

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

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 , Hua Li and Jodie Bigalky

Volume 48, Number 1, Spring 2025

Harm Reduction Special Edition

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1117506ar>

DOI: <https://doi.org/10.29173/cjen240>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Pappin Communications
University of Alberta Library

ISSN

2293-3921 (print)
2563-2655 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Furlong, K., Li, H. & Bigalky, J. (2025). A nursing perspective on barriers to implementing harm reduction in acute care hospital settings: A scoping review / 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. *Canadian Journal of Emergency Nursing / Journal canadien des infirmières d'urgence*, 48(1), 48–63.
<https://doi.org/10.29173/cjen240>

Article 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.

© Kaitlyn Furlong, Hua Li and Jodie Bigalky, 2025



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

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.

- 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/10.1177/0193945920938048>
- 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>
- 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

*Auteur 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 souffrantes 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>
- 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.

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.

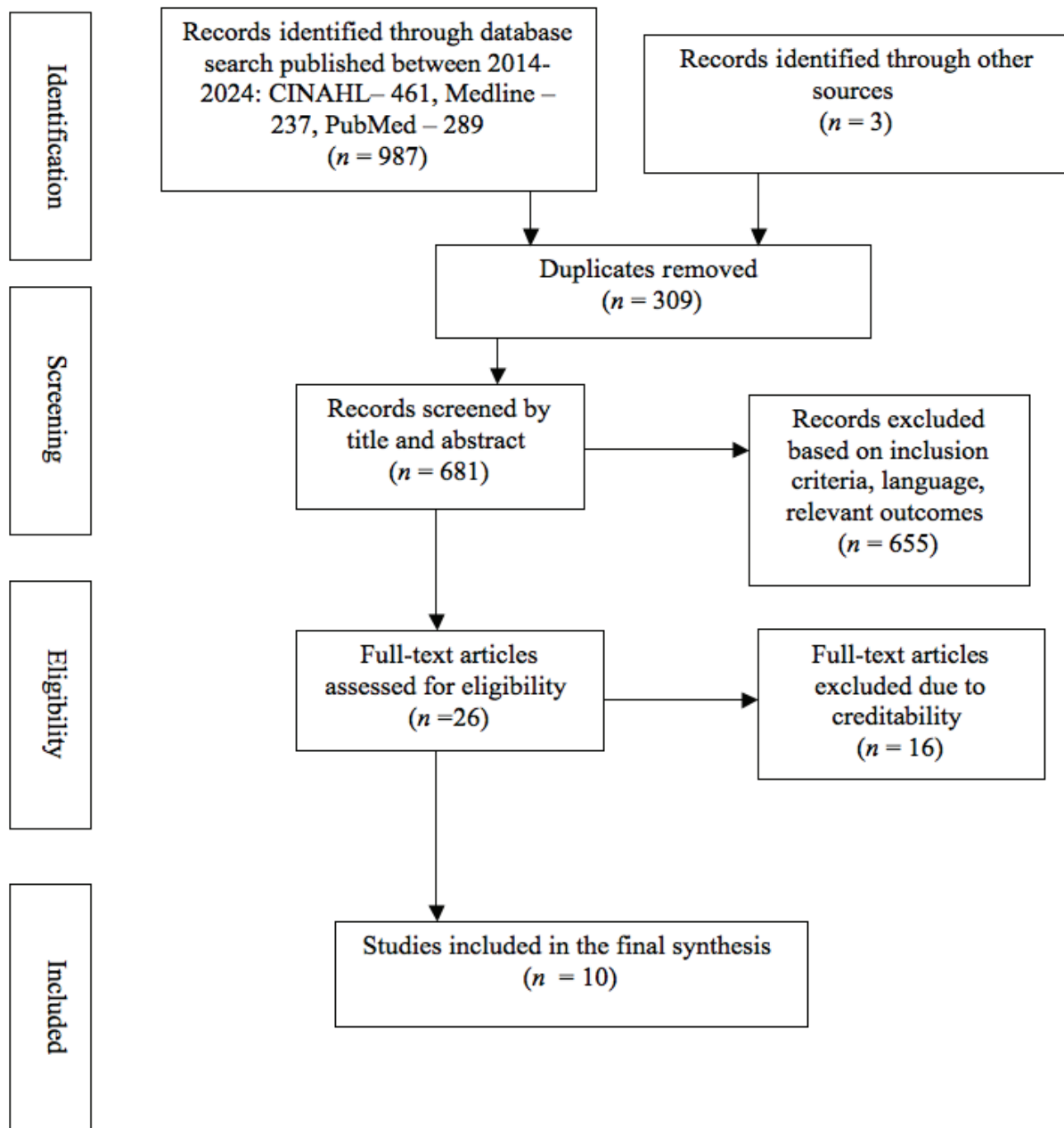
Financement

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

- 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>

Figure 1

Literature Search Flowchart



Appendix B

Table 1

Summary of Selected Articles

Author (Year), Country	Study Aim	Study Design	Sample	Measures	Interventions	Major Findings
Antill Keener et al. (2023), U.S.	Explore nurses' perceptions of caring for patients with substance use disorder and identify necessary resources	Cross-sectional	488 nurses	- Quality-Caring Model - American Nurses Association cultural competency and pain assessment	An anonymous 12-item survey and three open-ended questions.	Nurses encounter difficulties tending to patients with substance use disorders within their first year of practice. These difficulties include pain management, alternative strategies, and determining contacts for addressing problems.
Dion et al. (2023), U.S.	To determine whether targeted anti-stigma education improved nursing students' application of harm reduction education in the clinical setting	Experimental 2-group repeated measures survey study	128 nursing students	- Drug and Drug Problems Questionnaire (DDPPQ) - Perceived Stigma of Substance Abuse Scale (PSAS) - An author-designed survey asking students to self-report harm-reduction education	The study involved three surveys taken over three semesters.	- Students in the traditional track cared for more people with substance use disorder than those in the accelerated track. - Referral for treatment was the most common education provided, whereas information related to injection drug use was the least commonly taught education.
Dion & Griggs, (2020), U.S.	Determine if a 4-hour anti-stigma training improves student nurse attitudes toward people with substance use disorder	Nonrandomized quasi-experimental	126 nursing students	- Drug and Drug Problems Perception Questionnaire (DDPPQ) - Perceived Stigma of Substance Abuse Scale (PSAS) - Marlowe-Crowne Social Desirability Scale	Participants completed the three questionnaires at the start and end of the study.	Anti-stigma intervention improved attitudes and reduced perceived stigma in nursing students toward individuals with substance use disorder.
Grewal et al. (2015), Canada	To determine the prevalence of illicit drug use in Vancouver hospitals and investigate the demographic and behavioural factors that contribute to drug use among persons who use drugs	Cross-sectional	1,028 hospitalized patients	Simple logistic regression was used to identify the associations between demographic and behavioural characteristics.	Participants completed a harmonized interviewer-administered questionnaire.	- About 44% of the 1028 hospitalized participants reported drug use. - Drugs were most used in in-patient wash-rooms, smoking areas, and in hospital rooms. - Common reasons for illicit drug use in hospitals include seeking use, withdrawal symptoms, and boredom.
Harling, (2017), UK	Reports on a study that measured the attitudes of student nurses toward illicit drug users and compared their attitudes to other health and social care students at the start of their training	Attitudinal study	153 nursing students, 28 midwifery students, 44 social work students, 16 clinical psychology students, 67 health and social care students	- Drug and Drug problems Perceptions Questionnaire (DDPPQ) - The Standardized Substance Abuse Attitude Survey (SSAAS) - Attitude Towards Substance Misusers (ATSMQ-21) Scale - Alcohol Problems Perceptions Questionnaire (AAPPQ)	Students filled out a 10-item questionnaire during the first 15 minutes of a lecture.	- Student nurses had less tolerance toward illicit drug users. - Clinical psychology trainees scored more consistently on the attitude scale than student nurses.

Author (Year), Country	Study Aim	Study Design	Sample	Measures	Interventions	Major Findings
Horner et al. (2019), U.S.	To evaluate nurses' attitudes, perceptions, and training requirements when caring for inpatients with opioid use disorder	Qualitative	22 nurses	One-on-one interviews were conducted with recruited nurses via email and snowball sampling.	Semi-structured interview guide	Six themes emerged: • Stigma: This societal construct influencing every facet of workplace dynamics and interactions between staff and patients. • Pain: Nurses expressed an internal struggle regarding pain management, fearing that administering pain medication could contribute to patient addiction. • Burnout: A sustained reaction to ongoing emotional and interpersonal stress, marked by feelings of hopelessness and apathy. • Communication: Effective communication among all care team members is paramount to preventing staff division and ensuring an appropriate and cohesive care plan. • Safety: Nurses discussed the need for security measures to manage instances where patients or visitors displayed aggressive behaviour. • Opportunities: Areas for care improvement include defining post-discharge transitions, standardizing care protocols, offering emotional support, and improving education.
Neville & Roan, (2014), U.S.	To explore nurses' perceptions of caring for hospitalized medical-surgical patients who have comorbid substance abuse/dependence	Qualitative	24 nurses, on 5 inpatient units	Inductive approach	Research questions regarding nurse's perception of caring for hospitalized patients with SUD	Four themes emerged: • The ethical duty to care: involves delivering nursing services with advocacy, compassion, and empathy to ensure fair and impartial care, irrespective of the patient's health condition. • Negative perceptions: Nurses feel intolerance, anger, and are overwhelmed by their needs, with a critical aspect being their perception of manipulation. • Need for education: Nurses felt unprepared and lacked knowledge in handling patients with substance abuse/dependence and psychiatric disorders, which they considered as specialized areas requiring specific expertise. • Sympathy and pain management: Nurses were sympathetic toward patients and families dealing with substance abuse/dependence. However, they expressed uncertainty when evaluating pain and deciding on pain relief due to concerns about the validity of patients' pain reports and the potential effects of nursing actions on substance abuse/dependence.

Author (Year), Country	Study Aim	Study Design	Sample	Measures	Interventions	Major Findings
Nolan et al., (2022), Canada	To describe program utilization patterns, characterize overdose prevention site visits, and evaluate overdose events and related outcomes	Retrospective Review	11,673 patients	- Participant measures include hospital inpatient status, intravenous access line used for drug injection, and the substance used at the overdose prevention site. - Program measures include the number of visits and overdose events and outcomes over time.	Retrospective chart review	- The overdose prevention site is a hospital-based harm reduction initiative with no fatal overdoses, and the use of the site increased over time among both groups. 20% of visits were hospital inpatient. With overdoses are more common among in-hospital inpatients compared to community clients.
Pauly et al. (2015), U.S.	To understand cultural safety in acute care settings for individuals with substance use disorder	Qualitative	15 patients, 12 nurses, 7 managers and clinical educators	- Individual interviews - Observations - Reviewing hospital policy documents	The interviews covered experiences in giving and receiving care, understanding comfort and safety in healthcare, as well as barriers and enablers to care.	Three themes emerged: - Stigmatized views of illicit substance use as a personal failing: Patients feared being labelled as “drug addicts” upon hospital admission and were concerned that such labels would affect the quality of care they received. - Illicit drug use as a criminal act: Patients feel watched in hospitals. At the same time, nurses differentiate between illicit drug use and criminalization, suggesting that the current criminal justice approach may contribute to drug-related crimes. - A disease of addiction: Patients believed they weren’t solely passive victims of disease, recognizing addiction as something not chosen but which can overpower their lives. In contrast, nurses view addiction as a disease that exerts control.
Perera et al. (2022), U.S.	Integrating harm reduction education and equipment distribution in US hospitals for evidence-based addiction care	Mixed methods	195 patients	Needs assessment, to determine patient harm reduction needs	Harm reduction education and kits in inpatient hospital settings	- The intervention improved hospital-based addiction care, educated and engaged patients, staff, and clinicians, and reduced stigma. - During a 12-month period, 195 harm reduction kits were provided.