994;20(5):881-4.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). La réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté. Québec, Qc : INESSS; 2018;
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à mars 2023 [site Web]. Québec, Qc : INSPQ; 2023a. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioïdes/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee> (consulté le 12 juin).
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Conséquences sanitaires liées aux opioïdes ou autres drogues au Québec. Québec, Qc : INSPQ; 2023b.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Conséquences sanitaires liées aux opioïdes ou autres drogues au Québec. Québec, Qc : INSPQ; 2022.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Décès attribuables à une intoxication aux opioïdes, Québec, Qc : INSPQ; 2020.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'administration de la naloxone pour inverser les effets d'une surdose d'opioïdes. Québec, Qc : INSPQ; 2019.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Décès attribuables à une intoxication aux opioïdes au Québec. Québec, Qc : INSPQ; 2018.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'approche de réduction des méfaits. Québec, Qc : INSPQ; 2012.
- Khatiwoda P, Proeschold-Bell RJ, Meade CS, Park LP, Proescholdbell S. Facilitators and barriers to naloxone kit use among opioid-dependent patients enrolled in medication assisted therapy clinics in North Carolina. *North Carolina medical journal* 2018;79(3):149-55.
- Kim D, Irwin KS, Khoshnood K. Expanded access to naloxone: options for critical response to the epidemic of opioid overdose mortality. *American journal of public health* 2009;99(3):402-7.
- Kline A, Mattern D, Cooperman N, Dooley-Budsock P, Williams JM, Borys S. "A Blessing and a Curse:" Opioid Users' Perspectives on Naloxone and the Epidemic of Opioid Overdose. *Substance use & misuse* 2020;55(8):1280-7.
- Knopf A. FDA approves higher dosage of naloxone nasal spray to treat opioid overdose. *The Brown University Child & Adolescent Psychopharmacology Update* 2021;23(7):8-.

- Krotulski AJ, Chapman BP, Marks SJ, Ontiveros ST, Devin-Holcombe K, Fogarty MF, et al. Sentanyl: a comparison of blood fentanyl concentrations and naloxone dosing after non-fatal overdose. *Clinical Toxicology* 2022;60(2):197-204.
- Lai JT, Goldfine CE, Chapman BP, Taylor MM, Rosen RK, Carreiro SP, Babu KM. Nobody Wants to Be Narcan'd: A Pilot Qualitative Analysis of Drug Users' Perspectives on Naloxone. *West J Emerg Med* 2021;22(2):339-45.
- Lott C, Truhlář A, Alfonzo A, Barelli A, González-Salvado V, Hinkelbein J, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation* 2021;161:152-219.
- Mahonski SG, Leonard JB, Gatz JD, Seung H, Haas EE, Kim HK. Prepacked naloxone administration for suspected opioid overdose in the era of illicitly manufactured fentanyl: a retrospective study of regional poison center data. *Clinical Toxicology* 2020;58(2):117-23.
- Maloney LM, Alptunaer T, Coleman G, Ismael S, McKenna PJ, Marshall RT, et al. Prehospital naloxone and emergency department adverse events: a dose-dependent relationship. *The Journal of Emergency Medicine* 2020;59(6):872-83.
- McAuley A, Munro A, Taylor A. "Once I'd done it once it was like writing your name": lived experience of take-home naloxone administration by people who inject drugs. *Int J Drug Policy* 2018;58:46-54.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Parce que chaque vie compte - Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre parce que chaque vie compte. 2018.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Que faire en cas de surdose d'opioïdes ? France : 2022.
- Moe J, Godwin J, Pursell R, O'Sullivan F, Hau JP, Pursell E, et al. Naloxone dosing in the era of ultra-potent opioid overdoses: a systematic review. *Canadian journal of emergency medicine* 2020;22(2):178-86.
- Moustaqim-Barrette A, Elton-Marshall T, Leece P, Morissette C, Rittenbach K, Buxton JA. Environmental Scan Naloxone Access and Distribution in Canada. 2019;
- Moustaqim-Barrette A, Papamihali K, Williams S, Ferguson M, Moe J, Pursell R, Buxton JA. Adverse events related to bystander naloxone administration in cases of suspected opioid overdose in British Columbia: An observational study. *PLoS ONE* 2021;16(10):e0259126.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Naloxone DrugFacts. North Bethesda, MD : NIDA; 2022.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Prescription Opioids DrugFacts. North Bethesda, MD : NIDA; 2021.
- Neale J, Brown C, Campbell AN, Jones JD, Metz VE, Strang J, Comer SD. How competent are people who use opioids at responding to overdoses? Qualitative analyses of actions and decisions taken during overdose emergencies. *Addiction* 2019;114(4):708-18.
- New Brunswick Association of Social Workers (NBASW). Guidelines regarding social work and the use of naloxone. Fredericton, NB : NBASW; 2020. Disponible à : <https://www.nbasw-atsnb.ca/assets/Uploads/Final-Naloxone-Guidelines-EN2.pdf>.
- New Brunswick Government. Naloxone training video. Fredericton, NB : New Brunswick Government; 2019.
- Niesters M, Mahajan R, Aarts L, Dahan A. High-inspired oxygen concentration further impairs opioid-induced respiratory depression. *British journal of anaesthesia* 2013;110(5):837-41.
- Nova Scotia Take Home Naloxone Program. 5 Steps to save a life [site Web]. 2018;
- Office québécois de la langue française (OQLF). Syndrome de sevrage [site Web]. Montréal, Qc : Gouvernement du Québec; 2001. Disponible à : <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8872130/syndrome-de-sevrage#:~:text=D%C3%A9finition,induit%20chez%20elle%20une%20d%C3%A9pendance> (consulté le 9 août).
- Ontario Ministry of Health. Recognize and temporarily reverse an opioid overdose [site Web]. Toronto, ON : Ontario Ministry of Health; 2021. Disponible à : <https://www.ontario.ca/page/get-naloxone-kits-free#section-5>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers 3e édition. 2016;
- Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, Donnino MW, Drennan IR, Hirsch KG, et al. Part 3: adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2020;142(16_Suppl_2):S366-S468.
- Peprah K et Severn M. Intranasal and intramuscular naloxone for opioid overdose in the pre-hospital setting: a review of comparative clinical and cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa : Canada's Drug and Health Technology Agency; 2019.
- Perreault M, Ferlatte M-A, Artunduaga AC, Perron C, Tremblay G, Milton D. Implantation d'un programme de prévention des surdoses géré par des pairs: l'expérience de PROFAN. *Drogues, santé et société* 2021;19(1):155-77.
- Public Health England (PHE). Take-home naloxone for opioid overdose in people who use drugs. Londres, Royaume-Uni : PHE; 2017.

- Purssell R, Godwin J, Moe J, Buxton J, Crabtree A, Kestler A, et al. Comparison of rates of opioid withdrawal symptoms and reversal of opioid toxicity in patients treated with two naloxone dosing regimens: a retrospective cohort study. *Clinical Toxicology* 2021;59(1):38-46.
- Rochester E et Graboyes M. Experiences of people who use drugs with naloxone administration: a qualitative study. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2022;29(1):54-61.
- Rowe A, Chang A, Lostchuck E, Lin K, Scheuermeyer F, McCann V, et al. Out-of-hospital management of unresponsive, apneic, witnessed opioid overdoses: a case series from a supervised consumption site. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2022;24(6):650-8.
- Rzasa Lynn R et Galinkin J. Naloxone dosage for opioid reversal: current evidence and clinical implications. *Therapeutic advances in drug safety* 2018;9(1):63-88.
- Santé Canada. Explication des sites et des services de consommation supervisée [site Web]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2023. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/precisions.html> (consulté le 9 août).
- Santé Canada. La stigmatisation : Pourquoi les mots comptent. À propos de la stigmatisation. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2022.
- Santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Prévention des surdoses [site Web]. Québec, Qc : Santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale; 2023. Disponible à : <https://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/prevention-surdoses> (consulté le 9 août).
- Santé publique Ontario (SPO). Opioïdes [site Web]. Toronto, ON : SPO; 2022. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/diseases-and-conditions/mental-illness-substance-use/opioids> (consulté le 9 août).
- Saskatchewan Ministry of Health. Responding to an overdose during the COVID-19 pandemic. Regina, SK : Government of Saskatchewan; n.d.
- Schiller E, Goyal A, Mechanic O. Opioid overdose. 2021. StatPearls [Internet] Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2022;
- Shimamoto T, Iwami T, Kitamura T, Nishiyama C, Sakai T, Nishiuchi T, et al. Dispatcher instruction of chest compression-only CPR increases actual provision of bystander CPR. *Resuscitation* 2015;96:9-15.
- Skulberg AK, Tylleskär I, Valberg M, Braarud AC, Dale J, Heyerdahl F, et al. Comparison of intranasal and intramuscular naloxone in opioid overdoses managed by ambulance staff: a double-dummy, randomised, controlled trial. *Addiction* 2022;117(6):1658-67.

- Statistique Canada. Résultats de l'Enquête sur la sensibilisation aux opioïdes, novembre 2017 [site Web]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2017. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180109/dq180109a-fra.htm> (consulté le 10 février).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Opioid Overdose Prevention TOOLKIT. 2018;
- Sugimoto M. J12: Opioids. BC Emergency health services. 2021;
- Teasdale G et Jennett B. Glasgow Coma Scale (GCS). Retrieved October 1974;2(7872):81-4.
- Terre-Neuve-et-Labrador. Opioid overdose. 2018;
- Thompson J, Salter J, Bui P, Herbert L, Mills D, Wagner D, Brent C. Safety, efficacy, and cost of 0.4-mg versus 2-mg intranasal naloxone for treatment of prehospital opioid overdose. *Annals of Pharmacotherapy* 2022;56(3):285-9.
- Toronto Public Health. COVID-19 Guidelines for Harm Reduction Outreach & Community Overdose Response. 2020;
- Tsang V et Buxton J. History of naloxone kits in BC: From inception to expansion. *BC Med J* 2021;63:122-5.
- Tsuyuki RT, Arora V, Barnes M, Beazely MA, Boivin M, Christofides A, et al. Canadian national consensus guidelines for naloxone prescribing by pharmacists. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada* 2020;153(6):347-51.
- Tylleskar I, Gjersing L, Bjørnsen LP, Braarud A-C, Heyerdahl F, Dale O, Skulberg AK. Prehospital naloxone administration—what influences choice of dose and route of administration? *BMC Emergency Medicine* 2020;20(1):1-10.
- Watson DP, Ray B, Robison L, Huynh P, Sights E, Walker LS, et al. Lay responder naloxone access and Good Samaritan law compliance: postcard survey results from 20 Indiana counties. *Harm reduction journal* 2018;15:1-8.
- Webster LR. Risk factors for opioid-use disorder and overdose. *Anesthesia & Analgesia* 2017;125(5):1741-8.
- Williams JG, Brice JH, De Maio VJ, Jalbuena T. A simulation trial of traditional dispatcher-assisted CPR versus compressions—only dispatcher-assisted CPR. *Prehospital Emergency Care* 2006;10(2):247-53.
- Williams K, Lang ES, Panchal AR, Gasper JJ, Taillac P, Gouda J, et al. Evidence-based guidelines for EMS administration of naloxone. *Prehospital emergency care* 2019;23(6):749-63.
- World Health Organization (WHO). Opioid overdose [site Web]. Geneva, Switzerland : WHO; 2021. Disponible à : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>.

World Health Organization (WHO). Community management of opioid overdose. Geneva, Switzerland : WHO; 2014.

Wyckoff MH, Singletary EM, Soar J, Olasveengen TM, Greif R, Liley HG, et al. 2021 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with treatment recommendations: summary from the basic life support; advanced life support; neonatal life support; education, implementation, and teams; first aid task forces; and the COVID-19 Working Group. *Circulation* 2021;145(9):e645-e721.

Yousefifard M, Vazirizadeh-Mahabadi MH, Neishaboori AM, Alavi SNR, Amiri M, Baratloo A, Saberian P. Intranasal versus intramuscular/intravenous naloxone for pre-hospital opioid overdose: a systematic review and meta-analysis. *Advanced Journal of Emergency Medicine* 2020;4(2)

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

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

