



# Perceptions du personnel infirmier autorisé des services d'urgence concernant les troubles liés à l'utilisation de substances et les sites de consommation supervisée

Aleksandra Ilievska<sup>1</sup>, Gina Pittman<sup>1</sup>, Jody Ralph<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Windsor

Auteure principale — Aleksandra Ilievska Aleksandra Ilievska M.Sc.Inf., B.Sc.Inf., IA, University of Windsor, ilievska@uwindsor.ca

3170 Viola Cres., Windsor, Ontario, N8N 0A3

## Résumé

**Contexte :** Face à l'augmentation des méfaits liés à la consommation de drogues au Canada, l'accent a été mis sur les stratégies de réduction des méfaits telles que les sites de consommation supervisée (SCS).

La documentation sur la perception du personnel infirmier autorisé (IA) des services d'urgence à l'égard des sites de consommation supervisée et des troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) est insuffisante, en particulier dans les villes canadiennes de petite et de moyenne taille.

**Objectif :** La présente étude descriptive visait à déterminer les perceptions des IA des urgences sur les TUS et les SCS.

**Méthodes :** Une enquête comportant 27 questions a été diffusée auprès des IA travaillant actuellement dans les services d'urgence du sud-ouest de l'Ontario par le biais d'un lien en ligne Qualtrics®. La recherche a examiné les perceptions des IA des urgences sur les SCS et les TUS.

**Résultats :** Les résultats quantitatifs révèlent que les IA des urgences (n = 146) font preuve d'empathie à l'égard de la consommation de drogues et des TUS, mais se

montrent neutres envers les SCS. Ils ont fait état des effets positifs et des préoccupations potentielles de la mise en œuvre des SCS. Malgré leurs appréhensions, la plupart des IA des urgences ont indiqué le cas échéant leur volonté d'orienter leurs patients vers de tels sites si ceux-ci étaient à disposition.

**Discussion :** Les résultats de la présente étude ont fourni des données récentes sur les perceptions des IA des services d'urgence à l'égard des TUS et des SCS dans les villes canadiennes de petite et de moyenne taille. Elle a également permis de déterminer les services que les SCS et leurs services d'urgence devraient offrir du point de vue de l'IA du service d'urgence.

**Conclusion :** Cette étude à sites multiples offre la possibilité de comparer les perceptions d'autres disciplines, de partager de nouvelles connaissances et d'améliorer les soins et la sécurité des patients. Parmi les recommandations, un partenariat d'orientation vers la réduction des risques entre les services d'urgence et les partenaires communautaires. Il est essentiel de pratiquer de manière réfléchie, de réduire l'influence des stéréotypes et des décisions et soins fondés sur la stigmatisation, et d'encourager la mise en place d'une

législation soutenant les politiques et procédures éthiques qui augmentent l'utilisation et l'accès aux SCS.

*Mots-clés* : Réduction des méfaits, service des urgences, personnel infirmier des urgences, sites de consommation supervisée, troubles liés à l'utilisation de substances

## Introduction

### Contexte

La consommation de substances a une incidence énorme sur les individus, les familles et les communautés. Le Canada a été fortement touché par la consommation de substances et est confronté à une crise nationale de surdoses d'opioïdes (gouvernement du Canada, 2022). Cette crise a été aggravée par la pandémie de COVID-19 (gouvernement du Canada, 2022). Cela a contribué à une augmentation de 62 % des interventions des services médicaux d'urgence pour des surdoses présumées liées aux opioïdes et à une augmentation de 27 % des hospitalisations pour surdose d'opioïdes (gouvernement du Canada, 2022). Alors que les taux sont restés élevés dans l'Ouest canadien, notamment en Colombie-Britannique et en Alberta, une augmentation considérable a récemment été constatée en Ontario (gouvernement du Canada, 2022).

Devant la multiplication des méfaits liés à la consommation de drogues, l'accent a été mis sur les stratégies de réduction des méfaits (Kerr et coll., 2017). L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIO) estime que les stratégies de réduction des méfaits, telles que les sites de consommation supervisée, sont un outil essentiel que le personnel infirmier peut utiliser pour aider les personnes qui consomment des drogues, pour réduire la stigmatisation qui entoure la consommation de substances et la toxicomanie et, par conséquent, pour créer des communautés plus saines (AIIO, 2022). La définition des sites de consommation supervisée est celle d'espaces autorisés par la loi où les gens peuvent consommer leurs propres drogues dans un environnement sûr et propre, en présence d'un personnel formé (gouvernement du Canada, 2021). Ils offrent une forme de réduction des méfaits et peuvent proposer une gamme de services tels que la vérification des drogues, les soins médicaux d'urgence, l'accès aux services de conseil et de réadaptation, l'accès à d'autres services sanitaires et sociaux tels que l'orientation vers des traitements de la toxicomanie ou de la santé mentale, et l'éducation sur les méfaits de la consommation de drogues ou les pratiques de consommation plus sûres (gouvernement du Canada, 2021). Ils servent également d'endroits où les gens peuvent jeter leurs aiguilles et objets tranchants en toute sécurité, obtenir de nouveaux équipements pour la consommation de drogues, recevoir des services de santé de base, subir des tests de dépistage de maladies infectieuses et avoir accès à des médicaments tels que la naloxone, un agent désactivateur en cas de surdose d'opioïdes (gouvernement du Canada, 2021). Pour Moe et coll. (2022), les personnes souffrant de TUS sont parmi celles qui se rendent fréquemment et de façon persistante à l'urgence en Ontario. Il est essentiel de comprendre les facteurs de risque qui contribuent à l'utilisation répétée des services d'urgence, d'explorer les besoins en soins de santé des personnes qui fréquentent le plus les services d'urgence et de préconiser

des solutions alternatives qui répondent mieux aux lacunes de notre système de soins de santé (Moe et coll., 2022). Une visite aux urgences donne l'occasion d'améliorer les résultats pour les patients en identifiant les personnes souffrant de TUS et en les orientant vers un traitement (Hawk et D'Onofrio, 2018). Étant donné que le personnel infirmier des urgences est souvent le premier professionnel de la santé à voir les personnes qui consomment lorsqu'elles arrivent à l'urgence, il est essentiel d'évaluer les perceptions des IA des urgences à l'égard des TUS et des SCS.

### Objectif

Cette étude descriptive menée dans plusieurs sites a pour but de déterminer les perceptions des IA des services d'urgence à l'égard des TUS et des SCS. Par conséquent, les questions de recherche de l'étude sont les suivantes :

1. Quel est le degré d'aisance et d'expérience des IA des urgences avec les personnes ayant reçu un diagnostic de TUS ou dont on soupçonne qu'elles en sont atteintes ?
2. Quel est le degré d'aisance et d'expérience des IA des urgences avec les SCS ?
3. Quel est l'avis des IA des services d'urgence sur les TUS et les SCS ?
4. Selon les IA des urgences, quel est l'impact des SCS sur les personnes qui consomment des drogues, sur les urgences, sur le système de santé et sur la communauté ?
5. Quels sont les services que les IA des urgences estiment que les SCS et leurs urgences devraient assurer ?

## Méthodes

### Conception de l'étude

La présente étude quantitative a pour but d'explorer les perceptions des IA des services d'urgence à l'égard des TUS et des SCS. La méthode des statistiques descriptives a été utilisée et rapportée.

### Méthode de collecte des données

Nous avons mené une enquête de 27 questions pour recueillir des données et répondre aux questions de la recherche. Parmi les 27 questions, quatre questions démographiques étaient facultatives (âge, sexe, origine ethnique et lieu de travail principal), une question permettait de s'assurer que les critères d'inclusion étaient satisfaits, une question demandait si les répondants acceptaient que leurs réponses soient envoyées et une question invitait les participants à indiquer s'ils souhaitaient recevoir une compensation et quelle carte-cadeau ils préféreraient recevoir. Les autres questions mesuraient les expériences de travail, d'éducation et de formation des IA des services d'urgence, leurs connaissances, leur expérience et leur niveau d'aisance avec les SCS et les TUS, leurs perceptions de ceux-ci, l'impact perçu des SCS sur les TUS, leur service d'urgence, le système de santé et la communauté, et enfin, les services qui devraient être dispensés dans les SCS et dans leur service d'urgence (Jackson et coll., 2021 ; Katz et coll., 2017 ; Shreffler et coll., 2022). L'enquête comportait des questions ouvertes, des questions fermées, des questions à choix multiples, des questions à réponses multiples, des questions de classement et des questions matricielles (échelle de Likert allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Au-delà des questions facultatives, il y avait des questions à compléter obligatoirement, à savoir que les participants étaient tenus de

répondre à la question avant de passer à la suivante. La dernière question demandait aux participants de fournir leurs coordonnées s'ils souhaitaient être contactés pour des études ultérieures sur le même sujet. Si le participant répondait « oui » à cette question, il était dirigé vers une enquête à part où ses informations personnelles ne pouvaient pas être liées à ses réponses à l'enquête.

Nous avons adapté l'enquête à partir de Katz et coll. (2017), Jackson et coll. (2022) et Shreffler et coll. (2021) et nous avons obtenu l'autorisation à en utiliser certaines parties. De légères révisions ont été apportées aux questions afin d'en améliorer la clarté, la fluidité et la pertinence. Afin de maintenir la fiabilité, les questions ont été rédigées dans un langage sans ambiguïté afin de minimiser les erreurs d'interprétation et de réponse. Les questions trop semblables ont été supprimées pour éviter les répétitions et d'autres ont été ajoutées pour mieux répondre aux questions de recherche. La validité apparente a été assurée par trois membres du personnel infirmier, qui n'ont pas participé à la collecte des données. De plus, le comité de thèse a revu la structure et le contenu de l'enquête avant sa publication. La population cible comprenait tous les IA des services d'urgence des hôpitaux du sud-ouest de l'Ontario participant à l'étude.

### Caractéristiques de l'échantillon

L'étude a été menée dans quatre hôpitaux du sud-ouest de l'Ontario, y compris cinq services d'urgence. Ces derniers dispensent des soins aux patients dans diverses régions géographiques allant des zones urbaines aux zones rurales. Les membres de l'échantillon étaient des employés des services d'urgence et ont été recrutés par échantillonnage ciblé. Pour participer à cette étude, le personnel infirmier autorisé devait travailler au service des urgences, être autorisé à exercer sans restriction par l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) et être capable de comprendre la langue anglaise. Il n'était pas nécessaire que le personnel infirmier participant à l'étude ait de l'expérience avec les SCS. Le personnel infirmier auxiliaire et les autres membres du personnel des urgences ont été exclus. Un lien vers l'enquête a été envoyé aux 341 IA des urgences des hôpitaux participants. Des 341 IA des urgences, 146 (42,8 %) ont répondu aux critères d'inclusion et ont été inclus dans les analyses. Étant donné qu'il s'agit d'une étude descriptive, la taille de l'échantillon n'a pas été calculée. Nous n'avons pas non plus reçu les données démographiques des unités en tant que concurrentes. Cependant, les données démographiques sont comparables aux données publiques de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2023).

### Enquête

Les données ont été recueillies entre février et avril 2023. L'enquête a été déployée via la plateforme Qualtrics® de la University of Windsor et était accessible par hyperlien. Les IA admissibles employées aux urgences des hôpitaux du Sud-Ouest ontarien ont été recrutées par le biais d'une série d'annonces par courriel émis par leurs gestionnaires d'urgence. Un premier courriel a été envoyé via le système de messagerie de l'hôpital pour informer les IA que l'enquête était à disposition. La durée de l'étude était de six semaines par établissement. Le deuxième courriel a été envoyé deux semaines avant la fin de l'étude, et le

dernier courriel une semaine avant la fin de l'étude. En cas de participation multiple, la fonction « empêcher la soumission multiple » a été activée dans Qualtrics®, et on a encouragé les participants à utiliser l'adresse électronique de leur institution.

### Préparation de l'étude

On a placé une affiche d'information avec un code QR lié à l'enquête dans la salle de pause du personnel des urgences, à l'écart des soins aux patients, et elle est restée affichée jusqu'à la fin de la période de l'étude.

### Considérations d'ordre éthique

L'étude a reçu l'approbation éthique d'un comité d'éthique de la recherche (CER) d'une université locale et des CER des hôpitaux (CER #42546; CER #20-384). L'enquête était anonyme et les questions étaient conçues de manière à éviter la collecte de données inutiles ou confidentielles. Quant aux questions démographiques telles que l'âge, le sexe et l'origine ethnique, elles étaient facultatives. Pour protéger davantage l'identité des participants, les données ont été présentées sous forme agrégée. L'enquête était uniquement accessible aux participants par le biais de la messagerie électronique de leur établissement et d'un code QR affiché sur un prospectus dans la salle de pause qui leur était réservée. Un formulaire de consentement a été remis à chaque participant, ainsi que des informations sur les ressources en matière de traitement de la toxicomanie, de consommation de drogues et de services d'orientation en cas d'abus, avant le début de l'enquête et à la fin de celle-ci.

### Analyse statistique

La version 29 du logiciel IBM Statistical Package for Social Sciences a été employée pour analyser les données. Des statistiques descriptives (fréquences, pourcentages, moyennes, écarts types et valeurs minimales/maximales) ont été utilisées pour répondre aux questions de recherche. Un statisticien a également été consulté pour valider l'analyse. Les données ont ensuite été examinées pour vérifier l'exactitude des saisies, les données manquantes et les points de distribution normaux. Il manquait 2 % de données sur l'origine ethnique ( $n = 3$ ) et 6 % sur le sexe ( $n = 9$ ). Les données manquantes ne furent pas traitées, car elles n'étaient pas nécessaires à l'analyse statistique. Donc, onze réponses incomplètes ont été exclues de l'analyse des données.

## Résultats

### Caractéristiques des répondants

Au total, le taux de réponse à l'enquête a été de 50,1 % ( $n = 171$ ). Sur ces 171 réponses, 25 ont été exclues à cause de réponses incomplètes ( $n = 11$ ) et de critères d'inclusion non remplis ( $n = 14$ ). Parmi les 341 réponses restantes, 146 (42,8 %) répondaient aux critères d'inclusion et ont été incluses dans les analyses. La plateforme Qualtrics® n'était pas configurée pour comptabiliser les consultations, mais la première question de l'enquête consistait en une vérification de l'admissibilité et l'incitation n'a été offerte qu'aux visiteurs uniques.

### Constatations descriptives

Les participants étaient âgés de 20 ans à plus de 61 ans. La majorité des IA avaient 40 ans ou moins ( $n = 100$ , 68,5 %), s'identifiaient comme étant de sexe féminin ( $n = 118$ , 80,8 %) et blanches ou Caucasiennes ( $n = 132$ , 90,4 %). Environ la

moitié ( $n = 74, 50,9\%$ ) avait plus de 10 ans d'expérience en tant qu'infirmière autorisée, un cinquième ( $n = 31, 21,2\%$ ) avait entre 6 et 10 ans d'expérience, un quart ( $n = 34, 23,3\%$ ) avait entre 1 et 5 ans d'expérience, et seulement 5 % des participants ( $n = 7$ ) avaient moins d'un an d'expérience en soins infirmiers. Parallèlement, la plus grande proportion de participants avait plus de 10 ans d'expérience ( $n = 50, 34,6\%$ ) et entre un et cinq ans d'expérience spécialisée en soins d'urgence ( $n = 46, 31,5\%$ ). La plupart des IA ont été formés ou ont travaillé uniquement en Ontario ( $n = 115, 78,8\%$ ) et presque tous les IA ( $n = 136, 96,3\%$ ) ont déclaré avoir reçu une certaine éducation ou formation sur la réduction des méfaits. Ils ont indiqué avoir reçu la plus grande partie de leur formation pendant leurs études ( $n = 84, 36,9\%$ ) ou pendant les séances d'orientation à l'hôpital ( $n = 58, 25,7\%$ ).

Malgré le niveau élevé déclaré d'éducation et de formation sur la réduction des méfaits, les IA du service d'urgence ont indiqué que leur niveau de connaissance des données probantes et du fonctionnement d'un site de consommation supervisée était essentiellement faible ( $n = 64, 43,8\%$ ) ou moyen ( $n = 63, 43,2\%$ ).

### Principales conclusions

#### *Expérience et niveau de confort des IA des urgences vis-à-vis les TUS*

Environ la moitié des participants ( $n = 72, 49,2\%$ ) se sentent à l'aise avec cette population. Près de la totalité des IA des urgences ont traité les patients suivants au cours des six derniers mois : consommateurs présumés ou admis de drogues récréatives intraveineuses ( $n = 141, 96,6\%$ ), consommateurs présumés ou admis de drogues fumées comme le crack ou la méthamphétamine ( $n = 141, 96,6\%$ ), patients souffrant d'un abcès ou d'une autre infection bactérienne soupçonnée d'être liée à la consommation de drogues injectables ( $n = 138, 94,5\%$ ), patients souffrant d'une infection systémique (p. ex. endocardite) soupçonnée d'être liée à la consommation de drogues injectables ( $n = 128, 87,7\%$ ), ont présenté un autre type d'overdose de drogues récréatives ( $n = 133, 91,1\%$ ) et ont présenté une overdose d'opiacés ( $n = 136, 93,2\%$ ).

*Expérience et niveau de confort des IA des urgences vis-à-vis les SCS*  
La plupart des IA des services d'urgence déclarent n'avoir aucune expérience ( $n = 78, 53,4\%$ ) ou avoir peu d'expérience ( $n = 47, 32,2\%$ ) en ce qui a trait aux données probantes et au fonctionnement d'un SCS. Environ la moitié des participants ont indiqué qu'ils n'étaient pas du tout à l'aise d'aiguiller des patients vers un SCS ( $n = 68, 46,6\%$ ), et environ un tiers ont indiqué qu'ils se sentaient mal à l'aise ( $n = 31, 21,2\%$ ), et même très mal à l'aise ( $n = 13, 8,9\%$ ) à cet égard.

#### **Opinions des IA des urgences sur la consommation de drogues et les TUS**

Un ensemble de questions à échelle de Likert a été utilisé pour évaluer les opinions des IA des urgences sur la consommation de drogues et les TUS. En somme, 82,2 % ( $n = 120$ ) des IA des urgences sont tout à fait d'accord sur la difficulté de se rétablir d'un TUS, et le même nombre est d'accord ou tout à fait d'accord sur le fait que les personnes atteintes d'un TUS ont habituellement vécu des événements négatifs marquants dans leur vie.

Environ les trois quarts ( $n = 114, 78,1\%$ ) des IA des urgences sont tout à fait d'accord que le rétablissement d'un TUS se poursuit tout au long de la vie. Les IA des services d'urgence sont d'accord pour dire que les autres membres du personnel infirmier et les médecins comprennent tout autant la difficulté de se rétablir d'un TUS ( $n = 71, 48,6\%$ ), tandis que les patients le comprennent un peu moins bien ( $n = 59, 40,4\%$ ). Un très grand nombre d'IA sont d'accord ou tout à fait d'accord qu'il y a encore du travail à faire pour minimiser la stigmatisation liée aux TUS ( $n = 122, 83,6\%$ ), qu'il n'y a pas assez de services communautaires pour traiter les personnes qui consomment et s'injectent des drogues ( $n = 125, 85,6\%$ ), et que l'accès aux options de traitement accessibles aux personnes qui en ont besoin pose actuellement un problème ( $n = 132, 90,41\%$ ). Environ les deux tiers ( $n = 95, 65,1\%$ ) des IA des services d'urgence sont tout à fait d'accord que le soutien par les pairs peut avoir un effet positif sur les chances de rétablissement, et 64,4 % ( $n = 94$ ) sont d'accord ou tout à fait d'accord que pour se rétablir, les personnes souffrant de TUS doivent s'installer dans un nouvel environnement et reconnaître que la consommation de drogues et la toxicomanie sont un problème de santé publique ( $n = 94, 64,4\%$ ). Seulement 17,1 % ( $n = 25$ ) des IA des urgences sont d'avis que la toxicomanie est un choix, et 42,8 % ( $n = 64$ ) sont d'avis que les prestataires de soins de santé traitent les personnes souffrant de TUS différemment des autres patients. Quant au service d'urgence, environ les deux tiers ( $n = 102, 69,9\%$ ) des IA du service d'urgence sont tout à fait d'accord que le service d'urgence n'est pas l'endroit idéal pour les personnes qui consomment ou s'injectent des drogues pour des raisons non médicales (p. ex., des problèmes sociaux), et environ la moitié ( $n = 77, 52,7\%$ ) de ces IA sont d'accord ou tout à fait d'accord que les personnes qui consomment ou s'injectent des drogues viennent parfois à leur service d'urgence pour des services qui pourraient être adéquatement dispensés par des intervenants des SCS. Enfin, près des trois quarts ( $n = 109, 74,7\%$ ) des IA de l'urgence sont d'accord ou tout à fait d'accord que les personnes qui consomment ou s'injectent des drogues se présentent surtout à l'urgence pour des problèmes qui pourraient être évités, 80,8 % ( $n = 118$ ) sont d'accord ou tout à fait d'accord que les personnes qui consomment ou s'injectent des drogues se présentent souvent à l'urgence en raison d'un état avancé qui aurait pu être contrôlé plus facilement par un traitement médical précoce, et 78,8 % ( $n = 115$ ) sont d'accord ou tout à fait d'accord que les personnes qui consomment ou s'injectent des drogues imposent un lourd fardeau à leur service en contribuant à l'engorgement du service d'urgence.

Des résultats d'ensemble ont été créés pour combiner les données susmentionnées en une seule variable. Les résultats d'ensemble des opinions sur la consommation de drogues et les TLUS ont été distribués normalement, avec une moyenne de 4,07 (ÉT = 0,35) et une fourchette de 3,05 à 5,00. Une moyenne de 4,07 indique que les IA du service d'urgence sont généralement d'accord avec les énoncés. La fiabilité des résultats d'ensemble a été mesurée et le coefficient alpha de Cronbach était de 0,71.

#### **Opinions des IA des urgences sur les SCS**

Un ensemble de questions à échelle de Likert a été utilisé pour évaluer les opinions des IA des urgences à l'égard des SCS. En

somme, les IA des urgences sont presque également d'accord ( $n = 47, 32,2 \%$ ) et neutres ( $n = 49, 33,6 \%$ ) sur le fait que les SCS peuvent créer des quartiers dangereux. Ils sont également à peu près tous d'accord ( $n = 39, 26,7 \%$ ) et neutres ( $n = 33, 22,6 \%$ ) pour affirmer que les SCS favorisent la consommation de drogues. Plus de la moitié ( $n = 82, 56,2 \%$ ) des IA du service d'urgence sont en désaccord ou fortement en désaccord avec l'idée de s'opposer aux SCS pour des raisons éthiques, et environ la moitié ( $n = 75, 51,4 \%$ ) se disent neutres quant à la question de savoir si les données probantes appuient les SCS dans l'amélioration de l'état de santé des patients ayant une dépendance aux drogues à des fins récréatives. En dépit de leurs sentiments,  $74,7 \%$  ( $n = 109$ ) des IA des urgences sont d'accord ou tout à fait d'accord pour diriger leurs patients qui consomment ou s'injectent des drogues vers un SCS afin d'obtenir des services supplémentaires de réduction des méfaits et de lutte contre la toxicomanie, et  $62,3 \%$  ( $n = 91$ ) sont d'accord ou tout à fait d'accord pour appuyer la mise en place d'un SCS dans leur communauté.

Des résultats d'ensemble ont été créés pour combiner les données susmentionnées en une seule variable. Les résultats d'ensemble de l'enquête sur les opinions à l'égard des SCS ont été distribués normalement, avec une moyenne de 3,19 (ÉT = 0,48) et une fourchette de 2,17 à 5,00. Une moyenne de 3,19 indique que les IA du service d'urgence sont à la fois d'accord et neutres par rapport aux affirmations. La fiabilité des résultats d'ensemble a été mesurée et le coefficient alpha de Cronbach était de 0,85.

#### *Impact des SCS sur les personnes qui consomment des drogues, les urgences, le système de santé et la communauté*

Un ensemble de questions à échelle de Likert a été utilisé pour évaluer l'impact des SCS sur les personnes qui consomment des drogues, le service d'urgence, le système de santé et la communauté. En somme, les IA des urgences sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les SCS pourraient avoir une incidence favorable sur les personnes qui consomment des drogues en étant bénéfiques pour la santé des personnes qui consomment ou s'injectent des drogues ( $n = 110, 75,4 \%$ ), en réduisant la pression de partager des drogues avec d'autres ( $n = 63, 43,2 \%$ ), en permettant l'accès à d'autres services de soutien ( $n = 117, 80,1 \%$ ), en aidant les personnes à consommer de façon plus sécuritaire ( $n = 121, 82,9 \%$ ), en aidant les personnes à obtenir de l'aide

pour d'autres problèmes de santé ( $n = 92, 63,0 \%$ ), en veillant à ce que du personnel formé soit prêt à intervenir en cas de surdose ( $n = 118, 80,8 \%$ ), en créant un lieu sûr pour la consommation ( $n = 114, 78,1 \%$ ), en renforçant les liens avec les soins et le soutien ( $n = 113, 77,4 \%$ ) et en réduisant les taux du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C chez les personnes qui consomment ou s'injectent des drogues ( $n = 116, 79,5 \%$ ). Les IA du service d'urgence sont d'accord ou tout à fait d'accord que les SCS pourraient avoir un impact bénéfique sur le fonctionnement de l'urgence ( $n = 98, 67,1 \%$ ), réduire le nombre de visites à l'urgence en prévenant les complications médicales (p. ex. abcès, infections systémiques) au moyen de la distribution de nouvelles seringues ( $n = 97, 66,4 \%$ ), en réduisant le temps d'attente à l'urgence ( $n = 69, 47,3 \%$ ), en réduisant le nombre de visites à l'urgence en fournissant des services non médicaux (p. ex. des services et des ressources en matière de toxicomanie (accès à des travailleurs sociaux) ( $n = 116, 79,5 \%$ ) et en prévenant des complications médicales ( $n = 104, 71,2 \%$ ). Ils sont d'accord ou tout à fait d'accord que les SCS pourraient avoir un impact sur le système de santé en réduisant le recours aux services médicaux d'urgence pour les personnes dont la réactivité est réduite dans la communauté en raison d'une surdose de drogue ( $n = 112, 76,7 \%$ ). Et enfin, les IA des urgences sont d'accord ou tout à fait d'accord que les SCS pourraient avoir un impact sur la communauté en réduisant l'exposition à la consommation de drogues à des fins récréatives ( $n = 101, 69,2 \%$ ) et en réduisant le matériel lié à la drogue jeté dans les lieux publics (p. ex. parcs, rues) ( $n = 118, 80,8 \%$ ).

Des résultats d'ensemble ont été créés pour combiner les données susmentionnées en une seule variable. Les résultats d'ensemble de l'impact des SCS sur les personnes qui consomment des drogues, les urgences, le système de santé et la communauté ont été distribués normalement, avec une moyenne de 3,87 (ÉT = 0,67) et une fourchette de 1,33 à 5,00. Une moyenne de 3,87 indique que les IA du service d'urgence sont généralement d'accord avec les énoncés. La fiabilité des résultats d'ensemble a été mesurée et le coefficient alpha de Cronbach est de 0,94.

*Les services devant être assurés par les SCS, selon les IA des urgences*  
Le tableau 1 présente les cinq principaux services de réduction des méfaits que les IA des urgences estiment devoir être assurés par les SCS.

**Tableau 1**

*Les services que les IA des urgences ont estimé que les SCS devraient assurer ( $n = 146$ )\**

Variable	n	%	Top 5
Programme d'échange de seringues ou distribution de nouveaux médicaments (par exemple, seringues, aiguilles, eau stérile, filtres, etc.)	122	83,6	1
Conseillers en toxicomanie	121	82,9	2
IA formées pour les soins de santé (par exemple, soins des plaies et des abcès)	115	78,8	3
Trousses de Naloxone ou Narcan	113	77,4	4
Professionnels en santé mentale (par exemple, travailleurs sociaux, psychologues)	111	76,0	5

\*Remarque : Il s'agit d'une question à sélection multiple.

*Les services que les IA des urgences estiment que leur unité de soins d'urgence devrait assurer*

Le tableau 2 présente les cinq principaux services que les IA des urgences estiment devoir être dispensés dans leur unité de soins d'urgence.

## Discussion

### Limites

L'étude présente certaines limites. Comme l'enquête a été diffusée par voie électronique, elle peut être soumise à des biais d'autosélection et d'autodéclaration (Eysenbach et Wyatt, 2002). L'enquête s'est appuyée sur l'autodéclaration des données, laquelle est assujettie à des biais tels que la désirabilité sociale, l'interprétation des questions et la capacité des répondants à s'évaluer eux-mêmes avec précision (Salters-Pedneault, 2020). Le fait que cette étude n'ait utilisé qu'une seule méthode de collecte de données (enquêtes en ligne) peut avoir limité la possibilité de bien saisir les perceptions des IA du service d'urgence. L'échantillonnage ciblé est susceptible d'entraîner un biais d'échantillonnage, car le groupe n'est pas choisi au hasard et ne reflète pas nécessairement la population étudiée. De plus, l'étude a été menée dans le sud-ouest de l'Ontario, et la plupart des participants se sont identifiés comme étant de sexe féminin, blanche ou Caucasienne et formées en Ontario. Par conséquent, les résultats peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des IA des services d'urgence de l'Ontario ou du Canada.

### Interprétations

Les résultats de cette étude ont été non seulement une source de données récentes sur les perceptions des IA des services d'urgence à l'égard des TUS et des SCS, mais aussi une source d'information supplémentaire sur les perceptions des IA dans les villes canadiennes de petite et moyenne taille, contribuant ainsi à combler les lacunes de la documentation. La chercheuse estime que cette étude est la première à faire état des perceptions des IA des services d'urgence à l'égard des TUS et des SCS conjointement. L'étude est également la première à identifier les points de vue de l'IA de l'urgence sur les services que les SCS et leur service d'urgence devraient dispenser.

#### *Expérience et niveau de confort des IA des urgences vis-à-vis les TUS et SCS*

Bien que la quasi-totalité des IA de l'échantillon aient reçu une formation ou un enseignement sur la réduction des méfaits et qu'elles s'occupent quotidiennement de patients souffrant de TUS connus ou présumés, leurs connaissances et leur niveau d'aisance à l'égard des SCS demeurent relativement modestes.

#### *Perspectives des IA à l'égard des TUS*

Les résultats d'ensemble qui évaluent la perception des IA des services d'urgence à l'égard de la consommation de drogues et des troubles liés à l'utilisation de substances révèlent que ces IA font preuve d'empathie à l'égard de la consommation de drogues et des TUS, et sont d'accord dans l'ensemble avec les énoncés (moyenne = 4,07).

La documentation indique que le personnel infirmier fait preuve d'attitudes négatives envers les personnes atteintes de TUS (Arabaci, 2016; Chu et Galang, 2013; Howard et Chung, 2000; van Boekel et coll., 2013). Howard et Chung (2000) ont

constaté que le personnel infirmier plus âgé adopte des positions plus disciplinaires et autoritaires à l'égard des personnes qui consomment des drogues, qu'il soutient davantage le traitement obligatoire et qu'il accepte moins l'usage personnel et sociétal des drogues, alors que le personnel infirmier relativement jeune ou plus diplômé a des opinions plus favorables à l'égard des personnes qui consomment des drogues. En effet, l'échantillon des IA de la présente étude était principalement composé d'infirmières âgées de moins de 40 ans, la plupart d'entre elles avaient reçu une formation ou un enseignement sur la réduction des méfaits, et elles étaient généralement empathiques à l'égard des personnes souffrant de TUS.

#### *Perspectives des IA à l'égard des SCS*

Les résultats d'ensemble qui évaluent la perception des IA des services d'urgence à l'égard des SCS révèlent des opinions plus réservées ou neutres (moyenne = 3,19). Cet échantillon d'IA des urgences était globalement neutre quant à la question de savoir si les SCS pouvaient créer des quartiers dangereux ou promouvoir la consommation de drogues, s'ils s'y opposaient sur le plan éthique, et si les données actuelles ne permettaient pas aux SCS d'améliorer les résultats pour la santé des patients souffrant d'une dépendance aux drogues à des fins récréatives. Parallèlement, dans l'étude de Jackson et coll. (2021), le personnel infirmier s'est montré moins favorable aux modalités de réduction des méfaits telles que les SCS. Les informateurs clés ont exprimé leur opposition potentielle aux SCS en raison du lien établi entre les SCS et les activités criminelles, entraînant ainsi un danger pour la communauté. De plus, les intervenants craignaient que la mise en œuvre des SCS ne dégrade davantage la sécurité et la propreté de leur communauté (Wegner et coll., 2011). Néanmoins, d'autres publications ont prouvé que les SCS pouvaient réduire la criminalité, rendant ainsi les quartiers plus sûrs (Myer & Belisle, 2018), et améliorer les résultats en matière de santé en réduisant les surdoses et les décès liés aux opioïdes (Behrends et coll., 2019; Hayashi et coll., 2021; Irvine et coll., 2019; Kerr et coll., 2007; Marshall et coll., 2007; Milloy et coll., 2008; Notta et coll., 2019), et une diminution des infections par le sang telles que le VIH et l'hépatite C (Bayoumi et Zaric, 2008; Enns et coll., 2016; gouvernement du Canada, 2021; Irwin et coll., 2017).

Bien que les IA des urgences qui ont participé à la présente étude aient fait part d'une certaine hésitation à l'égard des SCS et n'aient pas ou peu d'expérience avec ces derniers, la plupart d'entre eux ont indiqué que les personnes qui consomment des drogues pouvaient accéder à leurs besoins par le biais de ces lieux, qu'ils soutenaient la mise en œuvre des SCS dans leur communauté et qu'ils aiguilleraient leurs patients vers les SCS pour obtenir des services supplémentaires de réduction des méfaits et de lutte contre la toxicomanie. Leur formation antérieure en matière de réduction des méfaits peut expliquer cette constatation.

Selon Katz et coll. (2017), les médecins des urgences étaient moins réticents que le personnel infirmier à l'égard des SCS et appuyaient en grande partie leur mise en œuvre et leur recours au Canada. Comme pour la présente étude, les médecins qui ne soutenaient pas nécessairement le déploiement des SCS dans

leur communauté dirigeaient tout de même leurs patients des urgences vers les SCS (Katz et coll., 2017). Ces résultats sont pertinents, car les stratégies de réduction des méfaits telles que les SCS n'ont pas bénéficié d'un soutien mondial autrefois (Global State of Harm Reduction, 2018; Harm Reduction International, 2020). Aussi, comme les personnes qui consomment des drogues sont parmi les plus enclines à quitter les hôpitaux « contre avis médical » (McNeil et coll., 2014), le recours à un SCS peut leur fournir des services plus appropriés qui répondent mieux à leurs besoins et, ce faisant, diminuer la nécessité de se rendre aux urgences.

#### *Incidences des SCS sur les personnes qui consomment des drogues, les services d'urgence, le système de santé et la communauté*

Les conclusions du troisième résultat d'ensemble, qui évalue les incidences des SCS sur les personnes qui consomment des drogues, ainsi que sur les services d'urgence, le système de soins de santé et la communauté, ont révélé un impact positif global (moyenne = 3,87). Plusieurs études dans la documentation ont réaffirmé l'impact positif : Les SCS assurent l'accès à des prestataires de soins de santé et à du personnel de soutien qui peuvent prévenir les urgences médicales et y répondre (gouvernement du Canada, 2021), peuvent offrir un endroit sûr pour consommer des drogues (Lange et Bach-Mortesen, 2019), réduisent l'utilisation des services hospitaliers et médicaux d'urgence (gouvernement du Canada, 2021; Madah-Amiri et coll., 2019), réduisent le risque de surdose accidentelle lié à des injections moins précipitées et à l'injection de drogues en solitaire (gouvernement du Canada, 2021; Hayashi et coll., 2021; Kerr et coll., 2007; Notta et coll., 2019; Pauly et coll., 2020), de réduire la réutilisation et le partage des aiguilles, et par conséquent de réduire les infections par le VIH et l'hépatite C (Bayoumi et Zaric, 2008; Enns et coll., 2016; gouvernement du Canada, 2021; Irwin et coll., 2017), et d'améliorer l'accès aux services sociaux et aux thérapies (Bayoumi et Zaric, 2008; gouvernement du Canada, 2021; Irwin et coll., 2017; Wood et coll., 2007).

#### *Principaux soins identifiés par les IA des urgences qui devraient être prodigués dans les SCS et les urgences*

Les IA des services d'urgence de la présente étude et les personnes qui consomment des drogues mentionnées dans la documentation ont indiqué que la gestion du sevrage et l'accès à de nouvelles seringues (Kenney et coll., 2021), la présence de personnel infirmier (Kerr et coll., 2007) et l'accès à la naloxone (Lowenstein et coll., 2022) étaient les services préférés dans un SCS. Les personnes qui consomment des drogues apprécient également la sécurité loin de la police (Kenney et coll., 2021) et les services de vérification des drogues (Kenney et coll., 2021; Olding et coll., 2020), mais les IA des services d'urgence de notre étude n'ont pas accordé la priorité à ces services comme étant essentiels pour les SCS ou au sein de leurs services d'urgence.

#### **Applicabilité générale**

Les résultats de cette étude quantitative réalisée dans plusieurs établissements ont permis de combler les lacunes de la recherche en fournissant les perceptions des IA des services d'urgence à l'égard des TUS et des SCS dans les petites villes et les villes de taille moyenne de l'Ontario. Elle enrichit également la documentation en produisant des données récentes et en présentant la perspective

des IA, soit les membres les plus nombreux de l'équipe de soins de santé. En tenant compte de leurs opinions, les prestataires peuvent s'assurer que celles-ci n'affectent pas la qualité des soins qu'ils prodiguent (Shreffler, 2021). Les résultats de l'étude peuvent permettre de comparer les perceptions d'autres disciplines, de partager de nouvelles connaissances et d'améliorer les soins et la sécurité des patients. Ces résultats peuvent donc améliorer la pratique des IA, promouvoir l'inclusion ou la poursuite de la formation sur les TUS, les soins aux personnes qui consomment des drogues et les stratégies de réduction des méfaits comme les SCS, et contribuer à favoriser ainsi la création d'une politique visant à mieux normaliser les soins. En revanche, ces résultats peuvent aider les représentants municipaux et gouvernementaux à décider des services à intégrer dans le prochain SCS et les administrateurs d'hôpitaux à déterminer les services de réduction des risques les plus appréciés par les IA des urgences et ceux à mettre en œuvre dans le service d'urgences.

#### **Incidences sur la pratique clinique d'urgence**

- Les infirmières et infirmiers des urgences sont appelés à pratiquer de façon réfléchie et à être conscients de leurs attitudes, valeurs et perceptions lorsqu'ils soignent des patients atteints de TUS (AIIO, 2015; AIIO, 2018).
- Les exigences pédagogiques en matière de réduction des méfaits dans les programmes des IA devraient être normalisées à l'échelle nationale.
- Il faut établir des protocoles normalisés pour faciliter la transition entre l'hôpital et la communauté (Horner et coll., 2019).
- La formation devrait être incluse dans les orientations de l'hôpital, avec des opportunités fréquentes de formation continue sur les TUS et les stratégies de réduction des méfaits telles que les SCS. La documentation la plus actuelle devrait également être diffusée pour s'assurer que les IA pratiquent toujours en fonction des résultats de la recherche.
- Il convient de réduire l'influence des stéréotypes et des décisions et soins motivés par la stigmatisation.

#### **Notes des auteurs**

Aleksandra Ilievska M.Sc.Inf., B.Sc.Inf., IA, University of Windsor

Gina Pittman, Ph.D., I, P.M.Sc.Inf., University of Windsor

Jody Ralph Ph.D. B.Sc.Inf., IA, University of Windsor

#### **Remerciements**

Aucun

#### **Conflits d'intérêts**

Aucun

#### **Déclaration de l'auteur (CRediT)**

Aleksandra Ilievska : Conceptualisation, méthodologie, analyse formelle, enquête, collecte de données, rédaction — version originale ; Gina Pittman : Conceptualisation, méthodologie, rédaction - version originale, supervision ; Jody Ralph : Conceptualisation, méthodologie, rédaction — version originale

#### **Financement**

Aucun

- Arabaci, L. B. (2016). Perceptions and attitudes of nurses working at emergency unit about the causes and treatment of addiction. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3), 105-113. <https://doi.org/h8nt>
- Bayoumi, A. M., & Zaric, G. S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1143-1151. <https://www.cmaj.ca/content/179/11/1143>
- Behrends, C. N., Paone, D., Nolan, M. L., Tuazon, E., Murphy, S. M., Kapadia, S. N., Jeng, P. J., Bayoumi, A. M., Kunins, H. V., & Schackman, B. R. (2019). Estimated impact of supervised injection facilities on overdose fatalities and healthcare costs in New York City. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 106, 79-88. <https://doi.org/gmx3r5>
- Canadian Nurses Association. (2023). *Nursing statistics*. <https://www.cna-aic.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/nursing-statistics>
- Chu, C. & Galang, A. (2013, June 1). *Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use*. Canadian nurse. <https://www.canadian-nurse.com/blogs/cn-content/2013/06/01/hospital-nurses-attitudes-toward-patients-with-a-h>
- Enns, E. A., Zaric, G. S., Strike, C. J., Jairam, J. A., Kolla, G., & Bayoumi, A. M. (2016). Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction*, 111(3), 475-489. <https://doi.org/hsmb>
- Eysenbach, G., & Wyatt, J. (2002). Using the internet for surveys and health research. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2). <https://doi.org/10.2196/jmir.4.2.e13>
- Global State of Harm Reduction. (2018). *Global overview*. <https://www.hri.global/files/2018/12/10/GlobalOverview-harm-reduction.pdf>
- Government of Canada. (2021, July 22). *Supervised consumption sites and services: Explained*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/explained.html>
- Government of Canada. (2022, June 23). *Opioid- and stimulant-related harms in Canada*. <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/>
- Harm Reduction International. (2020). *Global state of harm reduction 2020 7<sup>th</sup> edition*. [https://www.hri.global/files/2021/03/04/Global\\_State\\_HRI\\_2020\\_BOOK\\_FA\\_Web.pdf](https://www.hri.global/files/2021/03/04/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA_Web.pdf)
- Hawk, K., & D'Onofrio, G. (2018). Emergency department screening and interventions for substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13, 1-6. <https://doi.org/gkzgc2>
- Hayashi, K., Wood, E., Dong, H., Buxton, J. A., Fairbairn, N., DeBeck, K., Milloy, M. J., & Kerr, T. (2021). Awareness of fentanyl exposure and the associated overdose risks among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Review*, 40(6), 964-973. <https://doi.org/hsmc>
- Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M., & Wurcel, A. G. (2019). "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *Plos One*, 25(10), 1-16. <https://doi.org/ggh5kd>
- Howard, M. O., & Chung, S. S. (2000). Nurses' attitudes toward substance misusers. II. Experiments and studies comparing nurses to other groups. *Substance Use & Misuse*, 35(4), 503-532. <https://doi.org/dtkr6r>
- Irvine, M. A., Kuo, M., Buxton, J. A., Balshaw, R., Otterstatter, M., Macdougall, L., Milloy, M. J., Bharmal, A., Henry, B., Tyndall, M., Coombs, D., & Gilbert, M. (2019). Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction*, 114(9), 1602-1613. <https://doi.org/hsmd>
- Irwin, A., Jozaghi, E., Bluthenthal, R. N., & Kral, A. H. (2017). A cost-benefit analysis of a potential supervised injection facility in San Francisco, California, USA. *Journal of Drug Issues*, 47(2), 164-184. <https://doi.org/f92zzp>
- Jackson, L. A., Dechman, M., Mathias, H., Gahagan, J., & Morrison, K. (2022). Safety and danger: Perceptions of the implementation of harm reduction programs in two communities in Nova Scotia, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 30(1), 360-371. <https://doi.org/gkbjr9>
- Katz, N., Leonard, L., Wiesenfeld, L., Perry, J. J., Thiruganasambandamoorthy, V., & Calder, L. (2017). Support of supervised injection facilities by emergency physicians in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 49, 26-31. <https://doi.org/h59w>
- Kenney, S. R., Anderson, B. J., Bailey, G. L., Herman, D. S., Conti, M. T. & Stein, M. D. (2021). Examining overdose and homelessness as predictors of willingness to use supervised injection facilities by services provided among persons who inject drugs. *The American Journal of Addictions*, 30(1), 21-25. <https://doi.org/gmx3r8>
- Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M. C., & McNeil, R. (2017). Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/gbhgx9>
- Kerr, T., Small, W., Moore, D., & Wood, E. (2007). A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: Evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *The International Journal on Drug Policy*, 18(1), 37-45. <https://doi.org/ckr3gt>
- Lange, B. C. L., & Bach-Mortesen, A., M. (2019). A systematic review of stakeholder perceptions of supervised injection facilities. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 299-314. <https://doi.org/dmx3qb>
- Lowenstein, M., Sangha, H. K., Spadaro, A., Perrone, J., Delgado M. K., & Agarwal A. K. (2022). Patient perspectives on naloxone receipt in the emergency department: A qualitative exploration. *Harm Reduction Journal*, 19(97), 1-9. <https://doi.org/gq7m5k>
- Madah-Amiri, D., Skulberg, A. K., Braarud, A. C., Dale, O., Heyerdahl, F., Lobmaier, P., & Clausen, T. (2019). Ambulance-attended opioid overdoses: An examination into overdose locations and the role of a safe injection facility. *Substance Abuse*, 40(3), 383-388. <https://doi.org/gmx3qh>
- Marshall, B. D. L., Milloy, M. J., Wood, E., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2007). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), 1429-1437. <https://doi.org/bb6v79>
- McNeil R., Small W., Wood E., & Kerr T. (2014). Hospitals as a 'risk environment': An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Journal of Social Science and Medicine*, 105, 59-66. <https://doi.org/f5zvdp>
- Milloy M. S., Kerr T., Tyndall M., Montaner J., & Wood E. (2008). Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility. *Plos One*, 3(10), 1-6. <https://doi.org/btrxtt>
- Moe, J., Wang E. Y., McGregor, M. J., Schull, M. J., Dong, K., Holroyd, B. R., Hohl, C. M., Grafstein, E., O'Sullivan, F., Trimble, J. & McGrail, K. M. (2022). People who make frequent emergency department visits based on persistence of frequent use in Ontario and Alberta: A retrospective cohort study. *CMAJ Open*, 10(1), E220-E231. <https://doi.org/h8nw>
- Myer, A. J., & Belisle, L. (2018). Highs and lows: An interrupted time-series evaluation of the impact of North America's only supervised injection facility on crime. *Journal of Drug Issues*, 48(1), 36-49. <https://doi.org/gmx3ss>
- Notta, D., Black, B., Chu, T., Joe, R., & Lysyshyn, M. (2019). Changing risk and presentation of overdose associated with consumption of

- street drugs at a supervised injection site in Vancouver, Canada. *Drug and Alcohol Dependence*, 196, 46–50. <https://doi.org/gmx3rj>
- Olding, M., Ivsins, A., Mayer, S., Betsos, A., Boyd, J., Sutherland, C., Culbertson, C., Kerr, T., & McNeil, R. (2020). A low-barrier and comprehensive community-based harm reduction site in Vancouver, Canada. *American Journal of Public Health*, 110(6), 833–835. <https://doi.org/gmx3p7>
- Pauly, B., Wallace, B., Pagan, F., Phillips, J., Wilson, M., Hobbs, H., & Connolly, J. (2020). Impact of overdose prevention sites during a public health emergency in Victoria, Canada. *Plos One*, 15(5), 1–18. <https://doi.org/gjg29q>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Engaging clients who use substances*. [https://rnao.ca/sites/rnao.ca/files/Engaging\\_Clients\\_Who\\_Use\\_Substances\\_13\\_WEB.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao.ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_WEB.pdf)
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2018). *Implementing supervised injection services*. [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Implementing\\_supervised\\_injection\\_services.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Implementing_supervised_injection_services.pdf)
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2022, April 2). *Nurses speak out for harm reduction*. <https://rnao.ca/about/public-impact/harm-reduction>
- Salters-Pedneault, K. (2020). *The use of self-report data in psychology*. <https://www.verywellmind.com/definition-of-self-report-425267>
- Sharma, A., Minh Duc, N. T., Luu Lam Thang, T., Nam, N. H., Ng, S. J., Abbas, K. S., Huy, N. T., Marušić, A., Paul, C. L., Kwok, J., Karbwang, J., de Waure, C., Drummond, F. J., Kizawa, Y., Taal, E., Vermeulen, J., Lee, G. H. M., Gyedu, A., To, K. G., Verra, M. L., ... Karamouzian, M. (2021). A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *Journal of General Internal Medicine*, 36(10), 3179–3187. <https://doi.org/gmqxs5>
- Shreffler, J., Shaw, I., McGee, S., Bishop, C., Thé, S., O'Brien, D., Price, T., & Huecker, M. (2021). Perceptions diverge on aspects related to substance use disorder: An analysis of individuals in recovery, physicians, nurses, and medical students. *Substance Abuse*, 42(4), 896–904. <https://doi.org/hwjt>
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. <https://doi.org/f47f9g>
- Wegner, L., Arreola, S. G., & Kral, A. H. (2011). The prospect of implementing a safer injection facility in San Francisco: Perspectives of community stakeholders. *International Journal of Drug Policy*, 22(3), 239–241. <https://doi.org/b63955>
- Wood, E., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102(6), 916–919. <https://doi.org/cqs53bga5>