

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

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

Janelle Tarnow , Rita Metwally , Aven Sidhu , Jade Black, Tracy Stoneson , Mary Van Osch , Kassandra Benoit  et Kim Wood 

Volume 48, numéro 1, printemps 2025

Harm Reduction Special Edition

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1117508ar>

DOI : <https://doi.org/10.29173/cjen248>

[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

Tarnow, J., Metwally, R., Sidhu, A., Black, J., Stoneson, T., Van Osch, M., Benoit, K. & Wood, K. (2025). Exploring the role of peers in addressing the toxic drug crisis in emergency departments / Explorer le rôle des pairs dans la lutte contre la crise des drogues toxiques dans les services d'urgence. *Canadian Journal of Emergency Nursing / Journal canadien des infirmières d'urgence*, 48(1), 74-94. <https://doi.org/10.29173/cjen248>

Résumé de l'article

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

Méthodes : Le projet s'est appuyé sur un cadre d'amélioration de la qualité Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) et sur une évaluation à méthodes mixtes axée sur l'utilisation pour évaluer l'impact de l'intégration des pairs dans le service des urgences. Un modèle de méthodes mixtes a été adopté pour recueillir des données à partir de formulaires d'admission, d'enquêtes sur l'expérience des patients et du personnel, et d'un groupe de discussion semi-structuré composé de membres du personnel de soutien par les pairs.

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

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

© Janelle Tarnow, Rita Metwally, Aven Sidhu, Jade Black, Tracy Stoneson, Mary Van Osch, Kassandra Benoit et Kim Wood, 2025



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

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

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

¹ Emergency Network, Fraser Health Authority

² Toxic Drug Response and Priority Populations, Fraser Health Authority

³ Clinical Quality and Patient Safety, Fraser Health Authority

⁴ Chilliwack General Hospital, Fraser Health Authority

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

Methods

Setting

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

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

Program Description

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

Implementation

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

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

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

Key Activities:

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

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

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

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

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

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

Evaluation and Quality Improvement

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

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

Data Collection and Analysis

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

An anonymized patient survey was offered by the PSWs via a

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

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

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

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

Results

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

Patient Feedback

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

Patient quotes:

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

Staff Feedback

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

Table 2

Patient Characteristics

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

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

Table 3*Peer Engagement with Patients*

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

Table 4*Patient Feedback on PSW Program*

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

Note. PSW = peer support worker.**Table 5***Staff Survey Results*

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

Note. PSW = peer support worker.

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

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

Staff quotes

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

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

Peer Support Worker Feedback

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

Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Limitations

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

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

Conclusion

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

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

Implications for Emergency Nursing Practice

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

About the Authors

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

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

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

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

Acknowledgments

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

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

Conflicts of Interest

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

CRedit Statement

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

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

REFERENCES

- Auger, O., & Local Journalism Initiative Reporter. (2023, April 24). *Indigenous people bear the brunt of the toxic drug crisis*. The Canadian Press. Canadian Press Enterprises Inc. <https://thetyee.ca/News/2023/04/24/Indigenous-People-Bearing-Brunt-Toxic-Drugs/>
- Bardwell, G., Kerr, T., Boyd, J., & McNeil, R. (2018). Characterizing peer roles in an overdose crisis: Preferences for peer workers in overdose response programs in emergency shelters. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.023>
- Boulton, O., & Farquharson, B. (2023). Does moral distress in emergency department nurses contribute to intentions to leave their post, specialisation, or profession: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, Article 100164. <https://doi.org/10.1016/j.ijnnsa.2023.100164>
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- British Columbia Coroner’s Service. (2024). Statistical reports on deaths in British Columbia. Government of British Columbia. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/life-events/death/coroners-service/statistical-reports>
- British Columbia Emergency Health Services. (2023). *Overdose and drug poisoning data*. <http://www.bcehs.ca/about/accountability/data/overdose-drug-poisoning-data>
- Brower, H. H., Nicklas, B. J., Nader, M. A., Trost, L. M., & Miller, D. P. (2021). Creating effective academic research teams: Two tools borrowed from business practice. *Journal of Clinical and Translational Science*, 5(1), Article e74. <https://doi.org/10.1017/cts.2020.553>
- Brown, G., Crawford, S., Perry, G.-E., Byrne, J., Dunne, J., Reeders, D., Corry, A., Dicka, J., Morgan, H., & Jones, S. (2019). Achieving meaningful participation of people who use drugs and their peer organizations in a strategic research partnership. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0306-6>
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O’Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R., & Strike, C. (2019). “Maybe if I stop the drugs, then maybe they’d care?” – Hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Coll, M., Davis, S., Etherington, C., Mohammed, R., Macdonald, S., Scott, A., & Young, S. (n.d.). *Peer framework for health-focused peer positions in the Downtown Eastside*. <https://www.vch.ca/sites/default/files/import/documents/DTES-Peer-Framework.pdf>
- Coury, J., Schneider, J. L., & Rivelli, J. S. (2017). Applying the Plan-Do-Study-Act (FSQUIRE) approach to a large pragmatic study involving safety net clinics. *BMC Health Services Research*, 17, Article 411. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2364-3>
- Crisanti, A. S., Earheart, J., Deissinger, M., Lowerre, K., & Salvador, J. G. (2022). Implementation challenges and recommendations for employing peer support workers in emergency departments to support patients presenting after an opioid-related overdose. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), Article 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095276>
- Cullen, J., Childerhouse, P., Jayamaha, N., & McBain, L. (2023). Developing a model for primary care quality improvement success: A comparative case study in rural, urban and Kaupapa Māori organisations. *Journal of Primary Health Care*, 15(4), 333–342. <https://doi.org/10.1071/HC23046>
- Dow-Fleisner, S. J., Lomness, A., & Woolgar, L. (2022). Impact of safe consumption facilities on individual and community outcomes: A scoping review of the past decade of research. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 141, Article 108923. <https://doi.org/10.1016/j.jsub.2022.108923>
- Faiman, B., & Tariman, J. D. (2019). Shared decision making: Improving patient outcomes by understanding the benefits of and barriers to effective communication. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(5), 540–542. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.540-542>
- First Nations Health Authority. (2022). First Nations and the toxic drug poisoning crisis in BC: January–December 2022. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-First-Nations-and-the-Toxic-Drug-Poisoning-Crisis-in-BC-Jan-Dec-2022.pdf>
- Fraser Health (2023). *Monthly overdose data reports*. <https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/mental-health-and-substance-use/overdose-prevention-and-response/monthly-overdose-data-reports>
- Fraser Health. (n.d.). About Fraser Health. <https://www.fraserhealth.ca/about-us/about-fraser-health>
- Greer, A. M., Amlani, A., Burmeister, C., Scott, A., Newman, C., Lampkin, H., Pauly, B., & Buxton, J. A. (2019). Peer engagement barriers and enablers: Insights from people who use drugs in British Columbia, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 110(2), 227–235. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0167-x>
- Health Canada. (2021). *Opioid-related poisoning and anoxic brain injury in Canada: A descriptive analysis of hospitalization data*. Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/opioid-related-hospitalizations-anoxic-brain-injury.html>
- Johnson, P., & Raterink, G. (2009). Implementation of a diabetes clinic-in-a-clinic project in a family practice setting: Using the plan, do, study, act model. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2096–2103. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02774.x>
- Jongbloed, K., Pearce, M. E., Pooyak, S., Zamar, D., Thomas, V., Demerais, L., Christian, W. M., Henderson, E., Sharma, R., Blair, A. H., Yoshida, E. M., Schechter, M. T., & Spittal, P. M. (2017). The Cedar Project: Mortality among young Indigenous people who use drugs in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 189(44), E1352–E1353. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160778>
- Kennedy, M. C., Boyd, J., Mayer, S., Collins, A., Kerr, T., & McNeil, R. (2019). Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Social Science & Medicine*, 225, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.014>
- Laursen, M., Svejvig, P., & Rode, A. (2017, August). *Four approaches to project evaluation* [Paper presentation]. The 24th Nordic Academy of Management Conference, Bodo, Norway. https://www.researchgate.net/publication/338389234_Four_Approaches_to_Project_Evaluation
- Mamdani, Z., McKenzie, S., Pauly, B., Cameron, F., Conway-Brown, J., Edwards, D., Howell, A., Scott, T., Seguin, R., Woodrow, P., & Buxton, J. A. (2021). “Running myself ragged”: Stressors faced by peer workers in overdose response settings. *Harm Reduction Journal*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00449-1>

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

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

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

¹ Emergency Network, Fraser Health Authority

² Toxic Drug Response and Priority Populations, Fraser Health Authority

³ Clinical Quality and Patient Safety, Fraser Health Authority

⁴ Chilliwack General Hospital, Fraser Health Authority

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

Résumé

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

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

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

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

Méthodes

Cadre

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

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

Description du projet

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

Mise en œuvre

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

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

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

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

Tableau 1

Description de poste des intervenants en services de soutien aux pairs

Objectifs principaux :

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

Tâches principales :

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

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

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

Évaluation et amélioration de la qualité

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

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

Collecte et analyse de données

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

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

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

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

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

Résultats

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

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

Rétroaction des patients

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

Tableau 2

Caractéristiques des patients

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

Tableau 3

Engagement des pairs avec les patients

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

Citations de patients

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

Commentaires du personnel

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

Tableau 4

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

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

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

Citations du personnel

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

Tableau 5

Résultats de l'enquête auprès du personnel

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

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

Commentaires des intervenants en services de soutien aux pairs

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

Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Limites

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

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

Conclusion

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

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

Incidences sur la pratique clinique d'urgence

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

Les auteurs

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

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

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

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

RÉFÉRENCES

- Auger, O., & Local Journalism Initiative Reporter. (2023, April 24). *Indigenous people bear the brunt of the toxic drug crisis*. The Canadian Press. Canadian Press Enterprises Inc. <https://thetyee.ca/News/2023/04/24/Indigenous-People-Bearing-Brunt-Toxic-Drugs/>
- Bardwell, G., Kerr, T., Boyd, J., & McNeil, R. (2018). Characterizing peer roles in an overdose crisis: Preferences for peer workers in overdose response programs in emergency shelters. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.023>
- Boulton, O., & Farquharson, B. (2023). Does moral distress in emergency department nurses contribute to intentions to leave their post, specialisation, or profession: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, Article 100164. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100164>
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of*

Remerciements

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

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

Conflits d'intérêts

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

Déclaration de l'auteur (CRediT)

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

Financement

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

- organizations in a strategic research partnership. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0306-6>
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R., & Strike, C. (2019). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?" – Hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Coll, M., Davis, S., Etherington, C., Mohammed, R., Macdonald, S., Scott, A., & Young, S. (n.d.). *Peer framework for health-focused peer positions in the Downtown Eastside*. <https://www.vch.ca/sites/default/files/import/documents/DTES-Peer-Framework.pdf>
- Courry, J., Schneider, J. L., & Rivelli, J. S. (2017). Applying the Plan-Do-Study-Act (FSQUIRE) approach to a large pragmatic study involving safety net clinics. *BMC Health Services Research*, 17, Article 411. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2364-3>
- Crisanti, A. S., Earheart, J., Deissinger, M., Lowerre, K., & Salvador, J. G. (2022). Implementation challenges and recommendations for employing peer support workers in emergency departments to support patients presenting after an opioid-related overdose. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), Article 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095276>
- Cullen, J., Childerhouse, P., Jayamaha, N., & McBain, L. (2023). Developing a model for primary care quality improvement success: A comparative case study in rural, urban and Kaupapa Māori organisations. *Journal of Primary Health Care*, 15(4), 333–342. <https://doi.org/10.1071/HC23046>
- Dow-Fleisner, S. J., Lomness, A., & Woolgar, L. (2022). Impact of safe consumption facilities on individual and community outcomes: A scoping review of the past decade of research. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 141, Article 108923. <https://doi.org/10.1016/j.jsub.2022.108923>
- Faiman, B., & Tariman, J. D. (2019). Shared decision making: Improving patient outcomes by understanding the benefits of and barriers to effective communication. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(5), 540–542. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.540-542>
- First Nations Health Authority. (2022). First Nations and the toxic drug poisoning crisis in BC: January–December 2022. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-First-Nations-and-the-Toxic-Drug-Poisoning-Crisis-in-BC-Jan-Dec-2022.pdf>
- Fraser Health (2023). *Monthly overdose data reports*. <https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/mental-health-and-substance-use/overdose-prevention-and-response/monthly-overdose-data-reports>
- Fraser Health. (n.d.). About Fraser Health. <https://www.fraserhealth.ca/about-us/about-fraser-health>
- Greer, A. M., Amlani, A., Burmeister, C., Scott, A., Newman, C., Lampkin, H., Pauly, B., & Buxton, J. A. (2019). Peer engagement barriers and enablers: Insights from people who use drugs in British Columbia, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 110(2), 227–235. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0167-x>
- Health Canada. (2021). *Opioid-related poisoning and anoxic brain injury in Canada: A descriptive analysis of hospitalization data*. Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/opioid-related-hospitalizations-anoxic-brain-injury.html>
- Johnson, P., & Raterink, G. (2009). Implementation of a diabetes clinic-in-a-clinic project in a family practice setting: Using the plan, do, study, act model. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2096–2103. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02774.x>
- Jongbloed, K., Pearce, M. E., Pooyak, S., Zamar, D., Thomas, V., Demerai, L., Christian, W. M., Henderson, E., Sharma, R., Blair, A. H., Yoshida, E. M., Schechter, M. T., & Spittal, P. M. (2017). The Cedar Project: Mortality among young Indigenous people who use drugs in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 189(44), E1352–E1353. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160778>
- Kennedy, M. C., Boyd, J., Mayer, S., Collins, A., Kerr, T., & McNeil, R. (2019). Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Social Science & Medicine*, 225, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.014>
- Laursen, M., Svejvig, P., & Rode, A. (2017, August). *Four approaches to project evaluation* [Paper presentation]. The 24th Nordic Academy of Management Conference, Bodo, Norway. https://www.researchgate.net/publication/338389234_Four_Approaches_to_Project_Evaluation
- Mamdani, Z., McKenzie, S., Pauly, B., Cameron, F., Conway-Brown, J., Edwards, D., Howell, A., Scott, T., Seguin, R., Woodrow, P., & Buxton, J. A. (2021). "Running myself ragged": Stressors faced by peer workers in overdose response settings. *Harm Reduction Journal*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00449-1>
- Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P. B., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality and Safety*, 25, 986–992. <https://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&pageId=471>
- Olding, M., Boyd, J., Kerr, T., & McNeil, R. (2021). "And we just have to keep going": Task shifting and the production of burnout among overdose response workers with lived experience. *Social Science & Medicine*, 270, Article 113631. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113631>
- Pauly, B., Mamdani, Z., Mesley, L., McKenzie, S., Cameron, F., Edwards, D., Howell, A., Knott, M., Scott, T., Seguin, R., Greer, A., & Buxton, J. (2021). "It's an emotional roller coaster... but sometimes it's fucking awesome": Meaning and motivation of work for peers in overdose response environments in British Columbia. *International Journal of Drug Policy*, 88, 103015. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103015>
- Piatkowski, T., Seear, K., Reeve, S., & Kill, E. (2024). How do relational practices co-constitute care for people who use drugs? The social and political dimensions of peer-led harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 133, 104614. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104614>
- Richardson, J., & Rosenberg, L. (2018). Peer support workers in emergency departments: Engaging individuals surviving opioid overdoses—Qualitative assessment. *Providers Clinical Support System*. <https://pcssnow.org/wp-content/uploads/2018/07/Peer-Support-Workers-in-EDs-Issue-Brief-1.24.19.pdf>
- Scheeres, J. (2015). Strategies for accelerating and sustaining change in healthcare organizations. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/229003265_Strategies_for_Accelerating_and_Sustaining_Change_in_Healthcare_Organizations
- Scow, M., McDougall, J., Slaunwhite, A., & Palis, H. (2023). Peer-led safer supply and opioid agonist treatment medication distribution: A case study from rural British Columbia. *Harm Reduction Journal*, 20, 156. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00883-x>
- Smith, J., Brown, L., & Johnson, M. (2020). The role of peer support in enhancing healthcare quality and reducing staff burnout: A systematic review. *Journal of Healthcare Management*, 65(4), 299–310. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00004>
- Statistics Canada (2023). *Census Profile, 2021 Census of Population*. Statistics Canada Catalogue no. 98-316-X2021001. Ottawa. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E>
- The Neighbourhood Group. (n.d.). *Peer training and development*. TNG Community Services. <https://www.tngcommunityto.org/Programs-Services/Programs/Peer-Programs/Peer-Training-and-Development?cat=>
- Van Hout, M. C., & O'Reilly, K. (2020). Emergency department visits related to drug use and drug overdose: Impact on emergency department and healthcare workers. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 28(3), 195–204. <https://doi.org/10.1016/j.jsuat.2020.01.002>