

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

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

Kate Hodgson , Amanda Lavigne et Geoff Bardwell

Volume 48, numéro 1, printemps 2025

Harm Reduction Special Edition

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1117507ar>

DOI : <https://doi.org/10.29173/cjen247>

[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

Hodgson, K., Lavigne, A. & Bardwell, G. (2025). Nurses' voices used to heighten fears of fentanyl exposure in British Columbian rural hospitals / La voix du personnel infirmier instrumentalisée pour amplifier les peurs liées à l'exposition au fentanyl dans les hôpitaux ruraux de la Colombie-Britannique. *Canadian Journal of Emergency Nursing / Journal canadien des infirmières d'urgence*, 48(1), 64–73. <https://doi.org/10.29173/cjen247>

Résumé de l'article

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

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

Kate Hodgson¹, Amanda Lavigne², and Geoff Bardwell³

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

² Substance Use Transformation Team, Interior Health Authority

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

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

Abstract

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

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

Background

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

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

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

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

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

Rural hospitals & nursing beliefs

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

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

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

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

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

Universal harm reduction policy in BC hospitals

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

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

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

Immediate calls to action

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

Implications for Emergency Clinical Practice

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

About the authors

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

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

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

Acknowledgements

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

REFERENCES

- Bardwell, G., Mansoor, M., Van Zwietering, A., Cleveland, E., Snell, D., & Kerr, T. (2022). The “goldfish bowl”: A qualitative study of the effects of heightened surveillance on people who use drugs in a rural and coastal Canadian setting. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00725-2>
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269–1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>
- British Columbia Nurses' Union. (2024, May 7). *Controlling exposure risks from illicit substances*. <https://www.bcnu.org/a-safe-workplace/health-and-safety/controlling-exposure-risks>
- Bourque, S., Pijl, E. M., Mason, E., Manning, J., & Motz, T. (2019). Supervised inhalation is an important part of supervised consumption services. *Canadian Journal of Public Health*, 110(2), 210–215. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00180-w>
- Burgess, A., Bauer, E., Gallagher, S., Karstens, B., Lavoie, L., Ahrens, K., & O'Connor, A. (2021). Experiences of stigma among individuals in recovery from opioid use disorder in a rural setting: A qualitative analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 130, 108488. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108488>
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R., & Strike, C. (2019). “Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?”—Hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J. S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., Wood, E., & Baral, S. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet HIV*, 4(8), e357–e374. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30073-5)
- DeRosa, K. (2024, April 5). *Nurses speak out about consequences of drug use in hospitals*. <https://vancouversun.com/news/nurses-speak-out-about-consequences-of-drug-use-in-hospitals>
- Dogherty, E., Patterson, C., Gagnon, M., Harrison, S., Chase, J., Boerstler, J., Gibson, J., Gill, S., Nolan, S., & Ryan, A. (2022). Implementation of a nurse-led overdose prevention site in a hospital setting: Lessons learned from St. Paul's Hospital, Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00596-7>
- Eagland, S., Ranger, C., & Wilson, P. (2024, May 23). *Fears of exposure to illicit drugs in public places based on politics, not facts*. <https://healthydebate.ca/2024/05/topic/exposure-illicit-drugs-politics/>
- Ellis, K., Walters, S., Friedman, S. R., Ouellet, L. J., Ezell, J., Rosentel, K., & Pho, M. T. (2020). Breaching trust: Qualitative study of healthcare experiences of people who use drugs in a rural setting. *Frontiers in Sociology*, 5, 593925. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.593925>
- Fisher, J. (2007). Mental health nurses: De facto police. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 230–235. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00472.x>

Conflicts of interest

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

CRediT Statement

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

- Fleming, P. & Sinnot, M.-L. (2018). Rural physician supply and retention: Factors in the Canadian context. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 23(1). <https://www.srpc.ca/resources/Documents/CJRM/vol23n1/pg15.pdf>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Henderson, S. (2002). Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 2(4), 244–250. [https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(02\)00020-3](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(02)00020-3)
- Hu, K., Klinkenberg, B., Gan, W. Q., & Slaunwhite, A. K. (2022). Spatial-temporal trends in the risk of illicit drug toxicity death in British Columbia. *BMC Public Health*, 22(1), 2121. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14586-8>
- Kennedy-Hendricks, A., Barry, C. L., Gollust, S. E., Ensminger, M. E., Chisolm, M. S., & McGinty, E. E. (2017). Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: Associations with public support for punitive and public health-oriented policies. *Psychiatric Services*, 68(5), 462–469. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600056>
- McEachern, J., Ahamad, K., Nolan, S., Mead, A., Wood, E., & Klimas, J. (2016). A needs assessment of the number of comprehensive addiction care physicians required in a Canadian setting. *Journal of Addiction Medicine*, 10(4), 255. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000230>
- Moss, M. J., Warrick, B. J., Nelson, L. S., McKay, C. A., Dubé, P.-A., Gosselin, S., Palmer, R. B., & Stolbach, A. I. (2018). ACMT and AACT position statement: Preventing occupational fentanyl and fentanyl analog exposure to emergency responders. *Clinical Toxicology*, 56(4), 297–300. <https://doi.org/10.1080/15563650.2017.1373782>
- Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J., & Ompad, D. C. (2020). “They look at us like junkies”: Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>
- Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2008). Barriers to accessing generic health and social care services: A qualitative study of injecting drug users. *Health & Social Care in the Community*, 16(2), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x>
- Palombi, L. C., St Hill, C. A., Lipsky, M. S., Swanoski, M. T., & Lutfiyya, M. N. (2018). A scoping review of opioid misuse in the rural United States. *Annals of Epidemiology*, 28(9), 641–652. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.05.008>
- Pauly, B. (Bernie), McCall, J., Browne, A. J., Parker, J., & Mollison, A. (2015). Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 121–135. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000070>

- Shaw, R. (2024, April 4). 'Nobody signed up... to be exposed to fentanyl in the workplace' says nurse. <https://northernbeat.ca/opinion/nobody-signed-up-to-be-exposed-to-fentanyl-in-the-workplace-says-nurse/>
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., C. Simbayi, L., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Sweetman, M. (2024, November 21). Patient overdose death at Nanaimo hospital 'didn't have to happen,' doctor says. <https://thediscourse.ca/nanaimo/patient-overdose-death-at-nanaimo-hospital-didnt-have-to-happen-doctor-says>
- Taylor, A. (2024, May 7). Campbell River hospital staff exposed to illicit drug smoke: Island Health. <https://www.campbellrivermirror.com/local-news/campbell-river-hospital-staff-exposed-to-illicit-drug-smoke-island-health-7326961>
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Van Dyk, S. (2024, May 7). The federal government grants B.C.'s request to recriminalize hard drugs in public spaces. <https://www.ctvnews.ca/politics/federal-government-grants-b-c-s-request-to-recriminalize-hard-drugs-in-public-spaces-1.6876913>
- Vancouver Coastal Health. (2023, January 1). Possession of controlled substances for personal use. <https://www.vch.ca/en/decriminalization-controlled-substances-personal-use>

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

Kate Hodgson¹, Amanda Lavigne² et Geoff Bardwell³

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

² Équipe de transformation de la toxicomanie, Interior Health Authority

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

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

Courriel : hrna.aiirm@gmail.com

Résumé

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

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

Contexte

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

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

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

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

Hôpitaux ruraux et croyances en matière de soins infirmiers

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Appels immédiats à l'action

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

REFERENCES

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

Incidences sur la pratique clinique d'urgence

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

Les auteurs

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

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

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

Remerciements

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

Conflits d'intérêts

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

Déclaration de l'auteur [CRediT]

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

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

- A qualitative analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 130, 108488. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108488>
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R., & Strike, C. (2019). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"—Hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J. S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., Wood, E., & Baral, S. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet HIV*, 4(8), e357–e374. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30073-5)
- DeRosa, K. (2024, April 5). Nurses speak out about consequences of drug use in hospitals. <https://vancouversun.com/news/nurses-speak-out-about-consequences-of-drug-use-in-hospitals>
- Dogherty, E., Patterson, C., Gagnon, M., Harrison, S., Chase, J., Boerstler, J., Gibson, J., Gill, S., Nolan, S., & Ryan, A. (2022). Implementation of a nurse-led overdose prevention site in a hospital setting: Lessons learned from St. Paul's Hospital, Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00596-7>
- Eagland, S., Ranger, C., & Wilson, P. (2024, May 23). Fears of exposure to illicit drugs in public places based on politics, not facts. <https://healthydebate.ca/2024/05/topic/exposure-illicit-drugs-politics/>
- Ellis, K., Walters, S., Friedman, S. R., Ouellet, L. J., Ezell, J., Rosentel, K., & Pho, M. T. (2020). Breaching trust: Qualitative study of healthcare experiences of people who use drugs in a rural setting. *Frontiers in Sociology*, 5, 593925. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.593925>
- Fisher, J. (2007). Mental health nurses: De facto police. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 230–235. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00472.x>
- Fleming, P. & Sinnott, M.-L. (2018). Rural physician supply and retention: Factors in the Canadian context. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 23(1). <https://www.srpc.ca/resources/Documents/CJRM/vol23n1/pg15.pdf>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Henderson, S. (2002). Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 2(4), 244–250. [https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(02\)00020-3](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(02)00020-3)
- Hu, K., Klinkenberg, B., Gan, W. Q., & Slaunwhite, A. K. (2022). Spatial-temporal trends in the risk of illicit drug toxicity death in British Columbia. *BMC Public Health*, 22(1), 2121. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14586-8>
- Kennedy-Hendricks, A., Barry, C. L., Gollust, S. E., Ensminger, M. E., Chisolm, M. S., & McGinty, E. E. (2017). Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: Associations with public support for punitive and public health-oriented policies. *Psychiatric Services*, 68(5), 462–469. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600056>
- McEachern, J., Ahamad, K., Nolan, S., Mead, A., Wood, E., & Klimas, J. (2016). A needs assessment of the number of comprehensive addiction care physicians required in a Canadian setting. *Journal of Addiction Medicine*, 10(4), 255. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000230>
- Moss, M. J., Warrick, B. J., Nelson, L. S., McKay, C. A., Dubé, P.-A., Gosselin, S., Palmer, R. B., & Stolbach, A. I. (2018). ACMT and AACT position statement: Preventing occupational fentanyl and fentanyl analog exposure to emergency responders. *Clinical Toxicology*, 56(4), 297–300. <https://doi.org/10.1080/15563650.2017.1373782>
- Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J., & Ompad, D. C. (2020). "They look at us like junkies": Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>
- Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2008). Barriers to accessing generic health and social care services: A qualitative study of injecting drug users. *Health & Social Care in the Community*, 16(2), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x>
- Palombi, L. C., St Hill, C. A., Lipsky, M. S., Swanoski, M. T., & Lutfiyya, M. N. (2018). A scoping review of opioid misuse in the rural United States. *Annals of Epidemiology*, 28(9), 641–652. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.05.008>
- Pauly, B. (Bernie), McCall, J., Browne, A. J., Parker, J., & Mollison, A. (2015). Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 121–135. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000070>
- Shaw, R. (2024, April 4). 'Nobody signed up... to be exposed to fentanyl in the workplace' says nurse. <https://northernbeat.ca/opinion/nobody-signed-up-to-be-exposed-to-fentanyl-in-the-workplace-says-nurse/>
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., C. Simbayi, L., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Sweetman, M. (2024, November 21). Patient overdose death at Nanaimo hospital 'didn't have to happen,' doctor says. <https://thediscount.ca/nanaimo/patient-overdose-death-at-nanaimo-hospital-didnt-have-to-happen-doctor-says>
- Taylor, A. (2024, May 7). Campbell River hospital staff exposed to illicit drug smoke: Island Health. <https://www.campbellrivermirror.com/local-news/campbell-river-hospital-staff-exposed-to-illicit-drug-smoke-island-health-7326961>
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Van Dyk, S. (2024, May 7). The federal government grants B.C.'s request to recriminalize hard drugs in public spaces. <https://www.ctvnews.ca/politics/federal-government-grants-b-c-s-request-to-recriminalize-hard-drugs-in-public-spaces-1.6876913>
- Vancouver Coastal Health. (2023, January 1). Possession of controlled substances for personal use. <https://www.vch.ca/en/decriminalization-controlled-substances-personal-use>