



La voix du personnel infirmier instrumentalisée pour amplifier les peurs liées à l'exposition au fentanyl dans les hôpitaux ruraux de la Colombie-Britannique

Kate Hodgson¹, Amanda Lavigne² et Geoff Bardwell³

¹ Association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits, Université de Victoria, Victoria, C.-B.

² Équipe de transformation de la toxicomanie, Interior Health Authority

³ École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, 200 University Ave W, Waterloo ON N2L 3G1

Auteure principale : Kate Hodgson, Association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits, B.P. 478, Duncan, C.-B., V9L 3XB

Courriel : hrna.aiirm@gmail.com

Résumé

Les personnes qui consomment des drogues (PUD) font l'objet d'une stigmatisation lorsqu'elles accèdent aux soins de santé en milieu hospitalier, y compris aux soins d'urgence. Les régions rurales sont particulièrement concernées en raison de la stigmatisation sociale et structurelle accrue à l'égard de ces personnes dans les petites communautés. Ces obstacles ont été amplifiés par les récents récits des médias et de l'attention politique sur les risques encourus par les prestataires de soins de santé lorsqu'ils sont exposés à des PUD qui consomment des drogues pendant leur hospitalisation. La voix du personnel infirmier a été instrumentalisée, directement et indirectement, pour influencer les discours politiques et susciter une panique morale face à l'exposition sur le lieu de travail à la fumée secondaire de substances non réglementées (par exemple, le fentanyl et la méthamphétamine). Le climat politique actuel en Colombie-Britannique au Canada exige une action collective immédiate de la part du personnel infirmier afin de protéger ses obligations professionnelles et éthiques et d'assurer un accès sûr et libre de toute stigmatisation aux soins hospitaliers pour les PUD dans les zones rurales.

Mots-clés : exposition professionnelle, profession de soins infirmiers, troubles liés à l'utilisation de substances, politique en matière de drogues, plaidoyer

Contexte

Les personnes qui consomment des drogues (PUD) font état d'une stigmatisation de la part des prestataires de soins de santé en milieu hospitalier (Van Boekel et coll., 2013). Cette stigmatisation a un impact considérable sur l'accès aux soins de santé en dressant des obstacles inutiles aux services d'urgence et aux établissements de soins de courte durée pour les PUD (Chan Carusone et coll., 2019). Au Canada, les régions rurales sont touchées de manière disproportionnée par la crise d'intoxication due à des drogues (Hu et coll., 2022). En raison de la stigmatisation sociostructurelle concentrée dans les communautés rurales, le traitement des PUD en milieu hospitalier revêt une importance particulière, car il a un impact sur les comportements favorisant la santé au sein d'un groupe déjà marginalisé et exposé au risque de maladie et d'intoxication (Bardwell et coll., 2022 ; Burgess et coll., 2021 ; Ellis et coll., 2020).

Les régions rurales et éloignées ont été qualifiées de « déserts de soins » pour les personnes cherchant à se faire soigner pour des problèmes de toxicomanie (Palombi et coll., 2018), ce qui reflète l'absence de ressources disponibles pour ces personnes. Les usagers des services déclarent également avoir moins d'anonymat lorsqu'ils choisissent de rechercher un traitement pour toxicomanie, surtout dans les salles d'urgence des petites communautés (Ellis

et coll., 2020). Les efforts menés pour intégrer des ressources et des stratégies de réduction des méfaits en milieu hospitalier dans les zones urbaines et rurales sont également influencés par la stigmatisation au sein des prestataires de soins de santé, ce qui crée des obstacles pour les PUD et contribue à des soins de santé sous-optimaux (Barry et coll., 2014; Muncan et coll., Perera et coll., 2022; 2020; Stangl et coll., 2019; Van Boekel et coll., 2013). Récemment, les hôpitaux ruraux et du nord de la Colombie-Britannique (C.-B.) qui ont tenté de déployer des pratiques de réduction des méfaits (p. ex. des politiques axées sur la réduction des méfaits) afin d'améliorer l'accessibilité des soins hospitaliers pour les PUD ont fait l'objet de critiques publiques (DeRosa, 2024). La perception de problèmes de sécurité liés à l'exposition du personnel à la fumée secondaire de personnes fumant des substances non réglementées (p. ex., fentanyl et méthamphétamine) pendant leur séjour à l'hôpital a été un point de mire dans les récits politiques (DeRosa, 2024; Taylor, 2024; Shaw, 2024). À titre d'exemple, en réponse à la politique de décriminalisation de la possession de drogues en Colombie-Britannique, un médecin et candidat du Parti conservateur du nord de l'île de Vancouver a fait porter son opposition, déclarant que le personnel infirmier des hôpitaux était exposé à la fumée des drogues illégales (Taylor, 2024). Cet exemple démontre pourquoi le personnel infirmier quitte la profession, ce qui contribue à la pénurie de personnel hospitalier et a un impact sur les soins communautaires (Taylor, 2024). En faisant porter la responsabilité de la pénurie de soins de santé aux PUD, les politiciens ne font que perpétuer la stigmatisation sociale.

Malgré la décriminalisation de la possession et de la consommation de stimulants et d'opioïdes non réglementés en Colombie-Britannique, le gouvernement provincial a récemment annoncé son intention de modifier cette directive fédérale (par l'entremise de Santé Canada) afin d'interdire la consommation de substances dans les lieux publics, y compris dans les hôpitaux (Bureau du premier ministre de la C.-B., 2024). L'idée de lier la sécurité du personnel infirmier à la décriminalisation est préoccupante, car il n'y a aucune preuve que les politiques de réduction des méfaits entraînent des conséquences négatives pour le personnel, et cela alimente davantage la stigmatisation et la surveillance des PUD (Ezell et coll., 2021). Ce discours public stigmatisant autour de la consommation de drogues en milieu hospitalier, déjà accentué dans les communautés rurales, risque de restreindre l'accès des PUD aux soins d'urgence quand ils en ont besoin (Muncan et coll., 2020). Évidemment, la sécurité du personnel infirmier et des employés est essentielle, mais il convient de mettre en place une politique de drogues fondée sur des données probantes afin de protéger à la fois le personnel de santé et les populations vulnérables.

Hôpitaux ruraux et croyances en matière de soins infirmiers

Des stratégies adaptées aux régions rurales seront nécessaires pour atténuer les effets nuisibles involontaires sur les individus et les communautés. Les hôpitaux ruraux connaissent souvent une grave pénurie de ressources et de personnel, accueillent un grand nombre de patients et disposent de moins de services spécialisés, notamment de services de réduction des méfaits et

de médecine spécialisée en toxicomanie (McEachern et coll., 2016). Les PUD des régions rurales de la Colombie-Britannique ont souvent recours aux soins hospitaliers en raison de l'absence de liens avec un professionnel de la santé communautaire, et présentent des couches d'oppressions sociales et de marginalisation croisées (p. ex. colonialisme, racisme, vulnérabilité en matière de logement, santé mentale complexe) (Fleming et Sinnott, 2018). Les hôpitaux sont souvent la seule option de soins de santé dans les milieux ruraux où les ressources en soins primaires sont rares et où les services spécialisés en matière de toxicomanie et de dépendance sont très limités. De plus, les hôpitaux en milieu rural fournissent la quasi-totalité des services de gestion du sevrage sous surveillance médicale. Il est donc nécessaire d'adopter une approche culturellement sûre, tenant compte des traumatismes et ne portant pas de jugement, afin de fournir des soins de santé sûrs et éthiques à des personnes confrontées à de multiples obstacles (Neale et coll., 2008).

La variabilité des politiques et des discours publics sur la consommation de drogues se traduit par une polarisation des croyances et des valeurs à l'égard des PUD (Neale et coll., 2008; Pauly et coll., 2015). Les préjugés sociaux et politiques influencent les prestataires de soins de santé et peuvent se manifester dans leurs interactions avec les patients (Hardill, 2019). Lorsque le personnel infirmier considère la consommation de substances comme une réponse aux circonstances de la vie et à la marginalisation sociale — qui se manifeste par un mécanisme d'adaptation inadapté — il est plus enclin à fournir un soutien à la réduction des méfaits (Pauly et coll., 2015). Si le personnel infirmier perçoit la consommation de substances comme un choix individuel, il est plus susceptible d'adopter une vision néolibérale des PUD, ce qui mène à une approche punitive des comportements liés à la consommation de substances (Pauly et coll., 2015).

Les opinions qui prétendent que les approches de réduction des méfaits « permettent » la consommation de substances sont des exemples de perspectives néolibérales à l'égard des PUD et sont courantes dans les communautés rurales. L'opinion publique rurale est plus susceptible d'avoir une attitude de « se prendre en main » et de croire que les PUD ne respectent tout simplement pas les règles sociales (Barry et coll., 2014; Hardill, 2019). Les croyances stigmatisantes, et par conséquent le soutien accordé aux politiques punitives en matière de consommation de drogues sont nuisibles et ont un impact sur l'accès aux services de santé quotidiens, aux soins d'urgence et, paradoxalement, au traitement de la toxicomanie (Hatzenbuehler et coll., 2013; Kennedy-Hendricks et coll., 2017). La norme de pratique éthique du personnel infirmier est de préserver et de protéger la dignité du client et de promouvoir des soins sûrs, appropriés et éthiques (BCCNM, 2024), ce qui inclut les soins de réduction des méfaits. Cette obligation exige du personnel infirmier qu'il résiste à l'influence du discours politique à l'égard des PUD et qu'il continue à fournir des soins de santé libres de toute stigmatisation aux PUD lors de leur séjour à l'hôpital.

Le syndicat du personnel infirmier de la Colombie-Britannique (BCNU) indique que les signalements d'exposition à des substances illégales sur le lieu de travail ont augmenté

progressivement depuis 2021. Il a formulé des recommandations sur les stratégies d'atténuation visant à protéger le personnel infirmier (BCNU, 2024). Selon les recommandations, il faut dépister les antécédents de consommation de substances, identifier la présence de vapeurs de fumée et se munir d'un équipement de protection individuelle pour effectuer la tâche (BCNU, 2024). Bien que la littérature sur l'exposition professionnelle au fentanyl par la fumée secondaire soit limitée, les recherches actuelles ont montré que le risque global de toxicité aux opiacés ou de surdose est très faible (Moss et coll., 2018; Eagland et coll., 2024). Le risque de décès par toxicomanie est l'une des principales causes de décès chez les personnes âgées de 10 à 59 ans, en particulier chez celles qui sont obligées de consommer des substances solitairement et dans le secret (Gouvernement de la C.-B., 2023). Pour répondre aux préoccupations réelles et perçues en matière de sécurité, il est essentiel de surveiller et d'évaluer en permanence les mesures de santé et de sécurité au travail. Si la sécurité du personnel infirmier est une priorité absolue, elle ne doit pas se faire au détriment de soins de santé équitables pour tous, y compris pour ceux qui sont confrontés à des inégalités sociales et structurelles.

Politique globale de réduction des méfaits dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique

Chaque autorité sanitaire régionale de la Colombie-Britannique a récemment adopté des politiques globales de réduction des risques dans les hôpitaux. Ces politiques favorisent une approche non criminelle et non prohibitive de la possession personnelle de substances et de matériel de consommation de drogues (Interior Health [IH], 2024; Vancouver Coastal Health [VCH], 2023). L'objectif est d'abandonner les pratiques consistant à confisquer les substances ou à demander aux personnes de quitter l'hôpital si une consommation non réglementée de substances est détectée. Au lieu de cela, les hôpitaux suivent désormais une approche globale de réduction des méfaits alignée sur la politique de décriminalisation (IH, 2024; VCH, 2023). Certains hôpitaux ruraux et du nord de la Colombie-Britannique ont été les plus médiatisés en raison de ces politiques. Il semblerait que les politiques de décriminalisation aient entraîné une augmentation du nombre de patients fumant des substances non réglementées dans les chambres d'hôpital (Shaw, 2024). Les politiques de décriminalisation et de réduction des méfaits visent à réduire la stigmatisation et à respecter l'autodétermination des patients en matière de possession de substances pour leur usage personnel (VCH, 2023). Le personnel infirmier a fait part de ses inquiétudes quant au fait d'être placé dans le rôle des forces de l'ordre lorsqu'il s'agit de gérer la consommation de substances dans le cadre des soins de santé. Ces politiques leur permettent d'adopter une approche différente (Fisher, 2007). Au lieu de devoir confisquer les substances ou dénoncer les patients, le personnel infirmier peut désormais mettre en œuvre des stratégies globales de réduction des méfaits. Il s'agit notamment d'éduquer les patients à une consommation plus sûre, d'assurer un stockage sécurisé des substances et d'offrir des fournitures propres ou un accès aux technologies de dépistage des drogues (VCH, 2023). Le personnel infirmier et les chefs de file des soins infirmiers devraient également plaider en faveur de services de consommation supervisée dans les hôpitaux, lesquels sont déjà

proposés dans certains hôpitaux urbains au Canada (Dogherty et coll., 2022). L'expansion de ces services sur place contribuerait à réduire l'exposition des travailleurs de la santé à des substances non réglementées par le biais de la fumée secondaire et offrirait aux patients hospitalisés un espace sûr pour consommer des drogues (Bourque et coll., 2019).

L'interdiction de la consommation de drogues et la criminalisation des PUD sont nuisibles, mais il existe des mesures alternatives aux politiques punitives en matière de drogues qui pourraient être adoptées sur les sites hospitaliers [par exemple, l'expansion des sites de prévention des surdoses épisodiques sur place, travailleurs pairs dans les hôpitaux, espaces d'inhalation extérieurs accessibles (DeBeck et coll., 2017)]. En interdisant la consommation de substances dans les hôpitaux, on ignore encore davantage le risque de décès dans le cadre de l'approvisionnement en substances toxiques et l'on obtient de moins bons résultats en matière de santé pour les PUD. Par exemple, les kiosques de réduction des méfaits qui étaient autrefois disponibles dans les hôpitaux ont été supprimés à la suite d'accusations de partis politiques selon lesquelles ils « favorisaient » la consommation de substances dans les établissements de soins de santé (Gamage, 2024). Ces kiosques fournissaient des ressources essentielles telles que la naloxone, un médicament utilisé pour inverser les intoxications toxiques. Suite à la suppression de ces services de réduction des méfaits — comme la consommation en présence de témoins et l'accès à la naloxone — une surdose sans témoin s'est produite dans les toilettes d'un hôpital de l'île de Vancouver (Sweetman, 2024). Les personnes qui utilisent des drogues (PUD) sont confrontées à des risques accrus de négligence et de décès lorsque des services vitaux de prévention des surdoses et des politiques de réduction des méfaits sont supprimés dans les hôpitaux.

Appels immédiats à l'action

Malgré les efforts déployés par le personnel infirmier chargé de la réduction des méfaits et les défenseurs ayant une expérience vécue, le gouvernement fédéral a annoncé son soutien aux amendements apportés à la politique canadienne sur les drogues afin d'appuyer l'interdiction de la consommation de substances dans les espaces publics et les hôpitaux de la Colombie-Britannique (Van Dyk, 2024). Les hôpitaux ruraux, le personnel infirmier et les travailleurs de la santé doivent agir immédiatement pour atténuer les effets néfastes de ce changement de politique sur les PUD. Il est important de préciser que les communautés rurales sont défavorisées par ce changement de politique dès le départ. Très peu d'hôpitaux ruraux disposent d'espaces d'inhalation ou de services de prévention des surdoses (SPS) et de services de prévention des surdoses épisodiques (SPS-E) intégrés aux services de soins de courte durée, et il n'y a souvent qu'un seul SPS pour l'ensemble d'une communauté. Le personnel infirmier sera appelé à soutenir les recommandations fondées sur des données probantes qui favorisent une approche sans stigmatisation de la prestation de soins aux PUD pendant leur séjour à l'hôpital. Ce sont notamment les recommandations suivantes :

Action 1 : étendre les espaces désignés plus sûrs pour les personnes qui consomment des drogues (PUD) dans les hôpitaux ruraux. Cette action nécessitera une coordination entre

la planification stratégique régionale, la direction des hôpitaux locaux, les organisations de réduction des méfaits et des partenariats avec les groupes locaux de défense des usagers de drogues.

Action 2 : mettre en œuvre une éducation généralisée à la lutte contre la stigmatisation et à la réduction des méfaits, destinée à la fois à la communauté et aux prestataires de soins de santé. Les politiques d'interdiction des drogues sapent la confiance entre les institutions et les personnes qui consomment des drogues. Le rétablissement de cette confiance est essentiel pour que ces personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles accèdent aux services de soins de courte durée.

Action 3 : Étendre les services de pairs dans les milieux communautaires afin d'instaurer un climat de confiance. Le soutien par les pairs sera également nécessaire dans les hôpitaux ruraux pour aider à l'utilisation des espaces désignés et assurer la sécurité des personnes qui consomment des drogues (PUD) pendant leur séjour à l'hôpital.

Action 4 : Tous les hôpitaux ruraux devraient améliorer les procédures de dépistage de la toxicomanie et permettre l'accès aux médicaments, tels que les agonistes opioïdes et les médicaments pro re nata, afin de gérer le sevrage de la toxicomanie et de prévenir l'empoisonnement par des substances toxiques une fois les patients sortis de l'hôpital.

Action 5 : Le syndicat du personnel infirmier de la C.-B. et d'autres groupes de défense du personnel infirmier devraient procéder à une analyse de l'environnement et passer en revue la documentation universitaire afin d'évaluer les preuves des risques d'exposition accidentelle de substances non réglementées sur le lieu de travail par divers moyens (par exemple, inhalation, absorption, injection et ingestion).

Conclusion

Le personnel infirmier a une responsabilité collective de défendre les personnes vulnérables, en s'appuyant sur les principes de sécurité culturelle, de lutte contre la stigmatisation et d'approche anti-oppressive des soins. L'interdiction de l'utilisation de substances dans les lieux où les personnes doivent se rendre pour des raisons médicales constitue une forme de criminalisation. Cette approche nuit aux personnes qui utilisent des drogues (PUD) et les décourage de rechercher les soins médicaux essentiels, en particulier dans les régions rurales.

REFERENCES

- Bardwell, G., Mansoor, M., Van Zwietering, A., Cleveland, E., Snell, D., & Kerr, T. (2022). The "goldfish bowl": A qualitative study of the effects of heightened surveillance on people who use drugs in a rural and coastal Canadian setting. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00725-2>
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269–1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>

Incidences sur la pratique clinique d'urgence

- Le personnel infirmier doit être conscient de la façon dont sa voix est instrumentalisée pour soutenir des politiques néfastes en matière de drogues.
- En raison de la crise de santé publique que représentent les drogues toxiques, il est essentiel que les soins infirmiers soient libres de toute stigmatisation pour les personnes souffrant de troubles liés à la toxicomanie
- Le leadership infirmier joue un rôle crucial dans la défense des stratégies de conception des soins de santé qui protègent à la fois le personnel infirmier et les personnes qui consomment des drogues (PUD)

Les auteurs

Kate Hodgson est infirmière praticienne et demeure sur le territoire traditionnel des Tla'amin, sur la Sunshine Coast de la Colombie-Britannique. Elle fournit des soins primaires à faible obstacle et un traitement de la toxicomanie à des personnes souffrant de complexités croisées. Elle est membre du conseil d'administration de l'Association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits.

Amanda Lavigne est infirmière clinicienne spécialisée au sein de l'équipe de lutte contre la toxicomanie d'Interior Health. Amanda est un chef de file dans l'élaboration de programmes de lutte contre la toxicomanie et une experte clinique en matière de soins liés à la toxicomanie.

Geoff Bardwell est professeur agrégé à l'École des sciences de la santé publique de l'Université de Waterloo. Ses recherches portent sur la consommation de substances en milieu rural, dans le Nord et dans les petites communautés.

Remerciements

Les auteurs tiennent à souligner respectueusement que tous les aspects de la rédaction ont été menés sur les territoires traditionnels et non cédés des peuples Tla'amin, Holmoco et Klahoose. Ils tiennent également à exprimer leur reconnaissance envers toutes les personnes ayant une expérience vécue et actuelle qui sont victimes des politiques de drogues oppressives et prohibitives.

Conflits d'intérêts

Aucun financement n'a été reçu pour les contributions des auteurs. Il n'y a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Déclaration de l'auteur [CRediT]

Kate Hodgson : Conceptualisation, préparation de l'ébauche, révision. Amanda Lavigne : Révision, édition, structuration de l'ébauche. Geoff Bardwell : Supervision, révision et édition.

- British Columbia Nurses' Union. (2024, May 7). *Controlling exposure risks from illicit substances*. <https://www.bcnu.org/a-safe-workplace/health-and-safety/controlling-exposure-risks>
- Bourque, S., Pijl, E. M., Mason, E., Manning, J., & Motz, T. (2019). Supervised inhalation is an important part of supervised consumption services. *Canadian Journal of Public Health*, 110(2), 210–215. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00180-w>
- Burgess, A., Bauer, E., Gallagher, S., Karstens, B., Lavoie, L., Ahrens, K., & O'Connor, A. (2021). Experiences of stigma among individuals in recovery from opioid use disorder in a rural setting:

- A qualitative analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 130, 108488. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108488>
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R., & Strike, C. (2019). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"—Hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J. S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., Wood, E., & Baral, S. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet HIV*, 4(8), e357–e374. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30073-5)
- DeRosa, K. (2024, April 5). *Nurses speak out about consequences of drug use in hospitals*. <https://vancouversun.com/news/nurses-speak-out-about-consequences-of-drug-use-in-hospitals>
- Dogherty, E., Patterson, C., Gagnon, M., Harrison, S., Chase, J., Boerstler, J., Gibson, J., Gill, S., Nolan, S., & Ryan, A. (2022). Implementation of a nurse-led overdose prevention site in a hospital setting: Lessons learned from St. Paul's Hospital, Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00596-7>
- Eagland, S., Ranger, C., & Wilson, P. (2024, May 23). *Fears of exposure to illicit drugs in public places based on politics, not facts*. <https://healthydebate.ca/2024/05/topic/exposure-illicit-drugs-politics/>
- Ellis, K., Walters, S., Friedman, S. R., Ouellet, L. J., Ezell, J., Rosentel, K., & Pho, M. T. (2020). Breaching trust: Qualitative study of healthcare experiences of people who use drugs in a rural setting. *Frontiers in Sociology*, 5, 593925. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.593925>
- Fisher, J. (2007). Mental health nurses: De facto police. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 230–235. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00472.x>
- Fleming, P. & Sinnott, M.-L. (2018). Rural physician supply and retention: Factors in the Canadian context. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 23(1). <https://www.srpc.ca/resources/Documents/CJRM/vol23n1/pg15.pdf>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Henderson, S. (2002). Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 2(4), 244–250. [https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(02\)00020-3](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(02)00020-3)
- Hu, K., Klinkenberg, B., Gan, W. Q., & Slaunwhite, A. K. (2022). Spatial-temporal trends in the risk of illicit drug toxicity death in British Columbia. *BMC Public Health*, 22(1), 2121. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14586-8>
- Kennedy-Hendricks, A., Barry, C. L., Gollust, S. E., Ensminger, M. E., Chisolm, M. S., & McGinty, E. E. (2017). Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: Associations with public support for punitive and public health-oriented policies. *Psychiatric Services*, 68(5), 462–469. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600056>
- McEachern, J., Ahamad, K., Nolan, S., Mead, A., Wood, E., & Klimas, J. (2016). A needs assessment of the number of comprehensive addiction care physicians required in a Canadian setting. *Journal of Addiction Medicine*, 10(4), 255. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000230>
- Moss, M. J., Warrick, B. J., Nelson, L. S., McKay, C. A., Dubé, P.-A., Gosselin, S., Palmer, R. B., & Stolbach, A. I. (2018). ACMT and AACT position statement: Preventing occupational fentanyl and fentanyl analog exposure to emergency responders. *Clinical Toxicology*, 56(4), 297–300. <https://doi.org/10.1080/15563650.2017.1373782>
- Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J., & Ompad, D. C. (2020). "They look at us like junkies": Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>
- Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2008). Barriers to accessing generic health and social care services: A qualitative study of injecting drug users. *Health & Social Care in the Community*, 16(2), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x>
- Palombi, L. C., St Hill, C. A., Lipsky, M. S., Swanoski, M. T., & Lutfiyya, M. N. (2018). A scoping review of opioid misuse in the rural United States. *Annals of Epidemiology*, 28(9), 641–652. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.05.008>
- Pauly, B. (Bernie), McCall, J., Browne, A. J., Parker, J., & Mollison, A. (2015). Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 121–135. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000070>
- Shaw, R. (2024, April 4). 'Nobody signed up... to be exposed to fentanyl in the workplace' says nurse. <https://northernbeat.ca/opinion/nobody-signed-up-to-be-exposed-to-fentanyl-in-the-workplace-says-nurse/>
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., C. Simbayi, L., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Sweetman, M. (2024, November 21). *Patient overdose death at Nanaimo hospital 'didn't have to happen,' doctor says*. <https://thediscourse.ca/nanaimo/patient-overdose-death-at-nanaimo-hospital-didnt-have-to-happen-doctor-says>
- Taylor, A. (2024, May 7). *Campbell River hospital staff exposed to illicit drug smoke: Island Health*. <https://www.campbellrivermirror.com/local-news/campbell-river-hospital-staff-exposed-to-illicit-drug-smoke-island-health-7326961>
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (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/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Van Dyk, S. (2024, May 7). *The federal government grants B.C.'s request to recriminalize hard drugs in public spaces*. <https://www.ctvnews.ca/politics/federal-government-grants-b-c-s-request-to-recriminalize-hard-drugs-in-public-spaces-1.6876913>
- Vancouver Coastal Health. (2023, January 1). *Possession of controlled substances for personal use*. <https://www.vch.ca/en/decriminalization-controlled-substances-personal-use>