



# Les soins primaires et la GRC

## Partenariat insolite pour la réduction des préjudices liés aux opioïdes

Arden R. Barry PharmD ACPR Chantal E. Chris MD CCFP

Le Canada est aux prises avec une crise nationale de surdoses d'opioïdes, surtout en Colombie-Britannique (C.-B.). En 2017, 1448 Britanno-Colombiens sont décédés d'une surdose de drogues illicites<sup>1</sup>. Le fentanyl était en cause dans 84% des cas, et le carfentanil, un puissant analogue du fentanyl utilisé commercialement pour tranquilliser les éléphants, a été détecté dans les 5 autorités sanitaires de la C.-B.<sup>1</sup>

Nous exerçons dans une clinique de soins primaires située à Chilliwack (C.-B.), à environ 100 km de Vancouver, dont la population s'élève à un peu plus de 83 000. Notre clinique offre des soins longitudinaux à des patients complexes, sans attaches, de la région de Chilliwack. Elle compte donc de nombreux patients ayant des troubles de consommation d'opioïdes ou de dépendance. En avril 2016, notre clinique est devenue un site du programme de naloxone à emporter (NAE) du Centre for Disease Control de la C.-B., qui fournit gratuitement des trousse de naloxone aux personnes à risque de surdose d'opioïdes ou à leurs amis et aux membres de leur famille<sup>2</sup>. Au 15 mai 2018, 1389 sites en C.-B. avaient distribué plus de 98 000 trousse, dont 22 000 ont été utilisées pour traiter une surdose d'opioïdes<sup>3</sup>.

### Précieux alliés contre la crise des opioïdes

En dépit de la proximité de notre clinique avec la population à risque du centre-ville de Chilliwack, le programme a initialement pris du temps à démarrer, probablement parce qu'un grand nombre de ces patients ne font habituellement pas appel aux services de soins primaires. C'est pourquoi nous avons recherché des intervenants de l'extérieur pour aider à faire connaître le programme de NAE. De plus, nous avons constaté que, dans l'évaluation du programme de NAE de la C.-B. par Banjo et ses collègues, 2 des agents du Service de police de Vancouver interviewés se sont dits inquiets que la naloxone puisse favoriser des activités illégales<sup>4</sup>. En outre, la même étude mentionnait que certains clients du programme (des personnes qui consommaient des opioïdes et avaient reçu la trousse) s'étaient vu confisquer leurs trousse de naloxone par la police<sup>4</sup>. Pour répondre à ces préoccupations, nous avons communiqué avec le Détachement de la gendarmerie royale canadienne de Chilliwack (GRC) pour offrir de l'information sur les trousse de NAE et une démonstration de la technique pour l'administrer. Ce fut une heureuse coïncidence, car les agents de la GRC venaient de recevoir l'autorisation de porter sur eux de la naloxone en pulvérisateur nasal.

À la suite de conversations initiales avec le caporal du Service de la police communautaire de l'Unité de prévention du crime et avec l'inspecteur du Détachement de la GRC de Chilliwack, nous avons reçu l'autorisation de présenter des séances éducatives à chacune des 4 équipes de travail. Ces séances devaient durer 5 minutes pour communiquer des renseignements importants à propos du fentanyl et de la naloxone. Toutefois, les séances se sont rapidement prolongées pour durer 30 minutes, en raison de l'intérêt des membres à l'égard des opioïdes et du programme de NAE, y compris la façon d'administrer la naloxone par voie intramusculaire au besoin. Nous reconnaissons que cet intérêt était suscité en partie par des préoccupations personnelles, devant la possibilité qu'un agent soit exposé au fentanyl; par exemple, un membre se souvenait d'une situation où un suspect avait jeté vers lui une poudre blanche (qui s'est révélée être du fentanyl) en guise de diversion. Dans un récent énoncé de position, l'American College of Medical Toxicology et l'American Academy of Clinical Toxicology offrent des recommandations pour prévenir l'exposition occupationnelle au fentanyl, mais ont déclaré que le risque d'une exposition cliniquement significative pour les premiers répondants était extrêmement faible<sup>5</sup>. Des membres de la Section des drogues de l'Unité de réduction du crime se sont aussi joints à nos séances éducatives. Ils nous ont donné des renseignements contextuels quant à l'accessibilité et au contenu des drogues illicites dans la région, y compris le fentanyl.

Notre détachement local de la GRC s'est révélé un précieux allié dans la lutte contre la crise des opioïdes, et nous avons été impressionnés par la détermination de ses membres à l'égard de la réduction des préjudices et par leur empathie envers les personnes vulnérables. Ce partenariat a aussi été mutuellement bénéfique. Nous avons appris aux membres à reconnaître eux-mêmes les signes de surdose d'opioïdes et la façon d'administrer la naloxone au besoin. Nous leur avons offert de la formation et nous avons pu dissiper des mythes entourant la naloxone, le fentanyl et d'autres substances trouvées dans les spécimens des drogues confisquées (p. ex. carfentanil, W-18 [1-(4-nitrophényléthyl) pipéridylidne-2-(4-chlorophényl) sulfonamide]). De leur côté, ils ont transmis le message concernant le fentanyl, la naloxone et le programme de NAE aux personnes vulnérables qui ne se prévalent peut-être pas des services de santé. De plus, ils nous ont enseigné le jargon de la «rue» pour les drogues illicites, que nous

pouvons utiliser dans nos interactions avec nos patients. Ils nous ont aussi mis en contact avec d'importants intervenants communautaires susceptibles d'être témoins d'une surdose dans leurs locaux ou qui sont à risque d'être exposés au fentanyl. Dans ces démarches, nous avons pris conscience d'importantes lacunes dans les connaissances sur le programme de NAE et le fentanyl en général. Dans le cadre de nos travaux avec le caporal de la police communautaire, nous avons rencontré de nombreux intervenants intéressés à en savoir plus sur le fentanyl et la naloxone. Parmi eux figuraient BarWatch (un groupe de propriétaires et de gérants de bars et de restaurants locaux), le Comité consultatif sur la sécurité publique (formé de membres du conseil municipal, du service des incendies, du service des ambulances et du conseil scolaire qui se penchent sur les problèmes actuels ou émergents en matière de sécurité publique), un refuge pour jeunes, l'unité de psychiatrie de l'hôpital de la région et même des représentants de la Cour suprême de la C.-B. et des cours provinciales. Ces séances conjointes avec les membres de la GRC se sont conclues par un même message coordonné: nous (en tant que pharmacien et que médecin) avons discuté des effets pharmacologiques et des usages thérapeutiques du fentanyl et de la naloxone, tandis que les membres de la GRC discutaient du contenu, de l'accessibilité et du traitement spécial (pour le contentieux) des drogues illicites.

### Responsabilité partagée

La réduction des préjudices causés par les opioïdes relève de la responsabilité de tous les prestataires de soins primaires, y compris les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les pharmaciens (tant dans les pharmacies communautaires qu'au sein des équipes de santé familiale), et le partenariat avec les forces de l'ordre locales a produit des bienfaits imprévus. Tandis que certains peuvent ne pas voir le lien entre cette question et les autorités policières, nous sommes d'avis contraire. La prévention des décès par surdose d'opioïdes concerne directement la protection du public. De plus, les membres des forces de l'ordre sont aux premières lignes et interagissent avec ceux aux prises avec des problèmes de dépendance ou de santé mentale, à risque élevé de surdose d'opioïdes. Dans une étude effectuée en 2016, Deonarine et ses collègues ont tenu des groupes de discussion avec 2 agents des forces de l'ordre en C.-B.<sup>6</sup>. Lorsqu'on leur a demandé si l'administration de naloxone pourrait nuire à leur responsabilité de répondre à d'autres urgences, l'un des agents a répondu que tous les services d'urgence, y compris la police, se partageaient la responsabilité d'assurer que des vies soient sauvées<sup>6</sup>. Ces agents ont aussi reconnu que les arrestations pour possession de drogues dans une situation de surdose n'étaient pas dans l'intérêt public, parce qu'elles pouvaient dissuader certaines personnes d'appeler le 911. Leur opinion concorde avec

la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* récemment adoptée par le gouvernement du Canada, qui confère l'immunité aux personnes en simple possession de drogues qui sont témoins d'une surdose et appellent le 911<sup>7</sup>. Dans l'étude de Deonarine et ses collègues, les agents ont mentionné que la naloxone n'avait pas de valeur de revente<sup>6</sup>; par ailleurs, nous avons appris que certains revendeurs de drogues dans notre région achètent des trousse de naloxone, probablement pour en avoir sous la main si l'un de leurs clients faisait une surdose. Quoi qu'il en soit, les agents de l'ordre ne savent pas tous que la naloxone demeure vitale dans le cas d'une surdose d'opioïdes, et que les trousse ne devraient donc pas être confisquées. Enfin, les agents se sont dits préoccupés par la responsabilité juridique et les questions de compétence s'appliquant à l'administration de la naloxone; par ailleurs, ce problème semble avoir été réglé (du moins à la GRC), car les agents ont maintenant l'autorisation d'avoir sur eux de la naloxone et de l'administrer par pulvérisateur nasal, bien que ce soit principalement pour la sécurité des agents.

Nous lançons un appel à l'action à tous les prestataires de soins primaires: ils devraient tous s'impliquer davantage dans la réduction des préjudices liés aux opioïdes. Ce problème est trop grave pour être relégué aux services d'entraide communautaire et de santé mentale, qui manquent chroniquement de ressources dans de nombreuses régions. D'abord, nous devrions plaider en faveur de la désignation de toutes les cliniques qui dispensent des soins aux personnes ayant des troubles de dépendance ou de consommation d'opioïdes comme sites de distribution des trousse de NAE, si elles sont accessibles. Si votre gouvernement n'a pas adopté de programme de NAE, exercez des pressions sur vos députés provinciaux ou territoriaux pour qu'ils en instaurent un. Deuxièmement, rencontrez les forces de l'ordre locales pour échanger des renseignements sur le fentanyl, la naloxone et la composition des drogues illicites dans votre région. Heureusement, notre détachement de la GRC a cerné un besoin de mieux informer ses membres et s'est mobilisé pour diffuser la formation. Par ailleurs, les compétences pourraient ne pas toutes avoir le même intérêt; certains services de l'ordre pourraient manifester un manque d'implication en raison de priorités concurrentes ou de la perception que cette crise ne relève pas de leur mandat. Toutefois, d'après notre expérience, la valeur de cette relation mérite l'effort de surmonter ces défis. Troisièmement, communiquez avec des intervenants communautaires pour tenir des séances d'information conjointes avec les forces de l'ordre (et d'autres collaborateurs potentiels, comme des représentants de la santé publique, des membres des services médicaux d'urgence ou des médecins d'un département de psychiatrie) pour éduquer le public au sujet de la dépendance, des surdoses d'opioïdes et de la naloxone. Le programme de NAE n'est qu'une petite

contribution à une bien plus vaste stratégie exhaustive de réduction des préjudices, qui inclut un programme d'échange de seringues, des centres de consommation sécuritaire, des cliniques de traitement par agonistes opioïdes, et de l'éducation pour le public et les gouvernements dans le but d'aider à réduire la stigmatisation associée à la dépendance, et d'attribuer les ressources nécessaires à cette crise.

Si vous ne savez pas par où commencer, nous recommandons de communiquer avec vos services de police locaux pour offrir de la formation; les forces de l'ordre sont aux premières lignes dans cette crise de santé publique et, espérons-le, comme ce le fut avec nous, elles seront réceptives et ouvertes à un partenariat dans la prestation des soins à cette population vulnérable. 🍁

**M. Barry** est spécialiste en pharmacie clinique et en recherche pour les Lower Mainland Pharmacy Services à Chilliwack (C.-B.), et professeur adjoint (partenaire) à la Faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver. Le **D<sup>r</sup> Chris** est médecin de famille au programme des soins palliatifs pour l'autorité sanitaire Fraser à Chilliwack.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

**M. Arden Barry**; courriel [arden.barry@ubc.ca](mailto:arden.barry@ubc.ca)

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

#### Références

1. British Columbia Coroners Service. *Illicit drug overdose deaths in BC: January 1, 2008 – March 31, 2018*. Vancouver, C.-B.: gouvernement de la Colombie-Britannique; 2018. Accessible à : [www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf](http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf). Réf. du 18 mai 2018.
2. Toward the Heart [site web]. *Take home naloxone*. Vancouver, C.-B.: Toward the Heart; 2018. Accessible à : <http://towardtheheart.com/naloxone>. Réf. du 18 mai 2018.
3. Toward the Heart. *THN in BC infograph*. Vancouver, BC: Toward the Heart; 2018. Accessible à : <http://towardtheheart.com/thn-in-bc-infograph>. Réf. du 18 mai 2018.
4. Banjo O, Tzemis D, Al-Qutub D, Amlani A, Kesselring S, Buxton JA. A quantitative and qualitative evaluation of the British Columbia Take Home Naloxone program. *CMAJ Open* 2014;2(3):E153-61.
5. Moss MJ, Warrick BJ, Nelson LS, McKay CA, Dubé PA, Gosselin S et coll. ACMT and AACT position statement: preventing occupational fentanyl and fentanyl analog exposure to emergency responders. *Clin Toxicol (Phila)* 2018;56(4):297-300. Publ. en ligne du 5 sept. 2017.
6. Deonarine A, Amlani A, Ambrose G, Buxton JA. Qualitative assessment of take-home naloxone program participant and law enforcement interactions in British Columbia. *Harm Reduct J* 2016;13(1):17.
7. Gouvernement du Canada. *About the Good Samaritan Drug Overdose Act*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2018. Accessible à : [www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/prescription-drug-abuse/opioids/about-good-samaritan-drug-overdose-act.html](http://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/prescription-drug-abuse/opioids/about-good-samaritan-drug-overdose-act.html). Réf. du 18 mai 2018.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

*Can Fam Physician* 2018;64:e290-2

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the July 2018 issue on page 489.