



# Services de consommation supervisée en milieu hospitalier : perspective infirmière

Danielle Mercier<sup>1</sup>, Matthew J. Douma<sup>2</sup>, Carmel L. Montgomery<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, College of Health Sciences, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada

<sup>2</sup>Department of Critical Care Medicine, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta

Auteure correspondante : Carmel Montgomery, University of Alberta, College of Health Sciences, Faculty of Nursing

Level 3 ECHA, 11 405 87 avenue NW, Edmonton, AB T6G 1C9

Courriel : [carmelm@ualberta.ca](mailto:carmelm@ualberta.ca); Téléphone : 780-492-4547; Télécopieur : 780-492-2551

## Résumé

La réduction des méfaits réduit le risque d'effets négatifs des comportements nuisibles à la santé. Les services de consommation supervisée fournissent des lieux propres, sécuritaires et supervisés pour la consommation de substances. Ces services constituent une stratégie pour réduire les surdoses accidentelles et la propagation des maladies infectieuses. À Edmonton, en Alberta, le premier SCS en milieu hospitalier, continue d'offrir des services aux patients hospitalisés. Le personnel infirmier assure la supervision de la consommation de substances, la promotion de la santé et l'éducation des clients. Le personnel des SCS assure également la formation du personnel infirmier des hôpitaux qui oriente les clients vers ces services. Malgré l'existence des SCS communautaires et hospitaliers, de cadres infirmiers pour les SCS et de politiques fédérales et provinciales qui soutiennent les SCS, leur mise en œuvre dans les hôpitaux est peu fréquente. Le personnel infirmier devrait être sensibilisé aux SCS et à leur potentiel de mise en œuvre future. Les programmes en place peuvent constituer des modèles utiles pour une mise en œuvre future dans les hôpitaux. Le personnel infirmier peut prôner des stratégies de réduction des méfaits sur leur lieu de travail qui englobent les SCS.

*Mots clés* : consommation supervisée ; soins aigus ; patients hospitalisés ; abus de substances.

Il serait contraire à ses obligations éthiques en tant que prestataire de soins de santé de refuser une intervention qui pourrait sauver la vie d'un patient. La réduction des méfaits sauve des vies, mais elle est pourtant souvent mal accueillie par les prestataires de soins de santé, les gouvernements et les communautés. La réduction des méfaits vise à réduire le risque d'effets négatifs associés aux comportements de santé nuisibles, mais ne vise pas nécessairement à mettre fin aux comportements (Hawk et coll., 2017). La réduction des risques peut comporter diverses interventions, allant du port de la ceinture de sécurité au port d'un masque de procédure, jusqu'aux services de consommation supervisée (SCS). Il constitue également un mouvement de justice sociale fondé sur la croyance et le respect des droits des personnes (National Harm Reduction Coalition, s.d.).

Les SCS offrent un lieu hygiénique où les gens peuvent consommer leurs propres drogues sous la supervision d'un personnel qualifié. L'objectif est de réduire les surdoses accidentelles et la propagation des maladies infectieuses (Gouvernement du Canada, 2021b). Aux fins du présent rapport, la réduction des méfaits sera axée sur la consommation de substances, illicite ou non, par le biais du SCS. Nous décrivons un exemple des SCS hospitaliers actuel, les données probantes pour une mise en œuvre plus approfondie, les politiques fédérales et provinciales qui aident à mieux comprendre la réduction des méfaits, un modèle de soins infirmiers à l'appui de la consommation supervisée en milieu hospitalier et les défis de la mise en œuvre.

## Les services de consommation supervisée (SCS)

L'accès aux services de réduction des méfaits à l'hôpital réduit les surdoses et les décès liés à celles-ci, les douleurs non traitées, le sevrage associé à la sortie involontaire et l'usage dissimulé dans les zones de soins aux patients (Dong et coll., 2020). Il est

reconnu que les SCS réduisent la transmission des maladies infectieuses, les troubles de l'ordre public et contribuent à l'orientation vers des services de promotion de la santé (Kerr et coll., 2017). L'accès aux SCS augmente les liaisons avec les services sociaux, réduit la consommation publique de drogues, la mise au rebut inappropriée de l'attirail de drogues, réduit la pression sur les services médicaux d'urgence et met les gens en contact avec le personnel et les pairs pour promouvoir la poursuite du traitement (Gouvernement du Canada, 2021b). La mise en œuvre des SCS en milieu hospitalier peut améliorer le respect des soins par les patients, l'expérience hospitalière, l'identification des personnes qui ont besoin d'un traitement des dépendances et garantir un traitement des troubles liés à la consommation de substances fondé sur des données probantes (Dong et coll., 2020). Les SCS contribuent aux efforts déployés pour affronter la crise des opioïdes qui pèse actuellement sur les ressources hospitalières et communautaires.

Le premier site de consommation supervisée en milieu hospitalier en Amérique du Nord a ouvert ses portes à l'hôpital Royal Alexandra (RAH) d'Edmonton, en Alberta, en 2018. Ce programme novateur continue de fournir aux patients hospitalisés un accès aux SCS encadré par du personnel à toute heure du jour et de la nuit, des fournitures stériles, une éducation à l'usage sécuritaire et des ressources concernant le traitement des agonistes opiacés, la désintoxication et les services de lutte contre les dépendances. Au cours de sa première année, les SCS ont reçu 7 856 visites et ont répondu à 27 situations d'urgence, dont aucune n'a entraîné de décès (Dong et coll., 2020). Les SCS du RAH témoignent du potentiel d'autres avantages étendus qui pourraient être obtenus par la mise en œuvre dans d'autres sites hospitaliers, y compris la réduction des méfaits pour les patients, les prestataires de soins de santé et les communautés environnantes.

### **Expérience en soins infirmiers dans un centre des SCS pour patients hospitalisés**

L'équipe infirmière de consommation supervisée du RAH, y compris l'auteur (DS), a observé que le fait d'être présent pendant la consommation permet au personnel des SCS de préconiser la promotion de la santé et une consommation plus prudente en temps réel. Le personnel SCS peut intervenir dans les moments critiques et répondre aux situations d'urgence, ce qui favorise l'établissement de relations de confiance. Le personnel des SCS noue un dialogue proactif avec les clients afin d'établir une relation unique dans laquelle les clients se sentent vus et entendus, peuvent poser des questions en toute sécurité et s'engagent davantage dans la planification de leurs soins lorsqu'ils ne sentent pas qu'ils doivent cacher leur consommation de substances. Le rapport que le personnel des SCS entretient avec les clients leur donne l'assurance que des réponses précises et adéquates sont fournies à leurs questions sur les soins.

### **Comment se déroulent les SCS ?**

Au RAH, les SCS ne fournissent pas de substances aux clients. Le personnel des SCS est présent pendant l'auto-administration de substances par le client et peut l'aider à se préparer en toute sécurité jusqu'à la pose de l'aiguille dans la veine, y compris la préparation cutanée et la localisation de la veine. Les clients

disposent d'une fenêtre de 45 minutes pour consommer dans la cabine de consommation supervisée et de 45 minutes dans la zone de post-consommation où ils participent à des conversations de soins et à l'établissement de rapports. Les contraintes liées à la durée encouragent le client à retourner dans son unité de soins pour recevoir le traitement médical requis et poursuivre son engagement dans les soins. Les clients se rendent au SCS pour des raisons autres que l'utilisation, comme pour obtenir des informations sur les ressources et des fournitures sûres.

Le personnel des SCS sensibilise le personnel infirmier de l'hôpital à la gestion de la douleur dans le cadre des troubles liés à la consommation de substances, au traitement par agonistes opioïdes, à l'approche de réduction des risques et aux fournitures. En effet, le personnel infirmier de l'hôpital peut avoir des réserves quant à la consommation de substances psychoactives, des sentiments concernant l'éthique et le fait de « permettre » la consommation de substances psychoactives, ainsi que la fourniture d'analgésiques parallèlement à l'accès aux SCS. Le personnel accepte mieux les SCS après quatre ans de fonctionnement, mais le roulement du personnel infirmier nécessite une formation continue. Le personnel de l'unité oriente les clients vers les SCS, évitant ainsi la consommation de substances psychoactives des patients dans l'unité de soins infirmiers. En somme, les SCS occupent une place unique dans le parcours du client en soins aigus. Il répond aux besoins des clients là où ils se trouvent et fournit des soins là où des lacunes ont déjà été identifiées.

### **Comment les hôpitaux pourraient-ils être plus nombreux à mettre en œuvre les SCS ?**

Des politiques et des financements fédéraux et provinciaux existent pour faciliter la mise en œuvre des SCS dans les hôpitaux. Santé Canada fait la promotion de la « Réduction des méfaits : Stratégie canadienne sur les drogues et les autres substances », une stratégie collaborative et étendue de réduction des méfaits visant à réduire les effets néfastes de la consommation de substances (Gouvernement du Canada, 2018). À l'échelle fédérale, les SCS doivent fonctionner par exemption en vertu de l'article 56.1 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, disponible pour les hôpitaux (Gouvernement du Canada, 2018). Le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada contribue au financement d'initiatives de réduction des méfaits dans tout le pays, y compris dans les hôpitaux (Gouvernement du Canada, 2021 a, 2021 c). L'Alberta Health Services (AHS) s'engage à soutenir une « approche axée sur le rétablissement, comprenant de nombreuses interventions telles que la prévention, la réduction des méfaits, le traitement de la toxicomanie et le soutien au rétablissement » (Alberta Health Services, 2020). La politique de l'AHS relative aux SCS en milieu hospitalier comprend l'accessibilité, l'équité, la justice, la réduction des méfaits, la promotion de la sécurité des patients, l'accès à des services de consultation en toxicomanie, le soutien par les pairs et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé (Alberta Health Services, 2022). Par conséquent, les politiques et le financement fédéraux et provinciaux offrent un appui coordonné à la réduction des méfaits par la mise en œuvre de SCS dans les hôpitaux.

## Résistance aux SCS en milieu hospitalier

Malgré le succès de la mise en œuvre des SCS au RAH, une certaine résistance à la poursuite de la mise en œuvre des SCS hospitaliers demeure. Hawk et coll. (2017) ont suggéré que « la réduction des méfaits s'oppose au modèle médical traditionnel de la dépendance qui qualifie toute consommation de substances illicites d'abus, ainsi qu'au modèle moral qui qualifie la consommation de drogue de mal et donc d'illégal » (p. 1). L'ambivalence vis-à-vis la valeur de la réduction des méfaits et le malaise lié à l'encouragement des comportements à risque contribuent à la stigmatisation entourant les pratiques de réduction des méfaits (Knaak et coll., 2019). Les modèles médicaux contradictoires et les obligations morales combinés à des parties prenantes gouvernementales désapprouvées confèrent des niveaux de complexité à la mise en œuvre des SCS. En général, les gouvernements conservateurs et leurs défenseurs ne soutiennent pas les stratégies de réduction des méfaits, ce qui entraîne un sous-financement des SCS et un sous-service aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances (Kerr et coll., 2017). Malgré des preuves convaincantes de résultats positifs, l'interaction complexe entre le gouvernement, les décideurs politiques, les communautés et la stigmatisation représente un défi pour la poursuite de la mise en œuvre des SCS dans les hôpitaux.

## Promotion des SCS par le personnel infirmier

La réduction des méfaits et la consommation supervisée en milieu hospitalier sont compatibles avec les modèles de soins infirmiers existants. Par exemple, le cadre de soins infirmiers d'Insite soutient une approche des soins centrée sur le client qui intègre les philosophies de réduction des méfaits et les principes de promotion de la santé dans le contexte des SCS communautaires. Cette approche permet d'établir des relations de confiance, sans jugement et adaptées à la culture, et encourage le personnel infirmier à reconnaître d'abord le client, ce qui est particulièrement important pour les personnes qui se sentent stigmatisées par leur situation (Lightfoot et coll., 2009). Le cadre infirmier s'applique également à la réduction des risques en milieu hospitalier. L'accès aux SCS, aux fournitures fiables et aux ressources des services de lutte contre la toxicomanie, qui permettent de rencontrer le patient là où il en est dans son parcours de rétablissement, est possible à l'hôpital. Le modèle est maintenu par l'orientation vers des services de toxicomanie, des services sociaux ou des services de santé mentale, par des partenariats avec des services communautaires de traitement des dépendances et par la promotion de la santé dans le contexte plus large du système social du patient (Lightfoot et coll., 2009). L'intégration de la réduction des méfaits et de la consommation supervisée aux soins infirmiers en milieu hospitalier favorise la continuité des services et la progression vers les objectifs immédiats et à long terme de rétablissement de la dépendance, dans un environnement exempt de jugement, qui est à la fois holistique et positif.

Le déploiement de ce système dans le cadre hospitalier est étayé par des preuves. Les SCS de la RAH sont un exemple remarquable de la manière dont les SCS peuvent favoriser l'amélioration de l'état des patients et la réduction des risques, quel que soit le

diagnostic d'admission. Le personnel infirmier des services d'urgence doit être informé de la réduction des méfaits et de la promotion de la santé à l'hôpital afin de fournir des soins adaptés à la culture, à l'intersectionnalité et aux traumatismes pour que les clients puissent accéder aux SCS. Il existe des politiques et des financements nationaux et provinciaux pour soutenir les SCS en milieu hospitalier dans tout le pays. Le personnel infirmier peut apporter un soutien unique aux SCS en milieu hospitalier, en s'inspirant des programmes actuels. La mise en œuvre de ces programmes pose des défis prévisibles, mais le personnel infirmier est bien placé pour faire avancer la promotion de la réduction des méfaits dans les hôpitaux au profit des patients, des prestataires de soins de santé et des communautés.

## Implications pour la pratique clinique des urgences

- Le personnel infirmier d'urgence et ses responsables doivent être informés des possibilités de réduction des méfaits et de promotion de la santé en milieu hospitalier
- Il existe des politiques et des financements nationaux et provinciaux pour soutenir les SCS dans les hôpitaux partout dans le pays
- Le personnel infirmier des services d'urgence est bien placé pour plaider en faveur de la réduction des méfaits dans les hôpitaux, dans l'intérêt des patients, des prestataires de soins de santé et des communautés.

## Aux sujets des auteurs

*Danielle Mercier. B. Sc. inf., inf., est infirmière autorisée au sein des SCS du RAH d'Edmonton, en Alberta, et a déjà travaillé au service des urgences. Elle termine sa maîtrise en sciences infirmières à la University of Alberta.*

*Matthew J. Douma, MN, inf., est un scientifique spécialisé dans la réanimation, candidat au doctorat à la University College Dublin, rédacteur en chef du JCIU et ancien infirmier d'urgence.*

*Carmel Montgomery, Ph. D., inf., est professeure adjointe à la faculté des sciences infirmières de la University of Alberta depuis 2021. Elle a obtenu son doctorat au Département de médecine des soins intensifs de cette même université après avoir travaillé pendant plusieurs années en tant qu'infirmière dans l'unité de soins intensifs, en soins palliatifs à domicile, ainsi qu'en amélioration de la qualité et à la sécurité des patients.*

## Conflits d'intérêts

*Aucun*

## Déclaration de l'auteur CRediT

*Danielle Mercier : Conceptualisation, rédaction et édition ; Matthew J Douma : révision et édition ; Carmel Montgomery : supervision, révision et édition.*

## Financement

*Ce projet n'a pas bénéficié d'un financement*

## RÉFÉRENCES

---

- Alberta Health Services. (2020). *Psychoactive substance use policy*. <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-harm-reduction-for-psychoactive-substance-use-policy.pdf#search=harm%20reduction%20policy>
- Alberta Health Services. (2022). *Supervised consumption services injectable opioid agonist treatment policy*. <https://insite.albertahealthservices.ca/Main/assets/Policy/clp-ez-site-rah-scs-supervised-consumption-services-ps-97.pdf>
- Dong, K. A., Brouwer, J., Johnston, C., & Hyshka, E. (2020, May 4). Supervised consumption services for acute care hospital patients. *CMAJ*, *192*(18), E476-E479. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191365>
- Government of Canada. (2018). *Harm reduction: Canadian drugs and substances strategy*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/canadian-drugs-substances-strategy/harm-reduction.html>
- Government of Canada. (2021a). *Substance use and addictions program*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/canadian-drugs-substances-strategy/funding/substance-use-addictions-program.html>
- Government of Canada. (2021b). *Supervised consumption sites and services: Explained*. Author. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/explained.html>
- Government of Canada. (2021c). *Supervised consumption sites: Status of applications*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/status-application.html>
- Hawk, M., Coulter, R. W. S., Egan, J. E., Fisk, S., Reuel Friedman, M., Tula, M., & Kinsky, S. (2017, Oct 24). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct J*, *14*(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4>
- Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M. C., & McNeil, R. (2017, May 18). Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future. *Harm Reduct J*, *14*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0154-1>
- Knaak, S., Christie, R., Mercer, S., & Stuart, H. (2019). Harm reduction, stigma and the problem of low compassion satisfaction. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, *3*(1), e8-e21. <https://doi.org/10.22374/jmhan.v3i1.37>
- Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I., & Pauly, B. (2009). Gaining insight: Harm reduction in nursing practice. *Can Nurse*, *105*(4), 16-22. [https://drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2012/06/Lightfoot-et-al\\_09\\_Gaining-Insight.pdf](https://drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2012/06/Lightfoot-et-al_09_Gaining-Insight.pdf)
- National Harm Reduction Coalition. (n.d.). *National Harm Reduction Coalition*. <https://harmreduction.org>

---

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.