

Emergency Department Registered Nurses' Perceptions of Substance Use Disorders and Supervised Consumption Sites

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

Aleksandra Ilievska , Gina Pittman et Jody Ralph 

Volume 48, numéro 1, printemps 2025

Harm Reduction Special Edition

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1117505ar>
DOI : <https://doi.org/10.29173/cjen234>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Pappin Communications
University of Alberta Library

ISSN

2293-3921 (imprimé)
2563-2655 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Ilievska, A., Pittman, G. & Ralph, J. (2025). Emergency Department Registered Nurses' Perceptions of Substance Use Disorders and Supervised Consumption Sites / Perceptions du personnel infirmier autorisé des services d'urgence concernant les troubles liés à l'utilisation de substances et les sites de consommation supervisée. *Canadian Journal of Emergency Nursing / Journal canadien des infirmières d'urgence*, 48(1), 31-47.
<https://doi.org/10.29173/cjen234>

Résumé de l'article

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

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

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

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

Résultats : Les résultats quantitatifs révèlent que les IA des urgences (n = 146) font preuve d'empathie à l'égard de la consommation de drogues et des TUS, mais se montrent neutres envers les SCS. Ils ont fait état des effets positifs et des préoccupations potentielles de la mise en oeuvre des SCS. Malgré leurs appréhensions, la plupart des IA des urgences ont indiqué le cas échéant leur volonté d'orienter leurs patients vers de tels sites si ceux-ci étaient à disposition.

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

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

Emergency Department Registered Nurses' Perceptions of Substance Use Disorders and Supervised Consumption Sites

Aleksandra Ilievska¹, Gina Pittman¹, Jody Ralph¹

¹University of Windsor

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introduction

Background

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

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

Purpose

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

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

Methods

Study Design

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

Data Collection Methods

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

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

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

Sample Characteristics

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

Survey

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

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

Study Preparation

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

Ethical Considerations

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

Statistical Analysis

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

Results

Respondent Characteristics

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

Descriptive Findings

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

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

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

Main Findings

ED RNs' Experience and Comfort Level Toward SUD

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

ED RNs' Experience and Comfort Level Toward SCSs

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

ED RNs' Views Toward Drug Use and SUDs

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

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

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

ED RNs' Views Toward SCSs

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

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

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

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

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

Services That ED RNs Identified SCSs Should Offer Within Them

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

Services That ED RNs Identified Their EDs Should Offer

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

Discussion

Limitations

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

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

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

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

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

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

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

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

Interpretations

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

ED RNs' Experience and Comfort Level with SUDs and SCSs

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

RNs' Views Toward SUD

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

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

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

RNs' Views Toward SCS

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

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

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

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

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

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

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

Generalizability

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

Implications for Emergency Clinical Practice

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

Author Notes

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

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

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

Funding

None

Conflicts of Interest

None

Contribution and CRediT Statement

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

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

Jody Ralph: Conceptualization, Methodology, Writing – Original Draft

REFERENCES

- Arabaci, L. B. (2016). Perceptions and attitudes of nurses working at emergency unit about the causes and treatment of addiction. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3), 105–113. <https://doi.org/h8nt>
- Bayoumi, A. M., & Zaric, G. S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1143–1151. <https://www.cma.ca/content/179/11/1143>
- Behrends, C. N., Paone, D., Nolan, M. L., Tuazon, E., Murphy, S. M., Kapadia, S. N., Jeng, P. J., Bayoumi, A. M., Kunins, H. V., & Schackman, B. R. (2019). Estimated impact of supervised injection facilities on overdose fatalities and healthcare costs in New York City. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 106, 79–88. <https://doi.org/gmx3r5>
- Canadian Nurses Association. (2023). *Nursing statistics*. <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/nursing-statistics>
- Chu, C. & Galang, A. (2013, June 1). *Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use*. Canadian nurse. <https://www.canadian-nurse.com/blogs/cn-content/2013/06/01/hospital-nurses-attitudes-toward-patients-with-a-h>
- Enns, E. A., Zaric, G. S., Strike, C. J., Jairam, J. A., Kolla, G., & Bayoumi, A. M. (2016). Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction*, 111(3), 475–489. <https://doi.org/hsmb>
- Eysenbach, G., & Wyatt, J. (2002). Using the internet for surveys and health research. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2). <https://doi.org/10.2196/jmir.4.2.e13>
- Global State of Harm Reduction. (2018). *Global overview*. <https://www.hri.global/files/2018/12/10/GlobalOverview-harm-reduction.pdf>
- Government of Canada. (2021, July 22). *Supervised consumption sites and services: Explained*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/explained.html>
- Government of Canada. (2022, June 23). *Opioid- and stimulant-related harms in Canada*. <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/>
- Harm Reduction International. (2020). *Global state of harm reduction 2020* (7th ed.). https://www.hri.global/files/2021/03/04/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA_Web.pdf
- Hawk, K., & D'Onofrio, G. (2018). Emergency department screening and interventions for substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13, 1–6. <https://doi.org/gkzgc2>
- Hayashi, K., Wood, E., Dong, H., Buxton, J. A., Fairbairn, N., DeBeck, K., Milloy, M. J., & Kerr, T. (2021). Awareness of fentanyl exposure and the associated overdose risks among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Review*, 40(6), 964–973. <https://doi.org/hsmd>
- Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M., & Wurcel, A. G. (2019). "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *Plos One*, 25(10), 1–16. <https://doi.org/ggh5kd>
- Howard, M. O., & Chung, S. S. (2000). Nurses' attitudes toward substance misusers. II. Experiments and studies comparing nurses to other groups. *Substance Use & Misuse*, 35(4), 503–532. <https://doi.org/dtkr6r>
- Irvine, M. A., Kuo, M., Buxton, J. A., Balshaw, R., Otterstatter, M., Macdougall, L., Milloy, M. J., Bharmal, A., Henry, B., Tyndall, M., Coombs, D., & Gilbert, M. (2019). Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction*, 114(9), 1602–1613. <https://doi.org/hsmd>
- Irwin, A., Jozaghi, E., Bluthenthal, R. N., & Kral, A. H. (2017). A cost-benefit analysis of a potential supervised injection facility in San Francisco, California, USA. *Journal of Drug Issues*, 47(2), 164–184. <https://doi.org/f92zzp>
- Jackson, L. A., Dechman, M., Mathias, H., Gahagan, J., & Morrison, K. (2022). Safety and danger: Perceptions of the implementation of harm reduction programs in two communities in Nova Scotia, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 30(1), 360–371. <https://doi.org/gkbjr9>
- Katz, N., Leonard, L., Wiesenfeld, L., Perry, J. J., Thiruganasambandamoorthy, V., & Calder, L. (2017). Support of supervised injection facilities by emergency physicians in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 49, 26–31. <https://doi.org/h59w>
- Kenney, S. R., Anderson, B. J., Bailey, G. L., Herman, D. S., Conti, M. T. & Stein, M. D. (2021). Examining overdose and homelessness as predictors of willingness to use supervised injection facilities by services provided among persons who inject drugs. *The American Journal of Addictions*, 30(1), 21–25. <https://doi.org/gmx3r8>
- Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M. C., & McNeil, R. (2017). Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/gbhgx9>
- Kerr, T., Small, W., Moore, D., & Wood, E. (2007). A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: Evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *The International Journal on Drug Policy*, 18(1), 37–45. <https://doi.org/ckr3gt>
- Lange, B. C. L., & Bach-Mortensen, A., M. (2019). A systematic review of stakeholder perceptions of supervised injection facilities. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 299–314. <https://doi.org/gmx3qb>
- Lowenstein, M., Sangha, H. K., Spadaro, A., Perrone, J., Delgado M. K., & Agarwal A. K. (2022). Patient perspectives on naloxone receipt in the emergency department: A qualitative exploration. *Harm Reduction Journal*, 19(97), 1–9. <https://doi.org/gq7m5k>
- Madah-Amiri, D., Skulberg, A. K., Braarud, A. C., Dale, O., Heyerdahl, F., Lobmaier, P., & Clausen, T. (2019). Ambulance-attended opioid overdoses: An examination into overdose locations and the role of a safe injection facility. *Substance Abuse*, 40(3), 383–388. <https://doi.org/gmx3qh>
- Marshall, B. D. L., Milloy, M. J., Wood, E., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2007). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), 1429–1437. <https://doi.org/bb6v79>
- McNeil, R., Small, W., Wood, E., & Kerr, T. (2014). Hospitals as a 'risk environment': An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Journal of Social Science and Medicine*, 105, 59–66. <https://doi.org/f5zvdv>
- Milloy, M. S., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2008). Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility. *Plos One*, 3(10), 1–6. <https://doi.org/btrxtt>

- Moe, J., Wang, E. Y., McGregor, M. J., Schull, M. J., Dong, K., Holroyd, B. R., Hohl, C. M., Grafstein, E., O'Sullivan, F., Trimble, J. & McGrail, K. M. (2022). People who make frequent emergency department visits based on persistence of frequent use in Ontario and Alberta: A retrospective cohort study. *CMAJ Open*, 10(1), E220–E231. <https://doi.org/h8nw>
- Myer, A. J., & Belisle, L. (2018). Highs and lows: An interrupted time-series evaluation of the impact of North America's only supervised injection facility on crime. *Journal of Drug Issues*, 48(1), 36–49. <https://doi.org/gmx3ss>
- Notta, D., Black, B., Chu, T., Joe, R., & Lysyshyn, M. (2019). Changing risk and presentation of overdose associated with consumption of street drugs at a supervised injection site in Vancouver, Canada. *Drug and Alcohol Dependence*, 196, 46–50. <https://doi.org/gmx3rj>
- Olding, M., Ivsins, A., Mayer, S., Betsos, A., Boyd, J., Sutherland, C., Culbertson, C., Kerr, T., & McNeil, R. (2020). A low-barrier and comprehensive community-based harm reduction site in Vancouver, Canada. *American Journal of Public Health*, 110(6), 833–835. <https://doi.org/gmx3p7>
- Pauly, B., Wallace, B., Pagan, F., Phillips, J., Wilson, M., Hobbs, H., & Connolly, J. (2020). Impact of overdose prevention sites during a public health emergency in Victoria, Canada. *Plos One*, 15(5), 1–18. <https://doi.org/gjg29q>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Engaging clients who use substances*. https://rnao.ca/sites/rnao.ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_WEB.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2018). *Implementing supervised injection services*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Implementing_supervised_injection_services.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2022, April 2). *Nurses speak out for harm reduction*. <https://rnao.ca/about/public-impact/harm-reduction>
- Salters-Pedneault, K. (2020). *The use of self-report data in psychology*. <https://www.verywellmind.com/definition-of-self-report-425267>
- Sharma, A., Minh Duc, N. T., Luu Lam Thang, T., Nam, N. H., Ng, S. J., Abbas, K. S., Huy, N. T., Marušić, A., Paul, C. L., Kwok, J., Karbwang, J., de Waure, C., Drummond, F. J., Kizawa, Y., Taal, E., Vermeulen, J., Lee, G. H. M., Gyedu, A., To, K. G., Verra, M. L., ... Karamouzian, M. (2021). A consensus-based checklist for reporting of survey studies (CROSS). *Journal of General Internal Medicine*, 36(10), 3179–3187. <https://doi.org/gmqsx5>
- Shreffler, J., Shaw, I., McGee, S., Bishop, C., Thé, S., O'Brien, D., Price, T., & Huecker, M. (2021). Perceptions diverge on aspects related to substance use disorder: An analysis of individuals in recovery, physicians, nurses, and medical students. *Substance Abuse*, 42(4), 896–904. <https://doi.org/hwjt>
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. <https://doi.org/f47f9g>
- Wegner, L., Arreola, S. G., & Kral, A. H. (2011). The prospect of implementing a safer injection facility in San Francisco: Perspectives of community stakeholders. *International Journal of Drug Policy*, 22(3), 239–241. <https://doi.org/b63955>
- Wood, E., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102(6), 916–919. <https://doi.org/cqs53bga5>

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

Aleksandra Ilievska¹, Gina Pittman¹, Jody Ralph¹

¹University of Windsor

Auteure principale — Aleksandra Ilievska Aleksandra Ilievska M.Sc.Inf., B.Sc.Inf., IA, University of Windsor, ilievska@uwindsor.ca
3170 Viola Cres., Windsor, Ontario, N8N 0A3

Résumé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introduction

Contexte

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

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

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

Objectif

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

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

Méthodes

Conception de l'étude

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

Méthode de collecte des données

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

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

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

Caractéristiques de l'échantillon

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

Enquête

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

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

Préparation de l'étude

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

Considérations d'ordre éthique

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

Analyse statistique

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

Résultats

Caractéristiques des répondants

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

Constatations descriptives

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

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

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

Principales conclusions

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

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

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

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

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

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

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

Opinions des IA des urgences sur les SCS

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 1

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

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

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

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

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

Discussion

Limites

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

Interprétations

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

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

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

Perspectives des IA à l'égard des TUS

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

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

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

Perspectives des IA à l'égard des SCS

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

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

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

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

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

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

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

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

Applicabilité générale

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

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

Incidences sur la pratique clinique d'urgence

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

Notes des auteures

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

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

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

Remerciements

Aucun

Conflits d'intérêts

Aucun

Déclaration de l'auteur (CRediT)

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

Financement

Aucun

- Arabaci, L. B. (2016). Perceptions and attitudes of nurses working at emergency unit about the causes and treatment of addiction. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3), 105-113. <https://doi.org/h8nt>
- Bayoumi, A. M., & Zaric, G. S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1143-1151. <https://www.cmaj.ca/content/179/11/1143>
- Behrends, C. N., Paone, D., Nolan, M. L., Tuazon, E., Murphy, S. M., Kapadia, S. N., Jeng, P. J., Bayoumi, A. M., Kunins, H. V., & Schackman, B. R. (2019). Estimated impact of supervised injection facilities on overdose fatalities and healthcare costs in New York City. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 106, 79-88. <https://doi.org/gmx3r5>
- Canadian Nurses Association. (2023). *Nursing statistics*. <https://www.cna-aicc.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/nursing-statistics>
- Chu, C. & Galang, A. (2013, June 1). *Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use*. Canadian nurse. <https://www.canadian-nurse.com/blogs/cn-content/2013/06/01/hospital-nurses-attitudes-toward-patients-with-a-h>
- Enns, E. A., Zaric, G. S., Strike, C. J., Jairam, J. A., Kolla, G., & Bayoumi, A. M. (2016). Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction*, 111(3), 475-489. <https://doi.org/hsmb>
- Eysenbach, G., & Wyatt, J. (2002). Using the internet for surveys and health research. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2). <https://doi.org/10.2196/jmir.4.2.e13>
- Global State of Harm Reduction. (2018). *Global overview*. <https://www.hri.global/files/2018/12/10/GlobalOverview-harm-reduction.pdf>
- Government of Canada. (2021, July 22). *Supervised consumption sites and services: Explained*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/explained.html>
- Government of Canada. (2022, June 23). *Opioid- and stimulant-related harms in Canada*. <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/>
- Harm Reduction International. (2020). *Global state of harm reduction 2020 7th edition*. https://www.hri.global/files/2021/03/04/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA_Web.pdf
- Hawk, K., & D'Onofrio, G. (2018). Emergency department screening and interventions for substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13, 1-6. <https://doi.org/gkzgc2>
- Hayashi, K., Wood, E., Dong, H., Buxton, J. A., Fairbairn, N., DeBeck, K., Milloy, M. J., & Kerr, T. (2021). Awareness of fentanyl exposure and the associated overdose risks among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Review*, 40(6), 964-973. <https://doi.org/hsmc>
- Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M., & Wurcel, A. G. (2019). "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *Plos One*, 25(10), 1-16. <https://doi.org/ggh5kd>
- Howard, M. O., & Chung, S. S. (2000). Nurses' attitudes toward substance misusers. II. Experiments and studies comparing nurses to other groups. *Substance Use & Misuse*, 35(4), 503-532. <https://doi.org/dtkr6r>
- Irvine, M. A., Kuo, M., Buxton, J. A., Balshaw, R., Otterstatter, M., Macdougall, L., Milloy, M. J., Bharmal, A., Henry, B., Tyndall, M., Coombs, D., & Gilbert, M. (2019). Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction*, 114(9), 1602-1613. <https://doi.org/hsmd>
- Irwin, A., Jozaghi, E., Bluthenthal, R. N., & Kral, A. H. (2017). A cost-benefit analysis of a potential supervised injection facility in San Francisco, California, USA. *Journal of Drug Issues*, 47(2), 164-184. <https://doi.org/f92zzp>
- Jackson, L. A., Dechman, M., Mathias, H., Gahagan, J., & Morrison, K. (2022). Safety and danger: Perceptions of the implementation of harm reduction programs in two communities in Nova Scotia, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 30(1), 360-371. <https://doi.org/gkbjr9>
- Katz, N., Leonard, L., Wiesenfeld, L., Perry, J. J., Thiruganasambandamoorthy, V., & Calder, L. (2017). Support of supervised injection facilities by emergency physicians in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 49, 26-31. <https://doi.org/h59w>
- Kenney, S. R., Anderson, B. J., Bailey, G. L., Herman, D. S., Conti, M. T. & Stein, M. D. (2021). Examining overdose and homelessness as predictors of willingness to use supervised injection facilities by services provided among persons who inject drugs. *The American Journal of Addictions*, 30(1), 21-25. <https://doi.org/gmx3r8>
- Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M. C., & McNeil, R. (2017). Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/gbhgx9>
- Kerr, T., Small, W., Moore, D., & Wood, E. (2007). A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: Evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *The International Journal on Drug Policy*, 18(1), 37-45. <https://doi.org/ckr3gt>
- Lange, B. C. L., & Bach-Mortensen, A., M. (2019). A systematic review of stakeholder perceptions of supervised injection facilities. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 299-314. <https://doi.org/gmx3qb>
- Lowenstein, M., Sangha, H. K., Spadaro, A., Perrone, J., Delgado M. K., & Agarwal A. K. (2022). Patient perspectives on naloxone receipt in the emergency department: A qualitative exploration. *Harm Reduction Journal*, 19(97), 1-9. <https://doi.org/gq7m5k>
- Madah-Amiri, D., Skulberg, A. K., Braarud, A. C., Dale, O., Heyerdahl, F., Lobmaier, P., & Clausen, T. (2019). Ambulance-attended opioid overdoses: An examination into overdose locations and the role of a safe injection facility. *Substance Abuse*, 40(3), 383-388. <https://doi.org/gmx3qh>
- Marshall, B. D. L., Milloy, M. J., Wood, E., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2007). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), 1429-1437. <https://doi.org/bb6v79>
- McNeil R., Small W., Wood E., & Kerr T. (2014). Hospitals as a 'risk environment': An ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Journal of Social Science and Medicine*, 105, 59-66. <https://doi.org/f5zvdp>
- Milloy M. S., Kerr T., Tyndall M., Montaner J., & Wood E. (2008). Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility. *Plos One*, 3(10), 1-6. <https://doi.org/btrxtt>
- Moe, J., Wang E. Y., McGregor, M. J., Schull, M. J., Dong, K., Holroyd, B. R., Hohl, C. M., Grafstein, E., O'Sullivan, F., Trimble, J. & McGrail, K. M. (2022). People who make frequent emergency department visits based on persistence of frequent use in Ontario and Alberta: A retrospective cohort study. *CMAJ Open*, 10(1), E220-E231. <https://doi.org/h8nw>
- Myer, A. J., & Belisle, L. (2018). Highs and lows: An interrupted time-series evaluation of the impact of North America's only supervised injection facility on crime. *Journal of Drug Issues*, 48(1), 36-49. <https://doi.org/gmx3ss>
- Notta, D., Black, B., Chu, T., Joe, R., & Lysyshyn, M. (2019). Changing risk and presentation of overdose associated with consumption of

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