

CANADIAN JOURNAL of EMERGENCY NURSING

JOURNAL CANADIEN des INFIRMIÈRES D'URGENCE

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE NATIONAL EMERGENCY NURSES ASSOCIATION

ISSN 2293-3921 (Print), 2563-2655 (Online)

VOLUME 48, NUMBER 1, SPRING 2025



Harm Reduction
Nurses Association

Association des
infirmiers et infirmières
en réduction des méfaits

IN THIS ISSUE:

- 12 Frequent mental health- and addiction-related emergency department visits: Perspectives from healthcare providers
- 31 Emergency department registered nurses' perceptions of substance abuse
- 48 A nursing perspective on barriers to implementing harm reduction in acute care hospital settings: A scoping review
- 64 Nurses' voices used to heighten fears of fentanyl exposure in British Columbian rural hospitals
- 74 Exploring the role of peers in addressing the toxic drug crisis in emergency departments



CANADIAN JOURNAL of EMERGENCY NURSING

JOURNAL CANADIEN des INFIRMIÈRES D'URGENCE

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE NATIONAL EMERGENCY NURSES' ASSOCIATION

ISSN 2293-3921 (Print) & ISSN 2563-2655 (Online)

VOLUME 48, NUMBER 1, SPRING 2025

CJEN Editorial and Production Team/Équipe de rédaction et de production du JCIU

Editors/Rédacteurs

Christopher Picard, CD, MN, RN, ENC(C)

Editor-in-Chief

Nanaimo, British Columbia

Heather McLellan, MEd, BN, RN, CEN, CFRN,
FAASTN

Calgary, Alberta

Jeanesse Bourgeois, MN, RN,
Montreal, Quebec

Matthew J. Douma, PhD(c), RN, ENC(C),
CCN(C), CNCC(C)

Edmonton, Alberta

Michelle Lalonde, PhD, RN
Ottawa, Ontario

Alexandra Lapierre, Ph.D., RN,
Montreal, Quebec

Dawn Peta, BN, RN, ENC(C)
Lethbridge, Alberta

Gabriela Peguero-Rodriguez, PhD, RN,
Gatineau, Quebec

Karlin (Kar Lin) Su, MN-NP (FAA), NP
Edmonton, Alberta

Print Publisher/Maison d'édition impression papier

Pappin Communications

Heather Coughlin (heather@pappin.com)

Sherri Keller (sherri@pappin.com)

Online Publisher/Éditeur en ligne University of Alberta Digital Initiatives Project Librarians

NENA elected officers

President

Christopher Picard, president@nena.ca

Vice President

Kristy Waffle, Kristy.waffle@
saskhealthauthority.ca

Past President

Dawn Peta, dawn.peta@ahs.ca

Secretary

Kristine Smith, Kristine.smith2@ahs.ca

Director of Education

Nada Melendez-Duke,
educationdirector@nena.ca

Directors at Large:

British Columbia – Phoenix Frechette,
bcdirector@nena.ca

Alberta – Trent Moser, abdirector@nena.ca

Saskatchewan – Desiree Nahachewsky,
skdirector@nena.ca

Manitoba – Cheryl Swanson, mbdirector@
nena.ca

Ontario – Francesca Bava, ondirector@nena.ca

Quebec – Josiane Arsenault, qcdirector@
nena.ca

Newfoundland – Rebecca Reid, nldirector@
nena.ca

New Brunswick – Jennifer Myles, nbdirector@
nena.ca

Nova Scotia – Tanya Penney, nsdirector@
nena.ca

Prince Edward Island, (Vacant) – peidirector@
nena.ca

Territories – Melanie Fecteau,
territoriesdirector@nena.ca

Webmaster

webmaster@nena.ca

CJEN Editor-in-chief

Christopher Picard, editor@nena.ca

CTAS Triage Committee

Joy McCarron (chair), Kaitlynn Kylie, Jennifer
Cameron, Kristen Mackenzie, Tammy Nelson,
Pierre-Luc Tremblay ctas@nena.ca

National Emergency Nurses Education Committee (NENEC)

Stacey McEachern – chair, Sara Phillips,
Mélanie Marceau – courses@nena.ca

Committees:

Awards/Bursaries

Tanya Penney, Rebecca Reid, Francesca Bava

Nominations

Tanya Penney, Rebecca Reid, Melanie
Fecteau

Website Committee

Nada Melendez-Duke, Desiree Nahachewsky,
Phoenix Frechette, Josianne Arsenault,
Kristine Smith

Social Media

Phoenix Frechette, Francesca Bava, Trent
Moser, Melanie Fecteau

Promotions

Cheryl Swanson, Trent Moser, Josianne
Arsenault

Professional Practice Committee

Cheryl Swanson, Kristine Smith, Josianne
Arsenault

"We acknowledge that we are on the traditional territories of Indigenous peoples across Canada. This land has been inhabited by various First Nations, Métis, and Inuit communities for thousands of years. We honor their histories, cultures, and contributions, and we commit to fostering respectful relationships and reconciliation."

Canadian Journal of Emergency Nursing

is the official publication of the National Emergency Nurses Association, published three times annually by Pappin Communications, 1012 Snake River Line, Cobden, ON K0J 1K0. ISSN 2293-3921. Indexed in CINAHL. Copyright NENA, Inc., 2024

The editors, association, and the publisher do not guarantee, warrant, or endorse any product or service mentioned in this publication. For information on advertising, contact Heather Coughlin, Advertising Manager, Pappin Communications, 1012 Snake River Line, Cobden, ON K0J 1K0
telephone: 613-633-1938,
email: heather@pappin.com

Rate card available at www.pappin.com

Send manuscript inquiries or submissions to:
editor@nena.ca

CJEN is the official publication of the National Emergency Nurses Association. Articles, news items, and illustrations relating to emergency nursing are welcome. **CJEN** is published three times per year. Opinions expressed are not necessarily those of NENA, or of the editors. The Canadian Journal of Emergency Nursing is published Open Access under a Creative Commons CC-BY 4.0 license. Authors retain full copyright.

Special Issue of CJEN – The importance of harm reduction in emergency nursing practice

Christopher Picard¹, Heather McLellan², Dawn Peta³, Kar Lin Su³, Jeanesse Bourgeois⁴, Gabriela Peguero-Rodriguez⁵, Alexandra Lapierre⁶, Matt Douma³, Michelle Lalonde⁷

¹ University of Alberta, Faculty of Nursing

² Mount Royal University, School of Nursing and Midwifery

³ Alberta Health Services

⁴ CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

⁵ Université du Québec en Outaouais, Nursing Department

⁶ Université de Montréal, Faculty of Nursing

⁷ University of Ottawa

Corresponding Editor: Christopher Picard - picard@ualberta.ca

The *Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN)* is dedicating this special issue to exploring the connections between emergency nursing, substance use, and harm reduction. Inviting guest editors and dedicating special editions to specific topics is not new or novel - CJEN has partnered with other organizations; hosted conference abstracts (McLane and Lang, 2020; McLane & Lang, 2021; Fisher et al. 2022; Fisher et al., 2023); co-published statements from the CIHR (Lau, 2021); and has worked closely with the Canadian Forensic Nurses Association (Doyle, 2013; Early, 2014; Forensic Nurses Society of Canada, 2014). While inviting guest editors and curating special issues on specific topics is a well-established practice for CJEN, this issue marks a first for CJEN by unifying the entire edition under a single theme: substance use and harm reduction.

CJEN has a proud history of exploring the impacts of substance use on nurses, their workplaces, and substance-related patient characteristics (Rush, 2005). The interplay between mental health and substance use (Hilton et al., 2023), and the effects of substance use at a population level (Patterson & Douma, 2020;

Picard et al., 2024) also reflect previously published articles. CJEN has a strong history of amplifying voices in harm reduction, examining how these practices are implemented (Horvath & Carter, 2024; Low, 2020), their effects on nurses (Mercier et al., 2023), their impact on patient outcomes (Whitman et al., 2020) and system burdens (Vorobeichik et al., 2022).

Substance use and harm reduction have a significant impact on the daily operations of our emergency departments. As our healthcare system continues to grapple with the opioid crisis and other substance-related challenges, harm reduction strategies play a crucial role in delivering comprehensive care while mitigating adverse health impacts related to substance use. This special edition features original research articles that shed light on how these pressing issues are impacting nurses, patients, and emergency department teams across Canada. The articles delve into theory, impressions, and efforts to address these rising challenges. To ensure a well-rounded perspective, we have collaborated with our harm reduction nursing counterparts in presenting this edition. We hope you enjoy this special edition!

REFERENCES

- Doyle, R. M. (2013). Upstream thinking about victims of intentional violence: The wisdom of forensic nurse examiners. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 36(2), 27–29. <https://doi.org/10.29173/cjen449>
- Early, S. (2014). Review of forensic nursing: Evidence-based principles and practice. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 37(1), 29–29. <https://doi.org/10.29173/cjen474>
- Fisher, A., McLane, P., & Lang, E. (2022). The Alberta Health Services Emergency Strategic Clinical Network™ Quality Improvement and Innovation Forum presented on February 22, 2022. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 45(2), 1. <https://doi.org/10.29173/cjen191>
- Fisher, A., McLane, P., & Lang, E. (2023). The Alberta Health Services Emergency Strategic Clinical Network™ Quality Improvement and Innovation Forum 2023. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 46(1). <https://doi.org/10.29173/cjen224>
- Forensic Nurses' Society of Canada. (2014). Sheila Early, A nurse to know. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 37(1), 13–13. <https://doi.org/10.29173/cjen467>
- Hilton, E., Smith, J., Szeto, A., Knaak, S., Chan, E., Grimminck, R., ... Mustapha, W. (2023). Exploring mental health barriers in emergency rooms (EMBER). *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 46(1), 15–16. <https://doi.org/10.29173/cjen209>

- Horvath, S., & Carter, N. (2024). Closing gaps in emergency care: The vital role of advanced practice nurses in serving vulnerable populations. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 47*(2), 138–143. <https://doi.org/10.29173/cjen229>
- Lau, F. (2021). A commentary on the action plan to modernize gender, sex and sexual orientation information practices in Canadian digital health systems. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 44*(1), 24–27. <https://doi.org/10.29173/cjen121>
- Low, K. (2020). Initiating buprenorphine/naloxone for opioid use disorder in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 43*(1), 12–22. <https://doi.org/10.29173/cjen15>
- McLane, P., & Lang, E. (2020). The Emergency Strategic Clinical Network (ESCN) quality improvement and innovation forum. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 43*(2), 1. <https://doi.org/10.29173/cjen56>
- McLane, P., & Lang, E. (2021). The Alberta Health Services Emergency Strategic Clinical Network Quality Improvement and Innovation forum 2021. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 44*(2), 1–2. <https://doi.org/10.29173/cjen150>
- Mercier, D., Douma, M., & Montgomery, C. (2022). Inpatient supervised consumption services: A nursing perspective. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 45*(3), 11–13. <https://doi.org/10.29173/cjen200>
- Patterson, C., & Douma, M. (2020). Understanding British Columbia's opioid-related public interest during the crisis: A Google Trends-based exploration of online health information-seeking behaviour. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 41*(1), 15–18. <https://doi.org/10.29173/cjen64>
- Picard, C., Montgomery, C. L., Violato, E. M., Douma, M. J., & Norris, C. M. (2024). From triage to treatment: A population-level descriptive retrospective time-series analysis of emergency department visits in Alberta during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 47*(2), 111–137. <https://doi.org/10.29173/cjen226>
- Rush, C., & Walton, S. (2005). Methamphetamine intoxication and related emergency situations. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 28*(1), 10–14. <https://doi.org/10.29173/cjen338>
- Vorobeichik, A., Yaphe, H., Feldmann, A., Taghizadeh, N., Wang, D., & Lang, E. (2022). Impact of Calgary's supervised consumption site on opioid-related emergency health care usage. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 45*(2), 6–7. <https://doi.org/10.29173/cjen183>
- Whitman, S., Zaganelli, C., & Luzny, S. (2020). iOAT in the ED – Lessons learned: Abstract from the Emergency Department Strategic Clinical Network Quality and Innovation Forum, Red Deer, Alberta, February 2020. *Canadian Journal of Emergency Nursing, 43*(2), 22. <https://doi.org/10.29173/cjen51>

Numéro spécial du CJEN - L'importance de la réduction des méfaits dans la pratique des soins infirmiers d'urgence

Christopher Picard¹, Heather McLellan², Dawn Peta³, Kar Lin Su³, Jeanesse Bourgeois⁴, Gabriela Peguero-Rodriguez⁵, Alexandra Lapierre⁶, Matt Douma³, Michelle Lalonde⁷

¹ University of Alberta, Faculty of Nursing

² Mount Royal University, School of Nursing and Midwifery

³ Alberta Health Services

⁴ CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

⁵ Université du Québec en Outaouais, Département des sciences infirmières

⁶ Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

⁷ University of Ottawa

Éditeur correspondant – Christopher Picard - picard@ualberta.ca

Le *Journal canadien des infirmières d'urgence* (*Canadian Journal of Emergency Nursing [CJEN]*) consacre ce numéro spécial à l'exploration des liens entre les soins infirmiers d'urgence, l'usage de substances et la réduction des méfaits. Faire appel à des éditeurs invités et consacrer des éditions à des sujets spécifiques n'est ni nouveau ni inédit - CJEN a collaboré avec d'autres organisations, accueilli des résumés de conférences (McLane et Lang, 2020 ; McLane & Lang, 2021 ; Fisher et al. 2022 ; Fisher et al., 2023), co-publié des déclarations du CIHR (Lau, 2021) et travaillé en étroite collaboration avec l'Association des infirmières médico-légales du Canada (Doyle, 2013 ; Early, 2014 ; Forensic Nurses Society of Canada, 2014). Bien que faire appel à des éditeurs invités et organiser des numéros spéciaux sur des sujets spécifiques soit une pratique bien établie pour le CJEN, ce numéro marque une première en unifiant l'intégralité de l'édition sous un seul thème : l'usage de substances et la réduction des méfaits.

Le CJEN a une longue histoire d'exploration des impacts de l'usage de substances sur les infirmières, leurs lieux de travail et les caractéristiques des patients liées à ces substances (Rush, 2005). L'interaction entre la santé mentale et l'usage de substances (Hilton et al., 2023), ainsi que les effets de l'usage de substances à l'échelle de la population (Patterson & Douma, 2020 ; Picard

et al., 2024) reflètent également des articles publiés précédemment. Le CJEN a une forte tradition de donner la parole à la réduction des méfaits, en examinant comment ces pratiques sont mises en œuvre (Horvath & Carter, 2024 ; Low, 2020), leurs effets sur les infirmières (Mercier et al., 2023), leur impact sur les résultats des patients (Whitman et al., 2020) ainsi que sur la charge des systèmes de santé (Vorobeichik et al., 2022).

L'usage de substances et la réduction des méfaits ont un impact significatif sur les opérations quotidiennes de nos départements d'urgence. Alors que notre système de santé continue de lutter contre la crise des opioïdes et d'autres défis liés aux substances, les stratégies de réduction des méfaits jouent un rôle crucial dans la prestation de soins complets tout en atténuant les effets négatifs liés à l'usage de substances. Ce numéro spécial présente des articles de recherche originaux qui mettent en lumière comment ces problèmes pressants affectent les infirmières, les patients et les équipes des départements d'urgence à travers le Canada. Les articles abordent la théorie, les perceptions et les efforts pour répondre à ces défis croissants. Afin d'assurer une perspective bien équilibrée, nous avons collaboré avec nos homologues en soins infirmiers de réduction des méfaits pour présenter ce numéro. Nous espérons que vous apprécierez cette édition spéciale !

RÉFÉRENCES

Doyle, R. M. (2013). Upstream thinking about victims of intentional violence: The wisdom of forensic nurse examiners. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 36(2), 27–29. <https://doi.org/10.29173/cjen449>

Early, S. (2014). Review of forensic nursing: Evidence-based principles and practice. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 37(1), 29–29. <https://doi.org/10.29173/cjen474>

Fisher, A., McLane, P., & Lang, E. (2022). The Alberta Health Services

Emergency Strategic Clinical Network™ Quality Improvement and Innovation Forum presented on February 22, 2022. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 45(2), 1. <https://doi.org/10.29173/cjen191>

Fisher, A., McLane, P., & Lang, E. (2023). The Alberta Health Services Emergency Strategic Clinical Network™ Quality Improvement and Innovation Forum 2023. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 46(1). <https://doi.org/10.29173/cjen224>

- Forensic Nurses' Society of Canada. (2014). Sheila Early, A nurse to know. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 37(1), 13–13. <https://doi.org/10.29173/cjen467>
- Hilton, E., Smith, J., Szeto, A., Knaak, S., Chan, E., Grimminck, R., ... Mustapha, W. (2023). Exploring mental health barriers in emergency rooms (EMBER). *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 46(1), 15–16. <https://doi.org/10.29173/cjen209>
- Horvath, S., & Carter, N. (2024). Closing gaps in emergency care: The vital role of advanced practice nurses in serving vulnerable populations. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 47(2), 138–143. <https://doi.org/10.29173/cjen229>
- Lau, F. (2021). A commentary on the action plan to modernize gender, sex and sexual orientation information practices in Canadian digital health systems. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 44(1), 24–27. <https://doi.org/10.29173/cjen121>
- Low, K. (2020). Initiating buprenorphine/naloxone for opioid use disorder in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 43(1), 12–22. <https://doi.org/10.29173/cjen15>
- McLane, P., & Lang, E. (2020). The Emergency Strategic Clinical Network (ESCN) quality improvement and innovation forum. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 43(2), 1. <https://doi.org/10.29173/cjen56>
- McLane, P., & Lang, E. (2021). The Alberta Health Services Emergency Strategic Clinical Network Quality Improvement and Innovation forum 2021. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 44(2), 1–2. <https://doi.org/10.29173/cjen150>
- Mercier, D., Douma, M., & Montgomery, C. (2022). Inpatient supervised consumption services: A nursing perspective. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 11–13. <https://doi.org/10.29173/cjen200>
- Patterson, C., & Douma, M. (2020). Understanding British Columbia's opioid-related public interest during the crisis: A Google Trends-based exploration of online health information-seeking behaviour. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 41(1), 15–18. <https://doi.org/10.29173/cjen64>
- Picard, C., Montgomery, C. L., Violato, E. M., Douma, M. J., & Norris, C. M. (2024). From triage to treatment: A population-level descriptive retrospective time-series analysis of emergency department visits in Alberta during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 47(2), 111–137. <https://doi.org/10.29173/cjen226>
- Rush, C., & Walton, S. (2005). Methamphetamine intoxication and related emergency situations. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 28(1), 10–14. <https://doi.org/10.29173/cjen338>
- Vorobeichik, A., Yappe, H., Feldmann, A., Taghizadeh, N., Wang, D., & Lang, E. (2022). Impact of Calgary's supervised consumption site on opioid-related emergency health care usage. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 45(2), 6–7. <https://doi.org/10.29173/cjen183>
- Whitman, S., Zaganelli, C., & Luzny, S. (2020). iOAT in the ED – Lessons learned: Abstract from the Emergency Department Strategic Clinical Network Quality and Innovation Forum, Red Deer, Alberta, February 2020. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 43(2), 22. <https://doi.org/10.29173/cjen51>

Foreword

Amid ongoing public health crises spanning addiction, mental health, and the effects of social inequities, healthcare providers—particularly nurses—play a critical role in addressing these challenges. This special issue of the *Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN)* is dedicated to the exploration and advancement of harm reduction strategies within emergency and acute care nursing. As board members of the Harm Reduction Nurses Association (HRNA), we are proud to present research and commentary that address the evolving landscape of harm reduction, focusing on supervised consumption sites (SCSs) and the complexities of caring for individuals with substance use disorders (SUDs).

The articles included in this issue highlight the systemic barriers healthcare providers face. These barriers include stigma, safety concerns, and emotional exhaustion when caring for individuals with SUDs or mental health and addiction (MHA) disorders. These challenges are amplified in rural and resource-scarce areas where social-structural stigmas and inadequate funding hinder equitable care. Hodgson, Lavigne, and Bardwell's editorial emphasizes the unique obstacles rural nurses in British Columbia face when implementing harm reduction strategies amidst policy debates and media-driven misconceptions about workplace safety.

Ilievska, Pittman, and Ralph provide a descriptive study exploring emergency department (ED) registered nurses' perceptions in Southwestern Ontario regarding SUDs and SCSs. In the context of Canada's escalating opioid crisis, their findings reveal that while ED nurses exhibit empathy toward individuals with SUDs, their knowledge and comfort with SCSs remain limited. This study is innovative in reporting ED nurses' combined views on SUDs and SCSs, as well as identifying specific services that EDs and SCSs should provide from the nurses' perspectives.

Tang et al. conducted research in Saskatchewan examining healthcare providers' perspectives on frequent MHA-related ED visits. The study identifies key challenges, including social determinants of health (e.g., housing crises, financial struggles), structural barriers (e.g., inadequate training, stigma, and resource shortages), and their impacts on patient care. Healthcare providers emphasize the need for increased funding, early education on mental health, and improved MHA-specific training to enhance community support and reduce ED recidivism. Despite the challenges, providers highlight the rewards of their work and stress the importance of collaboration between governments, communities, and healthcare professionals.

Furlong reviews barriers to implementing harm reduction strategies for SUDs in acute care hospital settings. Key challenges include stigma, safety concerns, lack of education, and burnout among healthcare professionals, particularly nurses. Furlong's review underscores the importance of comprehensive nurse

training, standardized care protocols, and trauma-informed practices to improve patient outcomes and staff well-being. The review concludes by advocating for organizational changes, expanded research, and education to reduce stigma, enhance safety, and support harm reduction in inpatient environments.

The common thread of these works is emphasis on advocacy for the integration of universal harm reduction policies within healthcare settings, emphasizing culturally safe, trauma-informed, and anti-oppressive approaches. Strategic implementation of peer support workers, scaling up detox facilities, and incorporating safe consumption spaces in hospitals are pivotal steps to ensuring both staff safety and patient dignity. Educational programs, especially for nurses, are critical to dispelling stigma and fostering greater understanding of SUDs and MHA disorders. The findings demonstrate that addressing the root causes of stigma and prioritizing equitable care can better meet the needs of vulnerable populations.

A critical theme emerging from these studies is the connection between social determinants of health and healthcare outcomes. Structural issues such as the lack of affordable housing, financial instability, and limited access to community-based services drive individuals to seek care in emergency settings, often as a last resort. Nurses and other healthcare providers bear witness to these systemic failures and are uniquely positioned to advocate for policy reforms that address these upstream factors. Initiatives like early childhood education on mental health and substance use, as well as employment support programs, hold potential for disrupting cycles of inequity and improving long-term outcomes.

The intersection of healthcare delivery with reconciliation efforts cannot be overlooked. Collaborating with Indigenous communities offers healthcare providers an opportunity to learn from Indigenous knowledge systems and uphold the Calls to Action of the Truth and Reconciliation Commission. This includes respecting self-determination and incorporating culturally appropriate care practices that honor the diverse experiences and needs of Indigenous patients.

This issue of *CJEN* marks an important step forward in understanding harm reduction within emergency care. The research and commentary provide critical insights into ED nurses' perceptions, the effectiveness of harm reduction strategies, and their broader implications for practice and policy. Hodgson, Lavigne, and Bardwell underscore the severe social-structural stigma experienced by people who use drugs (PWUD) in rural areas, which is intensified by media coverage and political narratives. They emphasize the urgent need for collective action from the nursing profession to uphold ethical responsibilities and guarantee PWUD safe access to hospital care.

Ilievska's study further identifies stigma, implementation concerns, and a lack of collaboration between EDs and harm reduction services as significant barriers. The findings underscore the need for fostering partnerships and advocating for policies that enhance care for individuals with SUDs.

The highlight in this issue is the urgency to address Canada's escalating crisis of drug-related harms. Harm reduction strategies, including supervised consumption sites, needle distribution programs, opioid agonist therapy (OAT), safer supply initiatives, and targeted public health education, play a vital role in minimizing the negative effects of substance use while respecting individuals' dignity and autonomy. However, a comprehensive harm reduction approach must integrate these strategies into a cohesive system that addresses broader structural inequities.

We extend our deepest gratitude to the authors, reviewers, and editorial team for their dedication and invaluable contributions to this vital work. Their collective efforts embody the importance of research, innovation and compassion that defines harm reduction nursing. As you engage with the works presented, we encourage reflection on their implications for your practice and consideration of how you might contribute to advancing harm reduction strategies in your professional context. By working together, we can continue to drive progress, enhance patient care, and support the implementation of effective harm reduction interventions.

Sincerely,

The Board of the Harm Reduction Nurses Association

Avant-propos

Dans le contexte des crises de santé publique qui touchent la toxicomanie, la santé mentale et les effets des inégalités sociales, les prestataires de soins de santé, en particulier les infirmiers et infirmières, jouent un rôle essentiel dans la résolution de ces problèmes. Ce numéro spécial du *Journal canadien des infirmières d'urgence* (CJEN) est consacré à l'exploration et à l'avancement des stratégies de réduction des méfaits dans le cadre des soins infirmiers d'urgence et aigus. En tant que membres du conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers en réduction des méfaits (AIIRM), nous sommes fiers de présenter des articles de recherche et des commentaires qui traitent de l'évolution du paysage de la réduction des méfaits, en mettant l'accent sur les sites de consommation supervisée (SCS) et la complexité des soins chez les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS).

Les articles inclus dans ce numéro mettent en évidence les obstacles systémiques auxquels sont confrontés les prestataires de soins de santé. Ces obstacles comprennent la stigmatisation, les problèmes de sécurité et l'épuisement émotionnel lorsqu'ils s'occupent de personnes avec des TUS ou des troubles liés à la santé mentale et aux dépendances (SMD). Ces défis sont amplifiés dans les régions rurales et à faibles ressources où les préjugés sociaux structurels et le financement inadéquat entravent l'équité des soins. L'éditorial de Hodgson, Lavigne et Bardwell met notamment l'accent sur les obstacles uniques que rencontre le personnel infirmier en milieu rural de la Colombie-Britannique lorsqu'il met en œuvre des stratégies de réduction des méfaits dans un contexte de débats politiques et d'idées fausses véhiculées par les médias au sujet de la sécurité au travail.

Ilievska, Pittman et Ralph présentent une étude descriptive explorant les perceptions du personnel infirmier autorisé des services d'urgence du sud-ouest de l'Ontario à l'égard des TUS et des SCS. Dans le contexte de l'escalade de la crise des opioïdes au Canada, leurs conclusions révèlent que, bien que le personnel infirmier des services d'urgence fasse preuve d'empathie à l'égard des personnes souffrant de TUS, leurs connaissances et leur aisance à l'égard des SCS demeurent limitées. Cette étude est novatrice, car elle combine les perspectives du personnel infirmier sur les TUS et les SCS et identifie les services prioritaires à offrir dans ces contextes.

Tang et al. ont mené une recherche en Saskatchewan sur le point de vue des prestataires de soins de santé concernant les visites fréquentes aux urgences liées à la SMD. L'étude identifie les principaux défis, notamment les déterminants sociaux de la santé (p. ex., crise du logement, difficultés financières), les obstacles structurels (p. ex., formation inadéquate, stigmatisation et pénurie de ressources), et leurs répercussions sur les soins aux patients. Les prestataires de soins de santé soulignent la nécessité d'un financement accru, d'une éducation précoce en matière de

santé mentale et d'une meilleure formation spécifique à la SMD afin de renforcer le soutien de la communauté et de réduire les retours aux urgences. Malgré les défis, les prestataires soulignent les gratifications liées à leur travail et insistent sur l'importance de la collaboration entre les gouvernements, les communautés et les professionnels de la santé.

Furlong examine les obstacles à la mise en œuvre des stratégies de réduction des méfaits pour les TUS en milieu hospitalier de soins aigus. Les principaux défis identifiés incluent la stigmatisation, les préoccupations en matière de sécurité, le manque de formation et l'épuisement professionnel des prestataires de soins de santé, en particulier des infirmiers et infirmières. Cette revue met en évidence l'importance d'une formation complète du personnel infirmier, de protocoles de soins standardisés et de pratiques tenant compte des traumatismes afin d'améliorer les résultats pour les patients et le bien-être du personnel. En conclusion, la revue plaide pour des changements organisationnels, une recherche approfondie et une meilleure éducation afin de réduire la stigmatisation, renforcer la sécurité et soutenir la réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers.

Le fil conducteur de ces travaux est la promotion de l'intégration de politiques universelles de réduction des méfaits dans les milieux de soins de santé, en mettant l'accent sur des approches culturellement sécurisantes, tenant compte des traumatismes et anti-oppressives. La mise en place stratégique de soutien par les pairs, l'expansion des services de désintoxication et l'intégration d'espaces de consommation sécurisés dans les hôpitaux sont des étapes clés pour assurer à la fois la sécurité du personnel et la dignité des patients. Les programmes de formation, en particulier pour le personnel infirmier, sont essentiels pour déconstruire la stigmatisation et favoriser une meilleure compréhension des TUS et des troubles liés à la SMD. Les résultats démontrent que s'attaquer aux causes profondes de la stigmatisation et prioriser des soins équitables permet de mieux répondre aux besoins des populations vulnérables.

Un thème central qui émerge de ces études est le lien entre les déterminants sociaux de la santé et les résultats en matière de soins. Des enjeux structurels tels que le manque de logements abordables, l'instabilité financière et l'accès limité aux services communautaires poussent les individus à se tourner vers les urgences, souvent en dernier recours. Le personnel infirmier et les autres prestataires de soins sont témoins de ces défaillances systémiques et occupent une position privilégiée pour plaider en faveur de réformes politiques visant à corriger ces facteurs en amont. Des initiatives telles que l'éducation à la santé mentale et à l'usage de substances dès la petite enfance, ainsi que les programmes de soutien à l'emploi, pourraient contribuer à briser les cycles d'inégalités et à améliorer les résultats à long terme.

L'intersection entre la prestation des soins de santé et les efforts de réconciliation ne peut être ignorée. La collaboration avec les communautés autochtones offre aux prestataires de soins une occasion d'apprendre des systèmes de savoirs autochtones et de mettre en œuvre les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Cela implique de respecter l'autodétermination et d'intégrer des pratiques de soins culturellement adaptées qui reconnaissent la diversité des expériences et des besoins des patients autochtones.

Ce numéro du *CJEN* marque une avancée importante dans la compréhension de la réduction des méfaits en contexte de soins d'urgence. Les recherches et analyses présentées apportent un éclairage essentiel sur les perceptions du personnel infirmier en milieu d'urgence, l'efficacité des stratégies de réduction des méfaits et leurs implications plus larges pour la pratique et les politiques de santé. Hodgson, Lavigne et Bardwell mettent en évidence la stigmatisation sociale et structurelle sévère vécue par les personnes qui consomment des drogues (PCD) en milieu rural, une réalité exacerbée par la couverture médiatique et les discours politiques. Ils soulignent l'urgence d'une mobilisation collective de la profession infirmière afin de respecter les responsabilités éthiques et de garantir aux PCD un accès sécuritaire aux soins hospitaliers.

L'étude d'Ilievska identifie en outre la stigmatisation, les préoccupations liées à la mise en œuvre et le manque de collaboration entre les services d'urgence et les services de réduction des méfaits comme des obstacles importants. Les résultats soulignent la nécessité de favoriser des partenariats et de plaider en faveur de politiques qui améliorent les soins pour les personnes présentant des TUS.

L'élément central de ce numéro est l'urgence de traiter la crise croissante des dommages liés aux drogues au Canada. Les stratégies de réduction des méfaits, telles que les SCS, les programmes de distribution de seringues, le traitement par agonistes opioïdes (TAO), les initiatives de fourniture de matériel sécuritaire et l'éducation ciblée en santé publique, jouent un rôle crucial dans la minimisation des effets négatifs de l'usage de substances tout en respectant la dignité et l'autonomie des individus. Cependant, une approche globale de réduction des méfaits doit intégrer ces stratégies dans un système cohérent qui aborde les inégalités structurelles plus larges.

Nous exprimons notre plus profonde gratitude aux auteurs, aux évaluateurs et à l'équipe éditoriale pour leur dévouement et leurs contributions inestimables à ce travail essentiel. Leurs efforts collectifs incarnent l'importance de la recherche, de l'innovation et de la compassion qui définissent les soins infirmiers en réduction des méfaits. En découvrant les travaux présentés, nous vous encourageons à réfléchir à leurs implications pour votre pratique et à considérer comment vous pourriez contribuer à faire avancer les stratégies de réduction des méfaits dans votre contexte professionnel. En travaillant ensemble, nous pouvons continuer à faire avancer les choses, à améliorer les soins aux patients et à soutenir la mise en œuvre d'interventions efficaces de réduction des méfaits.

Cordialement,

Le conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers en réduction des méfaits (AIIRM)



Frequent mental health- and addiction-related emergency department visits: Perspectives from healthcare providers

Kristy Tang¹ and Hua Li¹

¹College of Nursing, University of Saskatchewan, Canada

Corresponding author: Kristy Tang, College of Nursing, University of Saskatchewan, 104 Clinic Place, Saskatoon, SK, S7N 2Z4, Canada
Email: kht228@mail.usask.ca

Abstract

Background: The rise in mental health- and addiction (MHA)-related emergency department (ED) visits has been recognized as a contributing factor to ED crises and increasing healthcare costs. While prior research has centred largely on patients' perspectives, limited attention has been given to healthcare providers' (HCPs) insights. This study specifically explores HCPs' perceptions of why patients with MHA issues frequently present to EDs.

Methods: In this qualitative research, data collection involved semi-structured individual interviews. Thematic analysis approach was utilized in data analysis.

Results: Six HCPs from diverse disciplines participated in this qualitative study. Four major themes emerged from the data analysis: (a) social determinants of mental health (a housing crisis and financial problems); (b) structural barriers (overstimulation and not a priority in ED, inadequate knowledge and training among HCPs, lack of withdrawal management facilities, stigma from HCPs, shortages of HCPs); (c) suggestions for prevention (more funding/ resources and early childhood education); and (d) HCPs' response to working with patients (making a difference and rewarding).

Conclusions: The study found that HCPs perceived low socioeconomic status and the limited availability of community mental health services and resources as key factors that contribute to frequent MHA-related ED visits. To understand the complex needs of individuals with MHA disorders better, all levels of government, community organizations, and HCPs, especially nurses, should collaborate to develop and implement effective interventions aimed at reducing frequent ED visits or returns related to MHA issues.

Keywords: emergency department, mental health and addiction, frequent visits, healthcare providers

Introduction

Over the last decade, the substantial rise in mental health- and addiction (MHA)-related emergency department (ED) visits has been widely reported. Worldwide, 792 million people live with mental health disorders, while 71 million experience substance use disorders (Dattani et al., 2021). Ideally, symptom management and recovery for individuals with MHA disorders should take place primarily in community settings. However, a study by Barker et al. (2020) found that only 40.2% of patients with mental illness discharged from the ED receive follow-up care within 14 days. The limited availability of mental health resources in the healthcare system is pushing more individuals to seek care in EDs (Lavergne et al., 2022), making these acute sites a crucial access point for both urgent and non-urgent mental health needs.

Individuals with MHA disorders are five times more likely to visit EDs (National Institute of Mental Health, 2023; Smith et al., 2015). While some visits are for non-urgent needs, such as prescription renewals, medication adjustments, or referrals to community resources, such as social workers or withdrawal management facilities (Poremski et al., 2020; Wise-Harris et al., 2017). Others are driven by urgent needs, including severe psychiatric conditions like schizophrenia (Doran et al., 2014), homelessness (Chang et al., 2014; Doran et al., 2014), suicidal behaviour (Vandyk et al., 2013), substance use crises (Doran et al., 2014; Thakarar et al., 2015), personality disorders (Chang et al., 2014; Vandyk et al., 2018), and stressful life events (Pasic et al., 2005).

However, well-documented ED challenges – such as overcrowding, overstimulating environments, long wait times, and transfer delays due to limited inpatient beds – complicate mental health care, often resulting in early departures, agitation, violent incidents, and increased use of restraints or seclusion (Judkins et al., 2019; Mérelle et al., 2018; Pearlmutter et al., 2017). ED providers report limited access to on-site mental health resources, inadequate training, and a lack of access to specialized mental health providers (Morphet et al., 2014; Pawaskar et al., 2022). Meanwhile, MHA patients seeking care in the ED often describe feelings of helplessness, encountering negative perceptions and attitudes from staff, and perceiving inadequate provider knowledge and experience (Bergen et al., 2023). Negative experiences for healthcare users can shape their future willingness to seek care (Bergen et al., 2023).

There is no consensus on defining “frequent” ED visits, with thresholds varying from more than two, four, or 12 visits annually (Slankamenac et al., 2020). Slankamenac et al. (2019) define repeated as at least four annual ED visits for the same symptom or diagnosis, and frequent as multiple visits for different reasons within a year. This paper uses the term “frequent ED visits.” While the literature extensively documents MHA-related frequent ED visits from patients’ perspectives (Aagaard et al., 2014; Fleury et al., 2019a; Lincoln et al., 2016; McCormack et al., 2015; Olsson & Hansaggi, 2001; Poremski et al., 2020; Schmidt et al., 2018; Vandyk et al., 2018; Wise-Harris et al., 2017), the views of HCPs have been less explored. This qualitative study aims to explore HCPs’ perspectives on caring for patients with frequent MHA-related ED visits, providing insights to understand the phenomenon better and inform policy development, program design, and implementation.

Methods

Procedure and data collection

Participants were recruited from various urban locations, including local mental health and addiction services, hospital EDs, and non-profit organizations in Saskatchewan, Canada. Inclusion criteria required at least one year of employment in direct care with MHA disorders, excluding those without ED experience. Data collection involved individual semi-structured interviews conducted via video conferencing from January–July 2022, led by a researcher and a research assistant. An interview guide, developed from a relevant literature review and input from the researchers, is provided in Appendix A. This study adheres to

the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) 32-item checklist (Tong et al., 2007). Each interview lasted approximately 45–60 minutes. Ethics approval was obtained from the Behavioural Research Ethics Board of the University of Saskatchewan (Beh ID #657). Verbal consent was obtained from all participants, and the interviews were audio-recorded and transcribed verbatim.

Data analysis

An inductive thematic analysis was employed to analyze the data (Braun & Clarke, 2019). The process involved (a) coding, (b) thematically grouping the codes, (c) identifying subthemes and aggregating them into overarching themes, and (d) reporting research findings (Braun & Clarke, 2019). Initially, coding was performed line-by-line by reading the verbatim transcript and highlighting its key quotes. Researchers were required to be flexible to avoid interpretation biases. The codes were compared and assigned to enumerated themes and subthemes based on similarities and differences. Central themes were highlighted and combined with common subthemes, while retaining participants’ descriptions (Braun & Clarke, 2019). The research findings are presented in the discussion section, highlighting the relationships between key themes. Two researchers (KT and LH) independently analyzed each interview using Nvivo 12 (qualitative data analysis software). A cross-case synthesis was then conducted to compare findings across cases and ensure thematic alignment with participants’ narratives. To enhance credibility, researchers created audit trails to document the decision-making process and convergence of primary findings. Major themes were developed and compared with current literature, with both researchers finding additional interviews unnecessary for deeper insight.

Results

This study included six HCPs (five females, one male), aged 29–60, with 3.5–30 years of experience across specialties: addiction counselling, community mental health nursing, psychiatric liaison, and social work. All had ED experience, though some now work in other areas. Pseudonyms for study participants are used to keep confidentiality. Detailed information is presented in Table 1.

Themes

After data analysis, four major themes emerged: social determinants of mental health, structural barriers, suggestions/recommendation for treatment, and the HCP’s response to working with patients.

Theme 1: Social determinants of mental health

Social determinants of mental health were identified as a major factor associated with frequent ED visits. Two common social determinants of mental health were identified: a housing crisis and financial problems.

Housing Crisis

Participants acknowledge that individuals with MHA disorders often face additional challenges, such as homelessness, eviction, personal safety concerns, insect and rodent infestations, victimization, and robbery. They identified the high cost of accommodation and rent as the primary factor contributing

Table 1*Characteristics of Study Participants*

Provider	Age	Gender	Occupation	Years of Experience	Years in Current Position
Tina	52	Female	Addiction Counsellor	25	21
Julie	56	Female	Community Mental Health Nurse	22	2.5
Sofia	32	Female	Community Mental Health Nurse	10	6
Paul	60	Male	Addiction Counsellor	30	17
Liza	29	Female	Psychiatric Liaison Nurse	3.5	3.5
Amy	31	Female	Social Worker/Social Program Coordinator	5	5

to the housing crisis. Tina emphasized the importance of these factors for health, stating, “*Those indicators help a person achieve better health, you know? Finances, housing. Those are some of the challenges that I think mental health could have done a better job of looking at, ‘How can we support some of our clients better?’*”

Julie highlighted how negative peer influences worsen the struggles of homeless individuals with substance use disorders, who often lack safe spaces and find it difficult to avoid substance-using peers: “*But the buddy sitting beside you is shooting up and offering drugs to you. [It’s] illegal, harmful, dangerous, unsafe environments. Now it doesn’t help the homeless that have substance dependence.*”

For these reasons, participants described the ED as a last resort for survival, providing essentials like shelter and food, especially during Canada’s harsh winter months. Sofia noted, “*And so, they’re all trying to get in to come stay at [Hospital] where you get a bed and meals.*” (Sofia)

Financial problems

Participants expressed that individuals with mental health disorders are facing heightened financial challenges due to increased budgetary allocations for rent and food, inflation, and lower income. “*Lots of people are just treated in the community and they’re well supported by family and have the means to carry on with the job, etc. But lots of those individuals that don’t have jobs, poor finances, poor access to healthcare and trauma, um, that’s a big piece, so...*” (Tina)

Sofia explains that numerous individuals with MHA disorders face uncertainty and cannot afford to take work leave for unexpected difficulties: “*How many, do you know, could tolerate taking two weeks off work? But even so, a week off work – that’s a lot of wages for someone. I think they don’t have that coverage.*” Without financial flexibility, the ED often becomes their only accessible option in times of crisis, resulting in more frequent visits for basic needs and support.

Theme 2: Structural barriers

Structural barriers were cited as critical factors associated with frequent MHA-related ED visits, including overstimulation and not a priority at ED, inadequate knowledge and training among HCPs, lack of withdrawal management facilities, stigma from HCPs, and shortages of HCPs.

Overstimulation and not a priority at ED

Overstimulating environments (e.g., auditory/visual) can negatively impact patients’ ability to accurately retain information. “*Then they go home and they’re like, ‘I can’t remember what happened.’ Because they were elevated for so long with, like, the call bells and the PPE, the different people, the shift change and then the doctor was like, ‘By the way, take this medication three times at this dosage, and then in three days, increase it to this dose.’*” (Amy)

When discharging patients, ED staff often do not consider environmental factors while delivering information. “*But because it’s been 10 hours [patients stayed in ED], now they’re being told a lot of discharge information, and a lot of people don’t retain it, for very good reason.*” (Paul)

Additionally, some participants observed that HCPs often assign patients a low triage priority, leading to longer wait times and delayed evaluations or referrals to psychiatrists, which prolong emotional distress. Sofia explained “*One is because they’re low on the C-Task score (sic) and maybe not as much of a triage priority, and two, they’re mental health, so they don’t get picked up as fast by the medical staff.*” Meanwhile, Amy emphasized, “*The biggest thing you hear from people in the emerg, in emergency department, is the wait.*”

Inadequate knowledge and training among HCPs

Participants highlighted that the limited knowledge and training of HCPs in MHA disorders hinder their ability to provide confident support to individuals with concurrent disorders. “*But Canada is pretty far behind in the credentialing of addiction counsellors, so we have a number of social workers who practice as addiction counsellors and maybe have never taken an addiction class.*” (Julie)

Participants expressed frustration that HCPs specializing in mental health assume they understand substance-related problems and vice versa, which can compromise patient care. “*Sometimes I’m actually shocked by the other ED staff that I’m working with and the stuff that they say and do with our patients, like you really don’t get it.*” (Sofia)

Lack of withdrawal management facilities

Participants shared their concerns about inadequate withdrawal management beds, which led to individuals with MHA disorders who voluntarily sought treatment being discharged prematurely

without follow-up appointments. Paul noted that the advice given to individuals is “*call detox every single day*” and “*they’ll take you eventually.*”

Amy shares that her patients are struggling with intense withdrawal symptoms and urgently expressing a desire to enter detox treatment, but the lack of available beds could hinder their ability to remain abstinent. She describes them saying, ‘*I’m on day two of being sober and boy am I being challenged. Like, I need to go to rehab or to detox like now or I’m going to, I’m going to slip.*’ “*They’re verbalizing that and they’re acknowledging it. They’re saying like, ‘I’m at the point where I need help.’ We don’t have anywhere to send these folks.*”

Stigma from HCPs

Participants underlined that comprehending stigma from HCPs toward patients with MHA disorders is critical to treatment. Patients report substantial distress when negatively stereotyped, reducing health-seeking behaviour. “*When they go to the emergency room a lot, they also get labelled with maybe, ‘Oh you’re a PD [personality disorder].’ ‘They may not say it to their face but, ‘Oh they’re a PD,’ or they’re drug-seeking.*” (Julie)

Recurring negative misconceptions of patients facilitates generalizations, fosters stigma, which may delay diagnoses. “*The perception is people with substance use disorder can’t change. They’re hard to work with. They lie. They’re resistant, um, you know all those.*” (Paul)

Shortages of HCPs

A key accessibility issue was the shortage of specialists, including psychiatrists, general practitioners, addiction counsellors, and psychiatric liaison nurses. For example, patients who missed mental health services or intake appointments due to personal reasons were not rescheduled. “*Me 12 months ago is a different person in 12 months, months later, right? So, I get frustrated with that kind of thing.*” (Paul)

Further to long HCP waitlists, specialists manage increased caseloads, thus they are not able to accept new patients. “*I know because there’s – our capacity is, is low in terms of psychiatrists. That’s the other thing I should say, is that all the psychiatrists are working at quite high caseloads. So, it’s just that we don’t have enough.*” (Tina).

Continuity of care is significantly compromised by the shortage of general practitioners. Many patients are discharged from EDs without follow-up appointments or referrals, which can increase the risk of mental health and substance use relapse, as proper ongoing care is often not in place. “*Do they have, what are their supports in the community? Do they have a good, involved GP? Lots of our clients don’t even, have a family physician.*” (Liza)

Theme 3: Suggestions for reducing MHA-related ED visits

Participants made several suggestions for how to reduce MHA-related ED visits.

More funding and resources

Paul stated “*Like they’re(sic) always could be more resources to meet the needs. [City] has grown, as you know, so much in the last 15 years, and the resources that have not grown either to address what the problems are in our community.*”

Affordability was an issue in certain mental health treatments. “*A lot of our clients can’t afford those supports, in residential treatment in the community. So, there isn’t enough that is funded by healthcare, and it has to – a lot of them have to come out of clients pockets.*” (Liza)

Early childhood education

Early childhood education on safe drug use, mental health, help-seeking, and reporting harmful behaviours is crucial to addressing the rise in childhood MHA symptoms and disorders. “*Educating young people on just how to talk about that. How to deal with things, right? Because there’s so much. But education is a big piece.*” (Tina)

As Liza noted, children are sometimes hesitant to seek outside help. She added, “*I think if we start working on it early, normalize talking about it, and increase access, those are the steps that could help reduce emergency department visits.*”

Theme 4: HCP’s response to working with patients

Participants found providing care for individuals with MHA conditions challenging yet fulfilling, with two key subthemes: making a difference and rewarding.

Making a difference

Julie cherished a moment when a patient said, “*It’s the first time I felt like somebody actually understood how my mental health and my substance use work together.*” She found fulfillment in building trust, reshaping experiences, and receiving appreciation for her efforts.

Sofia finds joy and fulfillment in guiding others to breakthrough moments. “*You get to see, like if they have a breakthrough smile in a conversation. If you like, it feels really good for me, as well. I like being able to help someone, guide someone there and get them there.*”

Rewarding

A unanimous view was expressed that HCPs’ roles are challenging, but this makes the job rewarding. Participants expressed contentment in helping patients with MHA disorders because they felt it contributed positively to society. “*I really like helping people in crisis and I like to be able to come to some type of solution. So, that, for me, in my own personal way, is quite rewarding. That I can feel that I can give back in that sense.*” (Amy)

Sofia deeply appreciates the autonomy inherent in her role, which allows her to make independent decisions and take initiative. She finds exhilaration and satisfaction in successfully navigating its challenges. “*But I also wouldn’t trade it. I love the autonomy in our role. I love the critical thinking. I love the problem solving. And there is a bit of a rush, you know that feel-good rush that you get with doing all of that.*”

Discussion

This study’s findings align with existing research on HCPs’ perspectives on MHA-related ED visits, for example, patients with unmet social needs are more likely to seek refuge in the ED (Gerber et al., 2020; Malecha et al., 2018), the impact of insufficient community MHA services on frequent ED visits (Bergmans et al., 2009; Fleury et al., 2019b), and stigma from HCPs toward individuals with MHA disorders (Bergmans et al.,

2009). Our findings contribute to the ongoing discussion on MHA-related ED visits, particularly from HCPs' perspectives, including (1) long ED wait times for MHA patients are partly due to nurses perceiving psychiatric symptoms as less urgent; (2) lack of MHA training among HCPs in the ED, leading to ineffective discharge planning that may result in repeat ED visits; and (3) in order to provide competent patient care, HCPs suggesting the necessity of having an MHA certificate for HCPs before working with patients with MHA disorders.

Social determinants of mental health

Scientific evidence supports the notion of a bidirectional relationship between social determinants, including housing, financial challenges, and mental health, whereby poor mental health can have negative impact on social determinants (e.g., financial constraints caused by unemployment due to experiencing MHA symptoms), while in the reverse direction, social determinants including financial issues can cause psychological stress, which can initiate the onset of mental health symptoms or exacerbate MHA conditions (Bialowolski et al., 2021). Previous studies underscore homelessness and mental health disorders as strong predictors for frequent non-urgent MHA-related ED visits (Thakarakar et al., 2015; Vohra et al., 2022). This study reveals that inadequate resources, particularly homelessness, sometimes drive patients to visit EDs. According to the Government of Canada (2022), 25.1% of respondents identified addiction or substance use as a major factor in homelessness, with the duration of homelessness increasing alongside prolonged substance use – from 19.0% at 0–2 months to 28.2% at greater than six months. Mental health also significantly affects 25% to 50% of the homeless population (Canadian Mental Health Association, 2014). Baxter et al. (2019) found that Housing First approaches lead to stable housing and reduced ED visits and hospitalizations, while Aubry et al. (2016) showed that Housing First with assertive community treatment is a cost-effective solution for housing individuals with mental disorders, reducing reliance on health services.

This study, along with others (McCarthy et al., 2021; Virgolino et al., 2022), shows that high unemployment rates among individuals with MHA disorders lead to financial strain, which, combined with a lack of community support programs, increases their reliance on ED services. Individuals with MHA disorders can benefit greatly from job training and financial support programs. The Individual Placement and Support (IPS) intervention, developed by Becker and Drake (1994), is an evidence-based practice facilitating employment for individuals with mental health disorders, widely applied in the USA, Canada, and Europe (Rinaldi et al., 2008). The employment specialist, collaborating with the community mental health team, leads the IPS program, focusing on core tenets like securing competitive positions, mental health-employer integration, considering client choices, and post-employment support, resulting in a 38% increase in open employment at six months, rising to 39% at 12 months, with an 88% job retention rate and improved learning engagement (Rinaldi et al., 2008). Social challenges in the community must be addressed to reduce the need for individuals with MHA conditions to seek help in the ED for basic needs.

Structural barriers

This study reports that a shortage of mental health professionals may contribute to frequent ED visits, as supported by Wang et al. (2005), who found that, in the United States, only 22% of individuals with mental illness receive treatment and just 12% see a psychiatrist. Our study suggests that patients with MHA disorders may experience longer wait times and delays in psychiatric consultations due to triage nurses assigning lower Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) scores. Introduced in 1997, the mandatory five-level CTAS system helps nurses assess patient acuity based on ED presentations (Bullard et al., 2017; Simon Junior et al., 2023). However, CTAS is often criticized for being tedious, relying on nurses' clinical judgment for score adjustments, and focusing triage documentation on key details, which can delay recognizing deteriorating conditions and barriers to accessing care (Bullard et al., 2017). This is supported by a Canadian study, which found that mental health visits to the ED have longer stays than non-mental health visits, particularly for those discharged (11.4 versus 7.3 hours), admitted (52.6 versus 29.3 hours), or transferred externally (21.9 versus 10 hours) (Baia Medeiros et al., 2019).

Inadequate knowledge and training of MHA disorders has been highlighted in this study. Study participants suggested that mandatory certification should be required for HCPs who care for patients with MHA disorders. They expressed concerns that expertise in one area – mental health, substance use, or concurrent disorders – does not necessarily equate to proficiency in all three. This concern aligns with findings from Fleury et al. (2019b), which suggest that a lack of knowledge can lead to staff stigma around MHA and hinder their understanding of comorbidities. In some cases, especially with frequent ED visits, treatment begins not with the assessment but when staff recognize a patient, sometimes warning the general practitioner based on prior assumptions (Moukaddam et al., 2017). These early reactions, often driven by past negative experiences, can lead to emotional responses that might influence decisions about denying care.

The absence of compulsory education and training on MHA disorders for HCPs, along with their varied knowledge on MHA, and concurrent disorders and mental health stigma (Alexander et al., 2016; Ross et al., 2015), leads to increased psychological harm to patients. Multiple studies document HCPs holding negative attitudes toward patients with MHA disorders (e.g., view patients as violent, manipulative, lying, and non-compliant (Lien et al., 2019; Lien et al., 2021)). The participants felt that HCPs in the ED often label patients with MHA disorders as 'frequent flyers,' 'drug-seeking,' or 'personality disordered,' instinctively blaming them for their conditions. A lack of training, absence of guidelines, and perceiving MHA as outside their responsibility facilitates such biases and impedes empathy development (Lien et al., 2021). Ayano et al. (2017) found that a mental health training program for HCPs significantly improved psychosis knowledge from pre- (34.04%) to post-training (87.23%). In addition, substance use disorder education and training improved nurses' attitudes toward patients with addiction conditions and self-perceived

addiction-competency care (Russell et al., 2017). Interestingly, none of the participants in this study acknowledged or reflected on their own personal biases.

Implications for emergency nursing practice

Mandatory educational training and certification should be required for HCPs working in MHA areas to enhance competency. For instance, the College of Family Physicians of Canada approved the Certificate of Added Competence to recognize addiction medicine as a specialty (De Jong et al., 2021). To obtain this certification, applicants must complete 13 core modules and undergo assessment by a peer review committee to ensure their experience, qualifications, and achievements meet the standards for practising addiction medicine in Canada (De Jong et al., 2021). This model could serve as a blueprint for other regulatory bodies to ensure providers are adequately qualified to specialize in MHA areas.

Khenti et al. (2019) conducted a mixed-methods study with 110 participants to design interventions – such as contact-based training, anti-stigma campaigns, workshops, and policy reviews – to reduce MHA stigma in health-care. The intervention improved staff attitudes, knowledge, and behaviours, though competing priorities and limited resources hindered full participation. Similarly, Nehlin et al. (2012) implemented a three-hour training for 115 providers to improve attitudes toward alcohol-dependent patients, and findings show that it enhanced awareness of case complexity, confidence, and job outlook. Although limited to two studies involving nurses as participants, these findings highlight that biomedical education alone is insufficient to combat stigma. It is essential for all HCPs to engage in anti-stigma initiatives to foster self-reflection, deepen their understanding of MHA conditions, and recognize their impact on individuals. Additionally, according to the Truth and Reconciliation Commission of Canada (2015), nursing schools in Canada are required to provide education on Indigenous health challenges, including developing the skills to address Indigenous-specific racism and stigma.

In addition to individual care, as frontline HCPs with first-hand experiences, nurses should participate in policy and program development. For example, our findings highlight the importance of promoting early childhood mental health education to address misconceptions and stigma, while also training individuals from a young age to feel more comfortable having open conversations and seeking help for MHA issues. Nurses today need to strengthen their skills in political action and policy engagement to advocate for increased funding and resources that improve access to MHA services in the community, enhance quality of life for individuals with MHA disorders, and reduce their reliance on frequent ED visits, while also educating and supporting future nursing students in the political arena.

Limitations

First, the study's findings are based on the experiences of participants working with patients with MHA disorders in Saskatchewan, Canada, where the availability and accessibility of MHA services in the ED may differ from other provinces or countries, limiting the generalizability of the results. Second, data collection occurred during a period potentially impacted by COVID-related stress, fatigue, and burnout, so findings should be interpreted with caution. Third, HCPs excluded for not meeting the inclusion criteria may have valuable insights that were missed. Finally, the study is limited by a small sample size of six participants and a lack of diversity among them.

Conclusion

This study explored frequent MHA-related ED visits from the perspective of HCPs. It identified social determinants of health, structural barriers, and perceived personal barriers as key factors contributing to these frequent visits. Addressing this issue requires collaborative efforts between governments, communities, and HCPs to develop targeted interventions. These programs should focus on improving access to MHA services, addressing social determinants of health, and enhancing HCP education and training. Reducing frequent ED visits will have a positive impact on patient care and reduce the strain on emergency services. Furthermore, HCPs have an essential role in shaping such interventions, alongside the client perspective.

About the Authors

Kristy Tang, BScN (University of Alberta), MN, and current PhD student (University of Saskatchewan), is committed to advancing Indigenous cultural safety education in urban acute care. With over seven years of healthcare experience, she has worked as a frontline nurse and Indigenous nurse educator.

Hua Li, RN, MPH, PhD, is an Associate Professor at the College of Nursing, University of Saskatchewan. Her research focuses on mental health and wellbeing across diverse populations.

Acknowledgements

The authors thank the study participants for sharing their experiences.

CRedit Statement

Kristy Tang conducted data analysis and wrote the original manuscript draft. Hua Li designed the study, contributed to data collection and analysis, and provided critical feedback and supervision. Both authors revised the manuscript multiple times.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Funding

This study was supported by the Saskatchewan Health Research Foundation Establishment Grant (#5259).

REFERENCES

- Aagaard, J., Aagaard, A., & Buus, N. (2014). Predictors of frequent visits to a psychiatric emergency room: A large-scale register study combined with a small-scale interview study. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(7), 1003–1013. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.002>
- Alexander, V., Ellis, H., & Barrett, B. (2016). Medical-surgical nurses' perceptions of psychiatric patients: A review of the literature with clinical and practice applications. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(2), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.018>
- Atzema, C. L., Schull, M. J., Kurdyak, P., Menezes, N. M., Wilton, A. S., Vermuelen, M. J., & Austin, P. C. (2012). Wait times in the emergency department for patients with mental illness. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, *184*(18), E969–E976. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111043>
- Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C. E., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J., Streiner, D. L., & Tsemberis, S. (2016). A multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *67*(3), 275–281. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400587>
- Ayano, G., Assefa, D., Haile, K., Chaka, A., Haile, K., Solomon, M., Yohannis, K., Awoke, A., & Jemal, K. (2017). Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: Evaluation of effect on knowledge, attitude and practices (KAP). *International Journal of Mental Health Systems*, *11*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0169-8>
- Baia Medeiros, D. T., Hahn-Goldberg, S., O'Connor, E., & Aleman, D. M. (2019). Analysis of emergency department length of stay for mental health visits: A case study of a Canadian academic hospital – ERRATUM. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, *21*(5), 374–383. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.360>
- Barker, L. C., Sunderji, N., Kurdyak, P., Stergiopoulos, V., Gonzalez, A., Kopp, A., & Vigod, S. N. (2020). Urgent outpatient care following mental health ED visits: A population-based study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *71*(6), 616–619. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900466>
- Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., & Thomson, H. (2019). Effects of housing first approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979)*, *73*(5), 379–387. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210981>
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, *30*(2), 193–206. <https://doi.org/10.1007/BF02188630>
- Bergen, C., Bortolotti, L., Temple, R. K., Fadashe, C., Lee, C., Lim, M., & McCabe, R. (2023). Implying implausibility and undermining versus accepting peoples' experiences of suicidal ideation and self-harm in Emergency Department psychosocial assessments. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1197512. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1197512>
- Bergmans, Y., Spence, J. M., Strike, C., Links, P. S., Ball, J. S., Rufo, C., Rhodes, A. E., Watson, W. J., & Eynan, R. (2009). Repeat substance-using suicidal clients—How can we be helpful? *Social Work in Health Care*, *48*(4), 420–431. <https://doi.org/10.1080/00981380802592013>
- Bialowolski, P., Weziak-Bialowolska, D., Lee, M. T., Chen, Y., VanderWeele, T. J., & McNeely, E. (2021). The role of financial conditions for physical and mental health. Evidence from a longitudinal survey and insurance claims data. *Social Science & Medicine (1982)*, *281*, 114041. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114041>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Bullard, M. J., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., Grierson, R., van der Linde, E., & Swain, J. (2017). Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, *19*(S2), S18–S27. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.365>
- Canadian Mental Health Association. (2014). *Housing and mental health*. <https://ontario.cmha.ca/documents/housing-and-mental-health/>
- Chang, G., Weiss, A. P., Orav, E. J., & Rauch, S. L. (2014). Predictors of frequent emergency department use among patients with psychiatric illness. *General Hospital Psychiatry*, *36*(6), 716–720. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.010>
- Corbiere, M., & Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, *18*(1), 38–50. <https://doi.org/10.1080/09638230701677779>
- Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021, August). *Mental health*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- De Jong, C. A. J., Crockford, D., Welle-Strand, G., Iskandar, S., Sarkar, S., Haber, P. S., & Miller, M. (2021). Pathways to the specialty recognition of addiction medicine. In N. el-Guebaly, G. Carra, M. Galanter, & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment* (2nd ed., pp. 837–852). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_58
- Doran, K. M., Colucci, A. C., Wall, S. P., Williams, N. D., Hessler, R. A., Goldfrank, L. R., & Raven, M. C. (2014). Reasons for emergency department use: Do frequent users differ? *The American Journal of Managed Care*, *20*(11), 506–514. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25730349/>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019a). Reasons for emergency department use among patients with mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, *90*(4), 703–716. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09657-w>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019b). Use of emergency rooms for mental health reasons in Quebec: Barriers and facilitators. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *46*(1), 18–33. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0889-3>
- Gerber, E., Gelberg, L., Rotrosen, J., Castelblanco, D., Mijanovich, T., & Doran, K. M. (2020). Health-related material needs and substance use among emergency department patients. *Substance Abuse*, *41*(2), 196–202. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1635960>
- Government of Canada. (2022). *Report on addiction, substance use and homelessness*. <https://www.infrastructure.gc.ca/homelessness-sans-abri/reports-rapports/addiction-toxicomanie-eng.html>
- Judkins, S., Fatovich, D., Ballenden, N., & Maher, H. (2019). Mental health patients in emergency departments are suffering: The national failure and shame of the current system. A report on the Australasian college for emergency medicine's mental health in the emergency department summit. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, *27*(6), 615–617. <https://doi.org/10.1177/1039856219852282>
- Khenti, A., Bobbili, S. J., & Sapag, J. C. (2019). Evaluation of a pilot intervention to reduce mental health and addiction stigma in primary care settings. *Journal of Community Health*, *44*(6), 1204–1213. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00706-w>

- Lavergne, M. R., Shirmaleki, M., Loyal, J. P., Jones, W., Nicholls, T. L., Schütz, C. G., Vaughan, A., Samji, H., Puyat, J. H., Kaoser, R., Kaulius, M., & Small, W. (2022). Emergency department use for mental and substance use disorders: Descriptive analysis of population-based, linked administrative data in British Columbia, Canada. *BMJ Open*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057072>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Lien, Y. J., Tsai, C. H., Wu, T. T., Li, H., & Tu, Y. K. (2021). Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: A systematic review and network meta-analysis. *Psychology & Health*, 36(6), 669–684. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Tsai, C. H., Lien, Y. J., & Wu, T. T. (2019). Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Lincoln, A. K., Wallace, L., Kaminski, M. S., Lindeman, K., Aulier, L., & Delman, J. (2016). Developing a community-based participatory research approach to understanding of the repeat use of psychiatric emergency services. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 1015–1021. <https://doi-org.cyber.usask.ca/10.1007/s10597-016-9989-2>
- Malecha, P. W., Williams, J. H., Kunzler, N. M., Goldfrank, L. R., Alter, H. J., Doran, K. M., & Asher, S. L. (2018). Material needs of emergency department patients: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 25(3), 330–359. <https://doi.org/10.1111/acem.13370>
- McCarthy, M. L., Zheng, Z., Wilder, M. E., Elmi, A., Li, Y., & Zeger, S. L. (2021). The influence of social determinants of health on emergency departments visits in a medicaid sample. *Annals of Emergency Medicine*, 77(5), 511–522. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.11.010>
- McCormack, R. P., Hoffman, L. F., Norman, M., Goldfrank, L. R., & Norman, E. M. (2015). Voices of homeless alcoholics who frequent Bellevue hospital: A qualitative study. *Annals of Emergency Medicine*, 65(2), 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.05.025>
- Mérelle, S. Y. M., Boerema, I., van der Linden, M. C., & Gilissen, R. (2018). Issues in emergency care for people who attempted suicide. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 162. https://primo-pmtna02.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_cdi_pubmed_primary_30040297&context=PC&vid=USASK&lang=en_US&search_scope=UofS&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,Issues%20in%20emergency%20care%20for%20people%20who%20attempted%20suicide.&offset=0
- Morphet, J., Griffiths, D., Plummer, V., Innes, K., Fairhall, R., & Beattie, J. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: Perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review*, 38(2), 194–201. <https://doi.org/10.1071/AH13189>
- Moukaddam, N., Flores, A., Matorin, A., Hayden, N., & Tucci, V. T. (2017). Difficult patients in the emergency department. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(3), 379–395. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.05.005>
- National Institute of Mental health. (2023, March). *Mental illness*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#:~:text=Mental%20illnesses%20are%20common%20in,mild%20to%20moderate%20to%20severe>
- Nehlin, C., Fredriksson, A., Grönbladh, L., & Jansson, L. (2012). Three hours of training improve psychiatric staff's self-perceived knowledge and attitudes toward problem-drinking patients. *Drug and Alcohol Review*, 31(4), 544–549. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00373.x>
- Olsson, M., & Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: Qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal*, 18(6), 430–434. <https://doi.org/10.1136/emj.18.6.430>
- Pasic, J., Russo, J., & Roy-Byrne, P. (2005). High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 56(6), 678–684. <https://doi-org.cyber.usask.ca/10.1176/appi.ps.56.6.678>
- Pawaskar, R., Mahajan, N., Wangoo, E., Khan, W., Bailey, J., & Vines, R. (2022). Staff perceptions of the management of mental health presentations to the emergency department of a rural Australian hospital: Qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 87–87. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07476-7>
- Pearlmuter, M. D., Dwyer, K. H., Burke, L. G., Rathlev, N., Maranda, L., & Volturo, G. (2017). Analysis of emergency department length of stay for mental health patients at 10 Massachusetts emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 70(2), 193–202. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.10.005>
- Pinto, A. D., Hassen, N., & Craig-Neil, A. (2018). Employment interventions in health settings: A systematic review and synthesis. *Annals of Family Medicine*, 16(5), 447–460. <https://doi.org/10.1370/afm.2286>
- Poremski, D., Wang, P., Hendriks, M., Tham, J., Koh, D., & Cheng, L. (2020). Reasons for frequent psychiatric emergency service use in a large urban center. *Psychiatric Services*, 71(5), 440–446. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20180532>
- Raeburn, T., Halcomb, E., Walter, G., & Cleary, M. (2013). An overview of the clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 21(4), 376–378. <https://doi.org/10.1177/1039856213492235>
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: From research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment: the Royal College of Psychiatrists' Journal of Continuing Professional Development*, 14(1), 50–60. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003509>
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S., & Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- Russell, R., Ojeda, M. M., & Ames, B. (2017). Increasing RN perceived competency with substance use disorder patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(4), 175–183. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170321-08>
- Schmidt, M., Ekstrand, J., & Tops, A. B. (2018). Self-reported needs for care, support and treatment of persons who frequently visit psychiatric emergency rooms in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 738–745. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1481471>
- Simon Junior, H., Schwartsman, C., Sukys, G. de A., & Farhat, S. C. L. (2023). Pediatric emergency triage systems. *Revista Paulista de Pediatria*, 41. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021038>
- Slankamenac, K., Heidelberger, R., & Keller, D. I. (2020). Prediction of recurrent emergency department visits in patients with mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 48–48. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00048>
- Slankamenac, K., Zehnder, M., Langner, T. O., Krähenmann, K., & Keller, D. I. (2019). Recurrent emergency department users: Two categories with different risk profiles. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 333. <https://doi.org/10.3390/jcm8030333>
- Smith, M. W., Stocks, C., & Santora, P. B. (2015). Hospital readmission rates and emergency department visits for mental

- health and substance abuse conditions. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 190–197. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9784-x>
- Thakrar, K., Morgan, J. R., Gaeta, J. M., Hohl, C., & Drainoni, M. L. (2015). Predictors of frequent emergency room visits among a homeless population. *PLoS One*, 10(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124552>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf
- Vandyk, A. D., Harrison, M. B., VanDenKerkhof, E. G., Graham, I. D., & Ross-White, A. (2013). Frequent emergency department use by individuals seeking mental healthcare: A systematic search and review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(4), 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.03.001>
- Vandyk, A. D., Young, L., MacPhee, C., & Gillis, K. (2018). Exploring the experiences of persons who frequently visit the emergency department for mental health-related reasons. *Qualitative Health Research*, 28(4), 587–599. <https://doi.org/10.1177/1049732317746382>
- Virgolino, A., Costa, J., Santos, O., Pereira, M. E., Antunes, R., Ambrósio, S., Heitor, M. J., & Vaz Carneiro, A. (2022). Lost in transition: A systematic review of the association between unemployment and mental health. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 31(3), 432–444. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022615>
- Van de Glind, G., Galenkamp, N., Bleijenberg, N., Schoonhoven, L., Scheepers, F. E., Crilly, J., van Veen, M., & Ham, W. H. W. (2023). Interventions to reduce interpersonal stigma towards patients with a mental dysregulation for ambulance and emergency department healthcare professionals: Review protocol for an integrative review. *BMJ Open*, 13(11), e072604–e072604. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072604>
- Vohra, N., Paudyal, V., & Price, M. J. (2022). Homelessness and the use of emergency department as a source of healthcare: A systematic review. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00435-3>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603–613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>
- Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., De Bibiana, J. T., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2017). “Hospital was the only option”: Experiences of frequent emergency department users in mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3), 405–412. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0728-3>



Consultations fréquentes dans les services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie : le point de vue des prestataires de soins de santé

Kristy Tang^a et Hua Li^a

^aCollege of Nursing, University of Saskatchewan, Canada

Auteure principale — Kristy Tang; College of Nursing, University of Saskatchewan, Canada
104 Clinic Place, Saskatoon, SK, S7N 2Z4, Canada
Courriel : kht228@mail.usask.ca

Résumé

Contexte : L'augmentation du taux de consultation des services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie (SMT) a été identifiée comme étant un facteur contribuant à la crise des services d'urgence (SU) et à l'augmentation des coûts des soins de santé. Bien que les recherches antérieures se soient largement intéressées au point de vue des patients, peu d'attention a été accordée au point de vue des prestataires de soins de santé (PSS). Cette recherche examine plus particulièrement les perceptions des prestataires de soins sur les raisons pour lesquelles les patients souffrant de problèmes SMT se présentent fréquemment aux urgences.

Méthodes : Cette étude qualitative s'est appuyée sur des entretiens individuels semi-structurés pour la collecte des données. Une approche d'analyse thématique a été adoptée pour l'analyse des données.

Résultats : Six PSS provenant de différentes spécialités ont participé à cette étude qualitative. Il ressort de l'analyse des données quatre thèmes principaux : (a) les déterminants sociaux de la santé mentale (crise du

logement et problèmes financiers); (b) les obstacles structurels (surstimulation et absence de priorité dans les services d'urgence, lacunes dans les connaissances et la formation des PSS, faible nombre d'établissements de gestion du sevrage, stigmatisation par les PSS, pénurie de PSS); (c) des propositions de prévention (plus de financement/ressources et éducation de la petite enfance) et (d) la réaction des PSS au travail avec les patients (avoir un impact et valorisant).

Conclusions : Selon l'étude, les PSS estiment que le statut socio-économique faible et la disponibilité limitée des services et des ressources communautaires en matière de santé mentale sont des facteurs clés qui contribuent à la fréquence des visites aux urgences liées aux problèmes de SMT. Afin de mieux comprendre les besoins complexes des personnes souffrant de SMT, tous les niveaux de gouvernement, les organismes communautaires et les PSS, tout particulièrement le personnel infirmier, devraient collaborer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'interventions efficaces visant à réduire les visites fréquentes aux urgences ou les réadmissions liées à des problèmes de SMT.

Mots-clés : Service des urgences, santé mentale et toxicomanie, visites fréquentes, prestataires de soins de santé

Introduction

La croissance substantielle du nombre de visites aux urgences liées à la santé mentale et à la toxicomanie a été largement signalée au cours de la dernière décennie. Globalement, 792 millions de personnes vivent avec des troubles mentaux, tandis que 71 millions souffrent de troubles liés à la toxicomanie (Dattani et coll., 2021). Idéalement, la gestion des symptômes et le rétablissement des personnes souffrant de troubles de la santé mentale et de toxicomanie (SMT) devraient avoir lieu principalement dans un cadre communautaire. Cependant, selon une étude de Barker et coll. (2020), seulement 40,2 % des patients atteints de troubles mentaux qui sortent des urgences profitent d'un suivi dans les 14 qui suivent. La pénurie de ressources en santé mentale dans le système de santé pousse de plus en plus de personnes à se faire soigner aux urgences (Lavergne et coll., 2022), faisant de ces sites aigus un point d'accès crucial pour les besoins urgents et non urgents en matière de santé mentale.

Les personnes souffrant de troubles liés à la santé mentale sont cinq fois plus susceptibles de se rendre aux urgences (National Institute of Mental Health, 2023 ; Smith et al., 2015). Certaines visites sont motivées par des besoins non urgents, comme le renouvellement d'une ordonnance, l'ajustement d'un médicament ou l'orientation vers des ressources communautaires telles que des travailleurs sociaux ou des centres de gestion du sevrage (Poremski et coll., 2020 ; Wise-Harris et coll., 2017). Cependant, d'autres sont motivés par des besoins urgents, tels que des troubles psychiatriques graves comme la schizophrénie (Doran et coll., 2014), de l'itinérance (Chang et coll., 2014 ; Doran et coll., 2014), des comportements suicidaires (Vandyk et coll., 2013), des crises de toxicomanie (Doran et coll., 2014 ; Thakarar et coll., 2015), des troubles de la personnalité (Chang et coll., 2014 ; Vandyk et coll., 2018) et des événements stressants de la vie (Pasic et coll., 2005).

Mais les difficultés bien documentées des urgences – comme la fréquentation excessive, les environnements surstimulants, les longs temps d'attente et les retards de transfert dus au nombre limité de lits d'hospitalisation – viennent compliquer les soins de santé mentale, entraînant souvent des départs prématurés, de l'agitation, des incidents violents et un recours accru à la contention ou à l'isolement (Judkins et coll., 2019 ; Mérelle et coll., 2018 ; Pearlmutter et coll., 2017). Les PSS des urgences indiquent un accès limité aux ressources de santé mentale sur place, une formation inadéquate et un accès insuffisant aux intervenants spécialisés en santé mentale (Morphet et coll., 2014 ; Pawaskar et coll., 2022). De leur côté, les patients souffrants de problèmes de SMT qui cherchent à se faire soigner aux urgences éprouvent souvent un sentiment d'impuissance, rencontrent des perceptions et des attitudes négatives de la part du personnel et ont l'impression que les connaissances et l'expérience des prestataires sont insuffisantes (Bergen et coll., 2023). Toute expérience négative vécue par les bénéficiaires de soins de santé peut influencer leur volonté future de se faire soigner (Bergen et coll., 2023).

Aucun consensus ne s'est dégagé sur la définition des visites « fréquentes » aux urgences, les seuils variant de plus de deux, quatre ou douze visites par an (Slankamenac et coll., 2020). Slankamenac et coll. (2019) définissent les visites répétées comme étant au moins quatre visites annuelles aux urgences pour le même symptôme ou diagnostic, et les visites fréquentes comme étant des visites multiples pour des raisons différentes au cours d'une même année. La présente étude utilise le terme « visites fréquentes aux urgences ». Bien que la documentation fasse largement état des visites fréquentes aux urgences liées aux SMT du point de vue des patients (Aagaard et coll., 2014 ; Fleury et coll., 2019a ; Lincoln et coll., 2016 ; McCormack et coll., 2015 ; Olsson et Hansaggi, 2001 ; Poremski et coll., 2020 ; Schmidt et coll., 2018 ; Vandyk et coll., 2018 ; Wise-Harris et coll., 2017), le point de vue des PSS a été moins exploré. Cette étude qualitative vise à explorer les perspectives des PSS sur la prise en charge des patients qui se rendent fréquemment aux urgences pour des problèmes de SMT, afin de mieux comprendre le phénomène et d'éclairer l'élaboration des politiques, la conception des programmes et leur mise en œuvre.

Méthodes

Procédure et collecte de données

Les participants ont été recrutés dans diverses villes, en particulier dans les établissements locaux de santé mentale et de toxicomanie, dans les services d'urgence des hôpitaux et dans des organismes à but non lucratif de la Saskatchewan, au Canada. Pour être admis, les participants devaient avoir travaillé pendant au moins un an dans le domaine des soins directs aux personnes ayant des problèmes de SMT, sauf s'ils n'avaient pas d'expérience dans les services d'urgence. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées menées par vidéoconférence de janvier à juillet 2022, sous la direction d'un chercheur et d'un assistant de recherche. L'annexe A présente un guide d'entretien élaboré à partir d'une analyse documentaire pertinente et des commentaires des chercheurs. Cette étude est conforme aux critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies), une liste de contrôle en 32 éléments (Tong et coll., 2007). Chaque entretien a duré environ 45 à 60 minutes. Nous avons obtenu l'approbation éthique du *Behavioural Research Ethics Board* de l'Université de la Saskatchewan (Beh ID #657). Le consentement verbal de tous les participants a aussi été obtenu, et les entretiens ont été enregistrés et transcrits mot pour mot.

Analyse des données

Les données ont été analysées au moyen d'une analyse thématique inductive (Braun et Clarke, 2019). Le processus comprenait : (a) le codage (b) le regroupement thématique des codes (c) l'identification des sous-thèmes et leur regroupement en thèmes globaux, et (d) la présentation des résultats de la recherche (Braun et Clarke, 2019). Au début, le codage a été effectué ligne par ligne en lisant la transcription mot pour mot et en mettant en évidence les citations clés. Les chercheurs ont été appelés à adopter une attitude flexible afin d'éviter les biais d'interprétation. Les codes ont été comparés et attribués à des thèmes et sous-thèmes énumérés en fonction des ressemblances et des différences. Les thèmes centraux ont été soulignés et combinés

avec des sous-thèmes communs, tout en conservant les descriptions des participants (Braun et Clarke, 2019). Les résultats de la recherche furent présentés dans la section discussion, faisant ressortir les relations entre les thèmes clés. Deux chercheurs (KT et LH) ont analysé indépendamment chaque entretien à l'aide de Nvivo 12 (un logiciel d'analyse des données qualitatives). Une synthèse transversale a ensuite été réalisée pour comparer les résultats entre les cas et garantir l'alignement thématique avec les récits des participants. Pour renforcer la crédibilité, les chercheurs ont créé des pistes de vérification afin de documenter le processus de prise de décision et la convergence des conclusions préliminaires. Les principaux thèmes ont été élaborés et comparés à la documentation courante, les deux chercheurs estimant que des entretiens supplémentaires n'étaient pas nécessaires pour approfondir la question.

Résultats

Cette étude a porté sur six PSS, dont cinq femmes et un homme, âgés de 29 à 60 ans et ayant entre 3,5 et 30 ans d'expérience dans différentes spécialités, notamment le conseil en toxicomanie, les soins infirmiers communautaires en santé mentale, la liaison psychiatrique et le travail social. Tous avaient de l'expérience dans le domaine du SU, bien que certains travaillent maintenant dans d'autres domaines. Afin de préserver la confidentialité, les participants à l'étude sont désignés par des pseudonymes. Le tableau 1 présente des informations détaillées.

Thèmes

À l'issue de l'analyse des données, quatre grands thèmes sont apparus : les déterminants sociaux de la santé mentale, les obstacles structurels, les suggestions ou recommandations de traitement et la réaction des PSS à leur travail avec les patients.

Thème 1 : Les déterminants sociaux de la santé mentale

Les déterminants sociaux de la santé mentale ont été identifiés comme étant un des facteurs principaux associés aux visites fréquentes aux urgences. La crise du logement et les problèmes financiers sont deux déterminants sociaux communs de la santé mentale qui ont été identifiés.

La crise du logement

Les participants reconnaissent que les personnes atteintes de troubles de SMT sont souvent confrontées à d'autres difficultés, telles que l'itinérance, l'expulsion, les problèmes de sécurité personnelle, les infestations d'insectes et de rongeurs, la victimisation et les cambriolages. Le coût élevé des logements et des loyers a été identifié comme le principal facteur contribuant à la crise du logement. Tina a souligné l'importance de ces facteurs pour la santé, en précisant : « Ces indicateurs favorisent la santé d'une personne, vous savez ? Les finances, le logement. Je crois que les services de santé mentale auraient pu examiner plus attentivement ces défis et se demander comment mieux soutenir certains de leurs clients ».

Julie a rappelé que l'influence négative des pairs aggrave les difficultés des sans-abri souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, qui manquent souvent d'espaces sûrs et ont du mal à éviter les pairs qui consomment des substances : « Mais le copain assis à côté de vous se pique et vous offre de la drogue. [C'est] un environnement illégal, nuisible, dangereux et insécurisant. Cela n'aide pas les itinérants qui souffrent d'une dépendance à une substance ».

Pour ces raisons, les participants ont décrit le SU comme un lieu de dernier recours pour la survie, offrant des services essentiels tels qu'un abri et de la nourriture, surtout pendant les mois d'hiver rigoureux du Canada. Sofia a fait remarquer : « Alors, ils essaient tous d'entrer pour rester à [l'hôpital] où il y a un lit et des repas » (Sofia).

Problèmes financiers

Selon les participants, les personnes atteintes de troubles mentaux sont confrontées à des difficultés financières accrues en raison de l'augmentation des dépenses de loyer et de nourriture, de l'inflation et de la baisse des revenus. « Plusieurs personnes sont soignées dans la communauté et sont bien soutenues par leur famille et ont les moyens de continuer à travailler, etc. Mais un grand nombre de personnes qui n'ont pas d'emploi, qui ont des difficultés financières, qui n'ont pas accès aux soins de santé et aux traumatismes, hum, c'est un élément important, donc... » (Tina).

Tableau 1

Profil des participants à l'étude

Prestataire	Âge	Sexe	Occupation	Années d'expérience	Nombre d'années au poste actuel
Tina	52	Femme	Conseillère en toxicomanie	25	21
Julie	56	Femme	Infirmière en santé mentale communautaire	22	2,5
Sofia	32	Femme	Infirmière en santé mentale communautaire	10	6
Paul	60	Homme	Conseiller en toxicomanie	30	17
Liza	29	Femme	Infirmière de liaison en psychiatrie	3,5	3,5
Amy	31	Femme	Travailleuse sociale/Coordonnatrice de programme social	5	5

Sofia explique que de nombreuses personnes souffrant de troubles de SMT sont confrontées à l'incertitude et ne peuvent se permettre de prendre un congé pour faire face à des difficultés inattendues : « Combien de personnes, à votre connaissance, pourraient se permettre de s'absenter deux semaines de leur travail ? Et encore, une semaine d'arrêt de travail, c'est beaucoup de salaire pour quelqu'un. Je pense qu'ils n'ont pas cette assurance ». Sans flexibilité financière, le SU devient souvent leur unique option en période de crise, avec pour conséquence des visites plus fréquentes pour les besoins de base et le soutien.

Thème 2 : Obstacles structurels

Les obstacles structurels ont été cités comme des facteurs cruciaux associés aux visites fréquentes aux urgences liées aux problèmes de SMT, notamment la surstimulation et le fait de ne pas être une priorité aux urgences, les lacunes dans les connaissances et la formation des PSS, le manque d'installations de gestion du sevrage, la stigmatisation par les PSS et la pénurie de ces derniers.

Surstimulation et absence de priorité au sein des SU

Les environnements surstimulants (par exemple, auditifs/visuels) peuvent nuire à la capacité des patients à retenir l'information avec précision. « Ils rentrent chez eux et se disent : « Je ne me souviens pas de ce qui s'est passé. » Parce qu'ils ont été stimulés pendant si longtemps par les sonneries d'appel et l'ÉPL, les gens différents, le changement d'équipe, et puis le médecin leur ont dit : « Au fait, prenez ce médicament trois fois à cette dose, et dans trois jours, augmentez-le à telle dose » (Amy).

À la sortie des patients, le personnel des urgences ne tient souvent pas compte des facteurs environnementaux lorsqu'il transmet l'information. « Mais comme ça fait dix heures [que les patients sont restés aux urgences], on leur donne maintenant beaucoup d'informations sur la sortie, et la plupart d'entre eux ne les retiennent pas, pour de très bonnes raisons » (Paul).

De plus, certains participants ont observé que les PSS assignent souvent aux patients un degré de priorité de triage faible, ce qui prolonge les temps d'attente et retarde les évaluations ou les orientations vers des psychiatres, prolongeant ainsi la détresse émotionnelle. Sofia a expliqué : « Premièrement, parce qu'ils ont un reçu un faible score sur l'ÉTG et qu'ils ne sont peut-être pas considérés comme prioritaires au niveau du triage, et deuxièmement, parce qu'il s'agit de santé mentale et qu'ils ne sont donc pas pris en charge aussi rapidement par le personnel médical ». Quant à Amy, elle a souligné que « la principale préoccupation des personnes qui se trouvent aux urgences, dans le service des urgences, est l'attente ».

Lacunes dans les connaissances et la formation des PSS

Les participants ont souligné que les lacunes des connaissances et de la formation des PSS en matière de problèmes de SMT nuisent à leur capacité d'apporter un soutien confiant aux personnes souffrant de troubles concomitants. « Mais le Canada est nettement en retard en ce qui concerne l'accréditation des conseillers en toxicomanie, de sorte que nous avons un certain nombre de travailleurs sociaux qui exercent en tant que conseillers en toxicomanie et qui n'ont peut-être jamais suivi de cours sur la toxicomanie » (Julie).

Les participants ont exprimé leur frustration face au fait que les PSS spécialisés en santé mentale prétendent comprendre les problèmes de toxicomanie et vice versa, ce qui peut compromettre les soins prodigués aux patients. « Parfois, je suis choquée par les autres membres du personnel de l'urgence avec lesquels je travaille et par les choses qu'ils disent et font avec nos patients, ils ne comprennent vraiment pas » (Sofia).

Faible nombre d'établissements de gestion du sevrage

Les participants ont fait part de leurs préoccupations concernant le manque de lits pour la gestion du sevrage, ce qui a eu pour conséquence que les personnes souffrant de troubles liés à la SMT qui ont volontairement demandé un traitement ont été renvoyées prématurément sans rendez-vous de suivi. Paul a noté que les conseils donnés aux individus sont les suivants : « appelez la désintoxication tous les jours » et « ils finiront par vous prendre ».

Amy partage le fait que ses patients luttent contre d'intenses symptômes de sevrage et expriment d'urgence le désir de se soumettre à un traitement de désintoxication, mais que le manque de lits disponibles risque de les empêcher de rester abstinents. Selon leurs dires, « j'en suis à mon deuxième jour de sobriété et le défi est de taille. Il faut que j'aie en réhabilitation ou en désintoxication maintenant, sinon je vais déraper ». Ils le disent et le reconnaissent. Ils disent : « J'en suis au point où j'ai besoin d'aide. » « Mais nous n'avons pas d'endroit où les envoyer ».

La stigmatisation par les PSS

Les participants ont fait remarquer que la compréhension de la stigmatisation des patients atteints de troubles de SMT par les PSS est cruciale pour le traitement. En effet, les patients font état d'une détresse importante lorsqu'ils sont stéréotypés de manière négative, ce qui réduit leur volonté d'accéder à la santé. « Lorsqu'ils se rendent souvent aux urgences, ils sont également étiquetés comme étant des personnes ayant des problèmes de santé. « Oh, vous souffrez d'un TPL [trouble de la personnalité]. Ils ne le disent peut-être pas directement, mais « Oh, ils sont atteints d'un trouble de la personnalité » ou « Ils cherchent à se droguer » (Julie).

Les préjugés négatifs persistants à l'égard des patients permettent des généralisations et favorisent la stigmatisation, ce qui peut retarder les diagnostics. « La perception est que les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances ne peuvent pas changer. Qu'il est difficile de travailler avec elles. Qu'elles mentent, sont résistantes, hum, vous savez tout ça » (Paul).

Pénurie des PSS

La pénurie de spécialistes, notamment de psychiatres, de médecins généralistes, de conseillers en toxicomanie et de personnel infirmier de liaison psychiatrique a constitué un problème majeur en matière d'accessibilité. Par exemple, les patients qui ne se présentaient pas aux services de santé mentale ou aux rendez-vous d'admission pour des raisons personnelles ne se voyaient pas attribuer un nouveau rendez-vous. « Je suis différent de ce que j'étais il y a douze mois et de ce que je serai douze mois plus tard, n'est-ce pas ? Je suis donc frustré par ce genre de choses » (Paul).

En raison des longues listes d'attente des PSS, les spécialistes gèrent un plus grand volume de dossiers et ne sont donc pas en mesure d'accepter de nouveaux patients. « Je le sais parce qu'il y a — notre capacité est faible quant au nombre de psychiatres. Je dois également préciser que tous les psychiatres ont une charge de travail assez élevée. Donc, c'est juste que nous n'en avons pas assez » (Tina).

La continuité des soins est fortement compromise par la pénurie de médecins généralistes. Un grand nombre de patients sortent des urgences sans rendez-vous de suivi ni d'aiguillage, ce qui peut accroître le risque de rechute en matière de santé mentale et de toxicomanie, car souvent, il n'y a pas de soins continus adéquats. « Quels sont les soutiens dont ils disposent dans la communauté? Ont-ils un bon médecin généraliste, impliqué? Plusieurs de nos clients n'ont même pas de médecin de famille » (Liza).

Thème 3 : Des suggestions pour réduire le nombre de visites aux urgences liées aux problèmes de SMT

Les participants ont proposé plusieurs solutions pour réduire le nombre de visites aux urgences liées aux problèmes de SMT.

Une augmentation du financement et des ressources

Paul a déclaré : « Il pourrait toujours y avoir plus de ressources pour répondre aux besoins. Comme vous le savez [la ville] s'est beaucoup développé au cours des quinze dernières années, et les ressources n'ont pas plus augmenté pour répondre aux problèmes de notre communauté ».

L'accessibilité financière est un problème pour certains soins de santé mentale. « Beaucoup de nos clients n'ont pas les moyens de s'offrir ces soutiens, dans le cadre d'un traitement en établissement au sein de la communauté. Il n'y en a pas assez qui sont financés par les soins de santé, et l'argent doit — pour la plupart — sortir de la poche des clients » (Liza).

Éducation de la petite enfance

L'éducation des jeunes enfants aux dangers de la consommation de drogues, à la santé mentale, à la recherche d'aide et à la dénonciation des comportements nocifs est essentielle pour faire face à l'augmentation des symptômes et des troubles liés à la SMT chez les enfants. « Éduquer les jeunes sur la façon d'en parler, sur la façon d'aborder les choses. Comment gérer les problèmes, n'est-ce pas? Parce qu'il y a tellement de facteurs qui entrent en ligne de compte. Mais l'éducation est un élément important » (Tina).

Comme le souligne Liza, les enfants hésitent parfois à demander de l'aide à un tiers. Elle ajoute : « Je pense que si nous commençons à travailler sur le sujet tôt, si nous normalisons le fait d'en parler et si nous améliorons l'accès, ce sont les étapes qui pourraient aider à réduire les visites aux urgences. »

Thème 4 : Réaction des PSS face au travail avec les patients

La prestation de soins aux personnes souffrant d'affections liées à la SMT a été jugée difficile, mais gratifiante par les participants. Deux sous-thèmes clés ont été relevés : avoir un impact et valorisant.

Avoir un impact

Julie a été touchée par un patient qui lui a dit : « C'est la première fois que j'ai l'impression que quelqu'un comprend vraiment

comment ma santé mentale et ma toxicomanie sont liées ». Elle a trouvé l'épanouissement en établissant la confiance, en remodelant les expériences et en recevant de la reconnaissance pour ses efforts.

Sofia trouve de la joie et de l'épanouissement dans le fait de guider les autres vers des moments décisifs. « Vous pouvez voir, par exemple, s'ils ont un sourire révélateur au cours d'une conversation. Si vous voulez, cela me fait vraiment du bien à moi aussi. J'aime pouvoir aider quelqu'un, le guider et lui permettre d'atteindre son objectif. »

Valorisant

Les participants sont unanimes pour dire que le rôle des PSS est difficile, mais que c'est ce qui rend leur travail valorisant. Les participants ont exprimé leur satisfaction à aider les patients souffrant de troubles de SMT, car ils ont le sentiment de contribuer positivement à la société. « J'aime vraiment aider les gens en crise et j'aime être capable de trouver une solution. Personnellement, c'est très gratifiant. J'ai l'impression de pouvoir contribuer à la société dans ce sens. » (Amy)

Sofia apprécie profondément l'autonomie que lui confère son rôle, qui lui permet de prendre des décisions indépendantes et de faire preuve d'initiative. Elle se sent exaltée et satisfaite lorsqu'elle parvient à relever les défis qui lui sont posés. « Mais je ne l'échangerais pas non plus. J'aime l'autonomie, dans notre rôle. J'aime la pensée critique. J'aime résoudre les problèmes. Et puis, je ressens une certaine excitation, vous savez, cette sensation de bien-être que l'on éprouve en faisant tout cela. »

Discussion

Les résultats de cette étude correspondent aux études antérieures sur les points de vue des PSS concernant les visites à l'urgence liées aux problèmes de SMT. Par exemple, les patients chez qui les besoins sociaux ne sont pas satisfaits sont plus susceptibles de se réfugier à l'urgence (Gerber et coll., 2020; Malecha et coll., 2018), l'impact de l'insuffisance des services communautaires en SMT sur les visites fréquentes à l'urgence (Bergmans et coll., 2009; Fleury et coll., 2019b) et la stigmatisation des PSS à l'égard des personnes atteintes de troubles liés aux SMT (Bergmans et coll., 2009). Nos résultats contribuent à la discussion qui se poursuit sur les visites aux SU liées aux troubles de SMT, en particulier du point de vue des PSS, notamment (1) les temps d'attente prolongés aux SU pour les patients atteints de troubles de SMT sont en partie dus au fait que le personnel infirmier perçoit les symptômes psychiatriques comme moins urgents; (2) le manque de formation sur les troubles de SMT parmi les PSS aux SU, ce qui mène à une planification inefficace de la sortie pouvant entraîner des visites répétées aux SU; (3) afin de fournir des soins compétents aux patients, les PSS proposent comme nécessité d'avoir un certificat en SMT pour les PSS avant de pouvoir travailler avec des patients souffrant de troubles de SMT.

Déterminants sociaux de la santé mentale

Les preuves scientifiques justifient la notion de relation bidirectionnelle entre les déterminants sociaux, y compris le logement, les défis financiers et la santé mentale, de sorte qu'une mauvaise santé mentale peut avoir un impact négatif sur les déterminants

sociaux (par exemple, les difficultés financières causées par le chômage en raison des symptômes de problèmes de SMT), tandis que du côté inverse, les déterminants sociaux, y compris les problèmes financiers, peuvent causer un stress psychologique, qui peut déclencher l'apparition de symptômes de problèmes de SMT ou exacerber ces derniers (Bialowolski et coll., 2021). Des études antérieures ont montré que l'itinérance et les troubles de la santé mentale sont des facteurs prédictifs importants des visites fréquentes et non urgentes aux SU liées à la SMT (Thakarakar et coll., 2015; Vohra et coll., 2022). La présente étude révèle que l'insuffisance des ressources, en particulier, l'itinérance, incite parfois les patients à se rendre aux urgences. Selon le gouvernement du Canada (2022), 25,1 % des répondants ont indiqué que la toxicomanie ou l'usage de substances était un facteur important de l'itinérance, la durée de l'itinérance s'allongeant de pair avec l'usage prolongé de substances – passant de 19,0 % (0-2 mois) à 28,2 % (plus de 6 mois). Par ailleurs, la santé mentale affecte considérablement 25 à 50 % de la population itinérante (Association canadienne pour la santé mentale, 2014). Selon Baxter et ses collaborateurs (2019), les approches axées d'abord sur le logement conduisent à un logement stable et à une réduction des visites aux SU et des hospitalisations, tandis qu'Aubry et ses collaborateurs (2016) ont montré que l'approche axée sur le logement accompagné d'un traitement communautaire dynamique constitue une solution rentable pour loger les personnes souffrant de troubles mentaux, réduisant ainsi la dépendance à l'égard des services de santé.

Cette étude, et d'autres (McCarthy et coll., 2021; Virgolino et coll., 2022), montrent que les taux de chômage élevés chez les personnes souffrant de troubles de SMT engendrent des difficultés financières qui, ajoutées à l'absence de programmes de soutien communautaire, augmentent leur dépendance à l'égard des SU. Les personnes souffrant de troubles de la santé mentale peuvent grandement bénéficier de programmes de formation professionnelle et de soutien financier. Le soutien à l'emploi avec placement individuel (IPS) (Individual Placement and Support), conçu par Becker et Drake (1994), est une pratique fondée sur des données probantes qui facilite l'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux et qui est largement appliquée aux États-Unis, au Canada et en Europe (Rinaldi et coll., 2008). Le spécialiste de l'emploi, de concert avec l'équipe de santé mentale de la communauté, dirige le programme IPS, en se concentrant sur des principes fondamentaux tels que l'obtention de postes compétitifs, l'intégration de la santé mentale et de l'employeur, la prise en compte des choix du client et le soutien à la suite de l'emploi, ce qui a entraîné une augmentation de 38 % des emplois ouverts à 6 mois, passant à 39 % à 12 mois, avec pour résultat un taux de maintien dans l'emploi de 88 % et une amélioration de l'engagement dans l'apprentissage (Rinaldi et coll., 2008). Il faut relever les défis sociaux au sein de la communauté afin de réduire la nécessité pour les personnes souffrant de troubles de SMT de chercher de l'aide auprès des SU pour répondre à leurs besoins de base.

Obstacles structurels

La présente étude indique qu'une pénurie de professionnels de la santé mentale peut contribuer à la fréquence des visites aux urgences. Cela est confirmé par Wang et coll. (2005), qui

ont constaté qu'aux États-Unis, seulement 22 % des personnes atteintes d'une maladie mentale reçoivent un traitement et seulement 12 % consultent un psychiatre. Notre étude laisse entendre que les patients souffrant de troubles de SMT sont soumis à des temps d'attente plus longs et à des retards dans les consultations psychiatriques parce que le personnel infirmier de triage leur attribue des scores faibles sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG). Introduit en 1997, le système obligatoire de l'ÉTG à cinq niveaux permet au personnel infirmier d'évaluer la gravité des patients en fonction de leur état de santé à l'urgence (Bullard et coll., 2017; Simon Junior et coll., 2023). On reproche souvent à l'ÉTG d'être fastidieuse, de reposer sur le jugement clinique du personnel infirmier pour l'ajustement des scores et de mettre l'accent sur les détails clés de la documentation de triage, ce qui peut retarder la reconnaissance de la détérioration de l'état et des obstacles à l'accès aux soins (Bullard et coll., 2017). Ce phénomène est corroboré par une étude canadienne, qui a révélé que les visites en santé mentale aux urgences durent en moyenne plus longtemps que les visites ne concernant pas la santé mentale, en particulier pour les personnes qui reçoivent leur congé (11,4 heures contre 7,3 heures), qui sont admises (52,6 heures contre 29,3 heures) ou qui sont transférées ailleurs (21,9 heures contre 10 heures) (Baia Medeiros et coll., 2019).

Les lacunes en matière de connaissances et de formation sur les troubles de SMT ont été mises en évidence dans la présente étude. Les participants ont proposé que les PSS qui s'occupent de patients souffrant de troubles de SMT soient tenus d'obtenir une certification obligatoire. Ils ont exprimé leur inquiétude disant que l'expertise dans un domaine – la santé mentale, la toxicomanie ou les troubles concomitants – n'équivaut pas nécessairement à la compétence dans les trois domaines. Cette inquiétude correspond aux conclusions de Fleury et coll. (2019b), qui considèrent qu'un manque de connaissances peut entraîner une stigmatisation du personnel à l'égard des troubles de SMT et nuire à sa compréhension des comorbidités. Dans certains cas, en particulier lorsque les patients se rendent fréquemment aux urgences, le traitement commence non pas avec l'évaluation, mais lorsque le personnel reconnaît un patient, avertissant parfois le médecin généraliste en fonction d'hypothèses antérieures (Moukaddam et coll., 2017). Ces réactions précoces, souvent motivées par des expériences négatives antérieures, peuvent entraîner des réponses émotionnelles susceptibles d'influencer les décisions pour refuser les soins.

L'absence d'éducation et de formation obligatoires sur les troubles de SMT pour les PSS, ainsi que leurs connaissances variables sur la santé mentale et les comorbidités, et la stigmatisation de la santé mentale (Alexander et coll., 2016; Ross et coll., 2015), aggrave les préjugés psychologiques subis par les patients. Plusieurs études font état d'attitudes négatives des PSS à l'égard des patients souffrant de troubles de SMT (par exemple, ils considèrent les patients comme violents, manipulateurs, menteurs et non coopératifs) (Lien et coll., 2021; Lien et coll., 2019). Les participants ont estimé que les PSS des SU étiquettent souvent les patients souffrant de troubles de SMT comme des « réguliers des urgences », des gens ayant des « comportements de recherche de substances » ou des « personnes souffrant de troubles de

la personnalité », les blâmant instinctivement pour leur état de santé. Cette attitude est favorisée par le manque de formation, l'absence de lignes directrices et le fait de considérer les troubles de SMT comme ne relevant pas de leur responsabilité, ce qui entrave le développement de l'empathie (Lien et coll., 2021). Ayano et coll. (2017) ont constaté qu'un programme de formation en santé mentale destiné aux PSS a permis d'améliorer considérablement les connaissances sur la psychose entre la période précédant la formation (34,04 %) et la période suivant la formation (87,23 %). Une formation sur les troubles liés à l'utilisation de substances a également permis d'améliorer l'attitude du personnel infirmier à l'égard des patients souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que sa perception de sa propre compétence en matière de soins liés aux troubles liés à l'utilisation de substances (Russell et coll., 2017). Notons qu'aucun des participants à cette étude n'a reconnu ses préjugés personnels ou n'y a réfléchi.

Implications pour la pratique des soins infirmiers d'urgence

Les PSS travaillant auprès des gens avec des problèmes de SMT devraient être tenus de suivre une formation obligatoire et d'obtenir une certification afin d'améliorer leurs compétences. Par exemple, le Collège des médecins de famille du Canada a approuvé le certificat de compétence ajoutée pour reconnaître la médecine des toxicomanies comme une spécialisation (De Jong et coll., 2021). Pour obtenir cette certification, les candidats doivent suivre 13 modules de base et se soumettre à l'évaluation d'un comité d'examen par les pairs qui s'assure que leur expérience, leurs qualifications et leurs réalisations répondent aux normes d'exercice de la médecine des toxicomanies au Canada (De Jong et coll., 2021). Ce modèle pourrait servir de référence à d'autres organismes de réglementation pour s'assurer que les prestataires sont suffisamment qualifiés pour se spécialiser dans les domaines de la SMT.

Khenti et ses collaborateurs (2019) ont mené une étude à méthodes mixtes impliquant 110 participants afin de concevoir des interventions — telles que des formations basées sur les contacts, des campagnes anti-stigmatisation, des ateliers et des révisions de politiques — dans le but de réduire la stigmatisation dans les soins de santé. L'intervention a amélioré les attitudes, les connaissances et les comportements du personnel, malgré le fait que des priorités concurrentes et des ressources limitées aient entravé une pleine participation. Parallèlement, Nehlin et coll. (2012) ont mis en œuvre une formation de 3 heures pour 115 prestataires afin d'améliorer les attitudes à l'égard des patients alcoolodépendants, et les résultats montrent que cette formation a permis d'améliorer la prise de conscience de la complexité des cas, la confiance et les perspectives d'emploi. Malgré le fait qu'elles se limitent à deux études auxquelles a participé le personnel infirmier, ces conclusions démontrent que l'éducation biomédicale ne suffit pas à lutter contre la stigmatisation. Il est crucial que tous les PSS adoptent des initiatives de lutte contre la stigmatisation afin de favoriser l'autoréflexion, d'approfondir leur compréhension des affections liées à la SMT et à en reconnaître l'impact sur les individus. En outre, selon la Commission de vérité et de réconciliation du Canada (2015), les écoles de soins infirmiers du Canada sont tenues de dispenser

une formation sur les enjeux de la santé autochtone, notamment en développant les compétences nécessaires pour lutter contre le racisme et la stigmatisation propres aux Autochtones.

Au-delà des soins individuels, en tant que PSS de première ligne ayant une expérience directe, le personnel infirmier devrait participer à l'élaboration des politiques et des programmes. Par exemple, les résultats de notre étude soulignent l'importance de promouvoir l'éducation à la santé mentale dès la petite enfance pour lutter contre les idées fausses et la stigmatisation, tout en formant les individus dès leur plus jeune âge à se sentir plus à l'aise d'avoir des conversations ouvertes et de chercher de l'aide pour les problèmes de SMT. À l'heure actuelle, le personnel infirmier doit renforcer ses compétences en matière d'action et d'engagement politiques afin de préconiser un financement et des ressources accrues qui améliorent l'accès aux services de SMT dans la communauté, améliorent la qualité de vie des personnes souffrant de troubles de SMT et réduisent leur dépendance à l'égard des visites fréquentes aux SU, tout en formant et en appuyant les futurs étudiants en sciences infirmières dans la sphère politique.

Limites

En premier lieu, les résultats de l'étude reposent sur l'expérience de participants travaillant avec des patients atteints de troubles de SMT à Saskatchewan, au Canada. Les services de SMT disponibles et accessibles dans les services d'urgence peuvent différer d'une province ou d'un pays à l'autre, ce qui compromet la généralisation des résultats. Ensuite, la collecte des données s'est réalisée au cours d'une période potentiellement affectée par le stress, la fatigue et l'épuisement liés au COVID. Les résultats doivent donc être interprétés prudemment. Troisièmement, les PSS exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion avaient peut-être des informations précieuses qui n'ont pas été prises en compte. Finalement, le petit échantillon de six participants et le manque de diversité parmi eux limitent l'étude.

Conclusion

La présente étude a examiné les visites fréquentes aux urgences liées à la SMT du point de vue des PSS. Elle a identifié les déterminants sociaux de la santé, les obstacles structurels et personnels comme étant des facteurs clés contribuant aux fréquentes visites. Afin de résoudre ce problème, les gouvernements, les communautés et les PSS doivent collaborer pour élaborer des interventions ciblées. Ceux-ci devraient se concentrer sur l'amélioration de l'accès aux services de SMT, sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'amélioration de l'éducation et de la formation des PSS. En réduisant les visites fréquentes aux urgences, on améliorera les soins prodigués aux patients et on réduira la pression exercée sur les services d'urgence. De plus, les PSS ont un rôle essentiel dans la conception de ces interventions, aux côtés du point de vue du client.

Les auteures

Kristy Tang, B.Sc.Inf. (Université de l'Alberta), M.Sc.Inf., et étudiante en doctorat (Université de la Saskatchewan), s'est engagée à faire progresser l'enseignement de la sécurité culturelle autochtone dans les soins aigus en milieu urbain. Avec plus de

sept ans d'expérience dans le domaine de la santé, elle a travaillé comme infirmière de première ligne et comme infirmière éducatrice autochtone.

Hua Li, IA, M.Sc. en santé publique, Ph. D., est professeure agrégée au College of Nursing de l'Université de la Saskatchewan. Ses recherches portent sur la santé mentale et le bien-être de diverses populations.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les participants à l'étude d'avoir partagé leurs expériences.

RÉFÉRENCES

- Aagaard, J., Aagaard, A., & Buus, N. (2014). Predictors of frequent visits to a psychiatric emergency room: A large-scale register study combined with a small-scale interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1003–1013. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.002>
- Alexander, V., Ellis, H., & Barrett, B. (2016). Medical-surgical nurses' perceptions of psychiatric patients: A review of the literature with clinical and practice applications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.018>
- Atzema, C. L., Schull, M. J., Kurdyak, P., Menezes, N. M., Wilton, A. S., Vermuelen, M. J., & Austin, P. C. (2012). Wait times in the emergency department for patients with mental illness. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 184(18), E969–E976. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111043>
- Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C. E., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J., Streiner, D. L., & Tsemberis, S. (2016). A multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(3), 275–281. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400587>
- Ayano, G., Assefa, D., Haile, K., Chaka, A., Haile, K., Solomon, M., Yohannis, K., Awoke, A., & Jemal, K. (2017). Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: Evaluation of effect on knowledge, attitude and practices (KAP). *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0169-8>
- Baia Medeiros, D. T., Hahn-Goldberg, S., O'Connor, E., & Aleman, D. M. (2019). Analysis of emergency department length of stay for mental health visits: A case study of a Canadian academic hospital – ERRATUM. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 374–383. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.360>
- Barker, L. C., Sunderji, N., Kurdyak, P., Stergiopoulos, V., Gonzalez, A., Kopp, A., & Vigod, S. N. (2020). Urgent outpatient care following mental health ED visits: A population-based study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 71(6), 616–619. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900466>
- Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., & Thomson, H. (2019). Effects of housing first approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979)*, 73(5), 379–387. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210981>
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30(2), 193–206. <https://doi.org/10.1007/BF02188630>
- Bergen, C., Bortolotti, L., Temple, R. K., Fadashe, C., Lee, C., Lim, M., & McCabe, R. (2023). Implying implausibility and undermining versus accepting peoples' experiences of suicidal ideation and self-harm in Emergency Department psychosocial assessments. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1197512. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1197512>
- Bergmans, Y., Spence, J. M., Strike, C., Links, P. S., Ball, J. S., Rufo, C., Rhodes, A. E., Watson, W. J., & Eynan, R. (2009). Repeat substance-using suicidal clients-how can we be helpful? *Social Work in Health Care*, 48(4), 420–431. <https://doi.org/10.1080/00981380802592013>
- Bialowolski, P., Weziak-Bialowolska, D., Lee, M. T., Chen, Y., VanderWeele, T. J., & McNeely, E. (2021). The role of financial conditions for physical and mental health. Evidence from a longitudinal survey and insurance claims data. *Social Science & Medicine (1982)*, 281, 114041. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114041>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Bullard, M. J., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., Grierson, R., van der Linde, E., & Swain, J. (2017). Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(S2), S18–S27. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.365>
- Canadian Mental Health Association. (2014). *Housing and mental health*. <https://ontario.cmha.ca/documents/housing-and-mental-health/>
- Chang, G., Weiss, A. P., Orav, E. J., & Rauch, S. L. (2014). Predictors of frequent emergency department use among patients with psychiatric illness. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 716–720. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.010>
- Corbiere, M., & Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 18(1), 38–50. <https://doi.org/10.1080/09638230701677779>
- Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021, August). *Mental health*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/mental-health#citation>
- De Jong, C. A. J., Crockford, D., Welle-Strand, G., Iskandar, S., Sarkar, S., Haber, P. S., & Miller, M. (2021). Pathways to the specialty recognition of addiction medicine. In N. el-Guebaly, G. Carra, M. Galanter, & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment* (2nd ed., pp. 837–852). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_58

Déclaration de l'auteur (CRediT)

Kristy Tang a effectué l'analyse des données et rédigé la version originale du manuscrit. Hua Li a conçu l'étude, a contribué à la collecte et à l'analyse des données, et fourni une rétroaction critique et une supervision. Les deux auteurs ont révisé le manuscrit à plusieurs reprises.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Financement

Cette étude a été soutenue par la subvention d'établissement de la Saskatchewan Health Research Foundation (# 5259).

- Doran, K. M., Colucci, A. C., Wall, S. P., Williams, N. D., Hessler, R. A., Goldfrank, L. R., & Raven, M. C. (2014). Reasons for emergency department use: Do frequent users differ? *The American Journal of Managed Care*, 20(11), 506–514. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25730349/>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019a). Reasons for emergency department use among patients with mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 703–716. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09657-w>
- Fleury, M. J., Grenier, G., Farand, L., & Ferland, F. (2019b). Use of emergency rooms for mental health reasons in Quebec: Barriers and facilitators. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 18–33. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0889-3>
- Gerber, E., Gelberg, L., Rotrosen, J., Castelblanco, D., Mijanovich, T., & Doran, K. M. (2020). Health-related material needs and substance use among emergency department patients. *Substance Abuse*, 41(2), 196–202. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1635960>
- Government of Canada. (2022). *Report on addiction, substance use and homelessness*. <https://www.infrastructure.gc.ca/homelessness-sans-abri/reports-rapports/addiction-toxicomanie-eng.html>
- Judkins, S., Fatovich, D., Ballenden, N., & Maher, H. (2019). Mental health patients in emergency departments are suffering: The national failure and shame of the current system. A report on the Australasian college for emergency medicine's mental health in the emergency department summit. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(6), 615–617. <https://doi.org/10.1177/1039856219852282>
- Khenti, A., Bobbili, S. J., & Sapag, J. C. (2019). Evaluation of a pilot intervention to reduce mental health and addiction stigma in primary care settings. *Journal of Community Health*, 44(6), 1204–1213. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00706-w>
- Lavergne, M. R., Shirmaleki, M., Loyal, J. P., Jones, W., Nicholls, T. L., Schütz, C. G., Vaughan, A., Samji, H., Puyat, J. H., Kaoser, R., Kaulius, M., & Small, W. (2022). Emergency department use for mental and substance use disorders: Descriptive analysis of population-based, linked administrative data in British Columbia, Canada. *BMJ Open*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057072>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Lien, Y. J., Tsai, C. H., Wu, T. T., Li, H., & Tu, Y. K. (2021). Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: A systematic review and network meta-analysis. *Psychology & Health*, 36(6), 669–684. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Tsai, C. H., Lien, Y. J., & Wu, T. T. (2019). Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Lincoln, A. K., Wallace, L., Kaminski, M. S., Lindeman, K., Aulier, L., & Delman, J. (2016). Developing a community-based participatory research approach to understanding of the repeat use of psychiatric emergency services. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 1015–1021. <https://doi-org.cyber.usask.ca/10.1007/s10597-016-9989-2>
- Malecha, P. W., Williams, J. H., Kunzler, N. M., Goldfrank, L. R., Alter, H. J., Doran, K. M., & Asher, S. L. (2018). Material needs of emergency department patients: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 25(3), 330–359. <https://doi.org/10.1111/acem.13370>
- McCarthy, M. L., Zheng, Z., Wilder, M. E., Elmi, A., Li, Y., & Zeger, S. L. (2021). The influence of social determinants of health on emergency departments visits in a medicaid sample. *Annals of Emergency Medicine*, 77(5), 511–522. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.11.010>
- McCormack, R. P., Hoffman, L. F., Norman, M., Goldfrank, L. R., & Norman, E. M. (2015). Voices of homeless alcoholics who frequent Bellevue hospital: A qualitative study. *Annals of Emergency Medicine*, 65(2), 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.05.025>
- Mérelle, S. Y. M., Boerema, I., van der Linden, M. C., & Gilissen, R. (2018). Issues in emergency care for people who attempted suicide. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 162. https://primo-pmtna02.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_cdi_pubmed_primary_30040297&context=PC&vid=USASK&lang=en_US&search_scope=UofS&adaptor=primo_central_multiple_fe&tab=default_tab&query=any,contains,Issues%20in%20emergency%20care%20for%20people%20who%20attempted%20suicide.&offset=0
- Morphet, J., Griffiths, D., Plummer, V., Innes, K., Fairhall, R., & Beattie, J. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: Perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review*, 38(2), 194–201. <https://doi.org/10.1071/AH13189>
- Moukaddam, N., Flores, A., Matorin, A., Hayden, N., & Tucci, V. T. (2017). Difficult patients in the emergency department. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(3), 379–395. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.05.005>
- National Institute of Mental health. (2023, March). *Mental illness*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#:~:text=Mental%20illnesses%20are%20common%20in,mild%20to%20moderate%20to%20severe>
- Nehlin, C., Fredriksson, A., Grönbladh, L., & Jansson, L. (2012). Three hours of training improve psychiatric staff's self-perceived knowledge and attitudes toward problem-drinking patients. *Drug and Alcohol Review*, 31(4), 544–549. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00373.x>
- Olsson, M., & Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: Qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal*, 18(6), 430–434. <https://doi.org/10.1136/emj.18.6.430>
- Pasic, J., Russo, J., & Roy-Byrne, P. (2005). High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 56(6), 678–684. <https://doi-org.cyber.usask.ca/10.1176/appi.ps.56.6.678>
- Pawaskar, R., Mahajan, N., Wangoo, E., Khan, W., Bailey, J., & Vines, R. (2022). Staff perceptions of the management of mental health presentations to the emergency department of a rural Australian hospital: Qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 87–87. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07476-7>
- Pearlmuter, M. D., Dwyer, K. H., Burke, L. G., Rathlev, N., Maranda, L., & Volturo, G. (2017). Analysis of emergency department length of stay for mental health patients at 10 Massachusetts emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 70(2), 193–202. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.10.005>
- Pinto, A. D., Hassen, N., & Craig-Neil, A. (2018). Employment interventions in health settings: A systematic review and synthesis. *Annals of Family Medicine*, 16(5), 447–460. <https://doi.org/10.1370/afm.2286>
- Poremski, D., Wang, P., Hendriks, M., Tham, J., Koh, D., & Cheng, L. (2020). Reasons for frequent psychiatric emergency service use in a large urban center. *Psychiatric Services*, 71(5), 440–446. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20180532>
- Raeburn, T., Halcomb, E., Walter, G., & Cleary, M. (2013). An overview of the clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australasian Psychiatry: Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 21(4), 376–378. <https://doi.org/10.1177/1039856213492235>
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support:

- From research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment: the Royal College of Psychiatrists' Journal of Continuing Professional Development*, 14(1), 50–60. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003509>
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S., & Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- Russell, R., Ojeda, M. M., & Ames, B. (2017). Increasing RN perceived competency with substance use disorder patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(4), 175–183. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170321-08>
- Schmidt, M., Ekstrand, J., & Tops, A. B. (2018). Self-reported needs for care, support and treatment of persons who frequently visit psychiatric emergency rooms in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 738–745. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1481471>
- Simon Junior, H., Schvartsman, C., Sukys, G. de A., & Farhat, S. C. L. (2023). Pediatric emergency triage systems. *Revista Paulista de Pediatria*, 41. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021038>
- Slankamenac, K., Heidelberger, R., & Keller, D. I. (2020). Prediction of recurrent emergency department visits in patients with mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 48–48. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00048>
- Slankamenac, K., Zehnder, M., Langner, T. O., Krähenmann, K., & Keller, D. I. (2019). Recurrent emergency department users: Two categories with different risk profiles. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 333. <https://doi.org/10.3390/jcm8030333>
- Smith, M. W., Stocks, C., & Santora, P. B. (2015). Hospital readmission rates and emergency department visits for mental health and substance abuse conditions. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 190–197. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9784-x>
- Thakarak, K., Morgan, J. R., Gaeta, J. M., Hohl, C., & Drainoni, M. L. (2015). Predictors of frequent emergency room visits among a homeless population. *PloS One*, 10(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124552>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf
- Vandyk, A. D., Harrison, M. B., VanDenKerkhof, E. G., Graham, I. D., & Ross-White, A. (2013). Frequent emergency department use by individuals seeking mental healthcare: A systematic search and review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(4), 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.03.001>
- Vandyk, A. D., Young, L., MacPhee, C., & Gillis, K. (2018). Exploring the experiences of persons who frequently visit the emergency department for mental health-related reasons. *Qualitative Health Research*, 28(4), 587–599. <https://doi.org/10.1177/1049732317746382>
- Virgolino, A., Costa, J., Santos, O., Pereira, M. E., Antunes, R., Ambrósio, S., Heitor, M. J., & Vaz Carneiro, A. (2022). Lost in transition: A systematic review of the association between unemployment and mental health. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 31(3), 432–444. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022615>
- Van de Glind, G., Galenkamp, N., Bleijenberg, N., Schoonhoven, L., Scheepers, F. E., Crilly, J., van Veen, M., & Ham, W. H. W. (2023). Interventions to reduce interpersonal stigma towards patients with a mental dysregulation for ambulance and emergency department healthcare professionals: Review protocol for an integrative review. *BMJ Open*, 13(11), e072604–e072604. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072604>
- Vohra, N., Paudyal, V., & Price, M. J. (2022). Homelessness and the use of emergency department as a source of healthcare: A systematic review. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12245-022-00435-3>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603–613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>
- Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., De Bibiana, J. T., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2017). “Hospital was the only option”: Experiences of frequent emergency department users in mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3), 405–412. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0728-3>



Emergency department registered nurses' perceptions of substance abuse

Aleksandra Ilievska¹, Gina Pittman¹, Jody Ralph¹

¹University of Windsor

Principal author: Aleksandra Ilievska, M.Sc.Inf., B.Sc.Inf., IA, University of Windsor, 3170 Viola Cres., Windsor, Ontario, N8N 0A3
ilievska@uwindsor.ca

Abstract

Background: Due to the increased drug-related harms that Canada is facing, a stronger emphasis has been placed on harm reduction strategies, such as supervised consumption sites (SCSs).

There is a lack of literature on emergency department (ED) registered nurses' (RNs') perceptions of SCSs and substance use disorders (SUDs), especially in small- to mid-sized Canadian cities.

Objective: This descriptive study aimed to determine ED RNs' perceptions of SUDs and SCSs.

Methods: A 27-question survey was sent to RNs currently working in EDs in Southwestern Ontario using an online Qualtrics® link. The research explored ED RNs' perceptions of SCSs and SUDs.

Results: Quantitative results indicated that ED RNs ($n = 146$) were empathetic toward drug use and SUDs, but felt neutral towards SCSs. They indicated positive impacts and potential concerns of SCS implementation. However, despite their apprehensions, most ED RNs reported that they would still refer their patients to such sites if one was available.

Discussion: The findings from this study provided recent data on ED RNs' perceptions of SUD and SCSs in small to mid-sized Canadian cities. It also identified services

that SCSs and their EDs should offer from an ED RN perception.

Conclusion: This multi-site research offers an opportunity to compare perceptions from other disciplines, share new knowledge, and improve patient care and safety. Recommendations include a harm reduction referral partnership between the ED and community partners. It is essential to practice reflexively, decrease the influence of stereotypes and stigma-based decisions and care, and encourage legislation that supports ethical policies and procedures that increase the use and access to SCSs.

Keywords: harm reduction, emergency department, emergency nurses, supervised consumption sites, substance use disorder

Introduction

Background

Substance use has a tremendous impact on individuals, families, and communities. Canada has been greatly affected by substance use and is facing a national opioid overdose crisis (Government of Canada, 2022). This crisis has been exacerbated by the COVID-19 pandemic (Government of Canada, 2022). This contributed to a 62% increase in responses by emergency medical services for suspected opioid-related overdoses and a 27% increase in opioid overdose hospitalizations (Government of Canada, 2022). While the rates have constantly remained high in the western parts of Canada, such as British Columbia and Alberta, a considerable increase has recently been detected in Ontario (Government of Canada, 2022).

With increasing drug-related harms, a stronger emphasis has been placed on harm reduction strategies (Kerr et al., 2017). The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) views harm reduction strategies, such as supervised consumption sites (SCSs), as an essential tool that nurses can use to assist people who use drugs (PWUD), minimize the stigma that surrounds substance use and addiction and in turn, build healthier communities (RNAO, 2022). Supervised consumption sites are defined as legally sanctioned spaces where people can use their own drugs in a safe and clean environment in the presence of trained personnel (Government of Canada, 2021). They are a form of harm reduction and can offer a range of different services within them, such as drug checking, emergency medical care, access to counselling, rehabilitation, access to other health and social services, such as referrals to substance use or mental health treatments, and education on harms of drug use or safer consumption practices (Government of Canada, 2021). These sites are also places where people can safely dispose of needles and sharps, obtain new drug equipment, receive basic health services, get tested for infectious diseases, and gain access to medications such as naloxone, an opioid overdose reversal agent (Government of Canada, 2021). Moe et al. (2022) found that people with substance use disorders (SUDs) are among those who make persistent, frequent ED visits in Ontario. We need to understand the risk factors that contribute to repeated ED use, explore the healthcare needs of those who frequent the ED the most, and advocate for alternatives that better address the gaps in our healthcare system (Moe et al., 2022). An ED visit is an opportunity to improve patient outcomes by identifying those with SUDs and connecting them to treatment (Hawk & D'Onofrio, 2018). Since emergency nurses often are the first health care providers to see PWUD when coming to the ED, assessing ED registered nurses' (RNs') perceptions of SUDs and SCSs is crucial.

Purpose

This descriptive, multi-site study aimed to determine ED RNs' perceptions of SUDs and SCSs. Therefore, the research questions for this study were:

1. What are ED RNs' level of comfort and experience with people who have been diagnosed or have a suspected SUD?
2. What are ED RNs' level of comfort and experience with SCSs?
3. What are ED RNs' views toward SUDs and SCSs?
4. What do ED RNs identify as the impact of SCSs for people who use drugs, the ED, the healthcare system, and the community?
5. What services do ED RNs identify SCSs and their ED should offer?

Methods

Study Design

This quantitative study aimed to explore the perceptions of ED RNs toward SUDs and SCSs. Descriptive statistics were used and reported.

Data Collection Methods

A 27-question survey was used to gather data and answer the research questions. Of the 27 questions, four demographic questions were optional (age, gender, ethnicity, and primary worksite),

one question ensured the inclusion criteria were met, one asked if respondents confirmed to have their responses submitted, and one invited participants to indicate if they would like to receive compensation and which e-gift card they would prefer. The remainder of the questions assessed ED RNs' work, education, and training experiences, their knowledge, experience, and comfort level with SCSs and SUDs, their views of SUDs and SCSs, the perceived impact on SCSs to PWUD, their ED, the healthcare system, and the community, and lastly, the services that should be offered in SCSs and in their ED (Jackson et al., 2022; Katz et al., 2017; Shreffler et al., 2021). This survey contained open-ended, closed-ended, multiple choice, multiple-answer, ranking, and matrix (Likert Scale from strongly disagree to strongly agree) questions. In addition to the optional questions, there were force completion questions, where participants were required to answer the question before proceeding to the next one. Finally, the last question asked participants to provide their contact information if they would like to be contacted for future studies regarding the same topic. If the participant chose "yes" to this question, they were taken to a separate survey where their personal information could not be linked to their survey responses.

The survey was adapted from Katz et al. (2017), Jackson et al. (2022), and Shreffler et al. (2021) with permission granted to use sections of the survey. Minor revisions to questions were made to improve the clarity, flow, and appropriateness of the questions. Reliability was maintained by using unambiguous language when writing questions to minimize misinterpretation and response errors. Overly similar questions were removed to prevent repetition and questions were added to answer the research questions better. Face validity was facilitated by three BScN-prepared nurses who did not participate in the data collection. The thesis committee also reviewed the structure and content of the survey before publishing. The target population was all ED RNs of the participating Southwestern Ontario hospitals.

Sample Characteristics

The setting for this study took place at four Southwestern Ontario hospitals, including five EDs. These EDs provide care for patients in various geographical regions ranging from urban to rural settings. The sample were employees in the EDs and they were recruited using purposeful sampling. To participate in this study, RNs had to currently work in the ED, were entitled to practice with no restrictions with the College of Nurses of Ontario (CNO) and were able to comprehend the English language. Nurses in the study did not need to have experience with SCSs. Registered practical nurses and other ED staff members were excluded. A link to the survey was sent to all 341 ED RNs at the participating hospitals. Of the 341 ED RNs, 146 (42.8%) respondents met the inclusion criteria and were included in the analyses. This is a descriptive study, so a sample size calculation was not conducted. We also did not receive the demographic data from the units as a competitor. However, the demographics are similar to the Canadian Nurses Association's public data (Canadian Nurses' Association [CNA], 2023).

Survey

Data were collected between February and April 2023. The survey was deployed via the University of Windsor Qualtrics® platform and could be accessed through an online link. Eligible

ED-employed RNs of Southwestern Hospitals were recruited through a series of e-mail announcements sent by their ED managers. An initial e-mail was sent using the hospital email system to notify the RNs that the survey was available. The study period lasted six weeks in length per site. The second email was sent two weeks before the study closed, and the final email was sent one week before the study closed. To prevent “multiple participation” of participants, the “prevent multiple submission feature” was applied in Qualtrics®, as well as the use of their institutional email was encouraged.

Study Preparation

An informational poster with a QR code that was linked to the survey was posted in the staff breakroom of the ED, away from patient care and remained posted until the end of the study period.

Ethical Considerations

Ethical clearance was obtained by a local university research ethics board (REB) and hospital REBs (REB #42546; REB #20-384). The survey was anonymous, and questions were designed to avoid collecting unnecessary or sensitive data. Demographic questions, such as age, gender, and ethnicity, were left optional. To protect the identity of the participants further, data was reported in aggregate format. The survey was made available to the participants only through their institutional email and via a QR code that was posted on a flyer in their designated breakroom. A consent form was provided to each participant along with information about resources available for addiction treatment, drug use, and abuse referral services before starting the survey and at completion.

Statistical Analysis

IBM Statistical Package for Social Sciences version 29 was used to analyze the data. Descriptive statistics (frequencies, percentages, means, standard deviations, and minimum/maximum values) were used to answer the research questions. A statistician was also consulted and validated the analysis. Data were explored for accuracy of entries, missing data, and normal distribution points. For ethnicity, there were 2% missing data ($n = 3$) and 6% for gender ($n = 9$). Missing data was not handled as it was not required for any statistical analysis. There were 11 incomplete survey responses, which were excluded from data analysis.

Results

Respondent Characteristics

The response rate to the survey was 50.1% ($n = 171$). Of those 171 responses, 25 were excluded due to incomplete survey responses ($n = 11$) and inclusion criteria not being met ($n = 14$). The remaining 146 (42.8%) of the total 341 respondents met the inclusion criteria and were included in the analyses. The Qualtrics® platform used was not set to track views, however, the first question of the survey was an eligibility screen and incentive was only provided to unique visitors.

Descriptive Findings

Participants' ages ranged from 20–61+ years of age. Most RNs were 40 years old or younger ($n = 100$, 68.5%), self-identified as female ($n = 118$, 80.8%), and as white ($n = 132$, 90.4%).

Approximately half ($n = 74$, 50.9%) had over 10 years of experience as an RN, one-fifth ($n = 31$, 21.2%) had 6 to 10 years, one-quarter ($n = 34$, 23.3%) had 1 to 5 years, and only 5 of the participants ($n = 7$) had less than 1 year of nursing experience. Similarly, the highest proportion of nurses had over 10 years ($n = 50$, 34.6%) and between 1 to 5 years of specialized ED experience ($n = 46$, 31.5%). Most RNs were trained or worked only in Ontario ($n = 115$, 78.8%) and almost all RNs ($n = 136$, 96.3%) reported receiving some education or training on harm reduction. The RNs identified receiving most of their training or education while in school ($n = 84$, 36.9%) or during hospital orientation ($n = 58$, 25.7%).

Despite the reported high level of education and training received on harm reduction, ED RNs reported their level of knowledge regarding evidence and operations of an SCS as primarily low ($n = 64$, 43.8%), or moderate ($n = 63$, 43.2%).

Main Findings

ED RNs' Experience and Comfort Level Toward SUD

Approximately half of all participants ($n = 72$, 49.2%) felt comfortable interacting with this population. Almost all ED RNs have treated the following patients in the past six months: suspected or admitted to using intravenous recreational drugs ($n = 141$, 96.6%), suspected or admitted to smoking drugs such as crack-cocaine or methamphetamine drugs ($n = 141$, 96.6%), presented with an abscess or other bacterial infection suspected or known to be related to injection drug use ($n = 138$, 94.5%), presented with systemic infections (e.g., endocarditis) suspected or known to be related to injection drug use ($n = 128$, 87.7%), presented with another type of recreational drug overdose ($n = 133$, 91.1%), or presented with an opiate overdose ($n = 136$, 93.2%).

ED RNs' Experience and Comfort Level Toward SCSs

Most ED RNs reported they had no experience ($n = 78$, 53.4%) or a low level of experience ($n = 47$, 32.2%) regarding evidence and operations of a SCS. Roughly half of the participants reported a neutral level of comfort with referring patients to a SCS ($n = 68$, 46.6%), and approximately one-third reported feeling uncomfortable ($n = 31$, 21.2%), and very uncomfortable ($n = 13$, 8.9%) doing so.

ED RNs' Views Toward Drug Use and SUDs

A series of Likert-scale questions were used to assess ED RNs' views toward drug use and SUDs. In summary, 82.2% ($n = 120$) of ED RNs strongly agreed that recovering from a SUD is difficult, and the same number agreed or strongly agreed that individuals with SUD have usually experienced significant adverse life events. Approximately three-quarters ($n = 114$, 78.1%) of ED RNs strongly agreed that recovering from a SUD is a lifelong process. ED RNs agreed other nurses and physicians equally understand the difficulty of recovering from a SUD ($n = 71$, 48.6%), while patients understand slightly less ($n = 59$, 40.4%). An overwhelming number of RNs agreed or strongly agreed that more work needs to be done to minimize the stigma related to SUD ($n = 122$, 83.6%), that there are not enough community services to treat people who use and/or inject and use drugs ($n = 125$, 85.6%), and that access to available treatment options for individuals in need is currently a

problem ($n = 132, 90.41\%$). Approximately two-thirds ($n = 95, 65.1\%$) of ED RNs strongly agreed that peer support can have a positive impact on the chances of recovery, and 64.4% ($n = 94$) agreed or strongly agreed that to recover, individuals suffering from SUD need to move to a new environment and consider drug use and addiction a public health issue ($n = 94, 64.4\%$). Only 17.1% ($n = 25$) of ED RNs agreed that drug addiction is a choice, and 42.8% ($n = 64$) agreed that healthcare providers treat individuals with SUD differently than other patients. In terms of the ED, approximately two-thirds ($n = 102, 69.9\%$) of ED RNs strongly agreed that the ED is not an optimal location for people who use and/or inject drugs to come for non-medical (e.g., social issues), and about half ($n = 77, 52.7\%$) of ED RNs agreed or strongly agreed that people who use and/or inject drugs sometimes come to their ED for services that could be adequately provided by SCSs. Lastly, roughly three-quarters ($n = 109, 74.7\%$) of ED RNs agreed or strongly agreed that people who use and/or inject drugs mostly come to their ED for problems that are preventable, 80.8% ($n = 118$) agreed or strongly agreed that people who use and/or inject drugs often come to the ED with advanced conditions that could have been controlled more easily with earlier medical treatment, and 78.8% ($n = 115$) agreed or strongly agreed that people who use and/or inject drugs place a heavy burden on their department by contributing to ED overcrowding.

A composite score was created to combine the above data into a single variable. The composite *Views Toward Drug Use and SUDs* score was normally distributed with a mean of 4.07 (SD = 0.35) and a range of 3.05–5.00. A mean of 4.07 indicates that there was mainly agreement, among the ED RNs, to the statements. Reliability of the combined items score was measured and found to have a Cronbach's alpha of 0.71.

ED RNs' Views Toward SCSs

A series of Likert-scale questions were used to assess ED RNs' views toward SCSs. In summary, ED RNs almost equally agreed ($n = 47, 32.2\%$), and felt neutral ($n = 49, 33.6\%$) that SCSs could create dangerous neighbourhoods. They also roughly equally agreed ($n = 39, 26.7\%$) and felt neutral ($n = 33, 22.6\%$) that SCSs promote drug use. Over half ($n = 82, 56.2\%$) of ED RNs disagreed or strongly disagreed with being ethically opposed to SCSs, and approximately half ($n = 75, 51.4\%$) felt neutral on whether the evidence supported SCSs in improving the health outcomes of patients with recreational drug addiction. Despite these feelings, 74.7% ($n = 109$) of the ED RNs still agreed or strongly agreed that they would refer their patients who use and/or inject drugs to a SCS for additional harm reduction and addiction services, and 62.3% ($n = 91$) agreed or strongly agreed that they would support an SCS in their community.

A composite score was created to combine the above data into a single variable. The composite *Views Toward SCSs* score was normally distributed with a mean of 3.19 (SD = 0.48) and a range of 2.17–5.00. A mean of 3.19 indicates that there were both agreement and neutral feelings among the ED RNs to the statements. The reliability of the combined items score was measured and found to have a Cronbach's alpha of 0.85.

Impact of SCSs on PWUD, the ED, the Healthcare System, and the Community

A series of Likert-scale questions was used to assess the impact of SCSs for PWUD, the ED, the healthcare system, and the community. In summary, ED RNs agreed or strongly agreed that SCSs could impact PWUD by being beneficial to the health of people who use and/or inject drugs ($n = 110, 75.4\%$), reducing the pressure to share drugs with others ($n = 63, 43.2\%$), enabling access to other supportive services ($n = 117, 80.1\%$), helping people use more safely ($n = 121, 82.9\%$), helping people get help with other health problems ($n = 92, 63.0\%$), ensuring trained staff are ready to respond in case of overdose ($n = 118, 80.8\%$), creating a safe place to use ($n = 114, 78.1\%$), increasing links to care and support ($n = 113, 77.4\%$), and reducing rates of human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C among people who use and/or inject drugs ($n = 116, 79.5\%$). ED RNs agreed or strongly agreed that SCSs could impact the ED by being beneficial to the operations of the ED ($n = 98, 67.1\%$), reducing ED visits by preventing medical complications (e.g., abscess, systemic infections) through the distribution of new needles ($n = 97, 66.4\%$), decreasing ED wait times ($n = 69, 47.3\%$), reducing the number of visits to the ED by providing non-medical services (e.g., addiction services and resources, access to social workers; $n = 116, 79.5\%$), and preventing some medical complications ($n = 104, 71.2\%$). They agreed or strongly agreed that SCSs could impact the healthcare system by decreasing EMS use for individuals who are found with decreased responsiveness in the community due to drug overdose ($n = 112, 76.7\%$). Finally, ED RNs agreed or strongly agreed that SCSs could impact the community by reducing exposure to recreational drug use ($n = 101, 69.2\%$) and reducing drug-related paraphernalia discarded in public places (e.g., parks, streets; $n = 118, 80.8\%$).

A composite score was created to combine the above data into a single variable. The composite *Impact of SCSs for PWUDs, the ED, the Healthcare System, and the Community* score was normally distributed with a mean of 3.87 (SD = 0.67) and a range of 1.33–5.00. A mean of 3.87 indicates that there was mainly agreement among the ED RNs to the statements. Reliability of the combined items score was measured and found to have a Cronbach's alpha of 0.94.

Services That ED RNs Identified SCSs Should Offer Within Them

The top five harm reduction services that ED RNs identified SCS should offer within them are shown in Table 1.

Services That ED RNs Identified Their EDs Should Offer

The top five services that ED RNs identified to be offered in their ED are shown in Table 2.

Discussion

Limitations

This study has some limitations. The survey was deployed electronically and may be subject to self-selection and self-reporting bias (Eysenbach & Wyatt, 2002). This survey relied on self-reporting of data, which is subject to biases such as social desirability, question interpretation, and respondents' ability to evaluate themselves accurately (Salters-Pedneault, 2020). This study used a single method of data collection (online surveys),

Table 1*Services That ED RNs Identified SCSs Should Offer Within Them (n = 146)**

Variable	n	%	Top 5
Needle exchange program/distribution of new drug supplies (e.g., syringes, needles, sterile water, filters)	122	83.6	1
Addiction counsellors	121	82.9	2
Trained RNs for health care (e.g., wound/abscess care)	115	78.8	3
Naloxone/Narcan kits	113	77.4	4
Mental health professionals (e.g., social workers, psychologists)	111	76.0	5

*Note. This is a select-all-that-apply question.

Table 2*Services That ED RNs Identified Their EDs Should Offer (n = 146)**

Variable	n	%	Top 5
Referrals to withdrawal/addiction treatment centres	121	82.9	1
Mental health professionals (e.g., social workers, psychologists)	116	79.5	2
Naloxone/Narcan kits	104	71.2	3
Trained RNs for health care (e.g., wound/abscess care)	96	65.8	4
Addiction counsellors	86	61.0	5

*Note. This is a select-all-that-apply question.

which may have limited the potential to fully understand ED RNs' perceptions. Purposeful sampling can result in sampling bias because the group is not randomly selected and may not reflect the population of interest. Lastly, this study was completed in Southwestern Ontario, and most participants identified as female, white, and trained within Ontario. Thus, findings may not represent all ED RNs in Ontario or Canada.

Interpretations

The findings from this study not only provided recent data on ED RNs' perceptions of SUDs and SCSs, but also added to the developing literature on perceptions of RNs in small to mid-sized Canadian cities, thus, filling gaps in the literature. To the researcher's knowledge, this study is the first to report the perceptions of ED RNs toward SUDs and SCSs together. It is also the first to identify services that SCSs and their EDs should offer from an ED RN perception.

ED RNs' Experience and Comfort Level with SUDs and SCSs

Even though almost all the RNs in the sample received harm reduction training or education and cared for patients with known or suspected SUDs on a daily basis, their knowledge and comfort levels toward SCSs remained modest.

RNs' Views Toward SUD

Results from the composite score that assessed ED RNs' views toward drug use and SUDs demonstrated that ED RNs were

empathetic toward drug use and SUD and there was strong overall agreement with the statements provided (mean = 4.07).

The literature indicates that nurses have negative attitudes toward people who have SUDs (Arabaci, 2016; Chu & Galang, 2013; Howard & Chung, 2000; van Boekel et al., 2013). Howard and Chung (2000) found that older nurses hold more disciplinary and authoritarian stances toward PWUD, are more supportive of mandatory treatment, and are less accepting of personal and societal drug use, while younger nurses or nurses with higher degrees had more favourable views toward PWUD. Howard and Chung's (2000) finding that younger and more educated nurses have more favourable views yielded similar results to this study as this study's sample of RNs were primarily younger than 40 years, almost all received harm reduction training or education, and they were overall empathetic toward people with SUDs.

RNs' Views Toward SCS

Results from the composite score that assessed ED RNs' views toward SCSs demonstrated more reserved or neutral views (mean = 3.19). This sample of ED RNs' felt, overall, neutral about whether SCSs could create dangerous neighbourhoods or promote drug use, were ethically opposed to them, and that the current evidence does not support SCSs in improving the health outcomes of patients with recreational drug addiction. Similarly, the nurses in the study by Jackson et al. (2021) were also less supportive of harm reduction modalities, such as SCSs,

and key informants expressed potential opposition to SCSs due to linking SCSs with criminalized activity and thus bringing danger into the community. Likewise, stakeholders were concerned that SCS implementation would further degrade the safety and cleanliness of their community (Wegner et al., 2011). However, other literature demonstrated that SCSs can decrease crime, therefore creating safer neighbourhoods (Myer & Belisle, 2018), and improved health outcomes through decreased opioid-related overdoses and deaths (Behrends et al., 2019; Hayashi et al., 2021; Irvine et al., 2019; Kerr et al., 2007; Marshall et al., 2007; Milloy et al., 2008; Notta et al., 2019), and decreased bloodborne infections, such as HIV and hepatitis C infections (Bayoumi & Zaric, 2008; Enns et al., 2016; Government of Canada, 2021; Irwin et al., 2017).

Although ED RNs in this study conveyed some hesitation toward SCSs and reported no or low level of experience with SCSs, most RNs expressed that PWUD could access their needs through such sites, that they support the implementation of SCSs in their community, and would refer patients who use drugs to SCSs for additional harm reduction and addiction services. Their previous education and training in harm reduction may be the reason for this finding.

Katz et al. (2017) found that ED physicians were less reluctant than nurses toward SCSs and largely supported their implementation and use in Canada. Like this study, physicians who did not necessarily support the implementation of SCSs in their communities would still refer their patients from the ED to SCSs (Katz et al., 2017). This finding is relevant because harm reduction strategies such as SCSs have lacked global support in the past (Global State of Harm Reduction, 2018; Harm Reduction International, 2020). Additionally, as PWUD are among those who are most likely to leave hospitals “against medical advice” (McNeil et al., 2014), going to a SCS may provide them with more appropriate services that serve their needs better and, in turn, decrease the need for ED visits.

Impact of SCSs for PWUD, the ED, the Healthcare System, and the Community

Results of the third composite score that assessed the impact of SCSs for PWUD, and on the ED, the healthcare system, and the community, displayed an overall positive impact (mean = 3.87). Several studies in the literature reiterated the positive impact: SCSs provide access to health care providers and support staff that can prevent and respond to medical emergencies (Government of Canada, 2021), can offer a safe place to use drugs (Lange & Bach-Mortesen, 2019), decrease hospital and emergency medical services use (Government of Canada, 2021; Madah-Amiri et al., 2019), reduce risk of accidental overdose due to less rushed injections and injecting drugs alone (Government of Canada, 2021; Hayashi et al., 2021; Kerr et al., 2007; Notta et al., 2019; Pauly et al., 2020), decrease reusing and sharing of needles, and thus reduce HIV and hepatitis C infections (Bayoumi & Zaric, 2008; Enns et al., 2016; Government of Canada, 2021; Irwin et al., 2017), and increase access to social services and treatments (Bayoumi & Zaric, 2008; Government of Canada, 2021; Irwin et al., 2017; Wood et al., 2007).

Top Services Identified by ED RNs to be Offered in SCSs and ED
Emergency department RNs in this study and PWUD in the literature identified withdrawal management and access to new needles (Kenney et al., 2021), the presence of healthcare staff (Kerr et al., 2007), and naloxone accessibility (Lowenstein et al., 2022), as preferred services at a SCS. PWUD also valued safety from the police (Kenney et al., 2021) and drug-checking services (Kenney et al., 2021; Olding et al., 2020), but the ED RNs in this study did not prioritize these services as essential for SCSs or within their EDs.

Generalizability

Findings from this quantitative, multi-site study addressed the research gap in providing ED RNs’ perceptions of SUDs and SCSs for small- to mid-sized cities in Ontario. It also contributes to the body of literature by offering recent data and providing the viewpoints of RNs, the most abundant healthcare team members. By recognizing their perceptions, providers can work toward ensuring these do not affect the quality of care they provide (Shreffler, 2021). Results from this multi-site study can serve as an opportunity to compare perceptions from other disciplines, share new knowledge, and improve patient care and safety. The findings can also improve RN practice, promote the inclusion of or continuation of education on SUDs, caring for PWUD, and harm reduction strategies such as SCSs, and help encourage policy creation to standardize care better. Additionally, the results from this study can assist city and government officials in deciding which services to include in the next SCS and hospital administrators in determining which harm reduction services are most valued by ED RNs and which to implement within the ED.

Implications for Emergency Clinical Practice

- Emergency nurses should practice reflexively and be aware of their attitudes, values, and perceptions when caring for patients with SUDs (RNAO, 2015; RNAO, 2018).
- Educational requirements regarding harm reduction in RN programs should be standardized at a national level.
- Standardized protocols are needed to facilitate the transition between hospital and community (Horner et al., 2019).
- Education should be included in hospital orientations, with frequent offerings of continuation education opportunities on SUDs and harm reduction strategies, such as SCSs. The newest literature should also be presented to ensure RNs are always practising up to date with research.
- The influence of stereotypes and stigma-based decisions and care should be decreased.

Author Notes

Aleksandra Ilievska, MSc.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

Funding

None

Conflicts of Interest

None

Contribution and CRediT Statement

Aleksandra Ilievska: Conceptualization, Methodology, Formal Analysis, Investigation, Data Curation, Writing – Original Draft

Gina Pittman: Conceptualization, Methodology, Writing – Original Draft, Supervision

Jody Ralph: Conceptualization, Methodology, Writing – Original Draft

REFERENCES

- 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-aiic.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* (7th ed.). 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/hsmd>
- 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/gkbrj9>
- 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/gmx3qb>
- 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
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2018). *Implementing supervised injection services*. 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/gmqsx5>
- 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>



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 Ilievska¹, Gina Pittman¹, Jody Ralph¹

¹University 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-aiic.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 7th edition*. 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
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2018). *Implementing supervised injection services*. 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>

A nursing perspective on barriers to implementing harm reduction in acute care hospital settings: A scoping review

Kaitlyn Furlong^{1*}, Hua Li¹, and Jodie Bigalky¹

¹ College of Nursing, University of Saskatchewan

*Corresponding author Kaitlyn Furlong; 5 Stonehaven Place, Paradise, NL, A1L 1E9, Canada. Email: bfu925@usask.ca

Abstract

While harm reduction has been implemented in some community health settings across Canada, they have been underutilized in managing in-patient environments. When patients with substance use disorder (SUD) are hospitalized, without harm reduction approaches, they may engage in risky behaviours, leading to unsafe substance use. Negative encounters with the healthcare system and nurses' discriminatory attitudes toward patients with SUD also contribute to health issues and safety concerns. These include sharing syringes and using illicit drugs alone, which increase the risk of infectious disease transmission, overdoses, and death. This study reviewed existing literature on barriers to implementing harm reduction in acute care hospitals. Three databases were searched for peer-reviewed articles published from 2014 to 2024. After screening 987 articles, 10 met the inclusion criteria. The findings highlighted challenges nurses and patients encounter in implementing harm reduction in acute care hospitals, including stigma, safety concerns, knowledge gaps, and nurse burnout. Addressing these challenges entails nurse education and organizational changes. While the current research provides some insights, to enhance harm reduction strategies in in-patient settings, further studies should examine standardizing care plans for individuals with SUD, healthcare agencies' roles in promoting harm reduction education, and nurses' perspectives.

Keywords: nurses, substance use disorder, in-patient, harm reduction

Introduction

Although active substance use disorder (SUD) is common in acute care settings, many hospitals still follow abstinence-based policies for addiction management (Dion et al., 2023; Nolan et al., 2022). Abstinence-based policies have been associated with engaging in risky behaviours in individuals

with SUDs, which endanger their own lives and others in the hospital; these include sharing syringes and using illicit drugs alone, such as in hospital washrooms (Grewal et al., 2015; Nolan et al., 2022). These risky behaviours then result in the transmission of infectious diseases, overdoses, and deaths (Grewal et al., 2015; Nolan et al., 2022; Perera et al., 2022).

Harm reduction aims to minimize the health and social harms related to substance use without requiring individuals to stop using altogether. It enhances patient-provider relationships, diminishes stigma, and engages patients in their care (Territorial Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses, 2023; Perera et al., 2022). A proactive harm reduction approach, which anticipates and addresses risks before they escalate, is critical in improving outcomes in acute care settings. This approach includes clear communication about safe practices, access to harm reduction resources (such as clean supplies or naloxone), education on safer use, and establishing realistic pain management expectations (Horner et al., 2019). In acute care settings, these strategies foster trust, empower patients, reduce complications such as infections or overdoses, and support a patient-centred care model that improves health outcomes (Grewal et al., 2015).

While harm reduction strategies have been implemented in some community health settings across Canada, abstinence-based policies continue to be the predominant approach in acute care hospital settings. This study reviews the existing literature on the challenges nurses and patients encounter in implementing harm reduction in acute care hospitals, including stigma, safety concerns, educational gaps, and clinician burnout.

Background

Amid the opioid crisis, opioid toxicity has emerged as a pressing concern, manifesting in an alarming average of 21 fatalities and 15 hospitalizations per day across Canada (Territorial Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses, 2023). Despite the gravity of these statistics, the adoption of harm reduction within acute care settings remains insufficient (Nolan et al., 2022). The current healthcare infrastructure demonstrates inadequacies in managing pain and withdrawal symptoms effectively, primarily due to apprehensions surrounding opioid misuse, consequently leading to unsafe opioid utilization among inpatients with SUDs (Dion et al., 2023; Harling, 2017; Horner et al., 2019; Nolan et al., 2022). This predicament jeopardizes

the well-being of patients and healthcare providers, predisposing individuals to discharge against medical advice, exacerbating the risk of adverse outcomes, and precipitating frequent and costly readmissions (Nolan et al., 2022).

Moreover, individuals with SUDs often exhibit reluctance to engage with healthcare services until confronted with severe medical complications, such as overdoses, endocarditis, or cellulitis, primarily influenced by negative encounters with the healthcare system and poor pain control (Dion et al., 2023; Grewal et al., 2015). Compounding these challenges, healthcare professionals, including nurses, have been observed to hold discriminatory attitudes toward individuals with SUDs and acknowledge inadequate training to safely care for this demographic (Harling, 2017; Horner et al., 2019). Nurses attending to individuals with SUDs commonly experience burnout and express safety concerns stemming from communication barriers, discordance in care objectives, inadequate training, and the pervasive stigma attached to SUDs (Horner et al., 2019).

Methods

Design

This scoping review adhered to the PRISMA guidelines (Appendix A, Figure 1) and Arksey and O'Malley's (2005) scoping review framework (Grove & Gray, 2019). Arksey and O'Malley's framework outlines a five-step process for conducting a scoping review, with an optional sixth step. While the sixth step, which involved stakeholder consultation, was not carried out, future research will include insights from expert consultations. The five-step approach employed in this review included (a) identification of the research question; (b) identification of relevant studies using a three-step search strategy: database searches within CINAHL, Medline, and PubMed to identify keywords and phrases, followed by a review of reference lists; (c) study selection; (d) data extraction and charting; and (e) data collection, summarization, and reporting. The research question guiding this review was "What are the barriers to implementing harm reduction strategies within acute care hospital settings from the nursing perspective?" The scope of the inquiry was to address the lack of harm reduction services in acute care settings, where patients with SUDs may engage in risky behaviours without such approaches.

Positionality Statement

The authors of this scoping review possess diverse professional backgrounds and experiences that shape our approach to understanding harm reduction in acute care settings. K.F. has extensive clinical experience in hospital settings, with a background in acute care general internal medicine. This expertise informs the review's emphasis on identifying practical barriers to implementing harm reduction in acute care environments. J.B. contributes a comprehensive background in perinatal and women's health, mainly focusing on individuals facing disadvantage, including women with substance use disorders. H.L. has been involved in mental health and addiction services since 2008, bringing extensive experience with patients dealing with mental health and addiction issues. Together, we are dedicated to enhancing patient-centred care. Our motivation for this review is to improve care for this

vulnerable population by identifying barriers to implementing harm reduction in acute care settings, thereby ensuring a more holistic and compassionate approach to care.

Search Strategy

A literature search was conducted to review the primary barriers to implementing harm reduction practices in acute care settings. Three electronic databases were utilized to conduct the literature review: CINAHL, Medline, and PubMed. To ensure a broad and inclusive scope, the search strategy incorporated a combination of terms, including (1) healthcare providers OR nurses, (2) substance abuse OR substance misuse OR substance use disorder, (3) IVDU OR addiction, (4) acute care OR hospital OR in-patient, (5) violence OR safety, and (6) harm reduction. Although the search strategy included the term "healthcare providers" to encompass a range of disciplines, the studies retrieved predominantly addressed barriers experienced by nurses in implementing harm reduction strategies.

Inclusion and Exclusion Criteria

This scoping review included English-language, peer-reviewed journal articles published between 2014 and 2024. Eligible studies focused on barriers to implementing harm reduction strategies in acute care settings, such as pain management, SUD management, infection prevention, and safe substance use. Research conducted in healthcare systems with values like Canada's, including those in the United States and the United Kingdom, was prioritized due to shared foundational principles and comparable approaches to harm reduction (International Harm Reduction Association, 2024). Studies employing quantitative, qualitative, or mixed-methods research designs were included. Articles focusing on populations under 18, those that were non-peer-reviewed, published in languages other than English, or published before 2014 were excluded.

Screening, Selection, and Data Extraction

The studies were selected for the scoping review using the PRISMA screening process documented in Appendix A Figure 1 (Grove & Gray, 2019). Titles and abstracts were screened to evaluate their relevance. Next, articles were screened based on the inclusion and exclusion criteria. Articles that met the inclusion criteria then underwent full-text review. After full-text reviews were completed, relevant information from each selected article was extracted and entered in a standard form as follows: Author (year), country, type of study design, the aim of the study, sample population and size, assessment measures, interventions, and significant findings.

Results

A total of 987 articles were retrieved from three databases, and an additional three records were identified through reference list searches of the retrieved articles. After removing 309 duplicates, 681 records were screened, and 26 underwent full-text review. Finally, ten articles were selected for the final analysis. All the selected studies focus on improving safety through harm reduction in acute in-patient hospitals. They explore the main obstacles that hinder the effective implementation of harm reduction practices in acute care settings and ways to improve patient care outcomes and promote safety for nurses.

Summary of the Study Characteristics

The ten selected articles, published between 2014 and 2023, with half published from 2020 onwards, were analyzed for their relevance to the research question. Seven studies were conducted in the United States, two in Canada, and one in the United Kingdom. The selected studies included four quantitative, three qualitative, and three mixed methods designs. Six articles examined stigma as a barrier to implementing harm reduction, while the remaining four studies identified a variety of safety enhancements and barriers to harm reduction in acute care hospital settings. The studies collectively involved 13,873 participants, comprising 12,912 patients, 553 nurses, and 408 healthcare students. Data were charted to categorize the study designs, focus areas, and participant demographics, and a summary of the selected studies is presented in Appendix B, Table 1.

Themes

The ten articles identified in the literature review were synthesized to identify key themes related to the challenges of implementing harm reduction practices in acute care hospitals. These themes emerged from a detailed data extraction and comparison process across studies, highlighting recurring barriers to harm reduction implementation. The following themes were identified: stigma, safety concerns, knowledge gap, and burn-out among nurses. Each theme was thoroughly examined to ensure clarity. While some studies briefly mentioned strategies to address these barriers, the review focuses on identifying and understanding the challenges nurses face in implementing harm reduction practices in acute care environments.

Stigma

Neville and Roan (2014) conducted a study investigating how nurses perceive caring for patients with SUD on medical-surgical units. The study found that nurses had mixed feelings toward SUD. They felt a sense of ethical duty to care for this population but also experienced stigma toward them. Nurses felt they needed more education on SUD and had a sympathetic concern for these patients. In contrast, Horner et al. (2019) found that nurses view stigma as harmful to patients with SUD and believe that it arises from a lack of understanding about the physical symptoms of withdrawal and cravings.

Pauly et al. (2015) conducted a study on the perceptions of illicit drug use among patients and nurses in a large urban hospital. The study found that patients were afraid of being labelled as “drug addicts” and feared being judged by healthcare providers, which resulted in discomfort and the perception of inferior care. Some nurses believed that SUD was an individual problem, viewing substance use as the personal responsibility of the patient rather than a health issue that the hospital or healthcare providers should address.

In contrast, others thought SUD resulted from life circumstances, aligning with health equity and social justice principles. However, both patients and nurses expressed concerns about the criminalization of SUD. Patients felt that they were constantly monitored, and some nurses questioned the effectiveness of the current criminal justice approach. According to Pauley et al. (2015), hospital policies that enforce zero tolerance of illicit drug use, despite advocating harm reduction philosophies, often

put nurses in ethical conflicts. This is because institutional policies are aligned with criminalization, which conflicts with the professional ethical commitments of nurses.

Negative attitudes persist even among nursing students. Harling (2017) utilized the Standardized Substance Abuse Attitude Study (Chappel et al., 1985), a 10-point Likert scale (positive as 1, negative or unsure as 0), and scores ranging from -10 to +10, showing overall positive or negative tendencies. The survey assessed nursing and clinical psychology students' attitudes toward illicit drug use, focusing on permissiveness, stereotypes, and moral views. The findings revealed that nursing students showed a pronounced negativity toward illicit drug use, as reflected by their mean score of 2.28 on a 10-point Likert scale.

Dion and Griggs (2020) suggest that anti-stigma educational programs can effectively improve nursing students' attitudes toward caring for individuals with SUD. Similarly, Dion et al. (2023) emphasize the importance of educating nursing students on the neurobiology of addiction and the neurotransmitter pathways associated with various disorders, such as eating disorders, sex disorders, gambling addiction, and self-injury disorders. This education helps to enhance understanding and reduces the stigma that has historically been attached to these conditions, often erroneously considered as matters of choice.

Safety Concerns

One of the foremost challenges affecting nurses' perceptions of caring for individuals with SUD revolves around safety. Nurses fear potential physical harm when working with individuals with SUD (Antill Keener et al., 2023). Neville and Roan (2014) also highlighted safety as a barrier to implementing harm reduction within acute care settings. In their research, Neville and Roan (2014) found nurses expressing fear and apprehension regarding patients' potential for aggression and threats. Likewise, Horner et al. (2019) found that nurses often relied on security to manage aggressive behaviour from patients and visitors with SUDs. Antill Keener et al. (2023) also observed numerous instances where patients with SUD exhibited hostility, resulting in verbal or physical aggression. They also identified patient visitors, along with the presence of potential drug paraphernalia and drug diversion, as significant safety risks. Gender differences were also indicated as female nurses expressed more concerns about personal safety than male nurses who did not voice such concerns (Neville & Roan, 2014).

Safety concerns also extend to other patients who share public spaces with SUD patients. Grewal et al. (2015) highlighted the presence of illicit drug use within hospital facilities, including the washroom, smoking area, and hospital rooms. Pauly et al. (2015) added to this, reporting that some nurses faced challenges in providing sharps containers to patients due to hospital policy constraints, which posed a risk to both patient and nurse safety, especially considering a zero-tolerance approach toward illicit drug use.

In contrast to the zero-tolerance policy on illicit drug use, Nolan et al. (2022) conducted a retrospective review at an overdose prevention site within a Canadian hospital. Their findings revealed that approximately 20% of visits to the overdose prevention site

were from in-patient clients, who experienced a significantly higher number of overdose events compared to community clients ($p = 0.046$). This highlights the significant safety risks faced by in-patients with SUDs, underscoring the need for harm reduction services in acute care. The study also emphasizes the importance of education about overdose prevention and harm reduction strategies for both patients and healthcare providers, especially in hospital settings where the demand for such services is evident.

Similarly to stigma, inadequate awareness also poses significant safety concerns. Perera et al. (2022) identified hazards associated with smoking and inhaling substances, such as risks of infection and the dangers of reusing or sharing cookers. Furthermore, they emphasized the safety implications of failing to implement overdose prevention measures for stimulants, which include the availability of naloxone, fentanyl test strips for cocaine, test doses, and a 24-hour overdose prevention hotline. These gaps in harm reduction strategies increase the risk of harm, highlighting the urgent need to address these safety issues.

Knowledge Gap

The lack of education regarding SUD posed a significant barrier to implementing harm reduction strategies in acute care hospitals, as observed in previous discussions on stigma and safety. Nurses, as highlighted by Neville and Roan (2014), often felt uncertain when assessing pain and determining the need for pain relief medication. This uncertainty stemmed from a disconnect between their professional judgment and patients' requests, raising concerns about the accuracy of pain reports and the potential worsening of SUD. Building on this, Horner et al. (2019) noted that nurses experienced internal conflicts regarding pain medication, fearing its potential contribution to addiction. Similarly, Pauly et al. (2015) found that nurses struggled to understand patient behaviours and healthcare decisions despite working in a harm-reduction-supportive hospital. This lack of clarity extended to harm reduction policies and appropriate actions when encountering substance use (Pauly et al., 2015).

Harm reduction education should begin in nursing school to establish a solid foundation. It should focus on anti-stigma training, pain management for individuals with SUD, and understanding the neurobiology of addiction. Students must perceive harm reduction to lessen the harms of substance use without requiring abstinence, emphasizing safe, non-judgmental care, patient education, and harm reduction policies (Dion et al., 2023). Key strategies include needle exchanges, naloxone distribution, and overdose prevention. Additionally, students should learn to balance autonomy with safety and collaborate with multidisciplinary teams within legal frameworks. Dion et al. (2023) conducted a study to evaluate the effectiveness of targeted stigma training in nursing schools to improve students' attitudes toward SUD. Although the results did not show a significant difference with the targeted training ($p = 0.64$), the authors attributed this finding to the limited opportunities students had to apply their harm-reduction skills. Despite this, the intervention led to an increase in the availability of harm-reduction options in nursing training. To address this issue, Dion

et al. (2023) suggest that nurse educators could utilize simulation exercises or conduct debriefing sessions with students after their clinical experiences. As advocated by Horner et al. (2019), early development of therapeutic commitment during nursing training lays the groundwork for nursing practice and enhances health outcomes among individuals with SUD. Nurse educators can help dispel stereotypes and stigma associated with SUD by incorporating effective educational strategies proposed by Dion and Griggs (2020). This may involve inviting individuals who have overcome SUD to share their experiences, reframing SUD as a disease, and emphasizing the role of social determinants of health (Dion & Griggs, 2020).

Burnout Among Nurses

The themes identified in the literature review are interconnected, forming a chain reaction culminating in burnout. The World Health Organization (2019) defines burnout as an occupational condition caused by unmanaged workplace stress. In nursing, it manifests as emotional exhaustion, self-doubt, cynicism toward patients and colleagues, and a diminished sense of personal accomplishment (Copeland, 2021; Wolotira, 2023). It can lead to physical and emotional distress, including depression or indifference toward patient care (Wolotira, 2023). Horner et al. (2019) observed a widespread sense of burnout among nurses caring for individuals with SUD, stemming from frustration and exhaustion due to the perceived demands of this patient population. These demands include frequent requests for pain medication, behaviours perceived as disruptive or inappropriate (e.g., verbal abuse, monopolizing nurses' time), staff splitting to obtain medication, and nurses taking these behaviours personally. In turn, these demands often hindered nurses' ability to provide compassionate care, leading to struggles with professional detachment, particularly in response to disruptive and potentially dangerous behaviours exhibited by SUD patients. Additionally, nurses reported continual distrust when caring for this population, resulting in disappointment and burnout (Antill Keener et al., 2023).

Horner et al. (2019) discovered that nurses reported experiencing emotional strain when dealing with the repeated admissions of young patients with SUD that often resulted in feelings of sadness and burnout. Nurses expressed concerns about providing care to patients who appeared unwilling or unable to recover fully, which led to a sense of futility (Horner et al., 2019). Similarly, Antill Keener et al. (2023) highlighted that nurses frequently experienced defeat and burnout, characterized by anger, frustration, exhaustion, and a sense of professional inadequacy. These findings underline the significant impact of caring for SUD patients on nurses' well-being and highlight the urgent need for comprehensive support mechanisms to address burnout in this clinical context. In Horner et al.'s (2019) study, nurses advocated for establishing standardized care protocols and implementing pain contracts. They suggested adopting a collaborative approach involving all team members to ensure consistency and clarity in patient care. This approach aims to establish clear boundaries, enhance safety measures, define role expectations, and potentially alleviate burnout among healthcare professionals when caring for individuals with SUD.

Discussion

The current scoping review has revealed barriers nurses and patients face when implementing harm-reduction in acute care hospitals. These challenges include managing patients' pain, communication barriers, threats to personal safety, stigma, and burnout among nurses. A multifaceted strategy is required to improve care for patients with SUDs in the inpatient setting. This should start with organizational changes in policies, standard protocol, and education among healthcare providers, including nurses. Mitigating harm in acute care environments is crucial for ensuring both patient and provider safety while optimizing health outcomes. The failure to adopt proactive harm-reduction measures can lead to severe consequences, including fatal overdoses and the transmission of bloodborne illnesses (Grewal et al., 2015). However, the implementation of harm-reduction protocols faces challenging obstacles, including stigma, knowledge gaps, communication barriers, safety concerns, and caregiver burnout (Dion et al., 2023; Harling, 2017; Horner et al., 2019; Nolan et al., 2022). Fostering a culture of harm reduction within acute care settings necessitates equipping nurses with training encompassing knowledge, such as the pharmacological properties of substances, the etiology of SUDs, and the principles of harm reduction, alongside practical skills in effective communication, patient and family education, adherence to safety protocols, and utilization of community resources.

Stigma. Stigma results in discrimination and marginalization of patients with SUD, affecting all aspects of workplace dynamics and interactions with patients (Horner et al., 2019; Pauley et al., 2015). The consequences of stigma are delayed medical care, risky behaviour, rushed appointments, downplayed pain, avoidance of harm reduction services, and reduced drug treatment completion rates (Horner et al., 2019). Stigma toward SUD among healthcare providers presents in various forms. For example, comparing SUD to conditions like diabetes, as suggested in Pauly et al.'s (2015) study, reveals a troubling parallel where patients feel monitored and constrained, comparable to prisoners. In addition, nurses who feel afraid or manipulated by individuals with SUD may adopt an authoritative rather than a caring role, which can lead to the policing of patients instead of a patient-centred approach, exacerbating the cycle of problems and perpetuating stigma against those with SUD (Pauly et al., 2015). To reduce stigma, it is essential to prioritize safe and supportive environments that enhance nurses' competence and confidence in providing care to patients with SUD through training and education.

A thought-provoking concept discussed in the literature is the standardization of pain management, similar to the approaches used for managing conditions, such as hyperglycemia and chest pain. However, standardization of pain management comes with its benefits and risks that need to be balanced as standardization of care competes directly with providing individualized care, which can empower patients and nurses in its own way. On one hand, standardization promotes consistency and safety in patient care, enhances role adequacy and legitimacy, builds confidence, and positively influences nurses' attitudes toward pain management (Horner et al.,

2019; Pauly et al., 2015). On the other hand, standardizing pain care can perpetuate stigmatizing practices. Horner et al. (2019) recommend re-humanizing care using individualized, flexible approaches based on the patient's needs. This can mitigate stigma and burnout and empower nurses. As Horner et al. (2019) note, while exploring the safety aspects of standardized pain management is important, it is crucial to maintain a balance between standardization and person-centred care to cater to each patient's unique needs.

Safety and Burnout. Safety and security emerged as central themes in the literature review, particularly concerning nursing staff, with female nurses often facing threatening situations when caring for patients with SUD (Neville & Roan, 2014). The prevalence of workplace violence contributes to burnout, job dissatisfaction, and decreased productivity among nurses, with stress from working with patients with SUDs leading to higher rates of job turnover (Horner et al., 2019).

All levels of healthcare agencies should prioritize staff and patient safety, ensuring appropriate resources and establishing clear protocols for managing SUD (Copeland, 2021). Multiple studies propose strategies to foster a supportive environment and combat burnout among healthcare workers in hospital settings (Bleazard, 2020; Bentley, 2010; Hopson et al., 2018; Slatten et al., 2020; Wolotira, 2023). These include wellness activities, peer support programs, education and training initiatives, and policy revisions (Copeland, 2021). Hospitals can encourage self-care practices like mindfulness, exercise, and stress management workshops to promote staff well-being (Copeland, 2021). Peer-support programs involving trained peers offering emotional support and guidance can create a supportive network among nurses (Copeland, 2021).

Implications

While the findings of this scoping review offer valuable insights, further research is warranted to address the need for a deeper understanding of harm reduction in acute care settings. The current body of research serves as a foundation for addressing broader research gaps. Geographic locations can serve as critical indicators of significant research hubs. For example, the Canadian research under review originates from Vancouver, known for its advanced harm reduction initiatives compared to other regions. However, the widespread adoption of these concepts and the efficacy of harm reduction strategies in acute care settings in other Canadian provinces requires attention and exploration. Moreover, it is essential to explore the potential ramifications of standardizing care for individuals with SUD, including examining how care contracts affect patient outcomes and provider-patient relationships.

More research is needed to understand the role of faculty in promoting harm reduction education and its influence on students' attitudes and approaches toward SUD. Additionally, there is a significant gap in understanding the experiences of nurses caring for hospitalized individuals with comorbid SUD. Given the high rates of burnout among nurses in these settings, strategies to support and retain this workforce are essential.

Implementing harm reduction strategies is essential for emergency nurses, due to their role in managing acute presentations of SUD. Focused education on harm reduction principles and techniques for managing challenging behaviours could enhance patient care experiences and decrease nurse burnout. Emergency care settings must prioritize these interventions to support nurses and patients in this demanding care environment better.

Nurses face numerous barriers when caring for patients with SUDs, including stigma, safety concerns, communication barriers, and burnout. These barriers emphasize the importance of comprehensive education and support mechanisms. Furthermore, self-care and self-compassion should be taught and practised in nursing schools and continue to be promoted in workplaces, which is significant in terms of providing higher-quality patient care (Boyle, 2011).

Limitations

Although this scoping review offers valuable insights, several limitations must be recognized. First, the review was confined to peer-reviewed journals published in English. This may have excluded relevant studies published in other languages, mainly from regions where harm reduction strategies vary significantly. This limitation could introduce a language bias and restrict the global applicability of the findings.

Second, this review primarily reflects nurses' experiences. The perspectives of other healthcare professionals, such as allied health providers and physicians, still need to be explored. Future research should address this gap to understand harm reduction practices comprehensively across healthcare disciplines.

Third, the search primarily focused on studies conducted in Canada and the United States, which may not accurately reflect harm reduction practices in other geographical contexts. Expanding the scope to include studies from various regions could offer a more comprehensive understanding of harm reduction in acute care settings.

Additionally, the review included studies available within specific databases and may not have captured grey literature or unpublished research. This limitation could impact the breadth of findings and introduce potential publication bias.

Lastly, the decision to include cross-sectional and retrospective studies, reflecting the nature of existing literature, may limit insights into the long-term effectiveness of harm reduction strategies. Future research could incorporate longitudinal studies to address this gap.

These limitations highlight the necessity of interpreting findings within the study's scope and indicate opportunities for further research to improve the generalizability and depth of understanding in this field.

Conclusion

This review highlights the barriers to implementing harm reduction practices in acute care settings to address the complex challenges SUDs pose. Despite the urgency of the opioid

crisis, many hospitals continue to adhere to abstinence-based policies, resulting in risky behaviours among individuals with SUDs and compromising patient and nurse safety. The limited research and standardization for harm reduction further exacerbate these challenges, impeding effective implementation in acute care settings. Future research must examine policies and clinical practice regarding harm reduction strategies in in-patient hospitals. Addressing these issues and amplifying nurses' perspectives can enhance patient outcomes, mitigate stigma, and prevent burnout among nurses, ultimately fostering safer and more supportive hospital environments for individuals with SUDs.

Implication for Emergency Nursing Practice

While this review focuses on inpatient nurses in acute care settings, the findings are equally relevant to emergency nurses, who often serve as the first point of contact for individuals with SUD. Emergency nurses face unique challenges, including managing acute presentations of overdose, withdrawal symptoms, and substance-seeking behaviours within high-pressure, fast-paced environments. The barriers identified—perceived patient demands, lack of harm reduction education, and moral distress—are particularly salient for emergency nurses. Addressing these barriers through harm reduction training and institutional support could enhance the capacity of emergency nurses to provide compassionate, evidence-based care, while mitigating burnout and frustration.

About the authors

Kaitlyn Furlong is a registered nurse with a Master's in Nursing Education from the University of Saskatchewan, and her research focuses on acute care and harm reduction.

Hai Lu is an Associate Professor at the College of Nursing in USask, and her research focuses on mental health and wellbeing among different populations.

Jodie Bigalky is an Assistant Professor at the College of Nursing, USask. Her research focuses on the health equity of women and gender diverse people with particular emphasis on perinatal populations with substance use disorders.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

CRedit

KF selected the topic and developed the concept, conducted the literature search, data analysis and synthesized findings, and wrote the original manuscript draft. HL provided supervision, guidance in the literature search strategy, and critical editing and feedback. JB provided expertise in methodology critical feedback and editing.

Funding

No funding sources were identified for this work.

REFERENCES

- Antill Keener, T., Tallerico, J., Harvath, R., Cartwright-Stroupe, L., Shafique, S., & Piamjariyakul, U. (2023). Nurses' perception of caring for patients with substance use disorder. *Journal of Addictions Nursing*, 34(2), 111–120. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000523>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bentley, S. M. (2010). Nursing retention through addressing burnout. *Nursing Management*, 41(12), 19–21. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000390467.13410.d4>
- Bleazard, M. (2020). Compassion fatigue in nurses caring for medically complex children. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(6), 473–478. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000688>
- Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 2. <https://doi.org/10.3912/ojin.vol16no01man02>
- Chappel, J. N., Veach, T. L., & Krug, R. S. (1985). The substance abuse attitude survey: An instrument for measuring attitudes. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(1), 48–52. <https://doi.org/10.15288/jsa.1985.46.48>
- Copeland, D. (2021). Brief workplace interventions addressing burnout, compassion fatigue, and teamwork: A pilot study. *Western Journal of Nursing Research*, 43(2), 130–137. <https://doi.org/10.1177/01939459220938048>
- Dion, K., Choi, J., & Griggs, S. (2023). Nursing students' use of harm reduction in the clinical setting. *Nurse Educator*, 48(2), 82–87. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001307>
- Dion, K., & Griggs, S. (2020). Teaching those who care how to care for a person with substance use disorder. *Nurse Educator*, 45(6), 321–325. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000808>
- Grewal, H. K., Ti, L., Hayashi, K., Dobrer, S., Wood, E., & Kerr, T. (2015). Illicit drug use in acute care settings. *Drug and Alcohol Review*, 34(5), 499–502. <https://doi.org/10.1111/dar.12270>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Building an evidence-based nursing practice. In S. K. Grove & J. R. Gray (Eds.), *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (7th ed., pp. 119–164). Elsevier.
- Harling, M. R. (2017). Comparisons between the attitudes of student nurses and other health and social care students toward illicit drug use: An attitudinal survey. *Nurse Education Today*, 48, 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.012>
- Hopson, M., Petri, L., & Kufera, J. (2018). A new perspective on nursing retention: Job embeddedness in acute care nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(1), 31–37. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000420>
- 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*, 14(10), e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>
- International Harm Reduction Association. (2024). *Global state of harm reduction 2024: Key issues and challenges*.
- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice. *The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339–346. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Nolan, S., Kelian, S., Kerr, T., Young, S., Malmgren, I., Ghafari, C., Harrison, S., Wood, E., Lysyshyn, M., & Holliday, E. (2022). Harm reduction in the hospital: An overdose prevention site (OPS) at a Canadian hospital. *Drug and Alcohol Dependence*, p. 239, 109608. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109608>
- Pauly, B., 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>
- Perera, R., Stephan, L., Appa, A., Giuliano, R., Hoffman, R., Lum, P., & Martin, M. (2022). Meeting people where they are: Implementing hospital-based substance use harm reduction. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 14–14. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00594-9>
- Slatten, L. A., Carson, K. D., & Carson, P. P. (2020). Compassion fatigue and burnout: What managers should know. *The health care manager*, 39(4), 181–189.
- Territorial Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid . (2023). Territorial Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. *Opioid-and stimulant-related harms in Canada*. Government of Canada. <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/>
- Wolotira, E. A. (2023). Trauma, compassion fatigue, and burnout in nurses: The Nurse Leader's response. *Nurse Leader*, 21(2), 202–206. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.04.009>
- World Health Organization. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International classification of diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>



Un point de vue infirmier sur les obstacles à la mise en application de la réduction des méfaits dans les établissements hospitaliers de soins aigus : Un examen exploratoire

Kaitlyn Furlong^{1*}, Hua Li¹, Jodie Bigalky¹

¹ College of Nursing, University of Saskatchewan

*Auteure principale : Kaitlyn Furlong ; 5 Stonehaven Place, Paradise, T.-N.-L., A1L 1E9, Canada. Courriel : bfu925@usask.ca

Résumé

Bien que la réduction des méfaits ait été mise en application dans certains établissements de santé communautaire au Canada, elle n'a pas été suffisamment utilisée dans la gestion des environnements hospitaliers. Les patients souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) qui sont hospitalisés et qui ne bénéficient pas d'approches de réduction des méfaits peuvent adopter des comportements à risque, ce qui entraîne une consommation risquée de substances. Les rencontres désagréables avec les professionnels de la santé et les attitudes discriminatoires du personnel infirmier à l'égard des patients souffrant de TUS sont autant de facteurs qui contribuent aux problèmes de santé et aux préoccupations en matière de sécurité. Le partage des seringues et la consommation de drogues illégales en solo augmentent le risque de transmission de maladies infectieuses, d'overdoses et de décès. La présente étude a examiné la documentation existante sur les obstacles à la mise en application de la réduction des méfaits dans les hôpitaux de soins aigus. Nous avons effectué une recherche dans trois bases de données pour trouver des articles évalués par des pairs et publiés entre 2014 et 2024. Après avoir examiné 987 articles, dix d'entre eux répondaient aux critères d'inclusion. Les résultats ont fait ressortir les difficultés rencontrées par le personnel

infirmier et les patients dans la mise en place de la réduction des méfaits dans les hôpitaux de soins aigus, notamment la stigmatisation, les préoccupations en matière de sécurité, les lacunes en matière de connaissances et l'épuisement professionnel du personnel infirmier. Réussir à relever ces défis passe par la formation du personnel infirmier et des modifications structurelles. Même si les recherches actuelles nous éclairent, d'autres études devraient porter sur la normalisation des plans de soins pour les personnes souffrant de TUS, sur le rôle des organismes de santé dans la promotion de l'éducation à la réduction des méfaits, et sur les perspectives du personnel infirmier face à l'amélioration des stratégies de réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers.

Mots clés : personnel infirmier, troubles liés à l'utilisation de substances, milieu hospitalier, réduction des méfaits

Introduction

Malgré la fréquence des troubles liés à l'utilisation de substances (TUS) dans les établissements de soins aigus, plusieurs hôpitaux poursuivent des politiques de gestion de la toxicomanie fondées sur l'abstinence (Dion et coll., 2023 ; Nolan et coll., 2022). Or, les politiques fondées sur l'abstinence ont été associées à des comportements à risque chez les personnes souffrant de TUS, qui mettent en danger leur propre vie et celle des autres dans l'hôpital, comme par exemple partager des seringues et consommer

des drogues illégales seules, notamment dans les toilettes des hôpitaux (Grewal et coll., 2015 ; Nolan et coll., 2022). Ces comportements à risque ont pour conséquence la transmission de maladies infectieuses, des surdoses et des décès (Grewal et coll., 2015 ; Nolan et coll., 2022 ; Perera et coll., 2022).

La réduction des méfaits vise à minimiser les préjudices pour la santé et la société liés à la consommation de substances sans exiger des individus qu'ils cessent complètement de consommer. Elle améliore les relations entre le patient et le prestataire, diminue la stigmatisation et encourage les patients à participer activement à leurs soins (Gouvernement du Canada, 2023 ; Perera et coll., 2022). Une approche proactive de la réduction des méfaits, qui anticipe et répond aux risques avant qu'ils ne s'aggravent, est essentielle pour améliorer les résultats dans les milieux de soins aigus. Cette méthode prévoit une communication claire sur les pratiques sûres, l'accès à des ressources de réduction des méfaits (telles que des fournitures propres ou de la naloxone), l'éducation à une utilisation plus sûre et la définition d'attentes réalistes en matière de prise en charge de la douleur (Horner et coll., 2019). Dans les centres de soins aigus, ces stratégies suscitent la confiance, responsabilisent les patients, réduisent les complications telles que les infections ou les surdoses, et favorisent un modèle de soins centré sur le patient qui améliore les résultats en matière de santé (Grewal et coll., 2015).

Malgré le fait que des stratégies de réduction des méfaits aient été adoptées dans certains établissements de santé communautaire au Canada, les politiques fondées sur l'abstinence continuent d'être l'approche prédominante dans les milieux hospitaliers de soins aigus. La présente étude examine la documentation actuelle sur les difficultés que rencontrent le personnel infirmier et les patients lors de l'application de la réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers de soins aigus, en particulier la stigmatisation, les inquiétudes en matière de sécurité, les lacunes en matière d'éducation et l'épuisement professionnel des cliniciens.

Contexte

Au cœur de la crise des opioïdes, la toxicité liée aux opioïdes est devenue une préoccupation urgente, se traduisant par une moyenne alarmante de 21 décès et 15 hospitalisations par jour au Canada (Gouvernement du Canada, 2023). Malgré la sévérité de ces statistiques, l'adoption de la réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers de soins aigus est encore insuffisante (Nolan et coll., 2022). L'infrastructure actuelle des soins de santé révèle des insuffisances dans la gestion efficace de la douleur et des symptômes de sevrage, principalement en raison des craintes concernant les abus d'opioïdes, ce qui mène à une utilisation dangereuse des opioïdes chez les patients hospitalisés souffrant de TUS (Dion et coll., 2023 ; Harling, 2017 ; Horner et coll., 2019 ; Nolan et coll., 2022). Ce contexte met en péril le bien-être des patients et des prestataires de soins, incitant les personnes à quitter l'hôpital contre l'avis du médecin, augmentant ainsi le risque de conséquences négatives et précipitant les réadmissions fréquentes et coûteuses (Nolan et coll., 2022).

De plus, les personnes souffrant de TLUS sont souvent réticentes à s'engager dans les services de santé jusqu'à ce qu'elles soient confrontées à des complications médicales graves telles

que les overdoses, l'endocardite ou la cellulite. Cette attitude est principalement influencée par des rencontres négatives avec le système de santé et un mauvais contrôle de la douleur (Dion et coll., 2023 ; Grewal et coll., 2015). Pour compliquer ces difficultés, les professionnels de santé, y compris le personnel infirmier, adoptent des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes souffrant de TUS et reconnaissent ne pas être suffisamment formés pour s'occuper en toute sécurité de cette population (Harling, 2017 ; Horner et coll., 2019). Le personnel infirmier qui soigne les personnes souffrant de TUS est souvent victime d'épuisement professionnel et exprime son inquiétude quant à la sécurité, en raison des obstacles à la communication, des divergences dans les objectifs de soins, d'une formation inadéquate et de la stigmatisation persistante envers les TUS (Horner et coll., 2019).

Méthodes

Conception

Cet examen exploratoire a respecté les lignes directrices PRISMA (annexe A, figure 1) et le cadre d'examen exploratoire d'Arksey et O'Malley (2005) (Grove et Gray, 2019). Le cadre d'Arksey et O'Malley décrit un processus en cinq étapes pour la réalisation d'un examen exploratoire, ainsi qu'une sixième étape facultative. La sixième étape, qui consistait à consulter les intervenants, n'a pas été réalisée, mais les recherches futures prendront en compte les résultats des consultations d'experts. La démarche en cinq étapes suivie dans le cadre de cet examen comprenait les éléments suivants : (a) la détermination de la question de recherche ; (b) le recensement des études pertinentes à l'aide d'une stratégie de recherche en trois étapes dans les bases de données CINAHL, Medline et PubMed pour identifier les mots clés et les expressions, suivie d'un examen des listes de référence ; (c) la sélection d'études ; (d) l'extraction de données et l'établissement de tableaux ; (e) la collecte de données, la synthèse et la rédaction de rapports. La présente étude a été guidée par la question de recherche suivante : quels sont les obstacles à la mise en application de stratégies de réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers de soins aigus, du point de vue du personnel infirmier ? La portée de l'enquête était d'aborder les lacunes des services de réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers de soins aigus, où les patients souffrant de TUS peuvent adopter des comportements à risque si aucune approche de ce type n'est mise en place.

Déclaration de positionnement des chercheuses

Les auteures de cet examen exploratoire possèdent des parcours professionnels et des expériences variées qui influencent notre approche de la réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers de soins aigus. K.F. a une vaste expérience clinique en milieu hospitalier, avec une formation en médecine interne générale en soins aigus. Son expertise oriente l'examen vers l'identification des obstacles pratiques à la mise en œuvre de la réduction des méfaits dans les milieux de soins aigus. J.B. contribue par ses connaissances approfondies en matière de santé périnatale et de santé des femmes, en se concentrant principalement sur les personnes défavorisées, y compris les femmes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances. H.L. est active dans les services de santé mentale et de toxicomanie depuis 2008, apportant

ainsi une expérience approfondie des patients confrontés à des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Ensemble, nous nous engageons à améliorer les soins centrés sur le patient. Nous souhaitons améliorer les soins prodigués à cette population vulnérable en identifiant les obstacles à la mise en application de la réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers de soins aigus, afin de favoriser une stratégie de soins plus holistique et plus compatissante.

Stratégie de recherche

Afin d'examiner les principaux obstacles à la mise en application des pratiques de réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers de soins aigus, une recherche documentaire a été effectuée. Trois bases de données électroniques ont été consultées à cette fin : CINAHL, Medline et PubMed. Afin de garantir un rayon d'action large et inclusif, la stratégie de recherche a incorporé une combinaison de termes, y compris (1) prestataires de soins de santé OU personnel infirmier (2) abus de substances OU mauvais usage de substances OU troubles liés à l'usage de substances (3) UDI OU dépendance (4) soins aigus OU hôpitaux OU patients hospitalisés (5) violence OU sécurité, et (6) réduction des méfaits. Malgré le fait que la stratégie de recherche comprenait le terme « prestataires de soins de santé » pour refléter un éventail de disciplines, les études retrouvées portaient principalement sur les obstacles rencontrés par le personnel infirmier dans la mise en application des stratégies de réduction des méfaits.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Le présent examen a porté sur des articles de revues en anglais, évalués par des pairs et publiés entre 2014 et 2024. Les études admissibles étaient axées sur les obstacles à la mise en œuvre de stratégies de réduction des méfaits dans les milieux hospitaliers de soins aigus, tels que la gestion de la douleur, la gestion des TUS, la prévention des infections et un usage sûr des substances. Les recherches menées au sein de systèmes de santé ayant des valeurs semblables à celles du Canada, y compris aux États-Unis et au Royaume-Uni, ont été privilégiées en raison de principes fondamentaux communs et d'approches comparables de la réduction des méfaits (International Harm Reduction Association, 2024). Parmi les études incluses figuraient des modèles de recherche quantitatifs, qualitatifs ou mixtes. Nous avons exclu les articles portant sur des populations de moins de 18 ans, ceux qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs, ceux qui ont été publiés dans des langues autres que l'anglais ou ceux qui ont été publiés avant 2014.

Dépistage, sélection et extraction de données

Pour l'examen exploratoire, les études ont été sélectionnées à l'aide de la procédure de sélection PRISMA décrite à l'annexe A, figure 1 (Grove et Gray, 2019). Les titres et les résumés ont été vérifiés afin d'évaluer leur pertinence. Ensuite, les publications ont été sélectionnées sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion. Celles qui répondaient aux critères d'inclusion ont ensuite fait l'objet d'un examen complet. Après l'examen intégral des publications, les informations pertinentes de chacune d'entre elles ont été extraites et saisies selon un formulaire standard, comme suit : Auteur (année), pays, modèle d'étude, objectif de l'étude, population et taille de l'échantillon, mesures d'évaluation, interventions et résultats probants.

Résultats

Un total de 987 articles a été extrait des trois bases de données, et trois documents supplémentaires ont été identifiés à partir de la recherche des listes de référence des publications extraites. Une fois les 309 doublons supprimés, 681 publications ont été examinées et 26 d'entre elles ont fait l'objet d'une analyse intégrale. Au final, dix d'entre elles ont été sélectionnées pour l'analyse finale. Toutes les études retenues portent sur l'amélioration de la sécurité en réduisant les méfaits dans les hôpitaux de soins de courte durée. Elles font état des principaux obstacles qui entravent la mise en application effective des pratiques de réduction des méfaits dans les milieux de soins aigus et des moyens d'améliorer les résultats des soins aux patients et de promouvoir la sécurité du personnel infirmier.

Résumé des caractéristiques de l'étude

Les dix ouvrages retenus, publiés entre 2014 et 2023, dont la moitié à partir de 2020, ont été analysés en fonction de leur pertinence par rapport à la question de recherche. Sept études ont été menées aux États-Unis, deux au Canada et une au Royaume-Uni. Les études retenues comportent quatre modèles quantitatifs, trois modèles qualitatifs et trois modèles de méthodes mixtes. Six articles ont traité de la stigmatisation en tant qu'obstacle à la mise en application de la réduction des méfaits, tandis que les quatre autres études ont identifié une variété d'améliorations de la sécurité et d'obstacles à la réduction des méfaits dans les hôpitaux de soins de courte durée. Ensemble, les études ont impliqué 13 873 participants, dont 12 912 patients, 553 membres du personnel infirmier et 408 étudiants en soins de santé. Les données ont été répertoriées afin de catégoriser les modèles d'étude, les domaines d'intérêt et les caractéristiques démographiques des participants. Un résumé des études retenues est présenté à l'annexe B, au tableau 1.

Thèmes

Les dix articles retenus dans l'analyse documentaire ont été synthétisés afin de cerner les principaux thèmes liés aux défis que pose la mise en application des pratiques de réduction des méfaits dans les hôpitaux de soins (aigus) de courte durée. Ceux-ci sont ressortis d'un processus détaillé d'extraction et de comparaison des données entre les études, mettant en évidence les obstacles répétitifs à la mise en application des pratiques de réduction des méfaits. Nous avons relevé les thèmes suivants : stigmatisation, préoccupations en matière de sécurité, connaissances insuffisantes et épuisement professionnel chez le personnel infirmier. Chaque thème a été soigneusement examiné pour en garantir la clarté. Alors que certaines études indiquent brièvement des stratégies pour surmonter ces obstacles, l'analyse met l'accent sur l'identification et la compréhension des défis auxquels le personnel infirmier est confronté dans la mise en application des pratiques de réduction des méfaits dans les milieux de soins aigus.

Stigmatisation

Neville et Roan (2014) ont mené une étude sur la façon dont le personnel infirmier perçoit les soins prodigués aux patients atteints de TUS dans les unités médico-chirurgicales. Il en ressort que le personnel infirmier se montre ambivalent à l'égard des patients souffrants de TUS. D'une part, il a un sentiment de

devoir éthique de s'occuper de cette population, mais aussi de stigmatisation à son égard. Le personnel infirmier estime avoir besoin d'une formation approfondie sur les TUS et compatit à la situation de ces patients. En revanche, selon Horner et coll. (2019), le personnel infirmier considère que la stigmatisation est nuisible aux patients souffrant de TUS et estime qu'elle découle d'un manque de compréhension des symptômes physiques de sevrage et des envies de consommer des drogues.

En 2015, Pauly et ses collègues ont mené une étude sur les perceptions de la consommation de drogues illégales parmi les patients et le personnel infirmier d'un grand hôpital urbain. Ils ont constaté que les patients avaient peur d'être étiquetés comme « toxicomanes » et craignaient d'être jugés par les prestataires de soins, ce qui provoquait un malaise et la perception d'une qualité de soins inférieure. Pour certains infirmiers, la toxicomanie est un problème individuel, qu'ils considèrent comme relevant de la responsabilité personnelle du patient plutôt que d'un problème de santé que l'hôpital ou les prestataires de soins de santé doivent traiter.

En revanche, d'autres estiment que les TUS découlent des circonstances de la vie, ce qui est conforme aux principes d'équité en matière de santé et de justice sociale. Néanmoins, tant les patients que le personnel infirmier ont exprimé des inquiétudes quant à la criminalisation des TUS. D'une part, les patients ont l'impression d'être constamment surveillés et, d'autre part, certains membres du personnel infirmier s'interrogent sur l'efficacité de l'approche actuelle de la justice pénale. Selon Pauley et coll. (2015), les politiques hospitalières de tolérance zéro à l'égard de la consommation de drogues illégales, en dépit des philosophies de réduction des méfaits qu'elles prônent, placent souvent le personnel infirmier dans une situation de conflit éthique. C'est parce que les politiques institutionnelles sont alignées sur la criminalisation, ce qui entre en conflit avec les engagements éthiques professionnels du personnel infirmier.

Les attitudes négatives persistent même chez les étudiants en soins infirmiers. Par ailleurs, Harling (2017) a recouru à l'étude Standardized Substance Abuse Attitude (Chappel et coll., 1985), une échelle de Likert en 10 points (positif : 1, négatif ou incertain : 0), avec des scores allant de -10 à +10, démontrant des tendances globales positives ou négatives. L'enquête a évalué les attitudes des étudiants en soins infirmiers et en psychologie clinique à l'égard de la consommation de drogues illégales, en mettant l'accent sur la permissivité, les stéréotypes et les points de vue moraux. Il en ressort que les étudiants en soins infirmiers font preuve d'un négativisme prononcé à l'égard de la consommation de drogues illégales, comme en témoigne leur score moyen de 2,28 sur une échelle de Likert en 10 points.

Selon Dion et Griggs (2020), les formations sur la lutte contre la stigmatisation peuvent améliorer efficacement l'attitude des étudiants en soins infirmiers à l'égard des soins aux personnes souffrants de TUS. Parallèlement, Dion et coll. (2023) soulignent l'importance de former les étudiants en soins infirmiers à la neurobiologie de la dépendance et au fonctionnement des neurotransmetteurs associés à divers troubles, notamment les troubles de l'alimentation, les troubles sexuels, la dépendance au jeu et les troubles liés à l'automutilation. Cette formation permet

d'améliorer la compréhension et de réduire la stigmatisation associée par le passé à ces troubles, souvent considérés à tort comme relevant d'une question de volonté.

Préoccupations en matière de sécurité

L'un des principaux enjeux qui affecte la perception du personnel infirmier quant à la prise en charge des patients souffrant de TUS concerne la sécurité. Le personnel infirmier craint les risques de blessures physiques lorsqu'il travaille avec des personnes souffrant de TUS (Antill Keener et coll., 2023). Dans leurs recherches, Neville et Roan (2014) ont également identifié la sécurité comme un obstacle à la mise en application de la réduction des méfaits dans les établissements de soins de courte durée. Ils ont constaté que le personnel infirmier exprimait de la peur et de l'appréhension à l'égard du potentiel d'agression et de menace des patients. Horner et coll. (2019) ont également constaté que le personnel infirmier se reposait souvent sur les services de sécurité pour gérer les comportements agressifs des patients et des visiteurs atteints de TUS. De même, Antill Keener et coll. (2023) ont observé de nombreux cas où les patients souffrant de TUS étaient hostiles, avec pour conséquence des agressions verbales ou physiques. De plus, ils ont identifié les visiteurs des patients, ainsi que la présence d'un attirail de drogue potentiel et le détournement de la drogue, comme d'importants risques pour la sécurité. On constate également des différences entre les sexes, les infirmières ayant exprimé davantage de préoccupations concernant leur sécurité personnelle que les infirmiers qui eux n'ont pas exprimé de telles préoccupations (Neville et Roan, 2014).

Les préoccupations en matière de sécurité touchent également les autres patients qui partagent les espaces publics avec les personnes souffrant de TUS. En effet, Grewal et coll. (2015) ont souligné la présence de la consommation de drogues illégales dans les installations hospitalières, y compris les salles de bain, les zones fumeurs et les chambres d'hôpital. À cela s'ajoute, selon Pauly et coll. (2015), le fait que le personnel infirmier a éprouvé des difficultés à fournir des récipients pour objets tranchants aux patients en raison des contraintes de la politique de l'hôpital, ce qui pose un risque pour la sécurité des patients et du personnel infirmier, surtout dans le cadre d'une approche de tolérance zéro à l'égard de l'usage de drogues illégales.

Par opposition à la politique de tolérance zéro concernant la consommation de drogues illégales, Nolan et coll. (2022) ont mené une étude rétrospective auprès d'un site de prévention des surdoses au sein d'un hôpital canadien. Ils ont découvert qu'environ 20 % des visites au site de prévention des surdoses concernaient des patients hospitalisés, qui présentaient un nombre nettement plus élevé d'événements de surdose que les clients de la communauté ($p = 0,046$). Cela met en évidence les risques importants auxquels sont confrontés les patients hospitalisés souffrant de TUS, et justifie la nécessité de mettre en place des services de réduction des méfaits dans les établissements de soins (aigus) de courte durée. Il est également important d'informer les patients et les prestataires de soins de santé sur la prévention des surdoses et les stratégies de réduction des méfaits, surtout en milieu hospitalier où la demande pour de tels services est évidente.

Tout comme la stigmatisation, la méconnaissance du problème soulève également d'importantes questions de sécurité. Perera

et coll. (2022) ont décrit les dangers liés au fait de fumer et d'inhaler des substances, y compris le risque d'infection et les dangers liés à la réutilisation ou au partage de récipients de cuisson. Ils ont également souligné les risques liés à la négligence des mesures de prévention des surdoses de stimulants, telles que l'accès à la naloxone, aux bandelettes de test du fentanyl pour la cocaïne, aux doses de test et à un service d'assistance téléphonique pour la prévention des surdoses ouvert 24 heures sur 24. Ces failles dans les stratégies de réduction des méfaits amplifient le potentiel de nuisance, accentuant le besoin critique de relever ces défis de sécurité.

Lacunes en matière de connaissances

Les lacunes en matière d'éducation sur les TUS ont représenté un obstacle important à la mise en application de stratégies de réduction des méfaits dans les hôpitaux de soins de courte durée, comme il est indiqué dans les discussions précédentes sur la stigmatisation et la sécurité. Comme le soulignent Neville et Roan (2014), le personnel infirmier éprouve souvent un sentiment d'incertitude lorsqu'il s'agit d'évaluer la douleur et de déterminer la nécessité d'administrer des analgésiques. Cette incertitude provenait d'un fossé entre leur jugement professionnel et les souhaits des patients, ce qui soulevait des inquiétudes quant à l'exactitude des déclarations sur la douleur et à l'aggravation potentielle du TUS. En s'appuyant sur ce constat, Horner et coll. (2019) ont noté que le personnel infirmier était aux prises avec des conflits internes concernant les analgésiques, de peur qu'ils ne contribuent à la toxicomanie. Dans la même veine, Pauly et coll. (2015) ont constaté que le personnel infirmier avait du mal à comprendre les comportements des patients et les décisions en matière de soins de santé, malgré le fait qu'il travaillait dans un hôpital où l'on préconise la réduction des méfaits. Cette ambiguïté s'étendait aux politiques de réduction des méfaits et aux mesures à prendre en cas de consommation de drogues (Pauly et coll., 2015).

Il faudrait que la formation à la réduction des risques commence dès la formation en soins infirmiers, afin d'établir des bases solides. Cette formation devrait être axée sur la lutte contre la stigmatisation, le traitement de la douleur chez les personnes souffrant de TUS et une meilleure compréhension de la neurobiologie de la toxicomanie. Les apprenants doivent percevoir la réduction des méfaits comme un moyen d'atténuer les effets néfastes de la consommation de drogues sans exiger l'abstinence, en privilégiant les soins sûrs et sans jugement, l'éducation des patients et les politiques de réduction des méfaits (Dion et coll., 2023). Les stratégies clés sont l'échange de seringues, la distribution de naloxone et la prévention des surdoses. Les apprenants doivent aussi savoir trouver un équilibre entre autonomie et sécurité et collaborer avec des équipes pluridisciplinaires dans un cadre juridique. Dion et coll. (2023) ont mené une étude pour évaluer l'efficacité d'une formation ciblée sur la stigmatisation dans les écoles de soins infirmiers afin d'améliorer les attitudes des apprenants à l'égard des TUS. Malgré le fait que les résultats n'aient pas montré une nette différence avec la formation ciblée ($p = 0,64$), les auteurs ont estimé que ce résultat était dû au fait que les apprenants avaient peu d'occasions de mettre en pratique leurs compétences en matière de réduction des méfaits. Néanmoins, l'intervention a permis d'augmenter

la disponibilité des options de réduction des méfaits au sein de la formation en soins infirmiers. Pour y remédier, Dion et coll. (2023) suggèrent que les formateurs en soins infirmiers utilisent des exercices de simulation ou organisent des séances de compte rendu avec les apprenants à l'issue de leurs expériences cliniques. Comme le préconisent Horner et coll. (2019), le perfectionnement précoce de l'engagement thérapeutique au cours de la formation en soins infirmiers établit les bases de la pratique infirmière et améliore les résultats en matière de santé chez les personnes souffrant de TUS. Le personnel infirmier enseignant peut contribuer à dissoudre les stéréotypes et la stigmatisation associés aux TUS en intégrant les stratégies éducatives efficaces proposées par Dion et Griggs (2020). Pour ce faire, il peut être nécessaire d'inviter des personnes qui ont surmonté les TUS à partager leurs expériences, redéfinir les TUS comme une maladie et mettre l'accent sur le rôle des déterminants sociaux de la santé (Dion et Griggs, 2020).

L'épuisement professionnel chez le personnel infirmier

Les thèmes relevés dans la revue de la documentation sont interreliés, formant une réaction en chaîne qui aboutit à l'épuisement professionnel. L'Organisation mondiale de la santé (2019) définit l'épuisement professionnel comme une maladie professionnelle causée par un stress non géré sur le lieu de travail. En soins infirmiers, il se manifeste par un épuisement émotionnel, le doute, le cynisme envers les patients et les collègues, et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel (Copeland, 2021 ; Wolotira, 2023). L'épuisement professionnel peut engendrer une détresse physique et émotionnelle, y compris la dépression ou l'indifférence envers les soins prodigués aux patients (Wolotira, 2023). Horner et coll. (2019) ont observé un sentiment généralisé d'épuisement professionnel chez le personnel infirmier qui soigne des personnes souffrant de TUS, provenant de la frustration et de l'épuisement dus aux exigences perçues de cette population de patients. Ces exigences concernent les demandes fréquentes de médicaments contre la douleur, les comportements perçus comme perturbateurs ou inappropriés (violence verbale, monopolisation du temps du personnel infirmier), le déplacement du personnel pour obtenir des médicaments, et le fait que le personnel infirmier prenne ces comportements à cœur. Pour leur part, ces demandes ont souvent entravé la capacité du personnel infirmier à prodiguer des soins avec compassion, conduisant à des difficultés de détachement professionnel, notamment en réponse aux comportements perturbateurs et potentiellement dangereux des patients souffrant de TUS. De surcroît, le personnel infirmier fait état d'une méfiance permanente lorsqu'il s'occupe de cette population, ce qui entraîne déception et épuisement (Antill Keener et coll., 2023).

Or, Horner et coll. (2019) ont constaté que le personnel infirmier déclarait subir des tensions émotionnelles lors des admissions répétées de jeunes patients souffrant de TUS, lesquelles se traduisaient souvent par des sentiments de tristesse et d'épuisement professionnel. Le personnel infirmier a fait part de ses préoccupations face à la prestation de soins à des patients qui semblaient ne pas vouloir ou ne pas pouvoir se rétablir complètement, ce qui a donné lieu à un sentiment de futilité (Horner et coll., 2019). Antill Keener et coll. (2023) ont également fait

remarquer que le personnel infirmier était souvent confronté à un sentiment de défaite et d'épuisement, caractérisé par de la colère, de la frustration, de l'épuisement et un sentiment d'inadéquation professionnelle. Ces constatations exposent l'impact profond sur le bien-être du personnel infirmier qui soigne des patients souffrant de TUS et soulignent le besoin urgent de recourir à des mécanismes de soutien globaux pour lutter contre l'épuisement professionnel dans ce contexte clinique. Lors de l'étude de Horner et coll. (2019), le personnel infirmier a préconisé l'établissement de protocoles de soins normalisés et la mise en œuvre de contrats de lutte contre la douleur. Ils ont proposé d'adopter une approche collaborative impliquant tous les membres de l'équipe afin d'assurer la cohérence et la clarté des soins prodigués aux patients. Cette approche vise à établir des limites claires, à renforcer les mesures de sécurité, à définir les attentes concernant les rôles et à alléger le risque d'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé qui prodiguent des soins aux personnes souffrant de TUS.

Discussion

Le présent examen exploratoire a révélé les obstacles auxquels est confronté le personnel infirmier et les patients lors de la mise en application de la réduction des méfaits dans les hôpitaux de soins de courte durée. Parmi ces obstacles figurent la gestion de la douleur des patients, les barrières de communication, les menaces à la sécurité personnelle, la stigmatisation et l'épuisement professionnel du personnel infirmier. Pour améliorer les soins prodigués aux patients souffrant de TUS en milieu hospitalier, il est nécessaire d'adopter une stratégie polyvalente. Celle-ci devrait commencer par des changements organisationnels au niveau des politiques, des protocoles normalisés et de la formation des prestataires de soins de santé, y compris le personnel infirmier. Pour assurer la sécurité des patients et des soignants tout en optimisant les résultats sanitaires, il est essentiel d'atténuer les méfaits dans les environnements de soins aigus. Le défaut d'adoption de mesures proactives de réduction des méfaits peut avoir de graves conséquences, notamment des surdoses mortelles et la transmission de maladies à diffusion hémotogène (Grewal et coll., 2015). La mise en application des protocoles de réduction des méfaits fait néanmoins face à des obstacles de taille, notamment la stigmatisation, les lacunes en matière de connaissances, les obstacles à la communication, les préoccupations en matière de sécurité et l'épuisement professionnel des soignants (Dion et coll., 2023; Harling, 2017; Horner et coll., 2019; Nolan et coll., 2022). Pour instaurer une culture de la réduction des méfaits dans les milieux de soins (aigus) de courte durée, il faut former le personnel infirmier à la fois aux connaissances et aux compétences pratiques essentielles à cette approche.

Cette formation doit intégrer la compréhension des propriétés pharmacologiques des substances, l'étiologie des TUS, les principes de réduction des méfaits, une communication efficace, l'éducation du patient et de sa famille, les protocoles de sécurité et le recours aux ressources de la communauté.

Stigmatisation. La stigmatisation a pour effet de discriminer et de marginaliser les patients atteints de TUS, ce qui se répercute sur tous les aspects de la dynamique du lieu de travail

et des interactions avec les patients (Horner et coll., 2019; Pauley et coll., 2015). La stigmatisation a pour conséquences de retarder les soins médicaux, d'entraîner des comportements à risque, de précipiter les rendez-vous, de banaliser la douleur, d'éviter les services de réduction des méfaits et de réduire les taux d'achèvement des traitements médicamenteux (Horner et coll., 2019). La stigmatisation des personnes souffrant de TUS parmi les prestataires de soins de santé se présente sous diverses formes. Par exemple, si l'on compare les TUS à des maladies comme le diabète, comme le suggère l'étude de Pauley et coll. (2015), on constate un parallèle troublant où les patients se sentent surveillés et contraints, comme des prisonniers. De plus, le personnel infirmier qui éprouve de la peur ou se sent manipulé par les personnes souffrant de TUS peut adopter un rôle autoritaire plutôt qu'un rôle de soignant, ce qui peut avoir pour résultat de faire la police auprès des patients au lieu d'adopter une approche centrée sur le patient, ce qui aggrave le cycle des problèmes et perpétue la stigmatisation à l'égard des personnes souffrant de TUS (Pauley et coll., 2015). Pour réduire la stigmatisation, il faut privilégier des environnements sûrs et favorables qui renforcent les compétences et la confiance du personnel infirmier dans la prestation de soins aux patients souffrant de TUS, par le biais de la formation et de l'éducation.

Le concept de normalisation de la gestion de la douleur, semblable aux approches utilisées pour la prise en charge d'affections telles que l'hyperglycémie et la douleur thoracique, est un sujet qui fait réfléchir et qui est discuté dans la documentation. Néanmoins, la normalisation de la gestion de la douleur présente des avantages et des risques à prendre en compte, car elle entre en concurrence directe avec l'individualisation des soins, qui peut, en soi, renforcer l'autonomie des patients et du personnel infirmier. D'une part, la normalisation promeut la cohérence et la sécurité des soins aux patients, améliore l'adéquation et la légitimité du rôle, renforce la confiance et influence de manière positive les attitudes du personnel infirmier à l'égard de la gestion de la douleur (Horner et coll., 2019; Pauley et coll., 2015). D'autre part, la normalisation des soins de la douleur peut perpétuer des pratiques stigmatisantes. Selon Horner et coll. (2019), il faut réhumaniser les soins en utilisant des approches individualisées et adaptées, basées sur les besoins du patient. Cette approche peut permettre d'atténuer la stigmatisation et l'épuisement professionnel et de responsabiliser le personnel infirmier. Comme le notent encore Horner et coll. (2019), bien qu'il soit important d'explorer les aspects sécuritaires de la gestion normalisée de la douleur, il est crucial de maintenir un équilibre entre la normalisation et les soins centrés sur la personne afin de répondre aux besoins uniques de chaque patient.

Sécurité et épuisement professionnel. L'analyse documentaire a fait émerger la sûreté et la sécurité comme des thèmes fondamentaux, en particulier en ce qui concerne le personnel infirmier, les infirmières étant souvent confrontées à des situations menaçantes lorsqu'elles s'occupent de patients souffrant de TUS (Neville et Roan, 2014). La prédominance de la violence sur le lieu de travail contribue à l'épuisement professionnel, à l'insatisfaction au travail et à la baisse de la productivité chez

le personnel infirmier. Le stress lié au fait de travailler avec des patients souffrant de TUS est à l'origine de taux plus élevés de rotation du personnel (Horner et coll., 2019).

Tous les paliers des organismes de soins de santé devraient donner la priorité à la sécurité du personnel et des patients et veiller à ce que des ressources appropriées soient disponibles et à établir des protocoles clairs pour la gestion des TUS (Copeland, 2021). Un grand nombre d'études proposent des stratégies pour favoriser un environnement de soutien et lutter contre l'épuisement professionnel chez le personnel infirmier en milieu hospitalier (Bleazard, 2020 ; Bentley, 2010 ; Hopson et coll., 2018 ; Slatten et coll., 2020 ; Wolotira, 2023). Parmi ces stratégies on trouve des activités de bien-être, des programmes de soutien par les pairs, des initiatives d'éducation et de formation, et des révisions de politiques (Copeland, 2021). Les hôpitaux pourraient aussi encourager les pratiques d'autogestion comme la pleine conscience, l'exercice physique et les ateliers de gestion du stress destinés à promouvoir le bien-être du personnel (Copeland, 2021). Les programmes de soutien par les pairs, mettant à contribution des pairs formés qui offrent un soutien émotionnel et des conseils, peuvent créer un réseau de soutien au sein du personnel infirmier (Copeland, 2021).

Implications

Le présent examen offre des informations précieuses, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre la réduction des méfaits dans les établissements de soins de courte durée. La documentation actuelle sert de base pour combler des lacunes plus importantes en matière de recherche. Les emplacements géographiques peuvent servir de repères essentiels pour les centres de recherche importants. Par exemple, la recherche canadienne examinée provient de Vancouver, connue pour ses initiatives de réduction des méfaits particulièrement avancées par rapport à d'autres régions. Il faut toutefois se pencher sur l'adoption généralisée de ces concepts et sur l'efficacité des stratégies de réduction des méfaits dans les établissements de soins aigus d'autres provinces canadiennes. Il est en outre essentiel d'explorer les répercussions potentielles de la normalisation des soins pour les personnes souffrant de TUS, notamment en examinant comment les accords de soins ont une incidence sur les résultats pour les patients et sur les relations entre les prestataires et les patients.

Il faudra poursuivre les recherches pour comprendre le rôle des enseignants dans la promotion de l'éducation à la réduction des méfaits et son influence sur les attitudes et les comportements des apprenants à l'égard des TUS. On constate également des lacunes importantes dans la compréhension de l'expérience du personnel infirmier qui soigne les personnes hospitalisées souffrant d'une comorbidité liée aux TUS. Étant donné les taux élevés d'épuisement professionnel du personnel infirmier dans ces établissements, il est essentiel de mettre en place des stratégies visant à soutenir et à maintenir en poste cet effectif.

La mise en œuvre de stratégies de réduction des méfaits est essentielle pour le personnel infirmier des urgences en raison de son rôle dans la prise en charge des cas aigus de TUS. Une formation spécialisée sur les principes de réduction des méfaits

et les techniques de gestion des comportements difficiles pourraient améliorer l'expérience des patients et réduire l'épuisement professionnel du personnel infirmier. Les services de soins d'urgence doivent privilégier ces interventions afin de mieux soutenir le personnel infirmier et les patients au sein de cet environnement de soins exigeant.

Le personnel infirmier affronte de nombreux obstacles dans la prise en charge des patients souffrant de TUS, notamment la stigmatisation, les préoccupations en matière de sécurité, les obstacles à la communication et l'épuisement professionnel. Ces obstacles soulignent l'importance d'une formation approfondie et de mécanismes d'appui. Il conviendrait également d'enseigner et de pratiquer l'autosoin et l'autocompassion dans les écoles de soins infirmiers et de continuer à les promouvoir sur le lieu de travail, un facteur important pour la fourniture de soins de meilleure qualité aux patients (Boyle, 2011).

Limites

D'abord, l'examen s'est limité aux revues évaluées par des pairs et publiées en anglais, ce qui a pu exclure des études pertinentes publiées dans d'autres langues principalement dans des régions où les stratégies de réduction des méfaits varient fortement.

Cette restriction pourrait introduire une partialité linguistique et restreindre le champ d'application global des conclusions de l'étude.

Deuxièmement, la présente étude témoigne principalement de l'expérience du personnel infirmier. Le point de vue d'autres prestataires de soins de santé, tels que les paramédicaux et les médecins, demeure à examiner. Les prochaines recherches devraient pallier cette lacune afin de mieux comprendre les pratiques de réduction des méfaits dans l'ensemble des disciplines de soins de santé.

Troisièmement, l'examen a porté principalement sur des études menées au Canada et aux États-Unis, de sorte qu'elles ne reflètent peut-être pas fidèlement les pratiques de réduction des méfaits dans d'autres pays. L'élargissement du champ d'application pour y inclure des études provenant de diverses régions pourrait contribuer à une meilleure compréhension de la réduction des méfaits dans les hôpitaux de soins de courte durée.

En outre, l'examen a porté sur des études répertoriées dans des bases de données particulières et n'a peut-être pas pris en compte la documentation parallèle ou les travaux de recherche non publiés. Cette limitation pourrait avoir un impact sur l'étendue des résultats et présenter un risque de partialité dans la publication.

Enfin, la décision de retenir des études transversales et rétrospectives, qui correspondent à la nature de la documentation actuelle, peut limiter la compréhension de l'efficacité à long terme des stratégies de réduction des méfaits. À l'avenir, la recherche pourrait intégrer des études longitudinales pour combler cette lacune.

Toutes ces restrictions soulignent la nécessité de l'interprétation des résultats dans le cadre de l'étude et indiquent des possibilités de recherches supplémentaires pour améliorer la généralisabilité et l'approfondissement des connaissances dans ce domaine.

Conclusion

Le présent examen met en évidence les obstacles à la mise en œuvre de pratiques de réduction des méfaits dans les établissements de soins de courte durée afin de relever les défis complexes que posent les TUS. Malgré l'urgence de la crise des opioïdes, de nombreux hôpitaux continuent d'adhérer à des politiques d'abstinence, ce qui donne lieu à des comportements à risque chez les personnes souffrant de TUS et compromet la sécurité des patients et du personnel infirmier. Le peu de recherches et de normalisation en matière de réduction des méfaits ne fait qu'exacerber ces difficultés, entravant une mise en application efficace dans les établissements de soins de courte durée. Les recherches futures devront examiner les politiques et les pratiques cliniques concernant les stratégies de réduction des méfaits dans les hôpitaux. En abordant ces questions et en amplifiant les perspectives du personnel infirmier, on peut améliorer les résultats pour les patients, atténuer la stigmatisation et prévenir l'épuisement professionnel chez le personnel infirmier, et favoriser au final des environnements hospitaliers plus sûrs et plus solidaires pour les personnes souffrant de TUS.

Implications pour la pratique des soins infirmiers d'urgence

Le présent examen porte sur le personnel infirmier des établissements de soins de courte durée, mais les conclusions sont tout aussi pertinentes pour le personnel infirmier des services d'urgence, qui représente souvent le premier point de contact pour les personnes souffrant de TUS. Le personnel infirmier des urgences fait face à des défis uniques, y compris la gestion de présentations aiguës de surdose, de symptômes de sevrage et de comportements de recherche de substances dans des environnements à haute pression et dynamique. Les obstacles constatés — les exigences des patients, les lacunes en matière de formation à la réduction des méfaits et la détresse morale — sont particulièrement importants pour le personnel infirmier des urgences.

RÉFÉRENCES

- Antill Keener, T., Tallerico, J., Harvath, R., Cartwright-Stroupe, L., Shafique, S., & Piamjariyakul, U. (2023). Nurses' perception of caring for patients with substance use disorder. *Journal of Addictions Nursing*, 34(2), 111–120. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000523>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bentley, S. M. (2010). Nursing retention through addressing burnout. *Nursing Management*, 41(12), 19–21. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000390467.13410.d4>
- Bleazard, M. (2020). Compassion fatigue in nurses caring for medically complex children. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(6), 473–478. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000688>
- Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 2–2. <https://doi.org/10.3912/ojin.vol16no01man02>
- Chappel, J. N., Veach, T. L., & Krug, R. S. (1985). The substance abuse attitude survey: An instrument for measuring attitudes. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(1), 48–52. <https://doi.org/10.15288/jsa.1985.46.48>

La résolution de ces obstacles par le biais d'une formation à la réduction des méfaits et d'un soutien institutionnel pourrait renforcer la capacité du personnel infirmier des urgences à fournir des soins compatissants et fondés sur des données probantes, tout en atténuant l'épuisement professionnel et la frustration.

Les auteures

Kaitlyn Furlong est infirmière autorisée et titulaire d'une maîtrise en formation infirmière de l'université de Saskatchewan. Ses recherches portent sur les soins aigus et la réduction des méfaits.

Hai Lu est professeure agrégée au College of Nursing de l'Université de Saskatchewan, et ses recherches portent sur la santé mentale et le bien-être au sein de différentes populations.

Jodie Bigalky est professeure adjointe au College of Nursing, à l'Université de Saskatchewan. Ses recherches portent sur l'équité en matière de santé des femmes et des personnes appartenant à des communautés diversifiées sur le plan du genre, avec une attention particulière pour les populations périnatales souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances.

Conflit d'intérêts

Les auteures ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Déclaration de l'auteur (CRediT)

KF a choisi le sujet et élaboré le concept, effectué la recherche documentaire, l'analyse des données et la synthèse des résultats, et rédigé la première version du manuscrit. HL a supervisé l'étude, fourni des conseils sur la stratégie de recherche documentaire et assuré une révision critique et une rétroaction. JB a apporté son expertise en matière de méthodologie, de rétroaction critique et d'édition.

Financement

Aucune source de financement n'a été mentionnée pour cet ouvrage.

- Copeland, D. (2021). Brief workplace interventions addressing burnout, compassion fatigue, and teamwork: A pilot study. *Western Journal of Nursing Research*, 43(2), 130–137. <https://doi.org/10.1177/0193945920938048>
- Dion, K., Choi, J., & Griggs, S. (2023). Nursing students' use of harm reduction in the clinical setting. *Nurse Educator*, 48(2), 82–87. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001307>
- Dion, K., & Griggs, S. (2020). Teaching those who care how to care for a person with substance use disorder. *Nurse Educator*, 45(6), 321–325. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000808>
- Government of Canada. (2023). Territorial Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses. *Opioid-and stimulant-related harms in Canada*. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada.
- Grewal, H. K., Ti, L., Hayashi, K., Dobrer, S., Wood, E., & Kerr, T. (2015). Illicit drug use in acute care settings. *Drug and Alcohol Review*, 34(5), 499–502. <https://doi.org/10.1111/dar.12270>
- Grove, S.K., & Gray, J. R. (2019). Building an evidence-based nursing practice. In S. K. Grove & J. R. Gray (Eds.), *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (7th ed., pp. 119–164). Elsevier.

- Harling, M. R. (2017). Comparisons between the attitudes of student nurses and other health and social care students toward illicit drug use: An attitudinal survey. *Nurse Education Today*, pp. 48, 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.012>
- Hopson, M., Petri, L., & Kufera, J. (2018). A new perspective on nursing retention: Job embeddedness in acute care nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(1), 31–37. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000420>
- 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*, 14(10), e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>
- International Harm Reduction Association. (2024). *Global state of harm reduction 2024: Key issues and challenges*. International Harm Reduction Association.
- Neville, K., & Roan, N. (2014). Challenges in nursing practice. *The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339–346. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
- Nolan, S., Kelian, S., Kerr, T., Young, S., Malmgren, I., Ghafari, C., Harrison, S., Wood, E., Lysyshyn, M., & Holliday, E. (2022). Harm reduction in the hospital: An overdose prevention site (OPS) at a Canadian hospital. *Drug and Alcohol Dependence*, p. 239, 109608. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109608>
- Pauly, B., 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>
- Perera, R., Stephan, L., Appa, A., Giuliano, R., Hoffman, R., Lum, P., & Martin, M. (2022). Meeting people where they are: Implementing hospital-based substance use harm reduction. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 14–14. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00594-9>
- Slatten, L. A., Carson, K. D., & Carson, P. P. (2020). Compassion fatigue and burnout: What managers should know. *The health care manager*, 39(4), 181–189.
- Wolotira, E. A. (2023). Trauma, compassion fatigue, and burnout in nurses: The Nurse Leader’s response. *Nurse Leader*, 21(2), 202–206. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.04.009>
- World Health Organization. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: International classification of diseases. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>



Nurses' voices used to heighten fears of fentanyl exposure in British Columbian rural hospitals

Kate Hodgson¹, Amanda Lavigne², and Geoff Bardwell³

¹ Harm Reduction Nurses Association, University of Victoria, Victoria BC

² Substance Use Transformation Team, Interior Health Authority

³ School of Public Health Sciences, University of Waterloo, 200 University Ave W, Waterloo ON, N2L 3G1

Corresponding Author: Kate Hodgson, Harm Reduction Nurses Association, PO Box 478, Duncan, B.C. V9L 3XB. Email: hrna.aiirm@gmail.com

Abstract

People who use drugs (PWUD) experience stigma when accessing hospital-based healthcare, including emergency care. Rural settings are of particular concern, due to heightened social-structural stigma toward PWUD in smaller communities. These barriers have been exacerbated further by recent narratives in media and political attention on the risks to healthcare providers when exposed to PWUD using substances while in hospital. Nurses' voices have been used directly and indirectly to influence political discourses to raise moral panic regarding workplace exposure to second-hand smoke from unregulated substances (e.g., fentanyl and methamphetamine). Immediate collective nursing action is required to protect nurses' professional and ethical obligations and ensure safe and stigma-free access to hospital care for rural PWUD in the current political climate in British Columbia, Canada.

Keywords: occupational exposure, nursing profession, substance use conditions, drug policy, advocacy

Background

People who use drugs (PWUD) report experiencing stigmatization in hospital settings from healthcare providers (Van Boekel et al., 2013). Experiences of stigma significantly impact access to healthcare by creating unnecessary barriers to

emergency services and acute care settings for PWUD (Chan Carusone et al., 2019). Rural regions in Canada are disproportionately impacted by the toxic drug crisis (Hu et al., 2022). Due to concentrated social-structural stigma in rural communities, treatment of PWUD in hospital settings is of particular concern, as it impacts health seeking behaviours among an already marginalized group at risk of illness and toxic drug poisoning (Bardwell et al., 2022; Burgess et al., 2021; Ellis et al., 2020).

Rural and remote communities have been described as 'treatment deserts' among people seeking care for substance use conditions (Palombi et al., 2018), reflecting the absence of resources available to them. Additionally, service users identify having less anonymity when choosing to seek substance use treatment, particularly in emergency room settings of smaller communities (Ellis et al., 2020). Efforts to incorporate hospital-based harm reduction resources and strategies across urban and rural areas are also influenced by stigma that exists among healthcare providers, creating barriers for PWUD and further contributing to suboptimal healthcare (Barry et al., 2014; Muncan et al., 2020; Perera et al., 2022; 2020; Stangl et al., 2019; Van Boekel et al., 2013). Recently, rural and northern hospitals in British Columbia (BC) that have attempted to implement harm reduction practices (e.g., harm reduction-oriented policies) in order to improve accessibility to hospital care for PWUD have been facing public criticism (DeRosa, 2024). Perceived safety issues related to staff exposure to second-hand smoke from people smoking unregulated substances (e.g., fentanyl and methamphetamine) while in hospital have been an area of focus in political narratives (DeRosa, 2024; Taylor, 2024; Shaw, 2024). For example, in response to the BC

drug possession decriminalization policy, a Northern Vancouver Island BC Conservative Party candidate and physician focused their opposition on nursing, stating that hospital nurses are being exposed to illicit drug smoke (Taylor, 2024). This was highlighted specifically as an example of why nurses are leaving the profession, contributing to hospital staff shortages and impacting community care (Taylor, 2024). Politicians placing blame for healthcare shortages on the backs of PWUD only perpetuates public stigma.

While the possession and use of unregulated stimulants and opioids was decriminalized in BC, more recently the BC government declared plans to change this federal policy directive (via Health Canada) to prohibit substance use in public spaces, including in hospitals (BC Office of the Premier, 2024). Linking nurses' safety to decriminalization is problematic because there is no evidence that harm reduction policies lead to adverse outcomes for staff and it further fuels stigma and policing of PWUD (Ezell et al., 2021). There is limited scholarship focusing on specific features of the built environment that influence drug use behaviours, experiences, and patterns and how risk factors for drug use are placed in distinctive urban and rural settings. Applying Neely and Samura's conceptual theory that describes space as contested, fluid and historical, interactional and relational, and defined by inequality and difference, we assessed data from semi-structured qualitative interviews conducted between 2019 and 2020 with consumers at syringe exchange programs (SEPs). This stigmatizing public discourse occurring around drug use and hospital settings, which is already exacerbated in rural communities, risks restricting PWUD's access to emergency care when needed (Muncan et al., 2020). Safety for nurses and other staff is essential; however, an evidence-informed drug policy is necessary to protect both healthcare staff and vulnerable populations.

Rural hospitals & nursing beliefs

Rural-specific strategies will be required to mitigate the unintended individual and community harms. Rural hospitals are often severely under-resourced, understaffed, have high volumes of patients, and have fewer specialty services including harm reduction and addiction medicine services (McEachern et al., 2016). PWUD in rural BC often rely on hospital care, due to a lack of community practitioner attachment, and present with layers of intersecting social oppressions and marginalization (e.g., colonialism, racism, housing vulnerability, complex mental health; Fleming & Sinnot, 2018). Hospitals are often the only healthcare option in rural settings where primary care resources are scarce and specialty substance use and addictions services are severely limited. Additionally, rural hospitals provide nearly all medically supervised withdrawal management services. In order to provide safe, ethical health care to people who face multiple barriers, a culturally-safe, trauma-informed, non-judgemental approach is required to inform nursing care (Neale et al., 2008).

Variability in political policy and public narrative around drug use includes polarized beliefs and values toward PWUD (Neale et al., 2008; Pauly et al., 2015). Social and political bias impacts healthcare providers and can present itself in nursing care

interactions (Hardill, 2019). When nurses have a holistic perspective toward substance as a product of life circumstances and social marginalization that presents as a maladaptive coping mechanism, they are more inclined to offer harm reduction supports (Pauly et al., 2015). When nurses view substance use as a product of the individual's choice, it is more likely to lead to neoliberal worldviews toward PWUD and a punitive approach to substance using behaviours (Pauly et al., 2015).

Opinions that claim harm reduction approaches 'enable' substance use are examples of neoliberal worldviews toward PWUD and are common in rural communities. Rural public opinion is more likely to have a "pull yourself up by your bootstraps" attitude with an assumption that PWUD are simply failing to follow social rules (Barry et al., 2014; Hardill, 2019). Stigmatizing beliefs and, consequently, support for punitive drug policies are harmful and impact access to day-to-day healthcare services, emergency care, and, ironically, substance use treatment, as well (Hatzenbuehler et al., 2013; Kennedy-Hendricks et al., 2017). Nurses have a standard of ethical practice to preserve and protect client dignity and promote safe, appropriate, and ethical care (British Columbia College of Nurses and Midwives, 2024), which includes harm reduction care. This obligation requires nurses to resist the influence of political narrative toward PWUD and continue to provide stigma-free healthcare for PWUD while in hospital.

The British Columbia Nurses' Union (BCNU) states that reports of workplace exposure to illicit substances has increased steadily since 2021 and has provided some recommendations on mitigating strategies to protect nurses (British Columbia Nurses' Union [BCNU], 2024). Recommendations include screening patients for substance use history, identifying the presence of smoke vapours, and the need for personal protective equipment to complete the task (BCNU, 2024). While literature on occupational exposure to fentanyl through second-hand smoke is limited, existing research currently indicates that the overall risk of opioid toxicity or overdose is very low (Moss et al., 2018; Eagland et al., 2024). However, risk of toxic drug death amongst people who are forced to use substances in secrecy and alone is a leading cause of death among people aged 10 to 59 (Government of BC, 2023). To alleviate any perceived or actual safety concerns, ongoing occupational health and safety monitoring and evaluation are needed. Nursing safety is of utmost importance, but equitable health care for all people, including those who face social-structural inequities, must not be circumvented.

Universal harm reduction policy in BC hospitals

Each BC regional health authority recently implemented universal harm reduction policies in hospitals that support a non-criminal/non-prohibition approach to simple possession of substances for personal use and drug use supplies (Interior Health [IH], 2024; Vancouver Coastal Health [VCH], 2023). These policies were intended to shift the healthcare response from confiscating or asking someone to leave hospital if unregulated substance use was discovered, to an approach of universal harm reduction in concordance with the decriminalization policy (IH, 2024; VCH, 2023). Some rural and northern hospitals experienced the most media attention for these policies,

suggesting that the decriminalization policies have led to an increase in the number of patients smoking unregulated substances in hospital rooms (Shaw, 2024). The intention of policies like decriminalization and harm reduction are to reduce stigma and respect self-determination of patients' possession of substances for personal use (VCH, 2023). Nurses have expressed concern with being treated as de facto law enforcement when it comes to managing substance use in healthcare, and these policies permit nurses to provide alternate approaches (Fisher, 2007). Rather than being required to confiscate or "report" patients, nurses can apply universal harm reduction policies by providing education on safer use strategies, provide safe storage of substances, and offer access to clean supplies or drug testing technology (VCH, 2023). Nurses and nursing leadership should also advocate for hospital-based supervised consumption services, which exist in some urban hospital settings in Canada (Dogherty et al., 2022). The scale up of on-site supervised consumption services would address the issue of healthcare workers being exposed to unregulated substances via second hand smoke exposure and provide a safe place for hospitalized patients to use drugs (Bourque et al., 2019).

Prohibition of drug use and criminalizing PWUD is harmful and there are alternative measures to punitive drug policies that could be implemented at hospital sites instead (e.g., scale up of on-site episodic overdose prevention sites, peer workers in hospitals, accessible outdoor inhalation spaces (DeBeck et al., 2017). Prohibiting substance use in hospitals further ignores the risk of death amidst the toxic drug supply and leads to poorer health outcomes for PWUD. For example, publicly available harm reduction supply kiosks have been removed in hospitals due to accusations amongst political parties that they "enable" substance use in hospitals (Gamage, 2024). These kiosks included the availability of naloxone, which is the medication used to reverse toxic drug poisonings. Tragically, after the removal of accessible harm reduction services (e.g., witnessed consumption and access to naloxone) in a Vancouver Island hospital led to an unwitnessed overdose in a hospital bathroom (Sweetman, 2024). PWUD are at risk of neglect and death when essential overdose prevention services and harm reduction-oriented policies are removed from hospitals.

Immediate calls to action

Despite efforts from harm reduction nursing and lived experience advocates, the federal government has announced support for amendments to Canadian drug policy to support BC's substance use prohibition in public spaces and hospitals (Van Dyk, 2024). There is an immediate need for action among rural hospitals, nurses, and healthcare workers to mitigate harms from this policy change for PWUD. Importantly, rural communities are at a disadvantage from the outset of the current policy change. Very few rural hospitals have existing designated inhalation spaces or overdose prevention sites (OPS)/episodic overdose prevention sites (e-OPS) embedded in acute care services and, often, there is only one OPS for an entire community. Nurses will be called upon to support evidence-based recommendations that support a stigma-free approach to providing care for PWUD while in hospital. Those recommendations include:

Action 1: Scale up of safer designated spaces for PWUD in rural hospitals, which will require coordination among regional strategic planning and local hospital leadership, harm reduction organizations and partnerships with local drug user advocacy groups.

Action 2: A wide-scale community-targeted and healthcare provider-targeted anti-stigma and harm reduction education. Prohibitory drug policy impacts trust between institutions and PWUD, trust will need to be repaired for PWUD to feel safe accessing acute care services.

Action 3: Scale up of peer services in community setting to help bridge trust. Peer supports will be required in rural hospitals to facilitate use of designated spaces and ensure the safety of PWUD while in hospital.

Action 4: All rural hospitals to scale-up substance use screening measures and provide access to medications like opioid agonist treatment and prn medications to treat substance use withdrawal and prevent toxic drug poisoning post-discharge from hospital.

Action 5: BC Nurses' Union and other nursing advocacy bodies to conduct an environmental scan and academic literature review on the evidence of risks of accidental workplace exposure to unregulated substances through a variety of routes (e.g., inhalation, absorption, injection, and ingestion).

Conclusion

Nurses have a collective responsibility to be ambassadors for vulnerable people, one that aligns with cultural safety, anti-stigma, and anti-oppressive approaches to care. Prohibition of substance use in settings where people are required to be for medical purposes is a form of criminalization, perpetuates harms for PWUD, and will further deter people from seeking essential medical care, particularly in rural settings.

Implications for Emergency Clinical Practice

- Nurses must be aware of how their voices are being leveraged as political bargaining tools to support harmful drug policies
- Due to the unrelenting toxic drug public health crisis, stigma-free nursing care is critical for PWUD
- Nursing leadership plays a pivotal role in advocating for healthcare design strategies that protect both nurses and PWUD.

About the authors

Kate Hodgson is a nurse practitioner who resides on traditional Tla'amin territory on the Sunshine Coast of BC. She provides low-barrier primary care and substance use treatment to people with intersecting complexities. She is a board member of the Harm Reduction Nurses Association.

Amanda Lavigne is a clinical nurse specialist on the Substance Use Team with Interior Health. Amanda is a leader in substance use program development and clinical expert in substance use care.

Geoff Bardwell is an Assistant Professor in the School of Public Health Sciences at the University of Waterloo. Dr. Bardwell's research focuses on substance use in rural, Northern, and smaller community settings.

Acknowledgements

The authors respectfully acknowledge that all aspects of the editorial were conducted on the traditional and unceded territories of the Tla'amin, Holmoco, and Klahoose Peoples. Additionally, the authors acknowledge all the people with lived and living experience who are harmed by oppressive and prohibitory drug policies.

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>
- 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://vancouver.sun.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., Rosenthal, 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>

Conflicts of interest

No funding was received for the authors contributions. There are no conflicts of interest to declare.

CRedit Statement

Kate Hodgson: Conceptualization, original draft preparation, editing. Amanda Lavigne: Reviewing, editing, structuring of original draft. Geoff Bardwell: Supervision, reviewing and editing.

- Fleming, P. & Sinnot, 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>



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>



Exploring the role of peers in addressing the toxic drug crisis in emergency departments

Janelle Tarnow^{1*}, Rita Metwally², Aven Sidhu³, Jade Black², Tracy Stoneson⁴, Mary Van Osch¹, Kassandra Benoit⁴, and Kim Wood⁴

¹ Emergency Network, Fraser Health Authority

² Toxic Drug Response and Priority Populations, Fraser Health Authority

³ Clinical Quality and Patient Safety, Fraser Health Authority

⁴ Chilliwack General Hospital, Fraser Health Authority

Corresponding author: Janelle Tarnow, Emergency Network, Fraser Health Authority, janelle.tarnow@fraserhealth.ca

Abstract

Introduction: Health systems across Canada are facing high numbers of patients who use drugs (PWUD), have a diagnosed substance use disorder, or are experiencing a toxic drug poisoning event, necessitating innovative approaches to care. With high instances of toxic drug poisoning events, emergency department staff are facing increasing burnout and moral distress (Van Hout & O'Reilly, 2020). A quality improvement pilot-project was conducted with the aim of incorporating individuals with lived experience using unregulated drugs (i.e., peers) into emergency department teams to improve patient outcomes and enhance staff supports, in response to the significant impact of the toxic drug crisis on health-care systems.

Methods: The project used an overarching Plan-Do-Study-Act (PDSA) quality improvement framework, and a mixed-methods, utilization-focused evaluation to assess the impacts of embedding peers into the emergency department. A mixed methods design was used to collect data from intake forms, patient/staff experience surveys, and a semi-structured focus group of peer support staff.

Results: The most common reasons for peer encounters (N = 764) were emotional support, harm reduction,

referrals, witnessed consumption, and requests for basic necessities. The patient survey (N = 51) results demonstrated how the peers helped the majority of patients feel safe and more supported while accessing emergency care. ED staff (N = 22) shared positive experiences in the survey about the new peer program, highlighting improvements in patient support, increased access to harm reduction services, and the development of a more trusting healthcare system. During focus groups, peers (N = 2) outlined the importance of having this role embedded into emergency departments to ensure patients are receiving the care they need in a high-stress environment that, historically, has had the potential to cause significant harm through stigma and biases to PWUD.

Conclusion: Integrating peers in the ED during the toxic drug crisis improved support for both patients and staff. This approach also has the potential to boost staff morale, reduce workload stress, decrease stigma toward PWUD, and enhance patient care. Overall, the hope is that integrating peers optimizes resources and strengthens both patient and provider experiences.

Keywords: emergency department, drug use, toxic drug crisis, peer support workers, lived experience

Introduction

In 2023, toxic drug poisoning was the cause of death for at least 2,511 people in British Columbia (BC), Canada, equating to about 6.9 deaths per day (British Columbia Coroner's Service, 2024). Fraser Health Authority (FHA) Emergency Departments (EDs) are continuing to see high numbers of patients presenting with toxic drug poisonings, often referred to as overdoses (Fraser Health, 2023). Research indicates that substance use within hospitals is a documented issue in BC, often linked to increased risks of overdose (Health Canada, 2021). A study on hospitalizations for opioid-related poisonings revealed that these incidents sometimes result in severe outcomes, such as brain injuries from delayed intervention. In hospitals, the absence of supervised consumption services can exacerbate these risks, as patients might use substances discreetly, leading to potential delays in life-saving care (Health Canada, 2021). FHA is also home to many Indigenous & Aboriginal peoples who are disproportionately affected by the toxic drug crisis with data showing that Indigenous people are nearly five times as likely to die of a drug poisoning event than non-Indigenous BC residents (Auger & Local Journalism Initiative Reporter, 2023).

In this article, the term drug refers to unregulated or illicit substances including, but not limited to fentanyl, methamphetamine and heroin. The increasing number of patients presenting to the ED with drug use or toxic drug poisonings, compounded with gaps in support and resources for patients who use drugs (PWUD), has led to increased workloads, burnout, and compassion fatigue among ED staff and added stress on patients (Van Hout & O'Reilly, 2020). In addition, stigma toward PWUD from both the public and healthcare providers, often leads to a distrust in the healthcare system and a desire to conceal drug use, further exacerbating the negative consequences of toxic drug use by encouraging using alone and discouraging visits to healthcare settings (Chan Caurson et al., 2019; Kennedy et al., 2019).

This article explores a pilot project in BC where peer support workers (PSWs) are integrated into the ED at one community hospital that has seen an increase in unregulated drug deaths and overdose response calls (BC Emergency Health Services, 2023; BC Coroners Service, 2024). The framework for the pilot project was inspired by two similar projects in which people with lived experience supported patients in navigating treatment and improving their quality of life (Coll et al., n.d.; The Neighbourhood Group, n.d.). Though one project implemented peers for people with HIV in Vancouver and the other for PWUD in Toronto, the patient-focused support provided by a non-medical professional was a structure seen in both projects, and this aligned with the desired foundations of the FHA PSW pilot project. The goal of this type of service is to mitigate downstream complications.

Specifically, the PSW pilot aims to address the toxic drug crisis in one lower mainland ED by enhancing patient outcomes and providing advocacy for PWUD; this is hypothesized to improve staff satisfaction, reduce workload, and prevent burnout. This project has also contributed to the development of a standardized engagement guide for peers.

Peer workers are individuals with lived experience of a topic (in this case, unregulated drug use) who are hired to apply their experiences and expertise to become effective patient navigators in health systems (Scow et al., 2023; Richardson & Rosenberg, 2018). Benefits of peer integration include a reduction in the burden and workload for healthcare professionals, reduction in stigma, increased quality of care, and rapport building, all understood to impact long term benefits for both patients and staff (Pauly et al., 2021; Smith et al., 2020). Peers can also assist with emotional support, patient advocacy, resource navigation, witnessed consumption, and connecting with low-visibility patients who have a relationship with drugs (Piatkowski et al., 2024).

Methods

Setting

FHA is the most densely populated health authority in BC serving more than 2 million people and provides health services to more than 20 diverse communities (Fraser Health, n.d.). The PSW pilot project was implemented in the ED at the Chilliwack General Hospital, a community hospital serving approximately 107,000 residents (Statistics Canada, 2023).

This project was reviewed by the FHA Research Ethics Board and given an exemption as per Tri-Council Policy Statement 2: Ethical conduct for Research Involving Human, Article 2.5. While an exemption was provided due to the quality improvement nature of the project focused on improving the health system, confidentiality of all patient information was maintained in compliance with organizational data privacy policies. As such, patients and staff who participated in any part of the project were not provided any honorarium.

Program Description

The pilot project incorporated a patient-centred approach by integrating PSWs into the ED team. Peers were responsible for offering support related to drug use, including facilitating witnessed consumption, resource navigation, and providing education on harm reduction approaches (Table 1). The pilot project currently employs four PSWs, who provide ED coverage 7 days a week from 8:00 am to 10:30 pm. PSWs report directly to the ED manager, while funding and some additional support is provided by the regional FHA Toxic Drug Response team. Beyond supporting patients in the ED, PSWs also conduct preliminary walks on the hospital's outdoor premises, to identify and offer support to people who may benefit from outreach services.

Implementation

The pilot project was developed by a multidisciplinary working group comprised of representatives from Chilliwack General Hospital ED and regional emergency and toxic drug programs. Implementation was conducted in a phased approach, emphasizing the importance of change management and a gradual roll-out to address any potential ingrained stigma. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) outlines five domains that influence successful implementation: intervention characteristics, outer setting, inner setting, characteristics of individuals, and process. While this project did not adopt a structured CFIR approach, it did take each of these domains into account and used quality improvement methodology to trial various components (Cullen et al., 2023).

Table 1*Peer Support Worker Job Description***Key Objectives:**

1. Provide one-to-one support to PWUD to ensure they are feeling valued and cared for
2. Reduce stigma towards PWUD and assist with resource navigation
3. Prevent and mitigate toxic drug poisonings by providing witnessed consumption, drug checking, harm reduction supplies and allyship
4. Support ED staff in caring for PWUD to help alleviate burnout, moral distress and compassion fatigue

Key Activities:

- 1. Create a safe environment for patients:** Prioritize building connections, debriefing, and fostering allyship
- 2. Support PWUD:** Facilitate drug checking, witness consumption and distribution of harm reduction supplies
- 3. Engage in in-depth conversations:** Discuss overdose risk, drug-use planning and safety options
- 4. Conduct teaching sessions:** Educate patients and their support network on harm reduction practices and available resources
- 5. Assist with de-escalation:** Implement techniques to ensure patients feel heard and valued
- 6. Prepare and maintain accurate documentation**
- 7. Support connections between patients and care teams:** Facilitate interactions with site resources and community services
- 8. Provide education and support to frontline ED staff:** Offer training on harm reduction, trauma-informed practice, anti-stigma, and various substance use topics

Note. PSW = peer support worker; PWUD = people who use drugs; ED = emergency department.

Prior to the PSWs starting, ED staff, including nurses, unit clerks and healthcare aids, were invited to participate in a two-hour training session covering the history of drug criminalization, stigma, and the importance of harm reduction. Fifty-four staff members attended more than eight sessions that were facilitated by a harm reduction lead, a site ED Patient Care Coordinator, and the regional ED Clinical Nurse Educator. This training session also served as pre-assessment for implementation for the team to understand any potential barriers; more importantly, however, it provided an opportunity for ED staff to ask questions, discuss concerns, and understand the rationale behind the new role. Notes from the session were recorded by the facilitators and brought back to the multidisciplinary working group to make any necessary implementation changes.

Barriers to achieving buy-in from ED staff included comments on 'site-culture', perceived 'characteristics of individuals', and 'knowledge and beliefs'. Concerns also were brought forward about trust and fear and how PSWs may lead to greater harms toward patients. To address identified barriers and any underlying stigma, significant efforts were put into socializing and

identifying ED champions to help with educating and engaging staff about the program's purpose and objectives through unit huddles, staff meetings, newsletters, and posters, for several months before program launch.

For the PSWs, to help facilitate integration into the ED, they participated in orientation courses, engaged in mentorship with the charge nurse and educators, and collaborated with interdisciplinary teams, to become familiar with the ED and site/community resources. The ED manager regularly checked in with staff for feedback and provided ongoing support, debriefing and education through meetings with PSWs. A Peer Community of Practice was also established by the regional Toxic Drug Response team to connect peers from different FHA programs, providing opportunity for collaboration and shared learning.

Evaluation and Quality Improvement

The evaluation of the project followed the utilization and outcome-based methodologies of Laursen et al.'s (2017) "Four approaches to project evaluation" (Appendix 1). Main data sources included program utilization data (number of clients, number of referrals, number of witnessed consumptions, etc.), feedback from patients, feedback from staff, and administrative data. The adopted methodology utilizes measures of outcome-based success of the program using specific success criteria. The evaluation of the project aimed to describe the different users and services of the PSW program, including its barriers and strengths. See Appendix 2 for the logic model.

The overarching quality improvement approach was guided by the Plan-Do-Study-Act (PDSA) framework to ensure effective integration within the ED and to collect valuable information on the program's impact (Coury et al., 2017; Johnson & Reterink, 2009). The methodology included iterative cycles, ranging from larger changes (e.g., onboarding and harm reduction service implementation – how referrals are conducted, communication between staff members, service delivery, etc.) to smaller ones (e.g., location of data collection tools), with each cycle informing the next. Each cycle included outlining the goals and logistics (plan), implementing the change (do), assessing feedback through various data collection methods (study), and adopting, adapting, or abandoning the change (act).

Data Collection and Analysis

A mixed-methods approach was used in data collection. After being trialled with staff to ensure best collection practices, intake forms were developed by program leadership and filled out by the peers to collect patient information, including demographic information and the reason for their visit to the ED. Given the impact of toxic drug poisoning within Indigenous communities in BC, the program included an optional opportunity for patients to self-identify as Indigenous. This allowed for culturally safe and appropriate support to be offered through a trained Indigenous Health Liaison (IHL). While the program was designed to serve the general population, understanding its influence on the engagement of Indigenous communities with health services was a key consideration, ensuring that the program respected and addressed the unique needs of these communities.

An anonymized patient survey was offered by the PSWs via a

QR code to patients, which consisted of nominal single choice questions regarding their experience with the service as well as a free text option for any further feedback. A similar staff experience survey was used to collect staff feedback regarding the program. One hour-long PSW focus group was conducted in person, approximately 6 months after program initiation, to obtain open-ended feedback, including perceived barriers and opportunities, from the PSWs; two out of four peers attended to share their learnings. The session was not recorded and, though it was guided by a set of five questions, was more conversational than formal, which allowed the peers a safe environment to share freely without fear of consequences or judgment.

Microsoft Excel and Stata IC v15.1 were used for descriptive statistic analysis. Chi-square tests, ANOVA, and t-tests were performed as appropriate, with a significance level set at 0.05. PSWs completed intake forms during their initial contact with patients, using information from the patient's chart and details voluntarily provided by the patient; as a result, some information was occasionally missing. Patients were referred to a PSW by ED nurses or physicians based on patient request, presenting complaints (e.g., toxic drug poisoning), or self-identification as a PWUD. In accordance with FHA's universal screening practices, all ED patients are to be asked about unregulated drug use in a trauma-informed and culturally safe manner. Referrals to PSWs are made through an online Meditech order-entry system.

Available case analysis was used to address missing data on the intake forms, and for each variable analyzed, only the available data for that specific variable was used. Data from both staff and patient surveys were collated by question and displayed tabularly. Free-text responses and focus group feedback were thematically organized into broad categories. These themes were determined after a thematic content analysis of the free text in the surveys and the notes taken by the evaluator during the focus group, who organized the feedback into relevant categories for the purposes of the evaluation (Braun et. al, 2014). Reporting followed the Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0) guidelines (problem description,

what was done to address problem, what were the findings, and what does it mean; Ogrinc et al., 2015).

Results

The PSW in ED pilot project was launched in August 2023 and is currently ongoing. From inception until June 2024, 1,055 patient encounters (defined as when a peer engaged with a patient in a manner resulting in the completion of an intake form and further relevant support) occurred. The volume of patient intakes quickly exceeded the capacity of manual entry; therefore, only data using Microsoft Forms was used for this analysis (N = 764). Tables 2 and 3 outline patient characteristics and types of peer engagement that took place. The full evaluation report is available upon request.

Patient Feedback

An adapted version of the already-established anonymous regional patient experience survey was created to understand the experience of patients specifically accessing support from the PSWs in the ED. The survey was adapted to include questions specifically in reference to the PSW program, rather than with patient experience during their acute visit overall. This survey was anonymous, not mandatory, nor was it incentivized with an honorarium. 51 patient surveys were received, and most feedback was overwhelmingly positive (Table 4).

Patient quotes:

1. I enjoyed the check-in and the support.
2. It was really cool to be offered harm reduction tools in a place I normally feel embarrassed.
3. I worked with a PSW and [they] taught me how to use safely and provided tools. It was a good experience and [PSW] helped me without judgement.
4. Accessed witnessed consumption and it was really great for me. It kept me here longer, thank you [PSW].
5. Witnessed consumption was helpful for me and my girlfriend. I felt safe and looked after.

Staff Feedback

A total of 22 responses were received after sending it out to 142 staff members. All staff surveyed indicated they were aware of

Table 2

Patient Characteristics

Responses	Total	Male	Female	Not specified	p value
Total n, (%)	764, (100)	547, (87.4)	205, (32.7)	12, (1.9)	n.a.
Age, Number of responses n, (%)	626				
Years, Mean (SD)	43 (15)	43 (16)	38 (15)	38 (22)	< 0.05
Years, Median (IQR)	41 (8–85)	41 (13–85)	39 (8–75)	36 (18–62)	-
Self-identified as Indigenous n, (%)	226 (30)	154 (28)	70 (34)	2 (17)	0.170
Asked to be referred to Indigenous Health Liaison n, (%)	53 (7)	29 (5)	23 (11)	1 (8)	< 0.05
Registered for hospital care n, (%)	652 (85)	480 (88)	167 (81)	5 (42)	< 0.05
Revisits n, (%)	437 (57)	347 (63)	82 (40)	8 (67)	< 0.05

Note. SD = standard deviation; IQR = interquartile range.

Table 3*Peer Engagement with Patients*

Engagement activity	Episodes, <i>n</i> (%)
Support type requested	
Total requests	737 (100)
1:1 support	695 (94)
Basic necessities (food, clothing, etc.)	172 (23)
Referral(s)	104 (14)
Witnessed consumption	55 (7)
Other	63 (9)
Harm reduction supplies given	
Total supplies given	219 (100)
Inhalation tool	173 (79)
Naloxone kit	135 (62)
Safe injection kit	37 (17)
Safe sex supplies	37 (17)
Other	39 (18)

Table 4*Patient Feedback on PSW Program*

Survey responses	
Survey question	Response, <i>n</i> (%)
I felt invited to make decisions about my care in collaboration with the PSW	
Strongly agree	19 (44%)
Agree	18 (42%)
Neutral	6 (14%)
Disagree	0 (0%)
Strongly disagree	0 (0%)
Missing data	8 (18%)
The PSW assisted me in feeling safe while in the emergency department	
Strongly agree	21 (49%)
Agree	19 (44%)
Neutral	3 (7%)
Disagree	0 (0%)
Strongly disagree	0 (0%)
Missing data	5 (10%)
The PSW was available during my time in the emergency department	
Strongly agree	13 (31%)
Agree	19 (45%)
Neutral	8 (19%)
Disagree	2 (5%)
Strongly disagree	0 (0%)
Missing data	5 (10%)
Total responses	51 (100)

Note. PSW = peer support worker.

Table 5*Staff Survey Results*

Survey questions	Response, <i>n</i> (%)
Total surveys received	22 (100)
Have you heard of the Peer Support Worker Program?	22 (100)
I believe the PSW could positively impact patient outcomes in the following ways:	
Improve quality of life	20 (91)
Improve access to harm reduction resources	21 (95)
Creating a support system	20 (91)
Partnership with community	19 (86)
Building trust with patients	20 (91)
Other (please specify): providing safe space, avenues for witnessed consumption, aid with patient's self-identified outcomes/ needs	3 (14)

Note. PSW = peer support worker.

the PSW program, and most respondents believed that positive outcomes could be achieved with the PSW program in place (Table 5).

Although there were concerns brought forward during the ED staff training sessions that were held prior to the PSWs starting, as the project progressed, there was a noticeable shift in ED staff attitudes. As the survey results show, most ED staff noted they believe the PSWs created a support system for patients that led to building better partnerships and trust. The feedback from ED staff highlights that the PSW role has greatly improved patient care, reduced staff workload, enhanced emotional well-being of patients, and contributed to better overall outcomes in the emergency department, with staff expressing strong support and a desire for expanded availability.

Staff quotes

1. As a physician at Chilliwack General Hospital ER I have come to value the PSW role. PSWs fill a real gap in personal connection and compassion as well as a bridge to services. they make us all better.
2. The PSW pilot program has been an amazing addition to the Chilliwack General Hospital emergency department. Their knowledge is invaluable and the ability to build connections has drastically improved the overall emotional wellbeing of the population they assist. My workload in that aspect has decreased thanks to them. I just wish they were available 24/7.
3. PSW has been an incredible resource for us at Chilliwack General Hospital. It has helped with staff workload and improved patient experiences tremendously.

4. I have noticed a significant decrease in the code whites we have and a significant improvement in patient satisfaction since our peer support workers started.
5. Huge fan of the PSW role. Valuable for patients. Saves a lot of emotional burden for direct medical staff. Would be hard to transition back to working without the PSW.
6. The money spent hiring PSWs should have been put toward creating more treatment centres.

Peer Support Worker Feedback

The analysis of the focus group with two PSWs highlighted their dedication to their roles, driven by a desire to share their lived experiences and assist those with whom they empathize. The session was not recorded for the peers' comfort and, therefore, there are limited direct quotes for analysis. The PSWs reported feeling well-supported by site management and fully integrated into the ED team, which is crucial to the program's success. They described feeling fulfilled by witnessing patients progress and having a "tangible place to manage their own discomfort with the system" in the form of advocacy. Furthermore, they outlined the importance of having PSWs embedded into the ED to ensure patients are receiving the care they need in a fast-pace and often stressful environment. Peers also outlined feelings of burnout and moral distress caused by witnessing systemic injustices, biases among staff, wage inequality, and lack of community resources. Overall, the peers were overwhelmingly supportive of the program and shared a desire for it to continue.

Discussion

The PSW ED pilot project demonstrated that peers can be effectively integrated into complex health systems, enhancing both patient and staff experiences, when a multidisciplinary approach, comprehensive planning, and iterative quality improvement methods through PDSA cycles are employed. PSWs not only provided important care to PWUD, but also helped to reduce stigma among staff. Embedding PSWs into the ED team fostered trust, respect, and collaboration, as reflected in the feedback, and has the potential to contribute to a more compassionate and empathetic work environment.

ED nurses reported in the survey that having PSWs present reduced their workload and improved overall job satisfaction. PSWs facilitated access to basic necessities, witnessed consumption, referrals to community resources, and provided 1:1 support—tasks that were often previously handled by ED nurses, which allowed nurses to focus more on their clinical duties. While no pre-survey data on workload was collected, staff comments highlighted that the PSW role effectively filled a service gap, alleviating workload pressures. Studies have shown that increased workload pressures in EDs have led to staff experiencing moral distress, burnout, and decreased retention (Boulton & Farquharson, 2023). Therefore, reducing staff workload through the involvement of PSWs has the potential to mitigate moral distress and burnout by addressing the system-level challenges associated with caring for complex patients. These benefits may also help address broader issues within the Canadian healthcare system, such as staff retention challenges, high turnover rates, and the increasing strain on emergency departments, while ensuring sustainable, high-quality care delivery (Boulton & Farquharson, 2023). It is recommended that future projects measure staff

burnout and workload pressures using standardized tools iteratively throughout the project to statistically demonstrate any changes after the initiation of PSWs.

Before implementing any such program however, it is crucial to thoroughly understand the existing landscape, including the potential challenges and barriers of integrating staff with lived experience of drug use. Meaningful collaboration and socialization are imperative to uncover and mitigate any preconceived biases that may exist among ED staff. Although most staff saw benefits to having peers embedded into the ED, two comments appeared to denote possible stigma, which further highlights the need for this program's continuing education and de-stigmatization work. This project demonstrated how peers, equipped with drug use expertise, can also assist with de-escalation, resource navigation, and education, further supporting patients and staff. ED staff noted, through open-ended feedback in the survey, a noticeable decrease in code whites after the implementation of PSW role, but code white data was not collected prior to the initiation of the role, so it is difficult to determine if there was a decrease of statistical significance.

Beyond practical aid, PSWs seemed to offer invaluable allyship to patients amidst the demanding healthcare setting. While PSWs are a part of the healthcare team and work collaboratively with clinical teams to support patients in their care-continuum, it was done so with a patient-first model. The patients are seen as the experts of their own health and if they desired referrals to detox, treatment, or any additional supports beyond acute care, PSWs would help navigate the health system along with the patient and healthcare team. This harm reduction approach aligns with the recent shift in medical management toward shared decision-making (Fairman & Tariman, 2019). Furthermore, our patient experience survey showed that 80% of patients reported that PSWs helped create a safe and trusting environment, which may help encourage individuals who might otherwise hesitate to seek medical care to engage with healthcare services. One of the benefits outlined by patients and staff alike was that PSWs provided avenues for witnessed consumption. While outside of the scope of this project, evidence suggests safe consumption services can offer multiple benefits, and as abstinence may not be the preferred goal for all patients, programs that offer supervised consumption can provide an avenue for safer use and connection (Dow-Fleisner et al., 2022). Future projects may find benefit from incorporating a more robust family of measures including iterative data throughout the project on toxic drug poisoning events, mortality, standardized staff workload/burnout questionnaires, number of readmissions, and number of patients with a history of using drugs.

It is well documented that Indigenous peoples are disproportionately represented in toxic drug poisoning deaths due to complex intersections of systemic barriers rooted in stigma, oppression, and intergenerational trauma (First Nations Health Authority, 2022; Jongbloed et al., 2017). While completing the intake forms, PSWs asked every patient if they identified as Indigenous. If the patient answered 'yes,' the patient received an explanation of the IHL program and were offered a referral. IHLs help support patients in the hospital who identify as Indigenous through cultural support, advocacy, community referrals, and

navigation through the health care system. While 8% of the population served by CGH identifies as Indigenous, 30% self-identified as Indigenous to PSWs, while completing the intake form and only 23% of those who identified as Indigenous asked to be connected to an IHL (Statistics Canada, 2023). Though not explored further during this project, this low referral rate could be because the patient is already connected with the IHL team as the resource is also offered at hospital registration, the patient was not wanting additional supports at the moment, or was not feeling safe to ask for help. This learning highlights the need for additional conversations with Indigenous partners to ensure patients are receiving the supports they desire.

To ensure the sustainability of embedding peers into the ED, it is essential to provide regular support as the role can lead to burnout and moral injury (Mamdani et al., 2021), as highlighted in the peer focus group. Programs that have incorporated peers into other settings, such as in-community have also outlined increased burnout felt by peers – a common occurrence in environments that involve working with PWUD (Olding et al., 2021). Based on PSW feedback, future planning for programs of this nature should incorporate regular check-ins, mental health and wellness supports specifically tailored to peers, a competitive wage, a sustainable schedule and ongoing destigmatizing work with ED staff (Greer et al., 2019). These considerations are equally essential during initial budgetary allocations to building a sustainable and resilient program, thereby reducing peer burnout. Additionally, it is imperative when integrating a peer program that opportunities for their feedback to be received are implemented meaningfully to ensure their voices are valued (Bardwell et al., 2018). Such safe spaces create opportunities to share thoughts both verbally and through writing, consultation when changes or decisions are being considered, and representation at presentations or discussions of the project with leadership or stakeholders (Brown et al., 2019).

A distinctive aspect of this pilot project is the employment supervision and support structure of the PSW program. The PSWs report directly to the ED manager to facilitate hands-on support, role accountability, and team building. They are hired under the Hospital Employee Union, ensuring the peers are receiving healthcare and vacation benefits. The PSWs attended ED staff meetings, education sessions, morning huddles, and had direct role accountability to ED leadership, allowing for rapport and respect to form between PSWs and other ED staff, demonstrating true integration into the ED team. This may have had an impact on preconceived biases, as ED staff were now privy to information and learnings from individuals with lived experience working alongside them, which has the potential to offer new perspectives on issues like substance use. Program materials were updated regularly based on feedback provided by the peer staff in collaboration with the project's interdisciplinary working group.

In addition, the regional Toxic Drug Response team was heavily involved in the development of the program to provide expertise, support, and to ensure a harm reduction lens was used throughout. Although this reporting structure has many benefits, there were some instances in which role clarification was

needed to understand the reporting matrix. In the future, further understanding of how other similar roles may be implemented across the region and clearly defining how reporting structures will work using quality improvement (QI) resources, such as a Responsible-Accountable-Consulted-Informed matrix, may help alleviate challenges (Brower et al., 2021; Scheeres, 2015).

Incorporating quality improvement and evaluation methodologies was important in navigating challenges and assessing the project's impact. For example, in the initial weeks following the program launch, it became evident that PSWs were supporting patients outside through witness consumption. This observation prompted the team to explore the feasibility of establishing a fixed on-site supervised consumption area. However, logistical constraints rendered this approach impractical, necessitating the development of alternative strategies. As a result, the team pivoted to strengthen strategies to ensure safety of the PSWs and patients while outside, such as partnering with security and using 2-way radios connected to an ED staff member. Over the course of the project, approximately 20 PDSA cycles were conducted, each contributing valuable insights to the iterative refinement of the program. As the program matured, formal documentation of the PDSA cycles became less structured. However, the methodology remained a cornerstone of the decision-making process. The robustness of our measurements was limited by the competing priorities faced by ED staff. Additionally, our real-time data collection efforts lacked a denominator to account for the number of potential patients who may have been missed. Consequently, future teams seeking to implement similar programs should engage with relevant data teams early in the process to ensure that appropriate data pathways are established from the outset. Similarly, careful consideration should be given to the operational aspects of program planning, including clear reporting structures, defined roles, and task boundaries for peers, especially in fast-paced environments like the ED. Addressing task clarity, a sustainability plan for peer payment, and the scope of practice for peers is essential to ensure proper support for patients, peers, and staff during the complexities of implementation. The lessons learned from this pilot can inform the development of related peer programs in other healthcare settings, potentially transforming patient care across Canada.

Limitations

The electronic forms relied on voluntary information provided by patients, which could introduce bias despite our efforts to accurately link multiple encounters. Patient/staff experience surveys were anonymous, raising the possibility of multiple responses from the same individual. Additionally, the analysis included data from when the program was more established; therefore, experience might have been different if assessed at inception. The survey for staff did not define "quality of life," and therefore, respondents may have very different perceptions of what that means and how the peers may have an effect on it for their clients. Out of four PSWs, only two were able to attend the focus group. Finally, our analysis did not include a comparator, access to health system data to assess trends over time, or any pre-implementation surveys. Despite the team's expertise in analysis, evaluation, and quality improvement, competing regional priorities and challenges in accessing critical data limited the depth

of engagement and the scope of impact analysis. Future projects with enhanced methodological and statistical rigour, including the integration of more robust monitoring systems for additional variables like code whites, may reveal additional insights. As there is little preexisting literature of a project of this nature, the evaluation of this project informs changes that are implemented on an as-needed basis, and thus informs new funding cycles and further recommendations for future projects.

Conclusion

The implementation of the PSW pilot project has proven invaluable amidst the strain of the toxic drug crisis in one lower mainland emergency department and is a promising role that should be replicated elsewhere. Based on feedback received, the role appeared to support both patients and staff, potentially fostering quality healthcare experiences for patients and offering a pathway for early identification of substance use needs and resource allocation of respective care. Patients shared that the peers allowed patients to feel genuinely heard, respected, and valued as they navigated their healthcare decisions. PSWs played a pivotal role in promoting safer drug use practices through supervised consumption, distribution of harm reduction supplies, allyship, and harm reduction educational initiatives.

Staff feedback indicated that the program boosted morale, improved workload stress, and reduced substance use stigma, all resulting in the potential of improved patient care and decreased burnout felt among staff in the ED. Integrating peers into the ED can support PWUD meaningfully, while empowering staff to deliver more compassionate, comprehensive, and empathetic care.

Implications for Emergency Nursing Practice

1. Implementing the role of peers provides necessary support to ED staff in managing cases involving drug use, thereby alleviating workload pressures and reducing burnout among healthcare providers.
2. Through regular consultation and focus groups, peers offer valuable perspectives and may help mitigate both conscious and unconscious biases with ED staff, supporting a trauma-informed approach to care.
3. Collaboration between the peers and ED staff may improve patient care outcomes through engagement of harm reduction practices.
4. Multi-disciplinary collaboration with bidirectional leadership engagement from multiple levels within the health authority is necessary for creating sustainable improvements that directly impact emergency practice.

About the Authors

Janelle Tarnow is a registered nurse working as the regional emergency clinical nurse educator with Fraser Health Authority in British Columbia. She specializes in supporting emergency departments with toxic drug response and Indigenous cultural safety initiatives. She is currently completing a Master of Nursing in Advanced Practice Leadership at the University of Victoria and recently presented at the 2024 Health Quality B.C. Conference on the peers in emergency initiative. She loves travelling the world, waking up in the mountains, scuba diving and the Seahawks.

Rita Metwally is an evaluation specialist for the Toxic Drug Response and Priority Populations portfolio at Fraser Health. She is currently completing a Master's in Public Administration from the Johnson-Shoyama School of Public Policy at the University of Saskatchewan. Rita is passionate about ensuring programs aimed at addressing social needs are successfully implemented, and she enjoys reading, dance, and spending time in nature when not at work.

Aven Sidhu is a quality improvement lead for the Clinical Quality & Patient Safety Department at Fraser Health. He holds a medical degree from the Royal College of Surgeons in Ireland-Bahrain and a Master of Science (Public Health) from the London School of Health and Tropical Medicine. Aven is dedicated to translating data into actionable insights for clinical scenarios and identifying information that assesses the broader impact on the health system; he enjoys golf, hockey, and reading in his free time.

Jade Black is a Harm Reduction Lead for the Toxic Drug Response and Priority Populations Portfolio at Fraser Health Authority. She holds a Master's Degree in Critical Criminology with a specialization in Addiction & Gender Studies. Jade is committed to supporting harm reduction best practice, engaging in community health research and advocating for women in education & the workplace. She enjoys Pilates, musical theatre and reading literature on personal wellness.

Acknowledgments

This pilot project would not have been a success without so many Fraser Health departments working together with dedication and passion: Toxic Drug Response & Priority Populations, Clinical Quality & Patient Safety, Emergency Network, Population Health & Observatory, and Chilliwack General Hospital staff and leadership. The authors would like to acknowledge Jacqueline Koot-Leader, Evaluation and Monitoring, Fraser Health Authority for her expertise and review of this manuscript.

And most importantly, a huge thank you to the Peer Support Workers at Chilliwack General Hospital – Cruize Cyr, Rebecca Loewen, Kassaundra Benoit and Kim Wood- for their invaluable contributions to this project. Their compassion, empathy, skills, and vast knowledge are changing lives in staff, patients, and the community. We are grateful for their grace and patience, and for teaching us a better way.

Conflicts of Interest

Authors are employed for the health authority that conducted the pilot project.

CRedit Statement

Janelle Tarnow: writing- original draft, writing- review & editing, conceptualization, validation, resources, supervision, project administration. **Rita Metwally:** conceptualization, methodology, validation, formal analysis, resources, data curation, writing original draft, visualization. **Aven Sidhu:** conceptualization, methodology, validation, formal analysis, data curation, writing-original draft, visualization. **Mary Van Osch:** writing- review and editing, conceptualization, supervision. **Tracy Stoneson:**

writing- original draft, supervision, writing- review & editing. **Jade Black:** conceptualization, validation, resources, writing- reviewing and editing. **Kim Wood:** validation, visualization, writing- review & editing. **Kassandra Benoit:** validation, visualization, writing- review & editing.

Funding

No external funding was provided for this pilot project; the project was operationally funded by Fraser Health Authority.

REFERENCES

- Auger, O., & Local Journalism Initiative Reporter. (2023, April 24). *Indigenous people bear the brunt of the toxic drug crisis*. The Canadian Press. Canadian Press Enterprises Inc. <https://thetyee.ca/News/2023/04/24/Indigenous-People-Bearing-Brunt-Toxic-Drugs/>
- Bardwell, G., Kerr, T., Boyd, J., & McNeil, R. (2018). Characterizing peer roles in an overdose crisis: Preferences for peer workers in overdose response programs in emergency shelters. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.023>
- Boulton, O., & Farquharson, B. (2023). Does moral distress in emergency department nurses contribute to intentions to leave their post, specialisation, or profession: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, Article 100164. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100164>
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- British Columbia Coroner’s Service. (2024). Statistical reports on deaths in British Columbia. Government of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/life-events/death/coroners-service/statistical-reports>
- British Columbia Emergency Health Services. (2023). *Overdose and drug poisoning data*. <http://www.bcehs.ca/about/accountability/data/overdose-drug-poisoning-data>
- Brower, H. H., Nicklas, B. J., Nader, M. A., Trost, L. M., & Miller, D. P. (2021). Creating effective academic research teams: Two tools borrowed from business practice. *Journal of Clinical and Translational Science*, 5(1), Article e74. <https://doi.org/10.1017/cts.2020.553>
- Brown, G., Crawford, S., Perry, G.-E., Byrne, J., Dunne, J., Reeders, D., Corry, A., Dicka, J., Morgan, H., & Jones, S. (2019). Achieving meaningful participation of people who use drugs and their peer organizations in a strategic research partnership. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0306-6>
- 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>
- Coll, M., Davis, S., Etherington, C., Mohammed, R., Macdonald, S., Scott, A., & Young, S. (n.d.). *Peer framework for health-focused peer positions in the Downtown Eastside*. <https://www.vch.ca/sites/default/files/import/documents/DTES-Peer-Framework.pdf>
- Coury, J., Schneider, J. L., & Rivelli, J. S. (2017). Applying the Plan-Do-Study-Act (FSQUIRE) approach to a large pragmatic study involving safety net clinics. *BMC Health Services Research*, 17, Article 411. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2364-3>
- Crisanti, A. S., Earheart, J., Deissinger, M., Lowerre, K., & Salvador, J. G. (2022). Implementation challenges and recommendations for employing peer support workers in emergency departments to support patients presenting after an opioid-related overdose. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), Article 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095276>
- Cullen, J., Childerhouse, P., Jayamaha, N., & McBain, L. (2023). Developing a model for primary care quality improvement success: A comparative case study in rural, urban and Kaupapa Māori organisations. *Journal of Primary Health Care*, 15(4), 333–342. <https://doi.org/10.1071/HC23046>
- Dow-Fleisner, S. J., Lomness, A., & Woolgar, L. (2022). Impact of safe consumption facilities on individual and community outcomes: A scoping review of the past decade of research. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 141, Article 108923. <https://doi.org/10.1016/j.jsub.2022.108923>
- Faiman, B., & Tariman, J. D. (2019). Shared decision making: Improving patient outcomes by understanding the benefits of and barriers to effective communication. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(5), 540–542. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.540-542>
- First Nations Health Authority. (2022). First Nations and the toxic drug poisoning crisis in BC: January–December 2022. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-First-Nations-and-the-Toxic-Drug-Poisoning-Crisis-in-BC-Jan-Dec-2022.pdf>
- Fraser Health (2023). *Monthly overdose data reports*. <https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/mental-health-and-substance-use/overdose-prevention-and-response/monthly-overdose-data-reports>
- Fraser Health. (n.d.). About Fraser Health. <https://www.fraserhealth.ca/about-us/about-fraser-health>
- Greer, A. M., Amlani, A., Burmeister, C., Scott, A., Newman, C., Lampkin, H., Pauly, B., & Buxton, J. A. (2019). Peer engagement barriers and enablers: Insights from people who use drugs in British Columbia, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 110(2), 227–235. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0167-x>
- Health Canada. (2021). *Opioid-related poisoning and anoxic brain injury in Canada: A descriptive analysis of hospitalization data*. Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/opioid-related-hospitalizations-anoxic-brain-injury.html>
- Johnson, P., & Raterink, G. (2009). Implementation of a diabetes clinic-in-a-clinic project in a family practice setting: Using the plan, do, study, act model. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2096–2103. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02774.x>
- Jongbloed, K., Pearce, M. E., Pooyak, S., Zamar, D., Thomas, V., Demerais, L., Christian, W. M., Henderson, E., Sharma, R., Blair, A. H., Yoshida, E. M., Schechter, M. T., & Spittal, P. M. (2017). The Cedar Project: Mortality among young Indigenous people who use drugs in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 189(44), E1352–E1353. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160778>
- Kennedy, M. C., Boyd, J., Mayer, S., Collins, A., Kerr, T., & McNeil, R. (2019). Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Social Science & Medicine*, 225, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.014>
- Laurson, M., Svejvig, P., & Rode, A. (2017, August). *Four approaches to project evaluation* [Paper presentation]. The 24th Nordic Academy of Management Conference, Bodo, Norway. https://www.researchgate.net/publication/338389234_Four_Approaches_to_Project_Evaluation
- Mamdani, Z., McKenzie, S., Pauly, B., Cameron, F., Conway-Brown, J., Edwards, D., Howell, A., Scott, T., Seguin, R., Woodrow, P., & Buxton, J. A. (2021). “Running myself ragged”: Stressors faced by peer workers in overdose response settings. *Harm Reduction Journal*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00449-1>

- Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P. B., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality and Safety*, 25, 986–992. <https://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&pageId=471>
- Olding, M., Boyd, J., Kerr, T., & McNeil, R. (2021). “And we just have to keep going”: Task shifting and the production of burnout among overdose response workers with lived experience. *Social Science & Medicine*, 270, Article 113631. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113631>
- Pauly, B., Mamdani, Z., Mesley, L., McKenzie, S., Cameron, F., Edwards, D., Howell, A., Knott, M., Scott, T., Seguin, R., Greer, A., & Buxton, J. (2021). “It’s an emotional roller coaster... but sometimes it’s fucking awesome”: Meaning and motivation of work for peers in overdose response environments in British Columbia. *International Journal of Drug Policy*, 88, 103015. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103015>
- Piatkowski, T., Seear, K., Reeve, S., & Kill, E. (2024). How do relational practices co-constitute care for people who use drugs? The social and political dimensions of peer-led harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 133, 104614. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104614>
- Richardson, J., & Rosenberg, L. (2018). Peer support workers in emergency departments: Engaging individuals surviving opioid overdoses—Qualitative assessment. *Providers Clinical Support System*. <https://pcssnow.org/wp-content/uploads/2018/07/Peer-Support-Workers-in-EDs-Issue-Brief-1.24.19.pdf>
- Scheeres, J. (2015). Strategies for accelerating and sustaining change in healthcare organizations. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/229003265_Strategies_for_Accelerating_and_Sustaining_Change_in_Healthcare_Organizations
- Scow, M., McDougall, J., Slaunwhite, A., & Palis, H. (2023). Peer-led safer supply and opioid agonist treatment medication distribution: A case study from rural British Columbia. *Harm Reduction Journal*, 20, 156. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00883-x>
- Smith, J., Brown, L., & Johnson, M. (2020). The role of peer support in enhancing healthcare quality and reducing staff burnout: A systematic review. *Journal of Healthcare Management*, 65(4), 299–310. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00004>
- Statistics Canada (2023). *Census Profile, 2021 Census of Population*. Statistics Canada Catalogue no. 98-316-X2021001. Ottawa. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>
- The Neighbourhood Group. (n.d.). *Peer training and development*. TNG Community Services. <https://www.tngcommunityto.org/Programs-Services/Programs/Peer-Programs/Peer-Training-and-Development?cat=>
- Van Hout, M. C., & O’Reilly, K. (2020). Emergency department visits related to drug use and drug overdose: Impact on emergency department and healthcare workers. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 28(3), 195–204. <https://doi.org/10.1016/j.jsuat.2020.01.002>



Explorer le rôle des pairs dans la lutte contre la crise des drogues toxiques dans les services d'urgence

Janelle Tarnow¹, Rita Metwally², Aven Sidhu³, Jade Black², Tracy Stoneson⁴, Mary Van Oscha¹, Kassandra Benoit⁴, Kim Wood⁴

¹ Emergency Network, Fraser Health Authority

² Toxic Drug Response and Priority Populations, Fraser Health Authority

³ Clinical Quality and Patient Safety, Fraser Health Authority

⁴ Chilliwack General Hospital, Fraser Health Authority

Auteure principale : Janelle Tarnow, Emergency Network, Fraser Health Authority, janelle.tarnow@fraserhealth.ca

Résumé

Introduction : Les systèmes de soins de santé du Canada affrontent un nombre élevé de patients qui utilisent des drogues (PUD), qui ont un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui sont victimes d'un empoisonnement aux drogues illégales, ce qui rend nécessaire l'adoption d'approches novatrices en matière de soins. En raison du nombre élevé d'intoxications aux drogues, le personnel des services d'urgence est de plus en plus confronté à l'épuisement professionnel et à la détresse morale (Van Hout et O'Reilly, 2020). Un projet pilote d'amélioration de la qualité a été mené pour incorporer des personnes ayant une expérience de la consommation de drogues illégales (c'est-à-dire des pairs) dans les équipes des services d'urgence afin d'améliorer les résultats pour les patients et de renforcer le soutien du personnel, pour répondre à l'impact significatif de la crise des drogues illégales toxiques sur les systèmes de soins de santé.

Méthodes : Le projet s'est appuyé sur un cadre d'amélioration de la qualité Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) et sur une évaluation à méthodes mixtes axée sur l'utilisation pour évaluer l'impact de l'intégration des pairs dans le service des urgences. Un modèle

de méthodes mixtes a été adopté pour recueillir des données à partir de formulaires d'admission, d'enquêtes sur l'expérience des patients et du personnel, et d'un groupe de discussion semi-structuré composé de membres du personnel de soutien par les pairs.

Résultats : Les principaux motifs de rencontre avec les pairs ($n = 764$) étaient le soutien émotionnel, la réduction des méfaits, un aiguillage, la consommation en présence d'un témoin et la demande de produits de nécessité de base. Selon les résultats de l'enquête auprès des patients ($n = 51$), les pairs ont aidé la majorité des patients à se sentir en sécurité et plus soutenus lorsqu'ils accédaient à des soins d'urgence. Les membres du personnel des urgences ($n = 22$) se sont montrés positifs dans l'enquête sur le nouveau programme de pairs, soulignant l'amélioration du soutien aux patients, l'accès accru aux services de réduction des méfaits et les progrès d'un système de soins de santé plus fiable. Lors des groupes de discussion, les pairs ($n = 2$) ont signalé l'importance d'intégrer ce rôle dans les services d'urgence afin de s'assurer que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin dans un environnement à niveau de stress élevé qui, au fil du temps, a eu le

potentiel de causer des dommages importants en raison de la stigmatisation et des préjugés à l'égard des PUD.

Conclusion : L'intégration d'intervenants en services de soutien aux pairs dans le service des urgences pendant la crise des drogues illégales toxiques a amélioré le soutien apporté aux patients et au personnel. Cette stratégie pourrait également améliorer le moral du personnel, réduire le stress de la charge de travail, diminuer les préjugés à l'égard des PUD et améliorer les soins prodigués aux patients. Le but est d'optimiser les ressources et de renforcer l'expérience vécue par les patients et les soignants en intégrant des pairs.

Mots-clés : service des urgences, consommation de drogues, crise des drogues illégales toxiques, soutien par les pairs, expérience vécue

Introduction

En 2023, l'empoisonnement par des drogues illégales toxiques a provoqué le décès d'au moins 2 511 personnes en Colombie-Britannique (BC), au Canada, ce qui équivaut à environ 6,9 décès par jour (BC Coroners Service, 2024). Les services d'urgence de l'autorité sanitaire du Fraser (FHA) sont toujours confrontés à un nombre élevé de patients souffrant d'empoisonnement aux drogues illégales toxiques, souvent appelé surdose (Fraser Health, 2023). Selon les recherches, la consommation de substances dans les hôpitaux est un enjeu documenté en Colombie-Britannique, souvent associé à des risques accrus de surdose (Santé Canada, 2021). Une étude sur les hospitalisations pour des empoisonnements liés aux opioïdes a révélé que ces événements ont parfois des conséquences graves, comme des lésions cérébrales en raison d'une intervention tardive. Dans les hôpitaux, l'absence de services de surveillance de la consommation peut amplifier ces risques, car les patients ont la possibilité de consommer des substances discrètement, ce qui peut retarder l'administration de soins vitaux (Santé Canada, 2021). La FHA accueille également de nombreux peuples autochtones et indigènes qui sont particulièrement touchés par la crise des drogues toxiques. En effet, les données montrent que les peuples indigènes sont presque cinq fois plus susceptibles de mourir d'un empoisonnement à la drogue que les résidents allochtones de la Colombie-Britannique (Auger et Reporter, 2023).

Aux fins du présent article, le terme « drogue » désigne les substances non réglementées ou illégales, y compris, mais sans s'y limiter, le fentanyl, la méthamphétamine et l'héroïne. La multiplication des patients se présentant aux urgences pour usage de drogues ou empoisonnement par des substances toxiques, couplées au manque de soutien et de ressources pour les patients usagers de drogues (PUD), a provoqué une augmentation de la charge de travail, de l'épuisement professionnel et de l'usure de la compassion chez le personnel des urgences, et a ajouté au stress des patients (Van Hout et O'Reilly, 2020). D'autre part, la stigmatisation des PUD par le public et les prestataires de soins de santé suscite souvent une méfiance à l'égard du système de santé et un désir de masquer la consommation de drogues, ce

qui contribue à aggraver les conséquences négatives de l'usage de drogues illégales toxiques en encourageant la consommation en privé et en décourageant les visites dans des centres de soins de santé (Chan Caursonne et coll., 2019 ; Kennedy et coll., 2019).

Le présent article examine un projet pilote mené en Colombie-Britannique, où des travailleurs de soutien par les pairs sont intégrés au service des urgences d'un hôpital communautaire qui a vu augmenter le nombre de décès dus à des drogues non réglementées et d'appels d'intervention en cas de surdose (BC Emergency Health Services, 2023 ; BC Coroners Service, 2024). Le cadre du projet pilote a été inspiré par deux projets comparables dans lesquels des personnes ayant une expérience vécue ont aidé des patients à suivre un traitement et à améliorer leur qualité de vie (Coll et coll., s. d. ; The Neighbourhood Group, s.d.). Alors qu'un projet a mis en place des pairs pour les personnes séropositives à Vancouver et l'autre pour les PUD à Toronto, le soutien axé sur le patient fourni par un intervenant non médical a été observé dans les deux projets, ce qui correspondait aux fondements souhaités du projet pilote de la FHA. Ces services ont pour but d'atténuer les complications ultérieures.

Concrètement, le projet pilote d'intervenants en services de soutien aux pairs vise à répondre à la crise des drogues toxiques dans un service d'urgence des basses terres en améliorant les résultats pour les patients et en préconisant la défense des droits des PUD ; cette initiative est censée améliorer la satisfaction du personnel, réduire la charge de travail et prévenir l'épuisement professionnel. Ce projet a également contribué à l'élaboration d'un guide d'engagement normalisé pour les pairs.

Les intervenants en services de soutien aux pairs sont des personnes ayant une expérience vécue dans un domaine (dans le cas présent, l'usage non réglementé de drogues) qui sont recrutées pour apporter leur expérience et leur expertise afin de devenir des intervenants efficaces auprès des patients dans les systèmes de santé (Scow et coll., 2023 ; Richardson et Rosenberg, 2018). Les avantages de l'intégration des pairs vont de la réduction du fardeau et de la charge de travail des prestataires de soins de santé à la réduction de la stigmatisation, en passant par l'amélioration de la qualité des soins et l'établissement de rapports, tous ces éléments représentant des avantages à long terme tant pour les patients que pour le personnel (Pauly et coll., 2021 ; Smith, 2020). La présence de pairs peut également contribuer au soutien émotionnel, aux efforts de sensibilisation des patients, à l'orientation des ressources, à la consommation en présence de témoins et à l'établissement de liens avec les patients moins visibles qui sont dépendants de la drogue (Piatkowski et coll., 2024).

Méthodes

Cadre

La FHA est l'autorité sanitaire la plus fréquentée de la Colombie-Britannique, desservant plus de 2 millions de personnes et fournissant des services de santé à plus de 20 différentes communautés (Fraser Health, s.d.). Le projet pilote d'intervenants en services de soutien aux pairs a été lancé au service des urgences de Chilliwack General Hospital, un hôpital communautaire desservant environ 107 000 résidents (Statistique Canada, 2023).

Ce projet a été examiné par le Comité d'éthique de la recherche de la FHA qui a accordé une exemption conformément à l'article 2.5 de la déclaration de politique générale de Tri-Council 2 : Ethical conduct for Research Involving Human (conduite éthique de la recherche avec des êtres humains). Même si on a accordé une exemption en raison de la nature d'amélioration de la qualité du projet axé sur l'amélioration du système de santé, la confidentialité de tous les renseignements sur les patients a été maintenue conformément aux politiques de l'organisation en matière de protection des renseignements personnels. Ainsi, aucun honoraire n'a été versé aux patients et au personnel ayant participé à une quelconque partie du projet.

Description du projet

Le projet pilote a adopté le principe d'une approche centrée sur le patient en intégrant des intervenants en services de soutien aux pairs dans l'équipe du service des urgences. Les intervenants en services de soutien aux pairs étaient chargés d'offrir un soutien en matière de consommation de drogues, y compris la facilitation de la consommation en présence de témoins, l'orientation vers les ressources et l'éducation sur les approches de réduction des méfaits (tableau 1). Actuellement, ce projet pilote emploie quatre intervenants en services de soutien aux pairs qui interviennent aux urgences sept jours sur sept, de 8 h à 22 h 30, et qui relèvent directement de l'équipe des urgences de l'hôpital. Les intervenants en services de soutien aux pairs relèvent directement du chef du service des urgences, alors que le financement et un certain soutien supplémentaire sont fournis par l'équipe régionale d'intervention en cas de toxicomanie de la FHA (FHA Toxic Drug Response team). Au-delà de l'aide apportée aux patients dans les services d'urgence, les intervenants en services de soutien aux pairs effectuent également des visites préliminaires dans les grandes aires de l'hôpital afin d'identifier et d'aider les personnes ayant besoin de services d'intervention.

Mise en œuvre

Le projet pilote a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire composé de représentants du service des urgences de l'hôpital général de Chilliwack et des programmes régionaux d'urgence et de lutte contre les drogues illégales toxiques. Sa mise en œuvre a été progressive, soulignant la nécessité de gérer le changement et de procéder à une mise en place graduelle afin de lutter contre toute stigmatisation potentiellement ancrée dans les esprits. Le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) définit cinq domaines qui influencent la réussite de la mise en œuvre : les caractéristiques de l'intervention, le contexte extérieur, le contexte intérieur, les caractéristiques des individus et le déroulement. Ce projet n'a pas adopté une approche CFIR structurée, mais il a pris en compte chacun de ces domaines et a recouru à une méthodologie d'amélioration de la qualité pour évaluer divers éléments (Cullen et. coll., 2023).

Avant l'entrée en fonction des intervenants en services de soutien aux pairs, le personnel des urgences, y compris le personnel infirmier, les préposés aux unités et les aides-soignants, ont été invités à participer à une formation de deux heures portant sur l'historique de la criminalisation des drogues, la stigmatisation et l'importance de la réduction des méfaits. Cinquante-quatre membres du personnel ont participé à huit sessions animées

par un responsable de la réduction des méfaits, un coordonnateur des soins aux patients des urgences sur place et un membre de l'équipe régionale du personnel infirmier clinicien des urgences. Cette formation a aussi permis à l'équipe d'effectuer une pré-évaluation de la mise en œuvre afin de comprendre les obstacles éventuels ; mais surtout, elle a donné l'occasion au personnel du service d'urgence de poser des questions, de discuter de ses préoccupations et de comprendre la raison d'être de ce nouveau rôle. Les animateurs ont rédigé les notes de la formation et les ont transmises au groupe de travail pluridisciplinaire en vue d'apporter les modifications nécessaires à la mise en œuvre.

Les obstacles à l'adhésion du personnel du service d'urgence comprennent des commentaires sur la « culture des lieux », les caractéristiques perçues des individus « et les » connaissances et

Tableau 1

Description de poste des intervenants en services de soutien aux pairs

Objectifs principaux :

1. Fournir un soutien individuel aux PUD pour s'assurer qu'ils se sentent valorisés et pris en charge.
2. Réduire la stigmatisation à l'égard des PUD et les orienter vers les ressources offertes.
3. Prévenir et réduire les intoxications par les drogues illégales toxiques en assurant une consommation en présence de témoins, en vérifiant la présence de drogues, en fournissant des produits de réduction des méfaits et en suscitant un sentiment de solidarité.
4. Soutenir le personnel des urgences dans la prise en charge des PUD afin d'atténuer l'épuisement professionnel, la détresse morale et l'usure de la compassion

Tâches principales :

1. **Créer un environnement sécurisant pour les patients :** prioriser l'établissement de liens, le compte rendu et la solidarité.
2. **Soutenir les PUD :** faciliter le contrôle des drogues, la consommation par des témoins et la distribution de matériel de réduction des méfaits.
3. **Entamer des conversations approfondies :** discuter des risques de surdose, de la planification de la consommation de drogues et des options de sécurité.
4. **Mener des activités d'enseignement :** informer les patients et leur réseau de soutien sur les pratiques de réduction des méfaits et les ressources à disposition.
5. **Aider à la désescalade :** utiliser des techniques pour s'assurer que les patients se sentent écoutés et valorisés
6. **Préparer et tenir à jour une documentation précise**
7. **Soutenir les liens entre les patients et les équipes de soins :** faciliter les interactions avec les ressources sur place et les services communautaires
8. **Fournir une formation et un soutien au personnel de première ligne des urgences :** proposer des formations sur la réduction des méfaits, les pratiques tenant compte des traumatismes, la lutte contre la stigmatisation et divers sujets liés à la consommation de drogues

croyances ». Certaines inquiétudes ont également été exprimées concernant la confiance et la peur, et la façon dont les intervenants en services de soutien aux pairs pourraient nuire davantage aux patients. Pour surmonter ces obstacles et atténuer toute stigmatisation sous-jacente, des efforts considérables ont été déployés pour socialiser et identifier des champions des services d'urgence afin d'aider à éduquer et à faire participer le personnel au but et aux objectifs du programme par le biais de réunions d'unité, de réunions du personnel, de bulletins d'information et d'affiches, et ce pendant plusieurs mois avant le lancement du programme.

Pour faciliter leur intégration au service des urgences, les intervenants en services de soutien aux pairs ont participé à des cours d'orientation, à des activités de mentorat avec l'infirmière responsable et les éducateurs, et ont collaboré avec des équipes interdisciplinaires pour se familiariser avec le service des urgences et les ressources de l'établissement et de la communauté. Le gestionnaire du service d'urgence s'est régulièrement entretenu avec le personnel pour obtenir ses commentaires et a fourni un soutien continu, un compte rendu et une formation dans le cadre de réunions avec les intervenants en services de soutien aux pairs. Une communauté de pratique entre pairs a également été créée par l'équipe régionale de lutte contre les drogues illégales toxiques afin de réunir les pairs des différents programmes de la FHA et de leur donner l'occasion de collaborer et de partager leurs connaissances.

Évaluation et amélioration de la qualité

Notre évaluation du projet a suivi les méthodologies basées sur l'utilisation et les résultats de Laursen et coll. (2017) « Four approaches to project evaluation » (Annexe 1). Les sources de données principales comprenaient les données d'utilisation du programme (nombre de clients, nombre de références, nombre de consommations en présence de témoins, etc.), les commentaires des patients, les commentaires du personnel et les données administratives. La méthodologie choisie repose sur des mesures de la réussite du programme basées sur les résultats et sur des critères de réussite précis. L'évaluation du projet visait à décrire les différents utilisateurs et services du programme d'intervenants en services de soutien aux pairs, y compris ses obstacles et ses points forts. Voir l'annexe 2 pour le modèle logique.

L'approche prédominante d'amélioration de la qualité a été basée sur le cadre Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) afin d'assurer une intégration efficace au sein du service d'urgence et de recueillir des informations précieuses sur l'impact du programme (Corry et coll., 2017 ; Johnson et coll., 2009). La méthodologie comprenait des cycles itératifs, allant des changements les plus importants (par exemple, l'accueil et le déploiement des services de réduction des méfaits — la manière dont les orientations sont effectuées, la communication entre les membres du personnel, la prestation de services, etc.) aux plus modestes (par exemple, l'emplacement des outils de collecte de données), chaque cycle informant le cycle suivant. Chaque cycle comprend la définition des objectifs et de la logistique (planifier), la mise en œuvre du changement (exécuter), l'évaluation de la rétroaction par le biais de diverses méthodes de collecte de données (étudier) et l'adoption, l'adaptation ou l'abandon du changement (agir).

Collecte et analyse de données

La collecte des données s'est faite selon une approche mixte. Après un essai avec le personnel pour s'assurer des meilleures pratiques de collecte, des formulaires d'admission ont été élaborés par la direction du programme et remplis par les pairs pour recueillir des informations sur les patients, y compris des données démographiques et la raison de leur visite au service des urgences. Compte tenu de l'impact de l'empoisonnement par des drogues toxiques dans les communautés autochtones de la Colombie-Britannique, le programme a prévu une possibilité facultative pour les patients de s'identifier comme étant autochtones. Cela a permis d'offrir un soutien culturellement sûr et approprié par l'intermédiaire d'un agent de liaison en santé autochtone (IHL). Ce programme a été conçu pour servir la population générale, mais il était essentiel de comprendre son influence sur l'engagement des communautés autochtones dans les services de santé, afin de s'assurer que le programme respectait et répondait aux besoins uniques de ces communautés.

Une enquête anonyme a été proposée aux patients par les intervenants en services de soutien aux pairs via un code QR. Elle comprenait des questions nominales à choix unique concernant leur expérience du service, ainsi qu'une option pour tout autre commentaire. On a également eu recours à une enquête semblable pour recueillir les commentaires du personnel sur le programme. Un groupe de discussion d'une durée d'une heure a été organisé en personne environ six mois après le lancement du programme afin d'obtenir des rétroactions, y compris les obstacles perçus et les opportunités, de la part des intervenants en services de soutien aux pairs ; deux sur quatre intervenants ont participé pour partager leurs apprentissages. La discussion n'a pas été enregistrée et, bien qu'elle ait été dirigée par une série de cinq questions, elle a été plutôt conversationnelle que formelle, ce qui a permis aux pairs d'évoluer dans un environnement sûr et de partager librement sans crainte de conséquences ni de jugement.

Les logiciels Microsoft Excel et Stata IC v15.1 ont été utilisés pour l'analyse des statistiques descriptives. Des tests du chi-carré, des analyses de la variance (ANOVA) et des tests t ont été effectués le cas échéant, avec un seuil de signification fixé à 0,05. Les intervenants en services de soutien aux pairs ont rempli les formulaires d'admission lors de leur premier contact avec les patients, à partir des informations contenues dans le dossier du patient fournies volontairement par celui-ci ; par conséquent, il manquait parfois certaines informations. Les patients ont été orientés vers un intervenant en services de soutien aux pairs par le personnel infirmier ou les médecins des urgences, à la demande du patient, sur la base d'une plainte (p. ex. empoisonnement par une drogue illégale toxique) ou d'une auto-identification en tant que PUD. Conformément aux pratiques de dépistage universel de la FHA, tous les patients des urgences doivent être interrogés sur la consommation de drogues illégales dans un contexte sécuritaire et adaptés aux réalités culturelles et aux traumatismes. Les patients sont orientés vers les intervenants en services de soutien aux pairs par le biais d'un système de saisie des commandes en ligne Meditech.

L'analyse des cas existants a été effectuée pour traiter les données manquantes sur les formulaires d'admission et, pour chaque variable analysée, seules les données disponibles pour une variable

particulière ont été utilisées. Les données des enquêtes auprès du personnel et des patients ont été rassemblées par question et présentées sous forme de tableau. Les réponses libres et les rétroactions des groupes de discussion ont été regroupées par thèmes en grandes catégories. Les thèmes ont été dégagés par une analyse thématique du contenu des réponses libres des enquêtes et des notes prises par l'évaluateur lors du groupe de discussion. L'évaluateur a catégorisé la rétroaction en groupes pertinents pour soutenir le processus d'évaluation (Braun et coll., 2023). Les rapports ont suivi les lignes directrices des Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0) (description du problème, ce qui a été fait pour résoudre le problème, les résultats et leur signification; Ogrinc et coll., 2015).

Résultats

Le projet pilote d'intervenants en services de soutien aux pairs aux urgences a été lancé en août 2023 et est en cours. Entre le lancement et juin 2024, 1055 rencontres avec des patients (définies comme étant le moment où un pair s'est engagé avec un patient d'une manière qui a permis de remplir un formulaire

d'admission et d'obtenir un soutien pertinent supplémentaire) ont eu lieu. Le volume d'inscriptions des patients a rapidement dépassé la capacité de saisie manuelle. Ainsi, seules les données obtenues à l'aide de Microsoft Forms ont été utilisées pour cette analyse ($n = 764$). Les tableaux 2 et 3 présentent les caractéristiques des patients et les types d'engagements des pairs qui ont eu lieu. Le rapport d'évaluation complet est fourni sur demande.

Rétroaction des patients

Une version adaptée de l'enquête régionale anonyme sur l'expérience des patients a été créée pour mieux comprendre l'expérience des patients ayant spécifiquement recours à l'aide des intervenants en services de soutien aux pairs dans les services d'urgence. On a adapté l'enquête pour y inclure des questions se rapportant plus spécifiquement au programme d'intervenants en services de soutien aux pairs qu'à l'expérience des patients au cours de leur visite en soins aigus en général. L'enquête était anonyme, facultative et ne comportait pas de rémunération. Nous avons reçu 51 questionnaires de patients et la plupart des commentaires ont été extrêmement positifs (tableau 4).

Tableau 2

Caractéristiques des patients

Réponses	Total	Homme	Femme	Non précisé	valeur <i>p</i>
Total <i>n</i> (%)	764 (100)	547 (87,4)	205 (32,7)	12 (1,9)	n.d.
Âge, Nombre de réponses <i>n</i> (%)	626				
Années, Moyenne (ÉT)	43 (15)	43 (16)	38 (15)	38 (22)	< 0,05
Années, Médiane (IQ)	41 (8–85)	41 (13–85)	39 (8–75)	36 (18–62)	-
Autodéclaré autochtone <i>n</i> (%)	226 (30)	154 (28)	70 (34)	2 (17)	0,170
Demande d'être référé à Indigenous Health Liaison <i>n</i> (%)	53 (7)	29 (5)	23 (11)	1 (8)	< 0,05
Inscrit pour soins hospitaliers <i>n</i> (%)	652 (85)	480 (88)	167 (81)	5 (42)	< 0,05
Nouveaux passages <i>n</i> (%)	437 (57)	347 (63)	82 (40)	8 (67)	< 0,05

Tableau 3

Engagement des pairs avec les patients

Activité d'engagement	Interventions, <i>n</i> (%)
Type de soutien demandé	
Demandes totales	737 (100)
Soutien individuel	695 (94)
Besoins essentiels (nourriture, linge, etc.)	172 (23)
Orientation(s)	104 (14)
Consommation supervisée	55 (7)
Autre	63 (9)
Fourniture de matériel de réduction des méfaits	
Total des fournitures remises	219 (100)
Outil d'inhalation	173 (79)
Trousse de naloxone	135 (62)
Trousse d'injection sécuritaire	37 (17)
Matériel de protection sexuelle	37 (17)
Autre	39 (18)

Citations de patients

1. J'ai apprécié le suivi et le soutien.
2. C'était vraiment cool de pouvoir bénéficier d'outils de réduction des méfaits dans un endroit où je me sens habituellement gênée.
3. J'ai travaillé avec un intervenant en services de soutien aux pairs qui m'a appris comment consommer de manière plus sûre et qui m'a fourni des outils. C'était une bonne expérience et l'intervenant m'a aidé sans porter de jugement.
4. J'ai eu accès à la consommation supervisée et cela m'a vraiment fait du bien. Cela m'a permis de rester ici plus longtemps, merci à l'intervenant.
5. La consommation supervisée a été utile pour moi et ma conjointe. Je me suis senti en sécurité et on s'est occupé de moi.

Commentaires du personnel

Nous avons reçu un total de 22 réponses après l'avoir envoyé à 142 membres du personnel. Tous les membres du personnel interrogés ont indiqué qu'ils étaient au courant du programme d'intervenants en services de soutien aux pairs, et la plupart des répondants ont estimé que le programme pourrait avoir des résultats positifs (tableau 5).

Tableau 4

Commentaires des patients sur le programme d'intervenants en services de soutien aux pairs

Réponses à l'enquête	
Questions	Réponse, n (%)
Je me suis senti(e) invite(e) à prendre des décisions concernant mes soins en collaboration avec l'intervenant.	19 (44 %)
Tout à fait d'accord	18 (42 %)
D'accord	6 (14 %)
Neutre	0 (0 %)
Pas d'accord	0 (0 %)
Pas du tout d'accord	8 (18 %)
Données manquantes	
L'intervenant m'a aidé à me sentir en sécurité dans le service des urgences	
Tout à fait d'accord	21 (49 %)
D'accord	19 (44 %)
Neutre	3 (7 %)
Pas d'accord	0 (0 %)
Pas du tout d'accord	0 (0 %)
Données manquantes	5 (10 %)
L'intervenant était disponible pendant mon séjour aux urgences	
Tout à fait d'accord	13 (31 %)
D'accord	19 (45 %)
Neutre	8 (19 %)
Pas d'accord	2 (5 %)
Pas du tout d'accord	0 (0 %)
Données manquantes	5 (10 %)
Réponses totales	51 (100)

En dépit des préoccupations exprimées lors des formations du personnel des urgences qui ont eu lieu avant l'entrée en fonction des intervenants en services de soutien aux pairs, l'attitude du personnel des urgences a sensiblement évolué au fur et à mesure du déroulement du projet. Comme le reflètent les résultats de l'enquête, la plupart des membres du personnel des urgences considèrent que les intervenants en services de soutien aux pairs ont créé un système de soutien pour les patients, ce qui a permis d'établir de meilleurs partenariats et une meilleure confiance. Les commentaires du personnel des urgences soulignent que le rôle de l'intervenant en services de soutien aux pairs a grandement amélioré les soins aux patients, réduit la charge de travail du personnel, amélioré le bien-être émotionnel des patients et contribué à de meilleurs résultats globaux dans le service des urgences. Le personnel a exprimé son soutien et sa volonté d'élargir la disponibilité de l'intervenant en services de soutien aux pairs.

Citations du personnel

1. En tant que médecin au service des urgences de l'hôpital général de Chilliwack, j'ai appris à être reconnaissant envers le rôle des intervenants en services de soutien aux pairs. Ils comblent une lacune réelle en matière de contact personnel et de compassion et constituent un pont menant aux services.
2. Le programme pilote d'intervenants en services de soutien aux pairs a été un ajout extraordinaire au service des urgences de l'hôpital général de Chilliwack. Leur savoir est inestimable et leur capacité à établir des liens a considérablement amélioré le bien-être émotionnel général des populations qu'ils desservent. Ma charge de travail dans ce domaine a diminué à cause d'eux. Si seulement ils étaient disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
3. Le programme d'intervenants en services de soutien aux pairs a été un atout incroyable pour nous à l'hôpital général de Chilliwack. Il a permis d'alléger la charge de travail du personnel et d'améliorer considérablement l'expérience des patients.

Tableau 5

Résultats de l'enquête auprès du personnel

Questions	Réponse, n (%)
Nombre total d'enquêtes reçues	22 (100)
Avez-vous entendu parler du programme de soutien par les pairs ?	22 (100)
J'estime que l'intervenant pourrait avoir un impact positif sur les résultats des patients en :	
Améliorant la qualité de vie	20 (91)
Favorisant l'accès aux ressources de réduction des méfaits	21 (95)
Créant un système de soutien	20 (91)
Créant des liens avec la communauté	19 (86)
Instaurant un climat de confiance avec les patients	20 (91)
Autre (veuillez préciser) : offrant un espace sûr, des possibilités de consommation surveillée, une aide pour les résultats et les besoins identifiés par le patient lui-même	3 (14)

4. J'ai constaté une diminution importante du nombre de codes blancs et une amélioration marquée de la satisfaction des patients depuis l'arrivée de nos intervenants en services de soutien aux pairs.
5. Je suis un grand admirateur du rôle des intervenants en services de soutien aux pairs. Inestimable pour les patients. Permet d'éviter une charge émotionnelle importante pour le personnel médical. Il serait difficile de fonctionner à nouveau sans eux.
6. L'argent investi dans l'embauche d'intervenants en services de soutien aux pairs aurait dû être consacré à la création de nouveaux centres de traitement.

Commentaires des intervenants en services de soutien aux pairs

L'analyse du groupe de discussion avec deux intervenants en services de soutien aux pairs a révélé leur dévouement à leur rôle, motivé par le désir de partager leurs expériences vécues et d'aider ceux pour qui ils éprouvent de l'empathie. Pour le bien-être des pairs, la session n'a pas été enregistrée, ce qui explique le nombre limité de citations directes pour l'analyse. Les intervenants se sont dits bien soutenus par la direction des établissements et pleinement intégrés à l'équipe du service des urgences, ce qui est essentiel à la réussite du programme. Selon eux, ils se sentent épanouis en voyant les patients progresser et en disposant d'un « moyen concret de gérer leur propre malaise face au système » en défendant les intérêts de leurs patients. Ils ont également souligné l'importance de l'intégration des intervenants en services de soutien aux pairs dans le service des urgences pour s'assurer que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin dans un milieu où les activités se déroulent à un rythme rapide et sont souvent stressantes. Les intervenants ont aussi fait état de sentiments d'épuisement et de détresse morale causés par les injustices systémiques, les préjugés du personnel, l'inégalité salariale et le manque de ressources communautaires. Dans l'ensemble, ils se sont montrés très favorables au programme et ont exprimé le souhait qu'il se poursuive.

Discussion

Le projet pilote d'intégration des intervenants en services de soutien aux pairs dans le service des urgences a démontré que les pairs peuvent être efficacement intégrés dans des systèmes de santé complexes, améliorant ainsi l'expérience des patients et du personnel, lorsqu'une approche pluridisciplinaire, une planification globale et des méthodes itératives d'amélioration de la qualité par le biais de cycles PEÉA sont employées. Les intervenants ont non seulement fourni des soins importants aux PUD, ils ont également contribué à réduire la stigmatisation au sein du personnel. L'intégration des intervenants en services de soutien aux pairs dans l'équipe du service d'urgence a favorisé la confiance, le respect et la collaboration, ce que reflètent les commentaires, et pourrait contribuer à un environnement de travail plus compatissant et plus empathique.

L'enquête a révélé que la présence des intervenants en services de soutien aux pairs réduisait la charge de travail du personnel infirmier et améliorait la satisfaction générale au travail. Les intervenants en services de soutien aux pairs ont facilité l'accès aux produits de base, ont surveillé la consommation, ont orienté les patients vers des ressources communautaires et ont fourni un soutien individuel. Ce sont là des tâches qui étaient souvent prises en charge auparavant par le personnel infirmier des urgences, ce qui a permis aux infirmières et infirmiers de se concentrer davantage sur leurs

tâches cliniques. Bien qu'aucune donnée préalable à l'enquête sur la charge de travail n'ait été recueillie, les commentaires du personnel ont fait ressortir que le rôle de l'intervenant en services de soutien aux pairs comblait efficacement une lacune dans les services, atténuant ainsi les pressions découlant de la charge de travail. Selon certaines études, l'augmentation de la charge de travail dans les services d'urgence se traduit par une détresse morale, un épuisement professionnel et une réduction dans le maintien de l'effectif (Boulton et Farquharson, 2023). Il est donc possible que la réduction de la charge de travail du personnel par l'implication des intervenants en services de soutien aux pairs atténue la détresse morale et l'épuisement professionnel en relevant les défis au niveau du système associé à la prise en charge de patients présentant des problèmes complexes. Ces bienfaits peuvent également contribuer à résoudre des problèmes plus généraux au sein du système de santé canadien, tels que les problèmes de maintien en poste du personnel, les taux de rotation élevés et la pression croissante sur les services d'urgence, tout en assurant une prestation de soins durable et de haute qualité (Boulton et Farquharson, 2023). Il est donc conseillé aux futurs projets de mesurer l'épuisement du personnel et les pressions liées à la charge de travail à l'aide d'outils normalisés, de manière itérative au cours du projet, afin de démontrer les changements survenus après la mise en place des intervenants en services de soutien aux pairs.

Il est cependant essentiel, avant de mettre en œuvre un tel programme, de bien comprendre le contexte actuel, y compris les défis et les obstacles potentiels liés à l'intégration de personnel ayant une expérience vécue de la toxicomanie. Des efforts significatifs de collaboration et de socialisation sont requis pour découvrir et atténuer les préjugés qui peuvent exister au sein du personnel du service d'urgence. Alors que la plupart des membres du personnel voient des avantages à l'intégration de pairs dans le service d'urgence, deux commentaires font état d'une possible stigmatisation, ce qui souligne la nécessité d'une formation continue et d'un travail de déstigmatisation dans le cadre de ce programme. Ce projet a révélé comment les pairs, munis d'une expertise en matière de toxicomanie, peuvent également contribuer à la désescalade, à l'orientation vers les ressources et à l'éducation, apportant ainsi un soutien supplémentaire aux patients et au personnel. Le personnel du service d'urgence a fait remarquer, dans les commentaires libres de l'enquête, une diminution appréciable des codes blancs après la mise en œuvre du rôle de l'intervenant en services de soutien aux pairs, mais les données sur les codes blancs n'avaient pas été recueillies avant la mise en place du rôle. Il est donc difficile de déterminer s'il s'agit d'une diminution importante sur le plan statistique.

Au-delà de sa fonction d'aide pratique, l'intervenant en services de soutien aux pairs semble faire preuve d'un allié inestimable pour les patients dans le contexte exigeant des soins de santé. L'intervenant en services de soutien aux pairs fait partie de l'équipe soignante et travaille en collaboration avec les équipes cliniques pour soutenir les patients dans leur continuum de soins, et ce, dans le cadre d'un modèle où le patient est prioritaire. En effet, les patients sont considérés comme les experts de leur propre santé et s'ils souhaitent être orientés vers une cure de désintoxication, un traitement ou tout autre soutien supplémentaire au-delà des soins aigus, les intervenants en services de soutien aux pairs aident à naviguer dans le système de santé en collaboration avec le patient et l'équipe

de soins de santé. Cette stratégie de réduction des méfaits correspond à l'évolution récente de la prise en charge médicale vers une prise de décision partagée (Fairman et coll., 2019). De plus, notre enquête sur l'expérience des patients a révélé que 80 % d'entre eux ont déclaré que les intervenants avaient contribué à créer un environnement sûr et de confiance, ce qui peut encourager les personnes qui hésiteraient à se faire soigner à s'engager dans les services de soins de santé. L'un des avantages soulignés par les patients et le personnel est que les intervenants offrent des possibilités de consommation supervisée. Bien que l'abstinence ne soit pas forcément l'objectif préféré de tous les patients, les programmes qui proposent une consommation supervisée peuvent offrir une possibilité de consommation plus sûre et de connexion (Dow-Flesiner, Lomness et Woolgar, 2022). À l'avenir, les projets pourraient bénéficier de l'intégration d'une gamme plus solide de mesures comprenant des données itératives tout au long du projet sur les cas d'empoisonnement par des drogues illégales toxiques, la mortalité, les questionnaires normalisés sur la charge de travail et l'épuisement du personnel, le nombre de réadmissions et le nombre de patients ayant des antécédents de consommation de drogues.

Le fait que les peuples autochtones soient représentés de manière disproportionnée dans les décès par empoisonnement aux drogues toxiques est bien documenté et s'explique par des intersections complexes de barrières systémiques enracinées dans la stigmatisation, l'oppression et les traumatismes intergénérationnels (First Nations Health Authority, 2022; Jongbloed et coll., 2017). Au moment de remplir les formulaires d'admission, les intervenants ont demandé à chaque patient s'il s'identifiait comme autochtone. Si la réponse était positive, le patient recevait une explication sur le programme de liaison autochtone et se voyait proposer une orientation. Les agents de liaison autochtone aident les patients de l'hôpital qui s'identifient comme étant autochtones en leur apportant un soutien culturel, en défendant leurs intérêts, en les orientant vers la communauté et en les guidant dans le système de soins de santé. Alors que 8 % de la population desservie par l'hôpital général de Chilliwack s'identifie comme étant autochtone, 30 % se sont déclarés en tant qu'autochtones auprès des intervenants en services de soutien aux pairs en remplissant le formulaire d'admission et seulement 23 % de ceux-ci ont demandé à être mis en contact avec un agent de liaison autochtone (Statistique Canada, 2023). Même si cette question n'a pas été approfondie dans le cadre de ce projet, ce faible taux d'orientation pourrait s'expliquer par le fait que le patient est déjà en contact avec l'équipe de liaison autochtone puisque la ressource est également proposée lors de l'inscription à l'hôpital. Il se pourrait également que le patient ne veuille pas de soutien supplémentaire pour le moment ou qu'il ne se sente pas en sécurité lorsqu'il demande de l'aide. Ce constat souligne la nécessité de poursuivre les conversations avec les partenaires autochtones pour s'assurer que les patients reçoivent le soutien qu'ils souhaitent.

La durabilité de l'intégration des pairs dans le service d'urgence passe par un soutien régulier, car ce rôle peut mener à l'épuisement et au préjudice moral (Mamdani et coll., 2021), comme l'ont souligné les membres du groupe de discussion des pairs. Les programmes qui ont intégré des pairs dans d'autres contextes, par exemple au sein de la communauté, ont également souligné l'augmentation de l'épuisement ressenti par les pairs — un phénomène

courant dans les environnements où l'on travaille avec des PUD (Olding et coll., 2021). À la lumière des commentaires des intervenants en services de soutien aux pairs, la planification future de programmes semblables devrait prévoir des vérifications régulières, des mesures de soutien en matière de santé mentale et de bien-être adaptées aux pairs, un salaire concurrentiel, un horaire viable et un travail continu de déstigmatisation auprès du personnel des services d'urgence (Greer et coll., 2019). Ces éléments sont tout aussi essentiels lors des allocations budgétaires initiales pour mettre en place un programme durable et résilient, afin de réduire l'épuisement des pairs. Il est également nécessaire, lors de l'intégration d'un programme de pairs, de mettre en œuvre de manière significative les possibilités de recevoir leurs commentaires afin de s'assurer que leur voix est valorisée (Bardwell et coll., 2018). Ces lieux sûrs offrent la possibilité de partager des idées tant verbalement que par écrit, d'être consultés lorsque des changements ou des décisions sont envisagés et d'être représentés lors de présentations ou de discussions sur le projet avec les dirigeants ou les parties concernées (Brown et coll., 2019).

Ce projet pilote se distingue par la supervision de l'emploi et la structure de soutien du programme des intervenants en services de soutien aux pairs. Ces derniers dépendent directement du responsable du service des urgences afin de faciliter le soutien pratique, la responsabilisation et le développement de l'esprit d'équipe. Ils sont embauchés par le syndicat des employés de l'hôpital, ce qui garantit que les pairs bénéficient d'avantages en matière de soins de santé et de congés. Les intervenants ont participé aux réunions du personnel du DE, aux formations, aux rassemblements matinaux, et étaient directement responsables devant la direction du DE, ce qui a permis l'établissement d'une relation et d'un respect entre les intervenants et les autres membres du personnel du DE, témoignant d'une véritable intégration au sein de l'équipe. Cela a pu avoir un impact sur les préjugés, car le personnel du service d'urgence était maintenant en possession d'informations et d'enseignements provenant de personnes ayant une expérience vécue et travaillant à leurs côtés, ce qui a pu leur offrir de nouvelles perspectives sur des questions telles que l'usage de drogues. Le matériel du programme a été actualisé régulièrement à partir des commentaires fournis par les intervenants pairs en collaboration avec le groupe de travail interdisciplinaire du projet.

De plus, l'équipe régionale de lutte contre les drogues toxiques s'est fortement impliquée dans l'élaboration du programme en apportant son expertise et son soutien, et en veillant à ce que la réduction des méfaits soit intégrée à l'ensemble du programme. Bien que cette méthode offre de nombreux avantages, il a fallu, dans certains cas, clarifier les rôles pour comprendre cette structure matricielle. À l'avenir, pour contribuer à atténuer les difficultés, une meilleure compréhension de la mise en œuvre d'autres rôles similaires dans la région, ainsi qu'une définition claire du fonctionnement des structures de rapport grâce à des ressources d'AQ telles qu'une matrice RACI (responsable, autorité, consulté, informé), sera nécessaire (Brower, 2021; Scheeres, 2015).

L'intégration de méthodologies d'amélioration de la qualité et d'évaluation a été déterminante pour surmonter les difficultés et évaluer l'impact du projet. Par exemple, dans les semaines qui ont suivi le lancement du programme, il était évident que les intervenants apportaient leur soutien aux patients à l'extérieur

par le biais de la consommation surveillée. Cette observation a incité l'équipe à étudier la possibilité d'établir une zone fixe de consommation surveillée sur place. Cependant, des contraintes logistiques ont rendu cette approche peu réaliste, ce qui a nécessité l'élaboration d'autres stratégies. Pour cette raison, l'équipe a décidé de renforcer les stratégies visant à assurer la sécurité des intervenants et des patients à l'extérieur, notamment en établissant un partenariat avec les services de sécurité et en utilisant des radios bidirectionnelles avec un membre du personnel du service des urgences. Une vingtaine de cycles PEÉA ont été menés tout au long du projet, chacun apportant des informations précieuses pour l'amélioration itérative du programme. Au fil de l'évolution du programme, la documentation formelle des cycles PEÉA devenait moins structurée. Toutefois, la méthodologie est demeurée la pierre angulaire du processus décisionnel. La robustesse de nos mesures a été restreinte par les priorités concurrentes auxquelles le personnel du DE a dû faire face. Par ailleurs, nos efforts de collecte de données en temps réel n'avaient pas de dénominateur pour tenir compte du nombre de patients potentiels qui auraient pu être oubliés. Pour cette raison, les futures équipes souhaitant mettre en œuvre des programmes semblables devraient collaborer avec les équipes chargées des données pertinentes dès le début du processus afin de s'assurer que les voies d'accès aux données appropriées sont établies dès le début. Dans le même ordre d'idées, il convient d'accorder une attention particulière aux aspects opérationnels de la planification du programme, en particulier aux structures hiérarchiques claires, aux rôles définis et à la délimitation des tâches pour les pairs, surtout dans des environnements en évolution rapide comme celui du DE. Assurer la clarté des tâches, un plan de durabilité pour le salaire des pairs et le champ d'application de la pratique des pairs est essentiel pour garantir un soutien adéquat aux patients, aux pairs et au personnel pendant les complexités de la réalisation. Cette initiative pilote a permis de tirer des enseignements pour le développement de programmes de pairs dans d'autres établissements de santé, ce qui pourrait transformer les soins aux patients dans l'ensemble du Canada.

Limites

Les formulaires électroniques reposaient sur des informations fournies volontairement par les patients. Malgré les efforts déployés pour établir un lien précis entre les différentes rencontres, ces informations pouvaient être biaisées. Les sondages sur l'expérience des patients et du personnel étaient anonymes, ce qui soulève la possibilité que la même personne réponde plusieurs fois. L'analyse a en outre porté sur des données recueillies à un moment où le programme était déjà bien établi; l'expérience aurait donc pu être perçue différemment si elle avait été évaluée dès le début. L'enquête destinée au personnel ne définissait pas la « qualité de vie ». Par conséquent, les répondants peuvent avoir des perceptions très différentes de ce que cela signifie et de la manière dont les pairs peuvent avoir un effet sur la qualité de vie de leurs clients. Sur les 4 intervenants en services de soutien aux pairs, seuls 2 ont pu participer au groupe de discussion. Le projet n'a pas non plus permis d'accéder aux données du système de santé afin d'évaluer les tendances au fil du temps ni de réaliser des enquêtes avant la mise en œuvre du projet. Malgré l'expertise de l'équipe en matière d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de la qualité, les priorités régionales concurrentes et les

difficultés d'accès aux données cruciales ont limité la portée de l'engagement et l'étendue de l'analyse d'impact. La rigueur méthodologique et statistique des futurs projets, y compris l'intégration de systèmes de suivi plus robustes pour des variables supplémentaires telles que les codes blancs, pourrait permettre d'obtenir des informations supplémentaires. Étant donné qu'il existe peu de documentation préalable sur un projet de ce genre, l'évaluation du projet permet d'éclairer les changements qui sont mis en œuvre en fonction des besoins, et donc d'informer les nouveaux cycles de financement et de formuler d'autres recommandations pour les projets à venir.

Conclusion

La réalisation du projet pilote d'intervenants en services de soutien aux pairs s'est avérée inestimable dans le contexte de la crise des drogues illégales toxiques dans un service d'urgence des basses terres du Fraser. Ce rôle prometteur devrait être reproduit dans d'autres services. Les commentaires reçus indiquent que ce rôle semble soutenir à la fois les patients et le personnel, ce qui pourrait favoriser des expériences de soins de qualité pour les patients et offrir une voie pour l'identification précoce des besoins en matière de toxicomanie et l'allocation des ressources pour les soins respectifs. Les patients ont affirmé que les pairs leur permettaient de se sentir véritablement écoutés, respectés et valorisés dans leurs décisions en matière de soins de santé. Les intervenants en services de soutien aux pairs ont joué un rôle essentiel dans la promotion de pratiques plus sûres en matière de consommation de drogues, en supervisant la consommation, en distribuant du matériel de réduction des méfaits, en s'alliant et en lançant des initiatives éducatives en matière de réduction des méfaits.

Selon les commentaires du personnel, le programme a stimulé le moral, réduit le stress lié à la charge de travail et diminué la stigmatisation liée à la consommation de drogues, ce qui a permis d'améliorer les soins aux patients et de réduire l'épuisement professionnel du personnel de l'urgence. L'intégration de pairs dans les services d'urgence peut réellement soutenir les PUD tout en permettant au personnel de dispenser des soins plus compatissants, plus complets et plus empathiques.

Incidences sur la pratique clinique d'urgence

7. La mise en œuvre du rôle des pairs assure le soutien nécessaire au personnel des urgences dans la gestion des cas de toxicomanie, ce qui permet d'alléger la charge de travail et de réduire l'épuisement professionnel chez les prestataires de soins de santé.
8. Par des consultations sur une base régulière et des groupes de discussion, les pairs offrent des perspectives précieuses et peuvent aider à atténuer les préjugés conscients et inconscients du personnel du service d'urgence, favorisant ainsi une approche des soins respectueuse des traumatismes.
9. La collaboration entre les pairs et le personnel du service d'urgence peut améliorer les résultats des soins aux patients en mettant en œuvre des pratiques de réduction des méfaits.
10. Une collaboration pluridisciplinaire et un leadership bidirectionnel à plusieurs niveaux de l'autorité sanitaire sont nécessaires pour créer des améliorations durables qui auront un impact direct sur la pratique des urgences.

Les auteurs

Janelle Tarnow est une infirmière autorisée qui travaille en tant qu'infirmière clinicienne éducatrice régionale pour les urgences auprès de l'autorité sanitaire du Fraser en Colombie-Britannique. Elle se spécialise dans le soutien aux services d'urgence concernant la réponse aux drogues toxiques et les initiatives de sécurité culturelle autochtone. Elle achève sa maîtrise en pratique infirmière avancée (Advanced Practice Leadership) à l'université de Victoria et a récemment donné une présentation à la conférence 2024 Health Quality B.C. sur l'initiative des pairs dans les services d'urgence. Elle aime voyager à travers le monde, se réveiller dans les montagnes, faire de la plongée sous-marine et les Seahawks.

Rita Metwally est spécialiste de l'évaluation pour le programme Toxic Drug Response and Priority Populations de l'autorité sanitaire du Fraser. Elle achève sa maîtrise en administration publique à la Johnson-Shoyama School of Public Policy de l'université de la Saskatchewan. Rita se passionne pour la réussite des programmes visant à répondre aux besoins sociaux. Elle aime lire, danser et profiter de la nature lorsqu'elle n'est pas au travail.

Aven Sidhu est chef de l'amélioration de la qualité au sein du Clinical Quality & Patient Safety Department (département de la qualité clinique et de la sécurité des patients) de Fraser Health. Il est titulaire d'un diplôme de médecine du Royal College of Surgeons en Irlande et au Bahreïn et d'une maîtrise en sciences (santé publique) de la London School of Health and Tropical Medicine. Aven se consacre à la traduction des données en informations utiles pour les scénarios cliniques et à l'identification des informations qui évaluent l'impact global sur le système de santé. Durant son temps libre, il pratique le golf, le hockey et la lecture.

Jade Black est responsable de la réduction des méfaits au sein du portefeuille Toxic Drug Response and Priority Populations de l'autorité sanitaire du Fraser. Elle est titulaire d'une maîtrise en criminologie critique avec une spécialisation en toxicomanie et en études de genre. Jade se consacre au soutien des meilleures pratiques en matière de réduction des méfaits, à la recherche sur la santé communautaire et à la défense des femmes dans l'éducation et sur le lieu de travail. Elle aime le Pilates, les comédies musicales et la lecture de publications sur le bien-être personnel.

RÉFÉRENCES

Auger, O., & Local Journalism Initiative Reporter. (2023, April 24). *Indigenous people bear the brunt of the toxic drug crisis*. The Canadian Press. Canadian Press Enterprises Inc. <https://thetyee.ca/News/2023/04/24/Indigenous-People-Bearing-Brunt-Toxic-Drugs/>

Bardwell, G., Kerr, T., Boyd, J., & McNeil, R. (2018). Characterizing peer roles in an overdose crisis: Preferences for peer workers in overdose response programs in emergency shelters. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.023>

Boulton, O., & Farquharson, B. (2023). Does moral distress in emergency department nurses contribute to intentions to leave their post, specialisation, or profession: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, Article 100164. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100164>

Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of*

Remerciements

Ce projet pilote n'aurait pas connu le succès sans la collaboration dévouée et passionnée d'un grand nombre de services de l'autorité sanitaire du Fraser : Toxic Drug Response & Priority Populations, Clinical Quality & Patient Safety, Emergency Network, Population Health & Observatory et le personnel et la direction de l'hôpital général de Chilliwack. Les auteurs souhaitent remercier Jacqueline Koot, responsable de l'évaluation et du suivi à l'autorité sanitaire du Fraser, pour son expertise et sa relecture de ce manuscrit.

Et surtout, un grand merci aux intervenants en services de soutien aux pairs de l'hôpital général de Chilliwack — Cruize Cyr, Rebecca Loewen, Kassaundra Benoit et Kim Wood — pour leur contribution inestimable à ce projet. Leur compassion, leur empathie, leurs compétences et leurs vastes connaissances ont transformé la vie du personnel, des patients et de la communauté. Nous sommes reconnaissants de leur élégance et de leur patience, et de nous avoir enseigné une meilleure façon de faire.

Conflits d'intérêts

Les auteurs sont employés par l'autorité sanitaire qui a mené le projet pilote.

Déclaration de l'auteur (CRediT)

Janelle Tarnow : rédaction — ébauche originale, rédaction — révision et édition, conceptualisation, validation, ressources, supervision, administration du projet. **Rita Metwally** : conceptualisation, méthodologie, validation, analyse formelle, ressources, archivage des données, rédaction de l'ébauche originale, visualisation. **Aven Sidhu** : conceptualisation, méthodologie, validation, analyse formelle, archivage des données, rédaction de l'ébauche originale, visualisation. **Mary Van Osch** : rédaction — révision et édition, conceptualisation, supervision. **Tracy Stoneson** : rédaction — ébauche originale, supervision, rédaction - révision et édition. **Jade Black** : conceptualisation, validation, ressources, rédaction — révision et édition. **Kim Wood** : validation, visualisation, rédaction — révision et édition. **Kassaundra Benoit** : validation, visualisation, rédaction — révision et édition.

Financement

Ce projet pilote a été financé par l'autorité sanitaire du Fraser et n'a bénéficié d'aucun financement externe.

- organizations in a strategic research partnership. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0306-6>
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., de Prins, 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>
- Coll, M., Davis, S., Etherington, C., Mohammed, R., Macdonald, S., Scott, A., & Young, S. (n.d.). *Peer framework for health-focused peer positions in the Downtown Eastside*. <https://www.vch.ca/sites/default/files/import/documents/DTES-Peer-Framework.pdf>
- Coury, J., Schneider, J. L., & Rivelli, J. S. (2017). Applying the Plan-Do-Study-Act (FSQUIRE) approach to a large pragmatic study involving safety net clinics. *BMC Health Services Research*, 17, Article 411. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2364-3>
- Crisanti, A. S., Earheart, J., Deissinger, M., Lowerre, K., & Salvador, J. G. (2022). Implementation challenges and recommendations for employing peer support workers in emergency departments to support patients presenting after an opioid-related overdose. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), Article 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095276>
- Cullen, J., Childerhouse, P., Jayamaha, N., & McBain, L. (2023). Developing a model for primary care quality improvement success: A comparative case study in rural, urban and Kaupapa Māori organisations. *Journal of Primary Health Care*, 15(4), 333–342. <https://doi.org/10.1071/HC23046>
- Dow-Fleisner, S. J., Lomness, A., & Woolgar, L. (2022). Impact of safe consumption facilities on individual and community outcomes: A scoping review of the past decade of research. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 141, Article 108923. <https://doi.org/10.1016/j.jsub.2022.108923>
- Faiman, B., & Tariman, J. D. (2019). Shared decision making: Improving patient outcomes by understanding the benefits of and barriers to effective communication. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(5), 540–542. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.540-542>
- First Nations Health Authority. (2022). First Nations and the toxic drug poisoning crisis in BC: January–December 2022. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-First-Nations-and-the-Toxic-Drug-Poisoning-Crisis-in-BC-Jan-Dec-2022.pdf>
- Fraser Health (2023). *Monthly overdose data reports*. <https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/mental-health-and-substance-use/overdose-prevention-and-response/monthly-overdose-data-reports>
- Fraser Health. (n.d.). About Fraser Health. <https://www.fraserhealth.ca/about-us/about-fraser-health>
- Greer, A. M., Amlani, A., Burmeister, C., Scott, A., Newman, C., Lampkin, H., Pauly, B., & Buxton, J. A. (2019). Peer engagement barriers and enablers: Insights from people who use drugs in British Columbia, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 110(2), 227–235. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0167-x>
- Health Canada. (2021). *Opioid-related poisoning and anoxic brain injury in Canada: A descriptive analysis of hospitalization data*. Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/opioid-related-hospitalizations-anoxic-brain-injury.html>
- Johnson, P., & Raterink, G. (2009). Implementation of a diabetes clinic-in-a-clinic project in a family practice setting: Using the plan, do, study, act model. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2096–2103. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02774.x>
- Jongbloed, K., Pearce, M. E., Pooyak, S., Zamar, D., Thomas, V., Demerais, L., Christian, W. M., Henderson, E., Sharma, R., Blair, A. H., Yoshida, E. M., Schechter, M. T., & Spittal, P. M. (2017). The Cedar Project: Mortality among young Indigenous people who use drugs in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 189(44), E1352–E1353. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160778>
- Kennedy, M. C., Boyd, J., Mayer, S., Collins, A., Kerr, T., & McNeil, R. (2019). Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Social Science & Medicine*, 225, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.014>
- Laurson, M., Svevig, P., & Rode, A. (2017, August). *Four approaches to project evaluation* [Paper presentation]. The 24th Nordic Academy of Management Conference, Bodo, Norway. https://www.researchgate.net/publication/338389234_Four_Approaches_to_Project_Evaluation
- Mamdani, Z., McKenzie, S., Pauly, B., Cameron, F., Conway-Brown, J., Edwards, D., Howell, A., Scott, T., Seguin, R., Woodrow, P., & Buxton, J. A. (2021). "Running myself ragged": Stressors faced by peer workers in overdose response settings. *Harm Reduction Journal*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00449-1>
- Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P. B., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality and Safety*, 25, 986–992. <https://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&pageId=471>
- Olding, M., Boyd, J., Kerr, T., & McNeil, R. (2021). "And we just have to keep going": Task shifting and the production of burnout among overdose response workers with lived experience. *Social Science & Medicine*, 270, Article 113631. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113631>
- Pauly, B., Mamdani, Z., Mesley, L., McKenzie, S., Cameron, F., Edwards, D., Howell, A., Knott, M., Scott, T., Seguin, R., Greer, A., & Buxton, J. (2021). "It's an emotional roller coaster... but sometimes it's fucking awesome": Meaning and motivation of work for peers in overdose response environments in British Columbia. *International Journal of Drug Policy*, 88, 103015. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103015>
- Piatkowski, T., Seear, K., Reeve, S., & Kill, E. (2024). How do relational practices co-constitute care for people who use drugs? The social and political dimensions of peer-led harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 133, 104614. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104614>
- Richardson, J., & Rosenberg, L. (2018). Peer support workers in emergency departments: Engaging individuals surviving opioid overdoses—Qualitative assessment. *Providers Clinical Support System*. <https://pcssnow.org/wp-content/uploads/2018/07/Peer-Support-Workers-in-EDs-Issue-Brief-1.24.19.pdf>
- Scheeres, J. (2015). Strategies for accelerating and sustaining change in healthcare organizations. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/229003265_Strategies_for_Accelerating_and_Sustaining_Change_in_Healthcare_Organizations
- Scow, M., McDougall, J., Slaunwhite, A., & Palis, H. (2023). Peer-led safer supply and opioid agonist treatment medication distribution: A case study from rural British Columbia. *Harm Reduction Journal*, 20, 156. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00883-x>
- Smith, J., Brown, L., & Johnson, M. (2020). The role of peer support in enhancing healthcare quality and reducing staff burnout: A systematic review. *Journal of Healthcare Management*, 65(4), 299–310. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00004>
- Statistics Canada (2023). *Census Profile, 2021 Census of Population*. Statistics Canada Catalogue no. 98-316-X2021001. Ottawa. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>
- The Neighbourhood Group. (n.d.). *Peer training and development*. TNG Community Services. <https://www.tngcommunityto.org/Programs-Services/Programs/Peer-Programs/Peer-Training-and-Development?cat=>
- Van Hout, M. C., & O'Reilly, K. (2020). Emergency department visits related to drug use and drug overdose: Impact on emergency department and healthcare workers. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 28(3), 195–204. <https://doi.org/10.1016/j.jsuat.2020.01.002>

