

ÉNONCÉ DE POSITION: L'EXPOSITION SECONDAIRE AUX DROGUES ILLICITES



Harm Reduction
Nurses Association

Association des
infirmiers et infirmières
en réduction des méfaits

Le 9 avril 2025

Aujourd'hui plus que jamais, il est important de privilégier les pratiques fondées sur des données probantes pour modeler l'avenir du système de santé canadien. Les approches et les politiques réactionnaires et alarmistes en matière de consommation de drogues ne conviennent pas au contexte de santé publique actuel au Canada, car elles posent un risque pour les patient-es et les prestataires de soins de santé. Il est temps de prioriser la protection des prestataires de soins de santé, des communautés et des personnes utilisatrices de drogues tout en empêchant la perpétuation des méfaits découlant de la stigmatisation et des préjugés. Nous devons revoir nos pratiques actuelles pour rester fidèles aux valeurs et aux engagements éthiques que nous considérons comme sacrés à titre de prestataires de soins de santé : la sécurité, le respect, l'autonomie et la justice.

CONTEXTE

Des incertitudes subsistent quant au risque posé par l'exposition secondaire aux drogues illicites et à la fumée qu'elles produisent pour la sécurité des prestataires de soins de santé en Colombie-Britannique et au Canada. Chacun a le droit à un lieu de travail sûr et de pouvoir fréquenter les espaces publics en toute sécurité. Cependant, notre perception de ce qui est sûr ou dangereux est souvent influencée par les opinions amplifiées et mal informées des influenceur-ses et des lobbyistes, ainsi que par la désinformation véhiculée par les médias. L'adoption de politiques fondées sur des données probantes et faisant état des risques réels plutôt que des risques perçus est essentielle pour atténuer ce biais.

Les préoccupations concernant l'exposition secondaire aux drogues illicites ont suscité un vif intérêt en Colombie-Britannique (British Columbia Government News, 2024a). Ces récits et la couverture médiatique subséquente ont amené le gouvernement de la Colombie-Britannique à considérer ce sujet comme un enjeu de « sécurité publique » et à abandonner son projet pilote de décriminalisation,

ce qui a entraîné la recriminalisation de la possession de drogues dans les lieux publics, comme les hôpitaux (British Columbia Government News, 2024). Il convient de noter que la décriminalisation et l'exposition constituent deux enjeux distincts. Bien que l'exposition ait été le problème invoqué, le gouvernement de la Colombie-Britannique a annulé sa politique de décriminalisation. Nous savons que la criminalisation de la possession et de la consommation pousse les gens à consommer seuls par peur d'être arrêtés (Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, s.d.), et qu'elle est l'un des facteurs qui ont contribué aux décès par surdose de six personnes par jour en moyenne en Colombie-Britannique depuis 2014 (BC Government News, 2024b).

POSITION

L'association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits (AIIRM) s'oppose fermement aux politiques punitives et réactives qui pénalisent les patient-es pour avoir consommé des drogues illicites en milieu hospitalier. Tout en reconnaissant les craintes des

prestataires de soins de santé à l'égard de l'exposition aux drogues illicites, nous dénonçons le manque d'informations précises et de ressources disponibles concernant leur sécurité et celle de leurs patient-es. Nous pensons que les politiques qui interdisent la consommation de drogues illicites dans les établissements de soins de santé échouent également à protéger les personnes utilisatrices de drogues, compromettant leur santé, leur bien-être et leur accès à des soins de santé vitaux. Au Canada, toute personne a le droit d'obtenir des soins de santé et ne devrait pas être persécutée par des prestataires en raison de sa consommation de drogues. Nous exhortons les décideurs à offrir des informations et des solutions pragmatiques et fondées sur des données probantes qui respectent la sécurité des patient-es et des prestataires de soins de santé. Plus précisément, nous appelons à la diffusion de renseignements précis sur les risques d'exposition aux drogues, à l'ouverture rapide de sites de prévention des surdoses dans les établissements de soins de santé tels que les hôpitaux et à la remise en place de distributeurs automatiques de matériel de réduction des méfaits dans les hôpitaux de la province.

LES EFFETS NÉFASTES DES POLITIQUES PUNITIVES

La Colombie-Britannique a mis en œuvre des politiques punitives et réactives qui suscitent des inquiétudes quant à la sécurité et au bien-être des patient-es et des prestataires de soins de santé en réponse à l'augmentation présumée de la consommation de drogues illicites en milieu hospitalier. Ces mesures comprennent :

- **Une augmentation de la présence policière pour « veiller à la sécurité et au confort des communautés »** (British Columbia Government News, 2024). De telles politiques peuvent amener les personnes utilisatrices de drogues à être plus réticentes à accéder aux services de santé en raison d'un historique de surveillance policière excessive et de peur d'être arrêtées pour avoir tenté de soigner un problème de santé (trouble lié à l'usage de substances psychoactives) (Alang et al., 2020). Cela constitue un obstacle à l'accès aux soins de santé.

- **Des reportages récents sur l'exposition des infirmier-ères à des drogues illicites dans les hôpitaux ont amené Adriane Gear, présidente de la BC Nurses Union, à affirmer que les infirmières et infirmiers ne devraient pas être contraints de « faire respecter des mesures de sécurité sur leur lieu de travail »** (Kulkarni, 2024). En tant que profession, nous reconnaissons le danger intrinsèque d'une surveillance excessive de nos patient-es. Cela est particulièrement vrai pour celles et ceux qui vivent à l'intersection de la stigmatisation et des préjudices systémiques, où la surveillance intensive a nui aux relations communautaires, à la confiance entre les patient-es et les prestataires de soins et, de ce fait, compromis les résultats en matière de santé des patient-es (Greene et al., 2022). Les mesures punitives et de surveillance ne concordent pas avec les valeurs fondamentales de l'autonomie et de la capacité d'action des patients. La crainte de subir ces préjudices dans les établissements de santé constitue un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins.
- **De nombreuses personnes utilisatrices de drogues qui sont hospitalisées ont recours à la drogue pour soulager le sevrage et la détresse** (Cleveland Clinic, 2024), en particulier lorsqu'elles ne se voient pas proposer d'alternatives prescrites ou de traitement par agonistes opioïdes (TAO). Les politiques punitives en contexte hospitalier, souvent ancrées dans la stigmatisation, peuvent exacerber les préjudices et constituer un obstacle au rétablissement (Martin et al., 2022).

DONNÉES SUR LES RISQUES ASSOCIÉS À L'EXPOSITION SECONDAIRE

Les croyances erronées sur les dangers de l'exposition secondaire à des drogues illicites, comme le fentanyl, demeurent très répandues. Une étude de Persaud et Jennings (2019) a révélé que 79,7 % des premiers répondants croient à tort qu'un bref contact avec le fentanyl peut être nocif. Cependant, une étude rétrospective couvrant 168 interventions lors de surdoses n'a rapporté aucun effet néfaste lié à une exposition par le biais de la fumée, d'un contact cutané ou d'une ingestion (White et al., 2022). Nous avons effectué un bref examen des données existantes sur ce sujet, et les recherches démontrent de manière constante que le

risque d'une exposition secondaire accidentelle à des substances psychoactives courantes est négligeable :

- **Fentanyl** : Une revue systématique (Adams et al., 2023) et une étude de cas (Feldman, 2022) ont établi qu'une brève exposition cutanée présente un risque minime d'absorption rapide. Quant au risque posé par l'inhalation, il faut environ 200 minutes d'exposition secondaire continue pour ingérer une dose de 100 mcg ou 0,1 mg (Moss et al., 2017). C'est 20 fois moins que ce qui est généralement considéré comme suffisant pour provoquer une surdose (2 mg) (Drug Enforcement Administration, s.d);
- **Cocaïne** : Des études menées à la fin des années 1990 (Cone et al., 1995; Mieczkowski, 1997) n'ont révélé aucun effet pharmacologique résultant d'une inhalation secondaire ou d'une exposition cutanée, même en cas d'exposition chronique, car la drogue était indétectable dans les échantillons capillaires;
- **Méthamphétamine** : Une étude (Abe et al., 2021) n'a montré aucun niveau détectable de méthamphétamine dans les échantillons d'urine à la suite d'une exposition secondaire. Aucun effet toxique n'a été constaté chez les agents des forces de l'ordre américaines ayant rapporté un contact cutané avec du fentanyl ou de la méthamphétamine (Chiu et al., 2019).

Les rapports d'effets indésirables sont souvent anecdotiques et susceptibles d'être influencés par l'effet nocebo, où l'attente d'un préjudice entraîne la perception de symptômes (Herman, 2020; Brascher et al., 2017; Witthoft et Rubin, 2013). La couverture médiatique du sujet, qui présente fréquemment des symptômes subjectifs comme des faits avérés, a amplifié ce phénomène. Entre 2015 et 2019, plus de 550 articles trompeurs sur les expositions accidentelles aux opioïdes ont été largement partagés, rejoignant jusqu'à 70 millions de personnes et renforçant les fausses croyances par le biais de la désinformation (Beletsky et al., 2020). Il n'existe actuellement aucune recherche sur les effets sanitaires à long terme des expositions secondaires habituelles. Des études rigoureuses sont nécessaires dans ce domaine.

DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES

L'hôpital St. Paul de Vancouver, en Colombie-Britannique, est un modèle en ce qui concerne l'intégration des services de consommation de drogues sur place pour soutenir les personnes utilisatrices de drogues. Ces services leur permettent de recevoir les soins de santé nécessaires sans risquer d'être renvoyées de l'établissement pour s'être absentes afin de consommer. L'hôpital offre un environnement propre, sûr et accueillant où les personnes peuvent consommer des drogues dans un contexte supervisé, ce qui garantit leur sécurité et réduit les méfaits associés à l'utilisation de drogues. Les paires aidantes et les pairs aidants jouent un rôle de premier plan dans la création d'un espace bienveillant et exempt de jugement, en favorisant les liens de confiance et en encourageant les personnes utilisatrices de drogues à se faire soigner sans craindre la stigmatisation ou la discrimination, ce que les prestataires de soins de santé conventionnels ne peuvent pas accomplir sans soutien externe. Ce modèle, reproduit par des programmes similaires comme celui proposé par l'hôpital Royal Alexandra en Alberta, a eu des retombées positives considérables, comme en attestent les entretiens avec le personnel de l'hôpital St. Paul qui ont informé cette prise de position. Le déploiement de ces services à l'échelle nationale permettrait d'améliorer considérablement l'accès aux soins, de réduire les méfaits et de sauver des vies (Dong et al., 2020).

RECOMMANDATIONS

Les sites de prévention des surdoses (SPS) situés à l'intérieur ou à proximité des hôpitaux sont essentiels pour offrir aux patient-es un espace sûr où s'injecter et inhaler des drogues, réduisant ainsi le risque de décès par surdose. La mise en place de ces sites présente plusieurs avantages clés en :

- **Offrant un espace sûr et supervisé où les personnes peuvent consommer des drogues pour gérer les symptômes de sevrage pendant leur hospitalisation;**
- **Réduisant les risques pour la sécurité grâce à des contrôles environnementaux et relationnels accrus;**
- **Permettre aux patient-es qui consomment des substances psychoactives de rester à l'hôpital en leur garantissant un accès continu aux soins médicaux et aux services de soutien;**

- Évitant la nécessité d'une surveillance excessive en répondant directement aux besoins des patient-es;
- Permettant diverses méthodes de consommation de drogues, y compris l'injection et l'inhalation, répondant ainsi à des besoins variés;
- Favorisant une approche de réduction des méfaits qui donne la priorité à la santé et au bien-être des personnes utilisatrices de drogues.

Nous estimons également que la sécurité des personnes utilisatrices de drogues et celle des prestataires de soins de santé ne sont pas des enjeux incompatibles. Le personnel de santé a droit à un environnement de travail sûr, lequel peut être obtenu en mettant en œuvre des stratégies spécifiques, fondées sur des données probantes et centrées sur la personne, telles que :

- La fourniture de matériel stérile aux personnes utilisatrices de drogues, soit directement, soit en mettant en place des distributeurs automatiques de matériel de réduction des méfaits, et la formation du personnel de santé aux méthodes de consommation sécuritaires, le tout conformément aux données et aux connaissances avérées en matière de réduction des méfaits;
- L'ouverture de sites de prévention des surdoses à l'intérieur ou à proximité des hôpitaux qui sont capables d'accueillir les personnes utilisatrices de drogues par inhalation. Cela leur permettrait de consommer leurs drogues en toute sécurité et limiterait la nécessité de consommer dans les espaces communs ou publics;
- Ne pas contraindre les prestataires de soins de santé à assurer de facto la sécurité publique. Cela entraîne une détresse et des préjudices moraux liés à l'application de politiques prohibitionnistes qui ne sont pas centrées sur les patient-es.

CONCLUSION

Les données existantes suggèrent que les risques pour les prestataires de soins de santé liés à l'exposition secondaire aux drogues illicites peuvent être atténués. Des études et des évaluations rigoureuses sur les risques d'exposition permettraient de compléter la littérature actuelle

et d'éclairer les décideurs. Punir les personnes utilisatrices de drogues ne permet pas de remédier à la stigmatisation ou d'atténuer les risques pour la sécurité, et constitue ainsi un obstacle à l'accès aux soins de santé. Au lieu de miser sur la criminalisation et de renforcer les mesures de surveillance, il est urgent d'adopter des politiques fondées sur des données probantes qui favorisent la sécurité collective des patient-es et des prestataires. En délaissant les politiques punitives et en adoptant une approche de réduction des méfaits et des pratiques fondées sur des preuves, il est possible de bâtir un système de santé capable de garantir la dignité, la sécurité et le bien-être de chaque personne, indépendamment de ses habitudes de consommation de drogues ou de son rôle professionnel. La pratique de la réduction des méfaits fait partie intégrante des soins de santé.

RÉFÉRENCES

- Abe, K., Kaizaki-Mitsumoto, A. et Numazawa, S. (2021). Comparative study between active and passive exposure of methamphetamine vapor in mice. *Forensic Toxicology*, 39. <https://doi.org/10.1007/s11419-021-00570-1>
- Adams, A., Maloy, C. et Warrick, B. J. (2023). Does occupational exposure to fentanyl cause illness? A systematic review. *Clinical Toxicology*, 61(9), 631–638. <https://doi.org/10.1080/15563650.2023.2259087>
- Alang, S., McAlpine, D. D. et Hardeman, R. (2020). Police Brutality and Mistrust in Medical Institutions. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 7(4), 760–768. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00706-w>
- Baker, M., Beaudreau, M. et Zuidema, C. (2024). (rep.). *Assessing Fentanyl and Methamphetamine in the Air and on Surfaces of Transit Vehicles* (pp. 1–30). Seattle, Washington: UoW.
- Beletsky, L., Seymour, S., Kang, S., Siegel, Z., Sinha, M. S., Marino, R., Dave, A. et Freifeld, C. (2020). Fentanyl panic goes viral: The spread of misinformation about overdose risk from casual contact with fentanyl in mainstream and social media. *The International journal on drug policy*, 86, 102951. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102951>
- Bräscher A.K., Raymaekers, K., Van den Bergh, O. et Witthöft, M. (2017). Are media reports able to cause somatic symptoms attributed to WiFi radiation? An experimental test of the negative expectation hypothesis. *Environmental Research*, 156. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.03.040>
- British Columbia Centre for Disease Control. (s.d.). *Decriminalization in B.C.* <http://www.bccdc.ca/health-info/prevention-public-health/decriminalization-in-bc#Public--substance--use>

British Columbia Government News. (2024a). *B.C. moves to ban drug use in public spaces, taking more steps to keep people safe*. <https://news.gov.bc.ca/releases/2024PREM0021-000643>

British Columbia Government News. (2024b). *Coroners service drug toxicity death update through June 2024*. <https://news.gov.bc.ca/releases/2024PREM0021-000643BC>

Chiu, S. K., Hornsby-Myers, J. L., de Perio, M. A., Snawder, J. E., Wiegand, D. M., Trout, D. et Howard, J. (2019). Health effects from unintentional occupational exposure to opioids among law enforcement officers: Two case investigations. *American Journal of Industrial Medicine*, 62(5), 439–447. <https://doi.org/10.1002/ajim.22967>

Cone, E.J., Yousefnejad, D., Hillsgrove, M.J., Holicky, B. et Darwin, W. D. (1995). Passive inhalation of cocaine, *Journal of Analytical Toxicology*, 19(6). <https://doi.org/10.1093/jat/19.6.399>

DeRosa, K. (avril 5 2024). *Nurses speak out about consequences of drug use in hospitals*. <https://vancouver.sun.com/news/nurses-speak-out-about-consequences-of-drug-use-in-hospital>

Drug Enforcement Administration. (s.d.). *Facts about fentanyl*. U.S. Department of Justice. <https://www.dea.gov/resources/facts-about-fentanyl>

Feldman, R. et Weston, B. W. (2022). Accidental Occupational Exposure to a Large Volume of Liquid Fentanyl on a Compromised Skin Barrier with No Resultant Effect. *Prehospital and Disaster Medicine*, 37(4), 550–552. doi:10.1017/S1049023X22000905

Herman, P., Brenner, D., Dandorf, S., Kemp, S., Kroll, B., Trebach, J., Hsieh, Y.H. et Stolbach, A. (2020). Media reports of unintentional opioid exposure of public safety first responders in North America. *Journal of Medical Toxicology*, 16. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s13181-020-00762-y.pdf>

Kulkarni, A. (3 avril 2024). *BC hospital memo raises safety concerns over patients' drug use*. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-northern-health-illicit-drugs-memo-1.7163121>

Michaud, L., van der Meulen, E. et Guta, A. (2023). Between Care and Control: Examining Surveillance Practices in Harm Reduction. *Contemporary drug problems*, 50(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/00914509221128598>

Mieczkowski T. (1997). Distinguishing passive contamination from active cocaine consumption: assessing the occupational exposure of narcotics officers to cocaine. *Forensic science international*, 84(1-3), 87–111. [https://doi.org/10.1016/s0379-0738\(96\)02052-x](https://doi.org/10.1016/s0379-0738(96)02052-x)

Moss, M. J., Warrick, B. J., Nelson, L. S., McKay, C. A., Dubé, P. A., Gosselin, S., Palmer, R. B. et Stolbach, A. I. (2017). ACMT and AACT position statement: Preventing occupational fentanyl and fentanyl analog exposure to emergency responders. *Journal of Medical Toxicology: Official Journal of the American College of Medical Toxicology*, 13(4), 347–351. <https://doi.org/10.1007/s13181-017-0628-2>

Persaud, E. et Jennings, C. R. (2019). Pilot study on risk perceptions and knowledge of fentanyl exposure among New York State First Responders. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(4), 437–441. <https://doi.org/10.1017/dmp.2019.95>

Tina, I., Leung, V. et Lem, M. (2017). Assessment of Occupational Fentanyl Exposure in Overdose Prevention and Supervised Consumption Service Sites in British Columbia. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/BCCDC_occupational%20fentanyl%20exposure%20assessment%20report.pdf

White, M. D., Watts, S., Orosco, C., Perrone, D. et Malm, A. (2022). Leveraging body-worn camera footage to better understand opioid overdoses and the impact of police-administered naloxone. *American Journal of Public Health*, 112(9), 1326–1332. <https://doi.org/10.2105/ajph.2022.306918>

Withthöft, M., Rubin, G.J. (2013). Are media warnings about the adverse health effects of modern life self-fulfilling? An experimental study on idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (IEI-EMF).