

Document d'orientation sur la distribution et l'utilisation de trousse de naloxone à emporter par les intervenants et intervenantes communautaires en cas de surdose au Canada

Max Ferguson MPH MSN, Katherine Rittenbach PhD, Pamela Leece MD MSc, Alison Adams MPH, Fariyah Ali PhD, Tara Elton-Marshall PhD, Charlene Burmeister, Thomas D. Brothers MD, Andrea Medley MPH, Paul Choisil, Carol Strike PhD, Justin Ng, Diane L. Lorenzetti PhD, Kat Gallant MPP, Jane A. Buxton MBBS MHSc; pour le groupe d'élaboration des documents d'orientation relative à la naloxone

■ Citation : *CMAJ* 2023 August 28;195:E1112-23. doi : 10.1503/cmaj.230128-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230128

Résumé

Contexte : La toxicité croissante des opioïdes dans le marché illicite des drogues a fait exploser le nombre de surdoses au Canada et ailleurs dans le monde; le programme de naloxone à emporter (NàE) est une intervention fondée sur des données probantes qui consiste à distribuer des trousse contenant de la naloxone aux membres de la communauté susceptibles d'être témoins d'une surdose. L'objectif du présent document d'orientation est de formuler des recommandations stratégiques à l'intention des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux de NàE, en s'appuyant sur des données probantes issues de la documentation scientifique, de la littérature grise et des communautés, à la lumière de 11 années de distribution de NàE au Canada.

Méthodes : Le groupe d'élaboration des documents d'orientation sur la naloxone, une équipe multidisciplinaire composée de personnes ayant une expertise et une expérience vécue en matière de toxicomanie, a appliqué l'outil AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) afin d'éclairer l'élaboration du

présent document d'orientation. En vue de l'élaboration de nos recommandations, nous avons procédé entre décembre 2021 et septembre 2022 à une revue systématique de tous les types d'ouvrages dans le but de recueillir les données probantes publiées, ainsi que les données probantes et l'expertise issues de la communauté. Nous avons sollicité des commentaires sur nos recommandations préliminaires par le biais d'un comité de révision externe et d'un processus de participation du public. Le projet a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada dans le cadre de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). Nous avons appliqué les principes du Réseau international en matière de lignes directrices (Guidelines International Network) pour gérer les intérêts concurrents.

Recommandations : Les données probantes existantes issues de la documentation sur la NàE étaient de faible qualité. Pour élaborer nos recommandations, nous avons incorporé des données probantes tirées de la documentation scientifique et de la littérature grise, ainsi que

l'expertise de la communauté. Nos recommandations portent sur 3 volets : les voies d'administration de la naloxone, le contenu des trousse de NàE et les interventions en cas de situations de surdose. Les trousse distribuées par les programmes de naloxone à emporter doivent offrir le choix entre les préparations intramusculaire et intranasale. Le contenu recommandé de la trousse comprend la naloxone, un dispositif d'administration de la naloxone, un équipement de protection individuelle, des instructions et un étui de transport. Les intervenants et intervenantes communautaires formés à la réponse aux surdoses doivent prioriser la respiration artificielle en cas de dépression respiratoire, et la réanimation cardiorespiratoire (RCR) conventionnelle en cas d'arrêt cardiaque, entre autres interventions.

Interprétation : Ce projet d'élaboration d'un document d'orientation vise à guider les programmes de NàE au Canada dans un contexte où les données probantes publiées sont rares; les recommandations ont été élaborées en collaboration avec diverses parties prenantes.

Les opioïdes soulagent la douleur et causent de l'euphorie en se fixant aux récepteurs opioïdes μ dans le cerveau. Une personne qui absorbe une dose d'opioïdes (illégaux ou d'ordonnance) qui dépasse le seuil de tolérance de son organisme risque de subir une surdose d'opioïdes. Pendant une surdose d'opioïdes, la respiration est inhibée, ce qui peut provoquer un arrêt cardiaque, la défaillance d'autres organes et la mort par hypoxémie et hypercapnie¹. La toxicité croissante des opioïdes dans le marché déréglementé (illégal ou illicite) des drogues a fait exploser le nombre de surdoses au Canada et ailleurs dans le monde^{2,3}.

La naloxone est un antagoniste opioïde μ qui peut temporairement inverser la dépression respiratoire causée par une surdose d'opioïdes¹. La naloxone n'inverse pas les effets d'une surdose causée par des classes de médicaments autres que les opioïdes, comme les stimulants ou les benzodiazépines, ce qui complique les interventions en cas de situations de surdose en contexte de polytoxicomanie¹.

Les programmes de naloxone à emporter (NàE) au Canada sont mis en place aux échelons territorial, provincial ou fédéral et consistent à fournir des trousseaux contenant de la naloxone aux sites de NàE, lesquels distribuent ces trousseaux gratuitement et sans nécessiter d'ordonnance (voir l'encadré 1 pour des définitions)⁵. Ces sites fournissent aux personnes susceptibles d'être témoins d'une surdose des trousseaux contenant de la naloxone, ainsi que des outils permettant d'administrer le médicament en toute sécurité. La naloxone est également disponible à l'achat en dehors des programmes de NàE^{5,8}.

Les données probantes relatives aux programmes de NàE montrent que les interventions de santé publique sont efficaces pour réduire la mortalité associée aux opioïdes⁹. La naloxone est fréquemment administrée dans un contexte de soins de santé, mais le présent document d'orientation porte spécifiquement sur les programmes de NàE et sur l'utilisation de la naloxone dans la communauté par des intervenants et intervenantes qui répondent aux situations de surdose (voir l'encadré 1 pour des définitions).

Entre 2012 et 2017, toutes les provinces et tous les territoires du Canada ont créé des programmes de NàE subventionnés par l'État pour répondre à la crise des opioïdes⁵. Le travail de représentation des personnes faisant usage de drogues est à l'origine de la mise en place des programmes de NàE; dans un contexte où les politiques de santé ou les structures des systèmes de santé canadiens étaient inadéquates avant l'émergence de ces programmes, les intervenants et intervenantes importaient illégalement de la naloxone des États-Unis¹⁰. À l'heure actuelle, les personnes qui font usage de drogues sont les principales utilisatrices des trousseaux de NàE pour inverser les effets de surdose⁴.

Bien que les trousseaux de NàE soient disponibles partout au pays sans ordonnance et sans frais pour les personnes qui les reçoivent, les provinces et territoires du Canada ont créé leurs programmes de NàE de façon indépendante. En l'absence de lignes directrices nationales, les systèmes de distribution, les recommandations concernant les interventions en cas de situations de surdose et les préparations de naloxone disponibles varient d'une province et d'un territoire à l'autre, ce qui peut être source de confusion et de désarroi pour les utilisateurs finals et les utilisatrices finales⁵.

Encadré 1 : Définitions

Intervenant ou intervenante communautaire en cas de situations de surdose : Bien que certains ouvrages sur la naloxone à emporter (NàE) fassent référence à des « personnes profanes », nous avons choisi de parler d'« intervenants et intervenantes communautaires en cas de situations de surdose », car plusieurs personnes qui ont recours aux programmes de NàE possèdent une solide expertise dans le domaine de l'intervention en cas de surdoses¹. Aux fins du présent document d'orientation, un intervenant ou une intervenante communautaire lors de surdose est une personne qui répond à une situation de surdose en dehors des milieux de soins ou des sites de prévention des surdoses. Bien que les intervenants et intervenantes communautaires ne soient pas exclusivement des personnes faisant usage de drogues, ces dernières représentent une part importante des personnes qui répondent aux situations de surdose⁴. Des travailleurs et travailleuses dans le domaine de la réduction des préjudices et des professionnels et professionnelles de la santé emportent des trousseaux de NàE afin de pouvoir répondre aux situations de surdose hors de leur rôle professionnel; ils seraient, dans un tel contexte, considérés comme des intervenants et intervenantes communautaires en cas de situations de surdose.

Site de distribution : Une organisation soutenue par un programme de NàE qui fournit des trousseaux de NàE aux intervenants et intervenantes communautaires lors de situations de surdose. Ces sites peuvent être implantés dans différents milieux : organismes communautaires de réduction des préjudices, organisations de services sociaux, centres de santé, pharmacies et établissements de santé communautaires (p. ex., hôpitaux et services des urgences, établissements correctionnels, centres de traitement et de réadaptation, services d'incendie, commissariat de police, bureaux d'Ambulance Saint-Jean)⁵.

Personnes ayant une expertise et une expérience vécue : Dans cet article, lorsqu'il est question de personnes ayant une expertise et une expérience vécue, nous faisons référence aux gens qui ont une expérience déclarée en matière de consommation de drogues. Nous employons l'expression « personnes ayant une expertise et une expérience vécue » en reconnaissance du fait que les gens s'identifient d'une multitude de façons et que l'expérience vécue confère une réelle expertise⁶.

Programmes de naloxone à emporter : Au Canada, les programmes de NàE sont administrés par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral; ils fournissent des trousseaux de naloxone et donnent des orientations stratégiques aux sites de distribution dans leur région⁷. Les programmes fédéraux qui distribuent de la NàE comprennent le programme des services de santé non assurés (destiné à certains membres des Premières Nations ou du peuple inuit), Service correctionnel Canada (destiné aux personnes libérées dans la communauté après une incarcération fédérale), Anciens Combattants Canada et les Forces armées canadiennes^{5,7}.

Notre processus d'élaboration d'un document d'orientation a permis de cerner des questions importantes pour les programmes de NàE, de synthétiser les données probantes et de formuler des recommandations en collaboration avec un groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone. Ce groupe était composé de personnes ayant une expertise et une expérience vécue en matière d'usage de drogues et de réponse aux surdoses (voir l'encadré 1 pour des définitions), d'intervenants et intervenantes de première ligne qui répondent aux situations de surdose, de personnes travaillant à la réduction des

préjudices, de professionnels et professionnelles de la santé publique, de cliniciens et cliniciennes et d'universitaires spécialisés dans la réduction des préjudices provenant de tout le pays.

Le but de notre projet était de produire un document d'orientation stratégique nationale canadienne à l'intention des programmes territoriaux, provinciaux et fédéraux qui distribuent des trousse de NàE aux intervenants et intervenantes communautaires en vue de situations de surdose. Le rapport intégral se trouve à l'annexe 1 (accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230128/tab-related-content) et en ligne à l'adresse <https://crism.ca/naloxone-distribution/>.

Portée

L'objectif de ce document d'orientation est de formuler des recommandations politiques à l'intention des programmes de NàE territoriaux, provinciaux et fédéraux, lesquels aident les sites de NàE à distribuer des trousse de naloxone aux intervenants et intervenantes communautaires en vue de situations de surdose. Notre objectif était d'aborder des questions ayant une portée nationale et de favoriser la normalisation des pratiques dans l'ensemble des provinces et territoires du pays. Ce projet synthétise les données probantes existantes et le consensus des spécialistes relativement aux programmes de NàE qui viennent en aide aux intervenants et intervenantes communautaires en vue de situations de surdose hors des établissements de santé (voir l'encadré 1 pour des définitions).

Le public cible du présent document d'orientation stratégique est constitué des personnes prenant part à l'élaboration, au financement ou à l'administration des programmes de NàE. Ce document d'orientation peut intéresser les sites de distribution, les organismes de réduction des préjudices, les intervenants et intervenantes communautaires en cas de situations de surdose, les personnes travaillant à la réduction des préjudices, les professionnels et professionnelles de la santé publique et les cliniciens et cliniciennes. Elles peuvent également s'avérer utiles aux personnes qui élaborent de tels programmes ailleurs dans le monde.

Ce document d'orientation n'aborde pas la question de la formation des intervenants et intervenantes communautaires à l'utilisation de la naloxone ni celle de la surveillance et de l'évaluation des programmes.

Recommandations

Dans le cadre d'un processus de mobilisation au cours duquel nous avons sélectionné des thèmes prioritaires avec les parties prenantes, nous avons formulé 3 recommandations portant sur les voies d'administration de la naloxone, le contenu des trousse de NàE et les interventions en cas de situations de surdose. L'encadré 2 fournit de plus amples informations sur la gradation des recommandations et le tableau 1 résume les recommandations.

Les recommandations sont basées sur des facteurs comme les valeurs et préférences et les bienfaits et préjudices, tirés des ouvrages publiés et de la littérature grise, ainsi que des données probantes issues de la communauté. Ces données

Encadré 2 : Classification des recommandations

Nous avons classé les recommandations au moyen de l'approche GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) et déterminé si elles sont fortes ou conditionnelles¹¹. La force des recommandations est basée sur l'équilibre entre les conséquences souhaitables et indésirables, la qualité des données probantes publiées, les valeurs et préférences des personnes affectées et l'utilisation des ressources¹¹. La qualité des données probantes publiées est classée comme élevée, modérée, faible ou très faible¹¹.

Étant donné que notre document d'orientation s'applique surtout aux politiques, la force des recommandations est définie de la façon suivante :

Forte recommandation : La recommandation peut être transformée en politique dans la plupart des situations ou des régions¹¹.

Recommandation conditionnelle : L'élaboration d'une politique nécessitera un débat approfondi et la participation de nombreuses parties prenantes. Les politiques sont plus susceptibles de varier d'une région à l'autre¹¹.

Une forte recommandation est émise lorsque les effets souhaitables de la recommandation l'emportent sur les effets indésirables¹². Le cadre GRADE précise que la qualité des données probantes et la force des recommandations doivent être jugées séparément¹¹. Bien qu'il puisse être plus judicieux d'émettre de fortes recommandations lorsque les données probantes sont de faible qualité, cette approche est cohérente avec le cadre (section 1.2 du manuel GRADE)¹¹.

probantes ont été produites à partir des observations et expériences¹³ rapportées par les personnes ayant une expertise et une expérience vécue qui ont participé aux travaux du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone. On trouve de plus amples renseignements à l'annexe 2 (accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230128/tab-related-content).

Voies d'administration

Les programmes de NàE doivent offrir des préparations intramusculaires et intranasales de naloxone afin que les utilisateurs et utilisatrices des trousse puissent choisir leur préparation préférentielle (recommandation conditionnelle, données de très faible qualité).

Les programmes de NàE distribuent actuellement de la naloxone intramusculaire (injectée dans le muscle) et de la naloxone intranasale (pulvérisée dans les voies nasales et absorbée par la muqueuse nasale). Avec les 2 voies d'administration, la naloxone est biodisponible même lorsqu'une personne en surdose ne respire pas¹⁴.

Nous n'avons pas identifié de données primaires sur les voies d'administration de naloxone portant spécifiquement sur les interventions communautaires; toutefois, nous avons trouvé des revues qui incorporent des études sur l'administration de la naloxone dans les milieux de soins en lien avec notre recommandation. Les revues identifiées comprenaient 2 revues systématiques^{15,16}, 1 revue globale¹⁷, 2 recensions narratives^{18,19}, 1 analyse rapide²⁰, et des lignes directrices s'appuyant sur une méthodologie de revue systématique²¹.

Tableau 1 : Sommaire des recommandations sur la distribution et l'utilisation de la NàE par les intervenants et intervenantes communautaires en cas de situations de surdose au Canada

Thème	Recommandation	Force des recommandations	Qualité des données probantes issues des articles universitaires et de la littérature grise
Voie d'administration	Les programmes de NàE doivent offrir des préparations intramusculaires et intranasales de naloxone afin de que les utilisateurs et utilisatrices des trousse puissent choisir leur préparation préférée.	Conditionnelle	Très faible
Contenu des trousse	<p>Toutes les trousse de NàE doivent contenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un étui de transport reconnaissable • De gants autres qu'en latex • Un masque barrière pour pratiquer la respiration artificielle • Des instructions sur l'administration de la naloxone : <ul style="list-style-type: none"> • Les instructions sur la façon d'administrer la naloxone doivent être conçues en collaboration avec des personnes qui utilisent ces trousse. • Les programmes de NàE peuvent utiliser des instructions préexistantes ou développer leurs propres instructions en collaboration avec la communauté affectée. <p>Les trousse de naloxone intramusculaire à emporter doivent contenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moins 3 ampoules ou flacons de naloxone 0,4 mg/mL (parfois plus), à la discrétion du programme ou en fonction de l'expérience locale (un plus grand nombre d'ampoules ou de flacons peut être nécessaire dans les communautés qui présentent une forte prévalence de fentanyl de fabrication illégale et d'autres puissants opioïdes synthétiques) • Une seringue et une aiguille pour chaque ampoule ou flacon de naloxone • Des tampons antiseptiques • Un casse-ampoule (dans les trousse contenant des ampoules) <p>Les trousse de naloxone intranasale à emporter doivent contenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux dispositifs intranasaux de 4 mg/0,1 mL 	Forte	Très faible
Interventions en cas de situations de surdose	<p>La façon de répondre aux situations de surdose d'opioïdes suspectées doit dépendre des compétences et de l'aisance de l'intervenant ou de l'intervenante. Les personnes qui ont recours aux services des sites de distribution de NàE peuvent être formées par des pairs aux interventions en cas de situations de surdose, au moyen de ressources en ligne, par les programmes de NàE ou dans le cadre d'un cours de RCR.</p> <p>Les intervenantes et intervenants communautaires formés doivent suivre les étapes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer des stimuli verbaux et physiques vigoureux • Appeler les SMU* • Administrer la naloxone† • Si la personne qui fait une surdose est en dépression respiratoire, pratiquer la respiration artificielle • Si la personne qui fait une surdose est en arrêt cardiaque, effectuer les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire conventionnelles, y compris la respiration artificielle et les compressions thoraciques <p>Les sites de distribution de NàE qui ne sont pas en mesure d'offrir de formation sur les interventions en cas de situations de surdose doivent diriger les personnes vers les services qui le font, s'il y a lieu.</p>	Forte	Très faible

Remarque : NàE = naloxone à emporter, RCR = réanimation cardiorespiratoire, SMU = services médicaux d'urgence.

*Nous sommes conscients que de nombreuses personnes faisant usage de drogues ne sont pas à l'aise d'appeler les SMU, en particulier dans les régions où c'est la police qui répond généralement aux appels d'urgence en cas de surdose.

†Les orientations divergent en ce qui a trait à l'ordre d'exécution de la réanimation et de l'administration de la naloxone. Notre recommandation n'aborde pas la question de l'ordre d'exécution des mesures d'intervention.

Plusieurs revues ont conclu que les naloxones intranasales et intramusculaires inversaient de manière similaire les effets de surdose^{16,17,21}, tandis que Peprah et Frey ont montré que la naloxone intramusculaire avait « une efficacité [au moins] nominalement plus élevée »²⁰ [Traduction libre]. Voir l'annexe 1 pour une discussion approfondie sur la documentation, et l'annexe 3 (accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230128/tab-related-content) pour plus de détails sur les conclusions et sur les études incluses.

Nous avons évalué que la qualité des preuves scientifiques publiées était très faible aux fins du présent document, car nous n'avons pas trouvé d'études portant spécifiquement sur les interventions communautaires en cas de situations de surdose (plus de détails à l'annexe 3).

Bienfaits et préjudices

Les avantages des préparations intranasales sont la perception de facilité d'utilisation²²⁻²⁴ et les risques théoriquement plus faibles de transmission de maladies par le sang²² et de blessure par piqûre d'aiguille²³, bien que nous n'ayons relevé, dans la documentation, aucun cas de blessure par piqûre d'aiguille subie par des personnes qui administrent la naloxone. Ces risques peuvent être réduits par l'utilisation de seringues avec aiguille rétractable. La naloxone intramusculaire présente des avantages non négligeables, dont la possibilité d'ajuster la posologie²⁵ (tandis qu'avec la naloxone intranasale, seule la dose contenue dans le dispositif peut être administrée²⁶), la perception de facilité d'utilisation et la familiarité des intervenants et intervenantes communautaires avec le dispositif²⁵.

Valeurs et préférences de la communauté affectée

D'après les données probantes publiées, la plupart des utilisateurs et utilisatrices d'opioïdes^{24,27} préfèrent la naloxone intranasale à la naloxone intramusculaire lors d'une intervention en cas de situations de surdose. Dans les études, les utilisateurs et utilisatrices d'opioïdes et les personnes qui interviennent lors de situations de surdose ont manifesté une préférence pour la naloxone intranasale, celle-ci leur semblant plus confortable pour les personnes en surdose et plus rapide à administrer, les intervenants et intervenantes n'ayant pas à prélever la solution du flacon²⁴. Certaines personnes participantes aux études ont également déclaré leur préférence pour la naloxone intranasale en raison d'une aversion générale pour les aiguilles²⁴. Un plus petit nombre de personnes ont dit préférer la voie d'administration intramusculaire parce qu'elles y avaient déjà eu recours dans le passé et en raison d'une perception de facilité d'utilisation de cette méthode²⁴; d'autres ont indiqué qu'elles croyaient la naloxone intramusculaire plus efficace²⁷. Nous n'avons pas trouvé d'ouvrages qui traitent de ces préférences au Canada.

Opinions et données probantes provenant de la communauté

Bien que les données publiées suggèrent que les personnes faisant usage de drogues préfèrent la naloxone intranasale, les membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone ayant de l'expérience en matière de réponse aux surdoses ont fait part d'une forte préférence pour la naloxone

intramusculaire, car ils ont été plus fréquemment témoins de symptômes de sevrage précipités par la naloxone intranasale. Cependant, ils ont également soulevé des préoccupations concernant les difficultés qu'éprouvent les personnes avec des problèmes de dextérité manuelle ou de coordination à administrer la naloxone par voie intramusculaire.

Cette recommandation a fait l'objet d'un large soutien lors de la participation du public, tant dans les comités de consultation que dans les sondages. La plupart des gens qui ont pris part au processus de participation du public et qui intervenaient régulièrement dans des situations de surdose utilisaient et préféraient la naloxone intramusculaire, en raison de la possibilité d'ajuster la posologie pour éviter de précipiter les symptômes de sevrage. Toutefois, ils appuyaient quand même fortement une meilleure disponibilité de la naloxone intranasale.

Voici quelques-unes des autres raisons pour lesquelles les personnes participantes aux consultations publiques étaient favorables à une meilleure disponibilité de la naloxone intranasale :

- **Vitesse d'administration** : C'est un facteur qu'il est important de considérer en cas de rigidité musculaire chez la personne en surdose, si l'intervenant ou l'intervenante est alors incapable de pratiquer la respiration artificielle.
- **Accessibilité** : Les personnes participantes aux séances de consultation ont déclaré que bien des gens qui font usage de drogues et qui sont en situation de pauvreté sont confrontés à des obstacles physiques lorsqu'ils essaient d'administrer la naloxone intramusculaire (p. ex., s'ils ont perdu des doigts ou une main en raison d'une infection causée par des drogues contaminées, ou s'ils ont des engelures).
- **Facilité d'utilisation** : La facilité d'utilisation a été mentionnée comme un facteur particulièrement important lorsque les conditions d'administration sont difficiles, notamment en cas de stress extrême ou dans l'obscurité. La plupart des personnes participantes aux séances de consultation ont manifesté une préférence pour la naloxone intramusculaire, mais elles ont été nombreuses à préciser que les gens qui ne font pas usage de drogues pourraient être mal à l'aise d'administrer la naloxone par voie intramusculaire. Même si elles préfèrent recevoir de la naloxone intramusculaire dont la posologie a été ajustée, les personnes participantes ont souligné l'importance de s'assurer que les proches et amis qui ne font pas usage de drogues se sentent à l'aise d'administrer la naloxone.
- **Considérations relatives à l'environnement physique** : Dans les régions où les températures sont extrêmement basses, comme dans le nord du Canada, les aiguilles pourraient ne pas réussir à traverser plusieurs couches de vêtements, et il peut être difficile ou non sécuritaire d'en retirer. Des personnes participantes aux séances de consultation ont expliqué que leurs mains s'engourdissent dans le froid, ce qui complique l'administration intramusculaire.
- **Considérations relatives à la sécurité** : Des personnes participantes aux séances de consultation ont rapporté s'être coupées avec des flacons ou des ampoules cassés pendant une intervention.

Utilisation des ressources

Pour les programmes de NàE, l'achat et la distribution de la naloxone intranasale coûtent plus cher que la naloxone intramusculaire, bien que la différence de prix varie selon la région^{5,22,23}. Lors d'une analyse contextuelle des programmes de NàE territoriaux, provinciaux et fédéraux au Canada menée dans le cadre de ce projet, des parties prenantes clés ont souligné que le coût élevé de la naloxone intranasale la rendait difficile à financer⁵. Au moment de la collecte des données, le coût pour le programme de NàE était environ 10 fois plus élevé que la préparation intramusculaire équivalente. Pour 2 doses de naloxone injectable avec le contenu de la trousse, le prix à la consommation, hors des programmes de NàE subventionnés par l'État, varierait de 30\$ à 55\$. Pour 2 doses de vaporisation nasale de naloxone, le prix serait de 120\$ à 200\$⁵. En 2020, l'unité d'évaluation des technologies de la santé de l'Université de Calgary a noté que le prix de détail de la naloxone intranasale était 3 fois plus élevé que celui de la naloxone intramusculaire malgré une efficacité équivalente²².

Justification

Cette recommandation est conditionnelle et la qualité des données probantes tirées des articles universitaires et de la littérature grise était très faible. L'une des principales considérations a été l'augmentation substantielle des coûts liés aux programmes de NàE offrant les 2 voies d'administration. Bien que nous recommandions que les utilisateurs et utilisatrices de trousse de NàE puissent choisir entre la naloxone intramusculaire et la naloxone intranasale, nous comprenons que cela puisse ne pas être financièrement envisageable dans certaines régions.

Contenu des trousse

La recommandation sur le contenu des trousse (naloxone, dispositif d'administration, équipement de protection individuelle, instructions et étui de transport) est présentée au tableau 1 (forte recommandation, données de très faible qualité).

Notre recommandation sur le contenu des trousse est basée sur la littérature grise traitant des pratiques actuellement en vigueur dans différentes régions. Les trousse contiennent généralement de la naloxone, des dispositifs d'administration de la naloxone (seringues ou vaporisateur intranasal), de l'équipement de protection individuelle (gants jetables et masque barrière pour pratiquer la respiration artificielle), des instructions sur l'administration de la naloxone et un étui de transport⁵.

La littérature grise comprenait un programme de formation destiné aux fournisseurs de trousse de naloxone²⁸ et un outil d'aide à la décision sur l'administration intramusculaire ou nasale de la naloxone, publiés par les Services de santé de l'Alberta²⁹; des documents d'orientation à l'intention des fournisseurs de services communautaires par l'Association canadienne pour la santé mentale de l'Ontario³⁰; un document contenant une foire aux questions sur la naloxone publié par l'Ordre des pharmaciens du Manitoba³¹; un document d'orientation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)³²; et une analyse du contexte canadien menée par cette équipe de recherche⁵.

Les études sur l'élaboration des instructions sur l'administration de la naloxone indiquent que les utilisateurs et utilisatrices des trousse préfèrent que ces instructions soient simples et visuelles. Les instructions conçues en collaboration avec des personnes susceptibles de les utiliser ont amélioré les résultats des simulations d'intervention et potentiellement accru la probabilité de réussite de l'administration de la naloxone³³. Les instructions de chaque programme territorial, provincial et fédéral de NàE pourraient vraisemblablement être normalisées, mais les sites de distribution devraient pouvoir les adapter à une population spécifique et aux besoins de celle-ci (p. ex., les jeunes, ou les locuteurs d'une langue différente des 2 langues officielles). Les organisations devraient également pouvoir choisir d'ajouter des détails propres à leur contexte, comme la manière d'intervenir en cas de surdose dans les situations de froid extrême ou dans les zones rurales et éloignées.

Nous n'avons trouvé aucun ouvrage traitant du nombre de flacons ou d'ampoules que devraient contenir les trousse. Les membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone qui sont aux premières lignes des efforts de réduction des préjudices ont rapporté que l'inversion des effets de surdose nécessite souvent plus de 2 flacons ou ampoules de naloxone. Certains ont exprimé la préoccupation qu'une augmentation du nombre d'ampoules ou de flacons accroisse les taux de sevrage précipité, mais les intervenants et intervenantes peuvent recevoir une formation sur la prévention des doses excessives de naloxone; en fin de compte, il a été jugé plus important de fournir une quantité suffisante de naloxone pour sauver des vies. Les membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone ont également rapporté que la naloxone intranasale est moins susceptible de nécessiter une nouvelle dose, de sorte que la recommandation sur les doses additionnelles ne concerne que les trousse intramusculaires.

Une discussion approfondie sur la documentation est présentée à l'annexe 1, et l'annexe 3 contient plus de détails sur les conclusions et les études incluses. La qualité des preuves scientifiques publiées était très faible, aucune étude empirique sur les effets de différentes trousse de NàE n'ayant été identifiée (voir l'annexe 3 pour plus de détails).

Bienfaits et préjudices

Bien que le risque de transmission d'un agent pathogène, comme le SRAS-CoV-2, au cours d'une intervention en cas de situations de surdose reste mal défini, l'utilisation d'un masque barrière pour pratiquer la respiration artificielle et d'un autre équipement de protection individuelle peut réduire le risque de transmission des infections³⁴. L'équipement de protection individuelle, dont le masque barrière et les gants, peut également accroître la volonté des intervenants et intervenantes communautaires à administrer la naloxone et à pratiquer la respiration artificielle¹.

Les bienfaits d'inclure des membres de la communauté dans les tests de conception et d'acceptation lors de l'élaboration des instructions sont décrits ci-dessus. Le risque de précipitation des symptômes de sevrage était un élément important à prendre en compte pour déterminer le nombre de doses de naloxone, comme il est indiqué plus en détail ci-dessous.

Valeurs et préférences de la communauté affectée

La présence dans les trousse de 3 ampoules au lieu de 2 peut augmenter la capacité des intervenants et intervenantes à inverser les effets de surdose. Les données probantes publiées montrent que les intervenants et intervenantes administrent fréquemment plus de 2 flacons ou ampoules, bien qu'il ne soit pas possible de tirer des conclusions, à partir des données, sur la nécessité de ces doses additionnelles²⁵. Des données suggèrent que des doses plus élevées de naloxone augmentent le risque de déclenchement de symptômes de sevrage modérés ou graves²⁵; toutefois, ce risque peut être compensé en donnant une formation supplémentaire sur l'ajustement de la posologie. Des études montrent que les intervenants et intervenantes communautaires préfèrent utiliser un dispositif barrière au moment de pratiquer la respiration artificielle¹.

Opinions et données probantes provenant de la communauté

Les personnes participantes aux séances de consultation ont appuyé cette recommandation. Parmi les autres suggestions formulées, mentionnons la possibilité de fournir des masques plus robustes et plusieurs paires de gants, au cas où des gants seraient endommagés ou si plusieurs personnes participent à une même intervention.

Utilisation des ressources

Une revue systématique des évaluations économiques portant sur les programmes de NàE, dans divers contextes, a montré systématiquement l'efficacité des programmes par rapport à leur coût, ce qui laisse supposer qu'il est peu probable que le nombre d'ampoules de naloxone ou les autres différences mineures dans le contenu des trousse (comme le type d'étui de transport, de seringues ou d'équipement de protection individuelle) aient une incidence sur le rapport coût-efficacité global³⁵.

Justification

Nous avons émis une forte recommandation sur le contenu des trousse en raison de l'uniformité des pratiques dans le contexte canadien, malgré des données probantes de faible qualité. Les facteurs qui contribuent à la force de cette recommandation sont notamment l'absence de conséquences négatives observées, l'acceptation par la communauté affectée dans de multiples contextes (ouvrages publiés, groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone et participation du public, dans le cadre de groupes de consultation et de sondages), et l'absence de préoccupations concernant l'utilisation des ressources.

Interventions en cas de situations de surdose

La recommandation relative aux interventions en cas de situations de surdose, y compris la nécessité de la formation et les étapes d'intervention, est présentée au tableau 1 (forte recommandation, données de très faible qualité).

Les ouvrages pertinents sur les interventions en cas de situations de surdose comprenaient 3 lignes directrices cliniques^{1,21,32}, 3 rapports sur la littérature grise (1 examen rapide³⁶, 1 résumé des données probantes³⁷ et 1 rapport d'un groupe de travail technique sur la for-

mation en réanimation³⁸), ainsi que 1 étude pilote et 1 étude de faisabilité³⁹. Les conclusions de ces ressources divergent à l'égard des interventions en cas de situations de surdose, notamment quant au rôle de la respiration artificielle et à l'ordre d'exécution des étapes de réanimation. Une discussion approfondie sur la documentation est présentée à l'annexe 1, et l'annexe 3 contient plus de détails sur les conclusions et sur les études incluses.

Étant donné que le mandat des programmes de NàE comprend une formation sur les interventions en cas de situations de surdose, notre recommandation met l'accent sur cet aspect. Les données probantes recueillies par le groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone indiquent que les intervenants et intervenantes communautaires reçoivent effectivement une formation au moyen de différentes méthodes. Aux fins du présent document, nous reconnaissons que les personnes qui utilisent les programmes de NàE peuvent être formées aux interventions par leurs pairs, au moyen de ressources en ligne ou dans le cadre des programmes de NàE, ou encore lors des cours en réanimation cardiorespiratoire.

Dans la documentation, de multiples sources mentionnent que l'administration de la naloxone et le fait de composer le 9-1-1 ou d'autres numéros d'urgence sont des étapes cruciales dans les interventions en cas de situations de surdose^{1,21,32,36,38,39}. Trois documents d'orientation parlaient de la stimulation verbale et physique comme moyen d'évaluer si une personne est en surdose et de stimuler la respiration^{21,32,38}.

Les lignes directrices, pour les intervenantes et intervenants formés à répondre aux surdoses, peuvent varier selon que l'on soupçonne une dépression respiratoire ou un arrêt cardiaque. Les interventions en cas de situations de surdose doivent tenir compte de la physiopathologie des surdoses d'opioïdes. Lorsqu'une personne fait une surdose d'opioïdes, la régulation du souffle est altérée, la respiration est inhibée et une quantité insuffisante d'oxygène se rend au cerveau et aux autres organes¹. Étant donné que la personne en surdose respire mal, l'oxygène n'atteint pas le cœur et il y a un risque d'arrêt cardiaque (c.-à-d., le cœur cesse de battre ou les battements sont trop faibles pour alimenter les organes vitaux)¹.

Dépression respiratoire

Le Réseau ontarien de traitement du VIH³⁶ et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)²¹ recommandent que des intervenantes et des intervenants qualifiés pratiquent la respiration artificielle en l'absence d'une respiration régulière. Toutefois, dans cette situation, l'Association américaine de cardiologie (American Heart Association)¹ recommande la réanimation cardiorespiratoire conventionnelle avec compressions thoraciques et respiration artificielle, par des intervenantes et des intervenants formés à cet effet.

La respiration artificielle est efficace pour inverser les effets de surdose. Dans une étude menée auprès de 767 personnes ayant subi une surdose dans un lieu de consommation supervisée canadien, en présence d'infirmières et de pairs intervenants et intervenantes, toutes ces personnes ont été traitées avec de l'oxygène et une ventilation, et 93,2 % d'entre elles ont reçu de la naloxone; aucune n'a reçu de compressions thoraciques et elles ont toutes survécu⁴⁰.

Nous recommandons de limiter les manœuvres de réanimation à la respiration artificielle en cas de dépression respiratoire, compte tenu des dommages associés aux compressions thoraciques et parce que les membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone sont d'avis qu'il est possible d'apprendre aux intervenants et intervenantes à bien différencier la dépression respiratoire de l'arrêt cardiaque. Nous reconnaissons l'existence d'une controverse sur ce sujet; toutefois, le présent document d'orientation s'appuie sur l'expertise de membres de la communauté (intervenant lors de surdoses).

Arrêt cardiaque

L'Association américaine de cardiologie¹, le Réseau ontarien de traitement du VIH³⁶ et l'OMS²¹ recommandent que des intervenantes et des intervenants formés pratiquent la RCR conventionnelle, y compris la respiration artificielle et les compressions thoraciques, dans le contexte d'un arrêt cardiaque. La respiration artificielle oxygène le sang, et les compressions thoraciques activent la circulation d'une personne qui subit un arrêt cardiaque provoqué par une surdose.

Nous avons choisi de nous concentrer sur les mesures à prendre pendant une surdose plutôt que sur la formation à donner aux intervenants et intervenantes ou sur l'ordre d'exécution des manœuvres. D'autres détails sur les études incluses sont fournis à l'annexe 3, et l'annexe 1 présente une discussion approfondie sur la documentation.

Nous avons déterminé que la qualité des preuves scientifiques publiées est très faible, car nous n'avons trouvé aucune étude empirique qui compare différentes stratégies d'interventions communautaires lors de situations de surdose hors des milieux de soins (voir l'annexe 3 pour plus de détails).

Bienfaits et préjudices

Les considérations primordiales lors des interventions en cas de situations de surdose sont la préservation de la vie et l'atténuation des préjudices. Les compressions thoraciques causent des fractures aux côtes et au sternum⁴¹ et doivent être réservées aux situations où l'intervenant ou l'intervenante soupçonne un arrêt cardiaque ou n'est pas physiquement en mesure d'effectuer d'autres interventions, comme la respiration artificielle ou l'administration de naloxone, ou ne veut pas le faire.

Valeurs et préférences de la communauté affectée

Dans la documentation, les orientations relatives aux interventions en cas de situations de surdose varient, notamment quant au rôle de la respiration artificielle. Nous n'avons trouvé aucun ouvrage publié qui traite des valeurs et préférences en lien avec cette recommandation.

Opinions et données probantes provenant de la communauté

Les membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone ont suggéré le recours à la respiration artificielle lorsqu'une personne est en dépression respiratoire en raison d'une surdose d'opioïdes. Cette recommandation a été largement soutenue par les personnes ayant pris part au processus de participation du public, tant lors des groupes de consultation que des sondages. Toutefois, il y a eu des désaccords : 2 des 148 personnes

participantes aux consultations publiques ne pensaient pas que les intervenants et intervenantes communautaires pouvaient être formés à reconnaître la présence d'un pouls ou à pratiquer la respiration artificielle. Cependant, la plupart des personnes participantes aux consultations publiques ont déclaré pratiquer la respiration artificielle en cas de surdose et ne pas avoir de difficulté à déterminer si une personne victime de surdose était en arrêt cardiaque. Certaines ont mentionné qu'elles n'avaient pas reçu de formation sur la respiration artificielle, mais qu'elles aimeraient en suivre une. Il a été rapporté que des personnes avaient souvent des côtes fracturées après avoir reçu des compressions thoraciques, ce qui a été mentionné parmi les résultats indésirables de l'intervention.

Les personnes participantes aux séances de consultation ont déclaré qu'elles pratiquaient la respiration artificielle avant d'envisager l'administration de naloxone, afin de donner suffisamment d'oxygène aux personnes en surdose tout en évitant les symptômes de sevrage associés à la naloxone. On a fait valoir que cette approche préservait la relation avec les personnes faisant usage de drogues, qui étaient plus enclines à recourir de nouveau aux services après une surdose. Bon nombre des personnes participantes ont manifesté le souhait de recevoir une formation supplémentaire sur les interventions en cas de situations de surdose et sur le titrage de la naloxone.

Une préoccupation fréquemment soulevée lors des séances de consultation publique concernait la force excessive déployée au moment de l'application de stimuli pour tenter de réveiller une personne en état de surdose. Cette force excessive peut occasionner des contusions et des douleurs inutiles. En outre, les frottements sternaux sont perçus comme intrusifs par de nombreuses personnes ayant une poitrine le moins développé.

Utilisation des ressources

La formation sur les interventions en cas de situations de surdose doit comporter un volet sur la respiration artificielle, bien que cela ne semble pas avoir d'incidences substantielles sur le plan des ressources²¹.

Justification

Nous avons émis une forte recommandation à l'égard des interventions en cas de situations de surdose en raison de la nécessité de préserver la vie, de ne pas causer de préjudices et de respecter l'expertise et les préférences de la population affectée. La qualité des données probantes publiées était faible, mais les preuves scientifiques accréditées par des spécialistes sur les interventions en cas de situations de surdose et sur la formation aux interventions ont été jugées de grande qualité.

Méthodologie

L'élaboration des documents d'orientation stratégique canadienne en matière de NàE a commencé en décembre 2018 et s'est terminée en octobre 2022. Nous avons appliqué l'outil AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) pour éclairer l'élaboration de notre document d'orientation⁴² (annexe 4, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230128/tab-related-content). Le projet

d'élaboration d'un document d'orientation a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada pour le Programme de recherche en science de la mise en œuvre sur les interventions et les services liés aux opioïdes de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) (OCC-154821). Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans l'élaboration de ce document d'orientation. (Les auteurs et autrices reconnaissent la nature stigmatisante de l'expression « abus de substances » dans le nom de l'ICRAS. Elles et ils respectent l'autonomie des personnes faisant usage de drogues et favorisent un langage axé sur la personne.)

Composition des groupes participants

Les documents d'orientation sur la NàE au Canada ont été élaborés en collaboration avec un groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone composé de personnes ayant une expertise et une expérience vécue en matière d'usage de drogues et de réponse aux surdoses, d'intervenants et intervenantes de première ligne en cas de situations de surdose, de personnes travaillant à la réduction des préjudices, de professionnels et professionnelles de la santé publique, de cliniciens et cliniciennes et d'universitaires spécialisés dans la réduction des préjudices. La stratégie de recrutement et le rôle des comités sont expliqués autre part⁴³. Les personnes autochtones, noires et racisées, ainsi que les personnes de la communauté 2SLGBTQIA+ étaient explicitement invitées dans toute la documentation de recrutement du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone et étaient représentées dans le groupe final (une liste des membres du projet d'élaboration du document d'orientation figure à l'annexe 1).

Les 52 membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone étaient répartis en 6 sous-comités (par ordre chronologique d'implication). Les membres pouvaient siéger à plus de 1 comité, et au sein de tous les comités siégeaient des personnes ayant une expertise et une expérience vécue en matière d'usage de drogues et de réponse aux surdoses. Les comités étaient les suivants :

- Groupe de direction (3 membres : J.A.B., K.R., P.L.) : A assuré la supervision académique formelle du projet. Les membres étaient des cliniciens/cliniciennes et des universitaires spécialisés dans la réduction des préjudices.
- Équipe de recherche (6 membres, dont M.F., A.A. et J.N.) : A dirigé ou soutenu les activités de recherche, y compris la coordination des projets, le travail de revue systématique, l'animation de réunions, l'examen des intérêts concurrents et la rédaction de manuscrits et de rapports. Les membres avaient de l'expérience en santé publique, dans la réduction des préjudices, dans les soins de santé, en bibliothéconomie et dans les études juridiques.
- Comité directeur (9 membres : K.R., C.B., T.D.B., A.M., P.C., C.S., P.L., T.E.M., D.L., avec M.F. à l'animation) : A mené les discussions sur le document d'orientation, encouragé un débat productif et supervisé le processus d'élaboration du document. Les membres comprenaient des personnes ayant une expertise et une expérience vécue en matière d'usage de drogues et de réponse aux surdoses, des intervenants/intervenantes de première ligne en cas de situations de surdose, des personnes travaillant à la réduction des préjudices, de professionnels/professionnelles de la santé publique, des

cliniciens/cliniciennes et des universitaires spécialisés dans la réduction des préjudices.

- Comité consultatif sur la méthodologie (4 membres : P.L., F.A., T.E.M., D.L., avec M.F. à l'animation) : A donné des conseils sur les méthodes d'élaboration du document d'orientation dans une perspective de recherche en matière de santé.
- Comité des communautés affectées (8 membres, dont P.C., avec M.F. et J.A.B. à l'animation) : A fourni de l'orientation et des conseils sur les valeurs et préférences des personnes ayant une expertise et une expérience vécue en matière de distribution et d'utilisation de la NàE lors de surdoses d'opioïdes. Les membres comprenaient des intervenants/intervenantes de première ligne en cas de situations de surdose, des personnes travaillant à la réduction des préjudices et des professionnels/professionnelles de la santé publique.
- Comité d'expertise clinique (11 membres, dont C.B., avec M.F. à l'animation) : A fourni de l'orientation et des conseils, d'un point de vue clinique, sur l'utilisation de la naloxone lors de surdoses d'opioïdes. Les groupes professionnels représentés comprenaient des personnes travaillant à la réduction des préjudices, des pharmaciens/pharmaciennes, du personnel infirmier praticien et des médecins.
- Panel d'élaboration des lignes directrices (14 membres, dont F.A., T.D.B., A.M., C.S., K.G., avec M.F. à l'animation) : A voté sur les questions clés abordées dans le document d'orientation, au moyen d'un processus Delphi. Le comité des communautés affectées, le comité directeur et le comité d'expertise clinique ont tous été invités à se joindre au panel d'élaboration du document d'orientation. Les membres comprenaient des personnes ayant une expertise et une expérience vécue en matière d'usage de drogues et de réponse aux surdoses, des intervenants/intervenantes de première ligne en cas de situations de surdose, des personnes travaillant à la réduction des préjudices, de professionnels/professionnelles de la santé publique, des cliniciens/cliniciennes et des universitaires spécialisés dans la réduction des préjudices.
- Comité de révision externe (8 membres) : A évalué de façon indépendante le processus et les conclusions tirées tout au long du processus d'élaboration du document d'orientation. Les membres comprenaient des personnes ayant une expertise et une expérience vécue en matière de consommation de drogues et d'intervention en cas de surdose, des professionnels/professionnelles de la santé publique, des cliniciens/cliniciennes et des universitaires ayant de l'expertise en réduction des préjudices, du Canada et d'ailleurs dans le monde.

Sélection des thèmes prioritaires

Nous avons déterminé les questions sur lesquelles devait se pencher le projet d'élaboration du document d'orientation au moyen d'une méthode Delphi à 2 étapes, ce qui a permis au panel d'élaboration du document d'orientation de prioriser une liste de questions potentielles⁴³. Notre publication sur le processus contient de plus amples informations⁴³. Les tableaux 1 et 2 de l'annexe 5 (accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230128/tab-related-content) présentent une ventilation PICO (Patient/Problem, Intervention, Comparaison et Outcome) des 3 questions abordées.

Revue de la documentation et évaluation de la qualité

Avant d'entreprendre les revues systématiques, nous avons effectué une analyse contextuelle des programmes de NàE territoriaux, provinciaux et fédéraux subventionnés par l'État, afin de mieux comprendre les programmes et pratiques en vigueur au Canada⁵.

Les protocoles de revue systématique ont été enregistrés auprès de PROSPERO (codes d'enregistrement : 2021 CRD42021265012, RD42021265032, CRD42021264838). En consultation avec une bibliothécaire de recherche (D.L.L.), des bases de données (y compris MEDLINE, Embase [Ovid], CINAHL, APA Psyc-Info [EBSCOhost], le Registre central Cochrane des essais contrôlés, la Base de données Cochrane des revues systématiques, PROSPERO et Epistemonikos) et la littérature grise ont fait l'objet d'une recherche initiale à l'aide de combinaisons de mots clés et d'un vocabulaire contrôlé (p. ex., à l'aide des termes MeSH [Medical Subject Headings]). Les dernières recherches sur la documentation scientifique portant sur les voies d'administration, le contenu des trousseaux et les interventions en cas de situations de surdose remontent au 18 octobre 2021, au 23 juin 2021 et au 3 juin 2021, respectivement, et les dernières recherches sur la littérature grise sur ces 3 thèmes remontent au 30 juillet 2021, au 2 décembre 2021 et au 3 août 2021, respectivement (annexe 5).

Aucune limite de date ou de type de publication n'a été appliquée. La langue de publication était limitée à l'anglais ou au français, les langues officielles du Canada, et conformément à la capacité linguistique de l'équipe de recherche. Des détails sur la stratégie de recherche sont fournis à l'annexe 5.

Les titres et les résumés ont été examinés en fonction des critères d'admissibilité pour déterminer s'il fallait les inclure. Le texte intégral des documents qui semblaient pertinents a ensuite fait l'objet d'un examen. Si l'examen du texte intégral confirmait la pertinence du document, celui-ci était inclus dans la revue. Deux membres de l'équipe de recherche ont exécuté chacune des étapes de cette présélection de façon indépendante et réglé les éventuels désaccords par la discussion et le consensus, dans la mesure du possible. Au besoin, un troisième membre de l'équipe de recherche intervenait pour résoudre ces désaccords. La présélection a été effectuée dans le logiciel de revue systématique Covidence⁴⁴. Deux membres de l'équipe de recherche ont travaillé indépendamment et en double pour extraire les caractéristiques et les résultats d'études dans les documents retenus. De plus, chaque document a fait l'objet d'une évaluation critique double au moyen de l'outil MetaQT de Santé publique Ontario, soit une évaluation de pertinence, de fiabilité, de validité et d'applicabilité⁴⁵. Les désaccords ont été résolus par la discussion et le consensus. Nous avons utilisé une version modifiée de l'approche GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) pour évaluer la qualité des données probantes pour chaque résultat d'intérêt.^{11,46}

Élaboration des recommandations

Nous avons choisi l'outil GRADE parce qu'il est conçu pour évaluer la qualité globale de l'ensemble des données publiées dans les articles universitaires et la littérature grise et pour faciliter l'élaboration de recommandations au moyen de méthodes sys-

tématiques, transparentes et reproductibles, tout en sachant que la détermination de la qualité des données est subjective^{11,47}. Les données retenues, dans les articles universitaires et la littérature grise, ont été évaluées en fonction de critères GRADE sur le risque de biais, d'imprécision, d'incohérence, de caractère indirect et de parti pris de publication, et nous avons incorporé la qualité des données probantes dans notre processus décisionnel²².

Le groupe de direction et l'équipe de recherche ont produit des recommandations préliminaires et défini la force des recommandations à la lumière des données probantes issues des revues systématiques. Les recommandations proposées et leur force ont été communiquées au comité directeur, au comité des communautés affectées et au comité d'expertise clinique. Nous avons recueilli les commentaires sur le contenu et le libellé des recommandations, la force des recommandations et les éléments qui contribuent à la force des recommandations au moyen du logiciel de collecte de données REDCap (Research Electronic Data Capture). Des détails sur les sondages de rétroaction sont fournis à l'annexe 6 (accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230128/tab-related-content).

De plus, les sondages de rétroaction nous ont servis à recueillir des preuves scientifiques accréditées par des spécialistes de la communauté. Ces preuves peuvent être un moyen efficace d'élaborer des lignes directrices solides et fiables, en plus des données publiées¹³. Cette source de données a été particulièrement importante compte tenu de la très faible qualité des données publiées, lesquelles étaient parfois spécifiques à certaines régions hors du Canada ou divergeaient sur des conclusions clés. Les opinions et preuves scientifiques accréditées par des spécialistes (ou les données probantes issues de la communauté) sont une précieuse ressource dans l'élaboration de lignes directrices, surtout dans des cas comme celui-ci où les données probantes publiées sont insuffisantes¹³. Les spécialistes peuvent être des patients et patientes et des représentants et représentantes de patients et patientes (dans ce contexte, des personnes faisant usage de drogues) et des professionnels et professionnelles de la santé¹³. L'annexe 7 (accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230128/tab-related-content) résume les opinions et preuves scientifiques accréditées par des spécialistes sur lesquelles le groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone s'est fondé dans l'élaboration de ses recommandations. Nous avons recueilli des données probantes provenant de la communauté au moyen de sondages de rétroaction et les avons présentées lors des réunions du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone, au cours desquelles les membres ont eu l'occasion de préciser le contexte et de donner des éclaircissements, au besoin.

L'équipe de direction et de recherche, le comité consultatif sur la méthodologie, le comité directeur, le comité des communautés affectées et le comité d'expertise clinique se sont réunis en mode virtuel pour discuter des recommandations et arriver à un consensus. Les données publiées et provenant de la communauté ont été présentées aux comités et ont éclairé les débats sur les principaux thèmes, ainsi que le libellé des recommandations finales.

Révision externe

Le comité de révision externe était composé de 8 membres qui ont soumis du contenu et une expertise méthodologique dans le processus d'élaboration du document d'orientation. Ce comité a été invité à se prononcer sur la validité, la fiabilité, la reproductibilité et la faisabilité des orientations après la rédaction du rapport provisoire (voir l'annexe 1). Plusieurs auteurs/autrices (M.F., J.A.B., K.R., P.L.) ont apporté des modifications et soumis leurs observations au comité. Quelques précisions ont été apportées à la recommandation portant sur les interventions en cas de situations de surdose, autrement le comité n'a effectué aucune modification majeure aux recommandations dans le cadre de cette révision externe.

Après l'élaboration du document d'orientation, nous avons demandé l'avis du public sur le rapport provisoire et sur nos recommandations. Le matériel de recrutement en vue de la participation du public a été distribué par les membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone et des organismes de réduction des préjudices ont été contactés partout au pays. Les personnes autochtones, noires et racisées, ainsi que les personnes de la communauté 2SLGBTQIA+ étaient explicitement invitées dans toute la documentation de recrutement en vue des consultations publiques, et des aménagements en matière d'accessibilité ont été proposés et fournis aux personnes qui en avaient besoin. Au total, 73 personnes de partout au pays ont répondu au sondage en ligne entre le 1^{er} août et le 30 septembre 2022 (voir le sondage à l'annexe 6). Les personnes répondantes étaient admissibles au tirage de 2 cartes Visa d'une valeur de 100 \$.

Nous avons également invité les personnes qui consomment ou qui ont consommé des drogues, ou qui interviennent dans des situations de surdose en milieu communautaire, à participer à des séances de consultation d'une durée de 90 minutes au cours desquelles nous avons présenté nos recommandations. Les personnes participantes aux séances de consultation ont touché des honoraires de 50 \$. Au total, 75 personnes ont participé à 15 séances de consultation entre le 1^{er} août et le 30 septembre 2022. Compte tenu de l'appui exprimé envers nos recommandations par les personnes participantes aux séances, nous nous sommes inspirés de leurs observations pour clarifier le libellé et mieux contextualiser notre rapport. Les personnes participantes aux séances ont émis bon nombre des mêmes observations que le groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone (voir l'annexe 7).

Gestion des intérêts concurrents

Nous avons appliqué les principes du Réseau international en matière de lignes directrices pour gérer les intérêts concurrents⁴⁸. L'auteur J.N. a préparé un formulaire de divulgation des conflits d'intérêts en se basant sur les recommandations de l'Institut de médecine américain (US Institute of Medicine)⁴⁹. Nous avons distribué le formulaire aux membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone au début de leur participation au projet. Nous avons demandé aux membres des comités de divulguer tout conflit d'intérêt financier, institutionnel ou intellectuel. Deux membres de l'équipe (M.F. et J.N. ou J.A.B.) ont vérifié si les formulaires remplis révélaient des conflits potentiels. Les responsables de la vérification ont résolu les divergences d'opinions par la discussion et la recherche d'un consensus informel.

Au moyen d'un cadre dérivé des principes du Réseau international en matière de lignes directrices⁴⁸, nous avons évalué quantitativement les intérêts concurrents de chacun des membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone sur une « échelle de pertinence » de 0–5, ou les avons considérés comme « sans objet ». Parmi les 52 membres ayant participé à l'élaboration des lignes directrices, 18 n'ont déclaré aucun intérêt et ont par conséquent été considérés comme « sans objet » dans le système de notation. Au total, 26 membres ont déclaré des intérêts qui ont été jugés non pertinents à l'égard du projet, obtenant une note de 0 sur l'échelle de pertinence. Les membres de l'équipe de recherche qui ne participaient pas à l'élaboration des recommandations n'ont pas eu à soumettre de formulaire de divulgation des conflits d'intérêts. Aucun membre n'a été exclu ou n'a vu sa participation restreinte en raison d'un conflit d'intérêts direct de nature financière. L'annexe 1 donne plus de détails sur la gestion des intérêts concurrents et contient une liste complète des membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone.

Mise en œuvre

Nos recommandations nécessitent des investissements supplémentaires dans les programmes de NàE à l'échelle provinciale, territoriale ou fédérale pour ajouter plus d'ampoules ou de flacons de naloxone dans les trousse, rendre plus accessible la naloxone intranasale et élargir potentiellement les possibilités de formation sur les interventions en cas de situations de surdose.

En plus de publier les recommandations dans des revues en libre accès et évaluées par les pairs, nous déposerons également un rapport à l'intention des communautés sur le site Web de l'ICRAS.

Bien que le financement actuel de ce projet ne permette pas d'actualiser ce document d'orientation stratégique, nous avons publié des détails sur d'autres questions que le groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone jugeait importantes d'inclure dans les directives canadiennes⁴³. Nous avons en outre donné des précisions sur les méthodes de revue systématique qui nous ont servi à identifier les données probantes pertinentes dans les articles universitaires et la littérature grise (annexe 5), afin que de nouvelles informations puissent être recueillies à l'aide de méthodes rigoureuses et cohérentes.

Autres documents d'orientation

Six autres documents d'orientation ont été publiés avec des recommandations. Nos conclusions et recommandations sur les interventions en cas de situations de surdose et sur les voies d'administration correspondent essentiellement aux directives de l'OMS de 2014²¹. Notre mandat s'écartait des lignes directrices publiées en 2018 par l'INESSS, lesquelles mettaient l'accent sur les approches de réanimation dans les interventions en cas de situations de surdose dans la communauté au Québec³². Devant l'absence de consensus entre les spécialistes et le manque de données empiriques, la ligne directrice de l'INESSS recommandait de

promouvoir uniquement les manœuvres de compressions thoraciques pour les intervenants et intervenantes communautaires non dûment formés. Bien que la ligne directrice de l'INESSS et notre document d'orientation soulèvent des préoccupations similaires à propos des connaissances des intervenantes et intervenants, notre document d'orientation définit les intervenantes et intervenants qualifiés comme des personnes qui ont suivi une formation par des pairs ou au moyen de ressources en ligne, une formation développée par les programmes de NàE ou un cours de RCR, tandis que la ligne directrice de l'INESSS définit les intervenantes et intervenants qualifiés comme des personnes ayant reçu une formation approfondie portant spécifiquement sur la RCR. Une ressource récente de l'Association américaine de cardiologie indique que certaines « personnes profanes qualifiées », y compris celles qui ont reçu une formation dans le cadre des programmes d'éducation sur les surdoses et de distribution de naloxone, sont capables de pratiquer la RCR et la respiration artificielle et d'administrer de la naloxone de façon tout à fait compétente¹. De plus, l'INESSS recommandait des stratégies spécifiques pour améliorer la formation sur l'intervention en cas de situations de surdose et pour assurer une surveillance et une évaluation continues des programmes de NàE, ce que nous n'avons pas abordé dans notre document d'orientation.

La ligne directrice de l'Association américaine de cardiologie sur le traitement des arrêts cardiaques provoqués par des opioïdes comprend des recommandations distinctes pour les effectifs de la santé et les intervenants et intervenantes profanes¹. L'Association américaine de cardiologie recommande que les personnes incapables de reconnaître la présence d'un pouls avec fiabilité pratiquent la RCR conventionnelle, y compris les compressions thoraciques et la respiration artificielle¹.

La plupart des lignes directrices ne traitent pas du même contexte ou contenu. Wegner et ses collègues ont publié des documents d'orientation définie par consensus sur les meilleures pratiques pour les programmes de NàE et d'éducation sur les surdoses aux États-Unis⁵⁰. Ils recommandent principalement qu'on garantisse un accès facile à la naloxone, en fonction des besoins, et qu'une grande quantité de naloxone soit disponible dans les communautés. Tsuyuki et ses collègues, dans leurs lignes directrices établies par consensus sur les ordonnances de NàE délivrées en pharmacie au Canada, recommandent que l'on remette une trousse de NàE à tous les patients et patientes qui y reçoivent un opioïde, et qu'un pharmacien ou une pharmacienne leur prodigue des conseils⁵¹. Les lignes directrices sur le traitement médicamenteux des troubles liés à la consommation d'opioïdes de la Société médicale américaine sur la dépendance (American Society of Addiction Medicine) recommandent qu'on administre de la naloxone en cas de surdose et que les personnes souffrant d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes, leur famille et les premiers répondants et premières répondantes reçoivent une formation sur les interventions en cas de situation de surdose et qu'ils aient accès à de la naloxone⁵².

Lacunes dans les connaissances

Peu de recherches primaires traitent de nos questions de recherche concernant les intervenants et intervenantes communautaires lors de situations de surdose. Les gens qui œuvrent

dans la réduction des préjudices pourraient tirer profit de recherches dirigées par des personnes faisant usage de drogues ou créées en étroite collaboration avec elles sur des thèmes comme le contenu des trousse, les voies d'administration de naloxone et les interventions en cas de situations de surdose.

Les principes de réduction des préjudices exigent une meilleure inclusion de la communauté affectée dans le processus d'élaboration des lignes directrices⁵³. Plusieurs membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone ayant une expertise et une expérience vécues et actuelles de l'usage de drogues et des interventions en cas de situations de surdose ont fait part de leur frustration de ne pas être représentés dans les ouvrages qui déterminent la prestation de services aux personnes faisant usage de drogues, et ils ont parlé de la manière dont les personnes faisant usage de drogues créent et communiquent des stratégies d'intervention.

Les personnes participantes aux séances de consultation publique ont fréquemment insisté sur l'importance d'une formation normalisée et de grande qualité. Bien qu'il n'ait pas été question, dans le cadre de notre projet, de formuler des recommandations à propos de la formation sur la NàE, nous avons consigné quelques-unes des principales observations formulées et les avons résumées à l'annexe 7.

Une préoccupation soulevée lors des séances de consultation publique est le manque de disponibilité de la naloxone (annexe 7). Une prochaine étape importante pourrait consister à déterminer les obstacles à l'accès aux programmes de NàE au Canada et à élaborer différentes stratégies pour les abattre.

Limites

Nous avons constaté la très faible qualité des données probantes publiées dans les ouvrages scientifiques et dans la littérature grise à l'égard de nos questions de recherche, axées sur les intervenants et intervenantes communautaires.

Compte tenu de la très faible qualité des données probantes répertoriées par nos revues systématiques et du degré élevé d'expertise apporté par le groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone, les preuves scientifiques accréditées par des spécialistes ont joué un rôle important dans le processus d'élaboration des lignes directrices. À l'annexe 2, nous présentons les opinions et preuves scientifiques accréditées par des spécialistes afin de marquer la différence entre les faits¹³ rapportés par le groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone et les conclusions tirées à la lumière de ces faits.

Conclusion

Ce projet d'élaboration d'un document d'orientation vise à guider les programmes de NàE au Canada dans un contexte où les données probantes publiées sont rares. Nous formulons des recommandations sur le contenu des trousse, les voies d'administration de naloxone et les interventions en cas de situations de surdose. Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec diverses parties prenantes.

Références

- Dezfulian C, Orkin AM, Maron BA, 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:e836-e870.
- United Nations Office on Drugs and Crime. “Stop overdose safely”: How UNODC and WHO save lives by managing opioid overdose in Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan and Ukraine. Vienna (Austria): UNODC and the World Health Organization; le 6 mai 2021. Accessible ici : <https://www.unodc.org/centralasia/en/news/stop-overdose-safely-how-unodc-and-who-save-lives-by-managing-opioid-overdose-in-kazakhstan-kyrgyzstan-tajikistan-and-ukraine.html> (consulté le 9 août 2022).
- Federal, provincial, and territorial Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. Apparent opioid and stimulant toxicity deaths: surveillance of opioid- and stimulant-related harms in Canada (June 2023). Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2023. Accessible ici : <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/> (consulté le 30 juin 2023).
- Lei V, Ferguson M, Geiger R, et al. Factors associated with take-home naloxone kit usage in British Columbia: an analysis of administrative data. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2022;17:25.
- Moustaqim-Barrette A, Elton-Marshall T, Leece PN, et al. Environmentalscan naloxone access and distribution in Canada. Vancouver: The University of British Columbia; 2019. Accessible ici : <https://doi.library.ubc.ca/10.14288/1.0379400> (consulté le 11 déc. 2020).
- Austin T, Boyd J; People with Lived Expertise of Drug Use Working Group. Having a voice and saving lives: a qualitative survey on employment impacts of people with lived experience of drug use working in harm reduction. *Harm Reduct J* 2021;18:1.
- Pant S, Severn M. Funding and management of naloxone programs in Canada. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018. Accessible ici : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/ES0319_funding_and_management_of_naloxone_programs_in_canada.pdf (consulté le 15 janv. 2023).
- Environmental scan: access to naloxone across Canada. Ottawa: Canadian Pharmacists Association; 2017. Accessible ici : https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/Environmental%20Scan%20-%20Access%20to%20Naloxone%20Across%20Canada_Final.pdf (consulté le 15 janv. 2023).
- Irvine MA, Kuo M, Buxton JA, et al. Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction* 2019;114:1602-13.
- Dodd Z, McClelland A. Developing an anarchist response on hep C & HIV. Taking risks is a path to survival. *Tumblr* 16 juil. 2017. Accessible ici : <https://hivhepcanarchist.tumblr.com/post/163060083647/taking-risks-is-a-path-to-survival-by-zoe-dodd> (consulté le 25 oct. 2022).
- Schünemann HJ, Brożek J, Guyatt G, et al., éditeurs. GRADE handbook. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group; 2013. Accessible ici : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwns6pm0f2> (consulté le 8 sept. 2021).
- Thombs BD, Straus SE, Moore AE; Collaborating Members of the Canadian Task Force for Preventive Health Care. Update on task force terminology and outreach activities. *Can Fam Physician* 2019;65:12-3.
- Schünemann HJ, Zhang Y, Oxman AD. Distinguishing opinion from evidence in guidelines. *BMJ* 2019;366:14606.
- McDonald R, Lorch U, Woodward J, et al. Pharmacokinetics of concentrated naloxone nasal spray for opioid overdose reversal: Phase I healthy volunteer study: concentrated naloxone nasal spray pharmacokinetics. *Addiction* 2018;113:484-93.
- Mueller SR, Walley AY, Calcaterra SL, et al. A review of opioid overdose prevention and naloxone prescribing: implications for translating community programming into clinical practice. *Subst Abuse* 2015;36:240-53.
- Chou R, Korthuis PT, McCarty D, et al. Management of suspected opioid overdose with naloxone in out-of-hospital settings: a systematic review. *Ann Intern Med* 2017;167:867-75.
- Razaghizad A, Windle SB, Filion KB, et al. The effect of overdose education and naloxone distribution: an umbrella review of systematic reviews. *Am J Public Health* 2021;111:e1-e12.
- Lewis CR, Vo H, Fishman M. Intranasal naloxone and related strategies for opioid overdose intervention by nonmedical personnel: a review. *Subst Abuse Rehabil* 2017;8:79-95.
- Weaver L, Palombi L, Bastianelli KMS. Naloxone administration for opioid overdose reversal in the prehospital setting: implications for pharmacists. *J Pharm Pract* 2018;31:91-8.
- Peprah K, Frey N. Intranasal and intramuscular naloxone for opioid overdose in the pre-hospital setting: a review of comparative clinical and cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017. Accessible ici : <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0865%20Intranasal%20Naloxone%20Update%20Final.pdf> (consulté le 26 mai 2022).
- Community management of opioid overdose. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014. Accessible ici : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK264311/> (consulté le 11 déc. 2020).
- Comparative effectiveness and cost-effectiveness of intranasal naloxone compared to intramuscular naloxone. Edmonton: University of Calgary; 2020. Accessible ici : https://obrieniph.ucalgary.ca/sites/default/files/teams/5/Naloxone_Oct9%20FINAL_Submit_for%20website.pdf (consulté le 15 janv. 2023).
- Martin T. Update after 20 years of take-home naloxone programs. Basel (Suisse): 37th International Congress of the European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (EAPCCT); 2017. Accessible ici : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15563650.2017.1309792> (consulté le 15 janv. 2023).
- Neale J, Farrugia A, Campbell AN, et al. Understanding preferences for type of take-home naloxone device: international qualitative analysis of the views of people who use opioids. *Drugs (Abingdon Engl)* 2022;29:109-20.
- Moustaqim-Barrette A, Papamihali K, Williams S, et al. Adverse events related to bystander naloxone administration in cases of suspected opioid overdose in British Columbia: an observational study *PLoS One* 2021;16:e0259126.
- Dale O. Pharmacokinetic considerations for community-based dosing of nasal naloxone in opioid overdose in adults *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2022;18:203-17.
- Boeri M, Lamonica AK. Naloxone perspectives from people who use opioids: findings from an ethnographic study in three states. *J Am Assoc Nurse Pract* 2020;33:294-303.
- Community-based naloxone program opioid poisoning response: curriculum guide for trainers. Calgary: Alberta Health Services; 2020:46. Accessible ici : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-cbn-opioid-poisoning-response-curriculum-guide.pdf> (consulté le 24 févr. 2022).
- Intramuscular and nasal naloxone administration: suspected opioid poisoning (overdose) Decision Support Tool. Calgary: Alberta Health Services; 2020:16. Accessible ici : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-im-nasal-naloxone-administration-opioid-poisoning-dst.pdf> (consulté le 15 janv. 2023).
- Reducing harms: recognizing and responding to opioid overdoses in your organization. Demorestville (ON): Canadian Mental Health Association Ontario; 2018. Accessible ici : <https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2018/05/CMHA-Ontario-Reducing-Harms-Updated.pdf> (consulté le 24 févr. 2022).
- Naloxone: frequently asked questions. Winnipeg: College of Pharmacists of Manitoba; 2020. Accessible ici : <https://cphm.ca/wp-content/uploads/Resource-Library/Naloxone/Naloxone-FAQ-MB.pdf> (consulté le 24 févr. 2022).
- Jobin N, Rossignol M. La réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdose d'opioïdes dans la communauté. Québec: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2018:78. Accessible ici : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Avis_naloxone_RCR.pdf (consulté le 15 janv. 2023).
- Harvey GS, Bubric K. *Information design to save lives: visualizing data in the design of overdose kits (Lecture Notes in Computer Science; vol. 12423). Proceedings from HCI International 2020 — Late breaking papers: user experience design and case studies 22nd HCI International Conference, HCI 2020*; 19-24 juil. 2020; Copenhagen. Springer International Publishing; 2020. Accessible ici : <https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-60114-0> (consulté le 24 févr. 2022).
- Fragkou PC, Dimopoulou D, Latsios G, et al. Transmission of infections during cardiopulmonary resuscitation. *Clin Microbiol Rev* 2021;34:e0001821. doi : 10.1128/CMR.00018-21.
- Cherrier N, Kearon J, Tetreault R, et al. Community distribution of naloxone: a systematic review of economic evaluations. *Pharmacoecon Open* 2022;6:329-42.
- Rapid Response Service. Chest compressions and rescue breathing when administering naloxone in opioid overdose. Toronto: Ontario HIV Treatment Network; 2016. Accessible ici : https://www.ohtn.on.ca/wp-content/uploads/rapid-response/RR108_Opioid-Overdose.pdf (consulté le 15 janv. 2023).
- Evidence Brief: Evidence on rescue breathing or chest compressions in local naloxone programs. Toronto: Public Health Ontario; 2016.
- New York State Technical Working Group on Resuscitation Training in Naloxone Provision Programs: New York State, Department of Health, AIDS Institute; 2016:16. Accessible ici : https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/opioid_overdose_prevention/docs/resuscitation_training.pdf (consulté le 15 janv. 2023).
- Seal KH, Thawley R, Gee L, et al. Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: a pilot intervention study. *J Urban Health* 2005;82:303-11.
- Rowe A, Chang A, Lostchuck E, et al. Out-of-hospital management of unresponsive, apneic, witnessed opioid overdoses: a case series from a supervised consumption site. *Can J Emerg Med* 2022;24:650-8.
- Hoke RS, Chamberlain D. Skeletal chest injuries secondary to cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 2004;63:327-38.
- Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K; AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152. doi : 10.1136/bmj.i1152.

43. Ferguson M, Medley A, Rittenbach K, et al. Priority setting for Canadian take-home naloxone best practice guideline development: an adapted online Delphi method. *Harm Reduct J* 2022;19:71.
44. Covidence systematic review software. Melbourne (AU): Veritas Health Innovation; 2022. Accessible ici : www.covidence.org (consulté le 1 avr. 2023).
45. Rosella L, Pach B, Morgan S, et al. Meta-tool for quality appraisal of public health evidence: PHO MetaQAT. Toronto: Public Health Ontario; 2015. Accessible ici : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/m/2016/metaqat.pdf?la=en> (consulté le 15 juin 2021).
46. Siemieniuk R, Guyatt G. What is GRADE? *BMJ Best Practice* 2019. Accessible ici : <https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/> (consulté le 30 juil. 2022).
47. Hilton Boon M, Thomson H, Shaw B, et al. Challenges in applying the GRADE approach in public health guidelines and systematic reviews: a concept article from the GRADE Public Health Group. *J Clin Epidemiol* 2021;135:42-53.
48. Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines International Network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med* 2015;163:548-53.
49. *Conflict of interest in medical research, education, and practice*. Dans : Lo B, Field MJ; Institute of Medicine (US) Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice, editors. Washington (D.C.): National Academies Press (US); 2009. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22942/> (consulté le 15 janv. 2023).
50. Wenger LD, Doe-Simkins M, Wheeler E, et al. Best practices for community-based overdose education and naloxone distribution programs: results from using the Delphi approach. *Harm Reduct J* 2022;19:55.
51. Tsuyuki RT, Arora V, Barnes M, et al. Canadian national consensus guidelines for naloxone prescribing by pharmacists. *Can Pharm J (Ott)* 2020;153:347-51.
52. Kampman K, Jarvis M. American Society of Addiction Medicine (ASAM) national practice guideline for the use of medications in the treatment of addiction involving opioid use. *J Addict Med* 2015;9:358-67.
53. Adams A, Ferguson M, Greer AM, et al. Guideline development in harm reduction: Considerations around the meaningful involvement of people with lived and living experience. *Drug Alcohol Depend Rep* 2022;4:100086.

Intérêts concurrents : Thomas Brothers déclare avoir reçu une bourse de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de la Fondation de recherche en médecine interne de l'Université Dalhousie, dans le cadre des travaux présentés ici. Jane Buxton déclare avoir reçu une subvention de l'IRSC à l'initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) pour le travail supervisé et géré par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, dans le cadre des travaux présentés ici. Elle a également reçu des honoraires du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) pour la rédaction du préambule d'un rapport, du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique et de l'Université calédonienne de Glasgow; et elle a reçu des honoraires de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et de l'Association canadienne des infirmières d'hépatologie pour donner des présentations, dans chaque cas indépendamment des travaux soumis. Katherine Rittenbach était une employée des Services de santé de l'Alberta pendant la tenue de l'étude. Pendant la même période, Pamela Leece déclare avoir reçu des subventions des institutions publiques suivantes, administrées par Santé publique Ontario (Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé) : IRSC, Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada. Tara Elton-Marshall déclare avoir reçu une subvention de l'IRSC, indépendamment des travaux soumis. Charlene Burmeister est directrice générale de la Coalition des toxicomanes du Nord (Coalition of Substance Users of the North). Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (Ferguson, Adams, Burmeister, Choisl, Ng, Buxton), Vancouver, C.-B.; Département de psychiatrie (Rittenbach), Université de Calgary, Calgary, Alb.; Département de psychiatrie (Rittenbach), Université de l'Alberta, Edmonton, Alb.; Santé publique Ontario (Leece); École Dalla Lana de santé publique (Leece, Elton-Marshall, Strike) et Département de médecine familiale et communautaire (Leece), Université de Toronto; Institut de recherche sur les politiques de santé mentale (Ali, Elton-Marshall), Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ont.; École d'épidémiologie et de santé publique (Elton-Marshall), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Département de médecine (Brothers), Université Dalhousie, Halifax, N.-É.; Centre collaboratif pour la santé inclusive UCL (Brothers), Collège universitaire de Londres, Londres, Royaume-Uni; Centre de santé des Autochtones (Medley), École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, Baltimore, Md.; Programme d'interventions d'urgence en cas de surdose et de toxicomanie (Medley), Régie de la santé du littoral de Vancouver, Vancouver, C.-B.; Bibliothèque des sciences de la santé (Lorenzetti), Université de Calgary; Département des sciences de la santé communautaire (Lorenzetti), École de médecine Cumming, Université de Calgary; Institut O'Brien de santé publique (Lorenzetti), Université de Calgary, Calgary, Alb.; Centre de traitement de la toxicomanie de la Colombie-Britannique (Gallant); École de santé des populations et de santé publique (Buxton), Université de Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.

Collaborateurs : Farihah Ali, Jane Buxton, Tara Elton-Marshall, Max Ferguson, Kat Gallant, Pamela Leece, Diane Lorenzetti et Katherine Rittenbach ont contribué à la conception et à l'élaboration du travail. Max Ferguson, Alison Adams et Justin Ng ont contribué à l'acquisition des données. Farihah Ali, Thomas Brothers, Paul Choisl, Charlene Burmeister, Jane Buxton, Max Ferguson, Kat Gallant, Pamela Leece, Andrea Medley, Katherine Rittenbach et Carol Strike ont contribué à l'analyse et à l'interprétation des données. Max Ferguson et Alison Adams ont rédigé le manuscrit. Tous les auteurs et autrices ont révisé de manière critique le contenu intellectuel important, ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et ont accepté d'être responsables de tous les aspects du travail. Toutes et tous étaient membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone. Jane Buxton, Katherine Rittenbach et Pamela Leece se sont partagé le rôle d'autrices principales.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY 4,0), qui permet à d'autres de distribuer, remixer, adapter et développer ce travail, pour un usage commercial, à condition que l'œuvre originale soit correctement citée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>

Financement : Le projet d'élaboration de lignes directrices a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada pour le Programme de recherche en science de la mise en œuvre sur les interventions et les services liés aux opioïdes de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) (OCC-154821). Les points de vue et les intérêts de l'organisme de financement n'ont eu aucune influence sur les recommandations finales.

Remerciements : Les auteurs reconnaissent avec gratitude que cet ouvrage a été rédigé sur les territoires traditionnels non cédés et contemporains des Premières Nations Salish de la côte, y compris les territoires des Nations x̱m̱əθḵw̱əy̱əm (Musqueam), Skwxwú7mesh (Squamish) et səliiḻwətaʔḻ (Tsilil-Waututh). Ce rapport a été rédigé en collaboration avec des partenaires de partout au Canada. Bien que certains membres du groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone soient des Autochtones et résident sur des terres dont leurs nations prennent soin depuis des temps immémoriaux, plusieurs d'entre nous ont l'immense privilège d'être des invités non sollicités sur des terres partout au Canada. Les auteurs remercient le groupe d'élaboration du document d'orientation sur la naloxone pour ses contributions au projet dans un contexte d'escalade des décès par intoxication et de pandémie de COVID-19. Le groupe a consacré beaucoup de temps à ce projet dans le but d'améliorer l'infrastructure de réduction des préjudices au Canada, et les auteurs sont privilégiés de travailler aux côtés de ses membres.

Correspondance : Jane Buxton, jane.buxton@bccdc.ca