

## Recherche qualitative originale

# Quelles sont les mesures de réduction des méfaits à cibler selon les personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation de méthamphétamine et une admission à l'hôpital?

Cheryl Forchuk, Ph. D. (1,2); Jonathan Serrato, M. Sc. (1); Leanne Scott, B. Sc. inf. (1,2)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

### Résumé

**Introduction.** Les personnes consommant des substances sont susceptibles d'avoir recours à des services hospitaliers pour le traitement d'infections et de blessures, pour des troubles liés à la consommation de substances, pour des problèmes de santé mentale ou pour toute autre raison. Notre objectif consistait à rendre compte des expériences, des problèmes et des recommandations des personnes consommant de la méthamphétamine et ayant eu recours à des services hospitaliers.

**Méthodologie.** Sur les 114 personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation de méthamphétamine qui ont été recrutées pour une étude fondée sur des méthodes mixtes menée dans le sud-ouest de l'Ontario (Canada), 104 ont réalisé le volet qualitatif. Les entrevues ont été effectuées entre octobre 2020 et avril 2021. On a posé aux participants des questions ouvertes puis leurs réponses ont été analysées au moyen d'une approche ethnographique thématique.

**Résultats.** Les interactions négatives entre les patients et le personnel reposent sur la stigmatisation et un manque de compréhension de la dépendance et de la consommation de méthamphétamine, menant à la méfiance, à l'évitement des soins hospitaliers ainsi qu'à une diminution de la recherche d'aide et de la participation aux soins de santé. Cela peut avoir comme conséquences des infections, une utilisation non sécuritaire d'aiguilles, un départ de l'hôpital contre l'avis du médecin et des symptômes associés au sevrage. Presque tous les participants étaient en faveur de l'utilisation de stratégies de réduction des méfaits en milieu hospitalier, notamment des services de consommation supervisée, la fourniture de matériel stérile et de contenants pour objets pointus et tranchants ainsi qu'un soutien au sevrage. Les répercussions sur le plan clinique sont l'éducation pour réduire les lacunes en matière de connaissances sur la consommation de méthamphétamine et la dépendance et pour lutter contre la stigmatisation, ce qui faciliterait l'introduction de stratégies de réduction des méfaits.

**Conclusion.** Même si les stratégies cernées par les participants favorisent un milieu de soin plus sécuritaire, l'amélioration des relations thérapeutiques grâce à l'éducation des fournisseurs de soins de santé et du personnel des hôpitaux constitue un préalable essentiel. Il est nécessaire d'envisager l'ajout de stratégies de réduction des méfaits en milieu hospitalier, cette approche demeurant rare dans les hôpitaux au Canada.

**Mots-clés :** réduction des méfaits, méthamphétamine, hôpitaux, troubles liés à la consommation de substances, drogues illicites, stigmatisation

### Points saillants

- À l'aide de questions ouvertes, nous avons interviewé 104 personnes ayant vécu une expérience concrète de consommation de méthamphétamine.
- Les personnes interviewées ont fait état de stigmatisation et d'un manque de connaissances des fournisseurs de soins de santé et des autres membres du personnel des hôpitaux sur la dépendance et la consommation de substances.
- La stigmatisation et le manque de confiance peuvent avoir comme conséquences un évitement des hôpitaux, une diminution de la recherche d'aide et de la participation aux soins de santé, voire des infections, un départ contre l'avis du médecin et des symptômes de sevrage.
- Des services de consommation supervisée, la fourniture de matériel stérile et de contenants pour objets pointus et tranchants ainsi qu'un soutien au sevrage figurent parmi les stratégies de réduction des méfaits recommandées.
- Sur le plan clinique, cela implique une sensibilisation accrue des fournisseurs de soins de santé en vue d'améliorer les relations thérapeutiques, ce qui faciliterait l'introduction de stratégies de réduction des méfaits dans les hôpitaux.

### Rattachement des auteurs :

1. Lawson Health Research Institute, London (Ontario), Canada
2. Western University, London (Ontario), Canada

**Correspondance :** Jonathan Serrato, Mental Health Nursing Research Alliance (MHNRA) – C.P. 5777, succursale B, 550, route Wellington, bureau B3-110, London (Ontario) N6C 0A7; tél. : 519-685-8500, poste 75802; courriel : [jonathan.serrato@lhsc.on.ca](mailto:jonathan.serrato@lhsc.on.ca)

## Introduction

La consommation de méthamphétamine est associée à divers effets négatifs sur la santé qui ont des répercussions sur les maladies chroniques : de la déshydratation et de la malnutrition<sup>1</sup>, des maladies transmissibles par le sang<sup>2</sup>, des maladies respiratoires et une augmentation des hospitalisations<sup>3</sup>, des problèmes dentaires<sup>4</sup>, des convulsions<sup>5</sup>, une insuffisance cardiaque<sup>6</sup>, des surdoses et des décès<sup>7</sup>.

On réclame de plus en plus que des services de réduction des méfaits soient offerts dans les hôpitaux, d'autant plus que ces derniers constituent le premier point d'accès à des soins pour de nombreuses personnes<sup>8-10</sup>. Or les hôpitaux exigent généralement que les patients fassent preuve d'abstinence<sup>11</sup>, ce qui crée une situation de conflit d'intérêts lors de la prestation de soins à des personnes consommant des substances. La sécurité de cette population de patients particulière, ainsi que celle des personnes qui les entourent, peut être mise en péril si l'on ne répond pas à leurs besoins. Parmi les problèmes de sécurité, on compte le départ contre l'avis du médecin, l'élimination inadéquate du matériel utilisé pour la consommation de substances, la douleur et les symptômes de sevrage<sup>8,11</sup>.

Les services qui s'acquittent du mandat d'assurer la sécurité du personnel et des patients de l'hôpital peuvent constituer un obstacle supplémentaire en raison de la fréquence élevée des interactions et des fouilles des biens personnels effectuées, ce qui risque d'accentuer la méfiance et la stigmatisation<sup>8</sup>. Les personnes consommant des substances mentionnent souvent avoir vécu des expériences négatives avec les services d'application de la loi ou les services de sécurité, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital<sup>12</sup>. Ces expériences négatives vont de la criminalisation en raison de la consommation de substances au fait d'être invité à quitter l'hôpital malgré des besoins médicaux<sup>12</sup>.

On a constaté que les personnes hospitalisées pour des problèmes de consommation de substances risquaient davantage de quitter l'hôpital contre l'avis du médecin au Canada<sup>12-14</sup> et aux États-Unis<sup>13,15,16</sup>, en particulier en l'absence d'interventions et de services liés à la consommation de substances<sup>17</sup>. Dans une étude canadienne, un peu plus de la moitié des participants

ayant fait état d'une consommation quotidienne de méthamphétamine ont quitté l'hôpital contre l'avis du médecin<sup>13</sup>. Les personnes aux prises avec des troubles concomitants de consommation de substances et de maladie mentale sont plus susceptibles d'avoir des séjours plus courts à l'hôpital au Canada<sup>18</sup>, aux États-Unis<sup>19</sup> et au Royaume-Uni<sup>20</sup> comparativement à la population générale de patients. En revanche, au Canada<sup>21</sup> et en Australie<sup>22</sup>, les personnes dirigées vers des services psychiatriques ont effectué des séjours plus longs. Une étude en Suisse a révélé que la durée du séjour diminuait à mesure que le nombre d'hospitalisations augmentait, ce qui révèle des difficultés en ce qui concerne la transition vers des services de consultation externe<sup>23</sup>.

La stigmatisation continue à décourager les personnes consommant des substances de demander des soins. Le jugement perçu ou les attitudes négatives<sup>24</sup> et le manque d'attention<sup>25</sup> ont été cités et témoignent de stigmatisation. La stigmatisation peut également perpétuer le désir de consommer des substances secrètement ou d'éviter de recourir à des services de santé<sup>26,27</sup> ou entraîner un départ de l'hôpital contre l'avis du médecin, ce qui peut se traduire par une piètre qualité des soins et du suivi<sup>10</sup>. La stigmatisation peut également créer des obstacles à l'accès aux soins, et nuire à la recherche d'aide et à l'autodéclaration de la consommation de substances, en particulier chez les femmes<sup>28-30</sup> et les personnes transgenres<sup>31</sup>. Des femmes et des femmes enceintes ont également déclaré que certains obstacles à l'accès aux soins découlaient d'une peur accrue d'avoir des démêlés avec les services de protection de la jeunesse<sup>30,32</sup>.

Contrairement à la situation en milieu hospitalier, la réduction des méfaits est une stratégie bien ancrée au sein d'organismes communautaires comme les sites de consommation supervisée. Lorsqu'il n'est pas possible d'avoir accès à des approches de réduction des méfaits, les personnes peuvent réutiliser ou partager des aiguilles<sup>33</sup> ou réutiliser des pipes<sup>34</sup>. La réduction des méfaits à l'hôpital est nécessaire pour fournir des options d'accès plus sûres : selon une étude importante menée à London (Ontario), les personnes qui s'injectent des substances présentent une incidence significativement plus élevée de nouvelles bactériémies lorsqu'elles reçoivent un traitement en milieu hospitalier comparativement à celles qui reçoivent un

traitement en consultation externe<sup>35</sup>. Tan et al.<sup>35</sup> ont également souligné que les personnes recevant un traitement en consultation externe étaient plus susceptibles de présenter des comportements ou des affections concomitantes à faible risque, même si un tel constat pourrait s'expliquer par l'absence de mesures de réduction des méfaits en milieu hospitalier alors que ces mesures sont présentes en milieu communautaire. De plus, le risque de surdose dans les centres de prévention des surdoses en milieu hospitalier s'est révélé significativement plus élevé chez les personnes hospitalisées que chez les clients des organismes communautaires<sup>36</sup>.

Les pratiques de réduction des méfaits visent à réduire les risques et les méfaits associés à la consommation de substances grâce à la fourniture d'outils et de services<sup>37</sup>. Les sites de consommation supervisée qui offrent des espaces spécifiques où il est possible de consommer des substances sous la supervision d'un personnel qualifié sont associés à une diminution du partage de matériel<sup>38,39</sup>, de l'utilisation publique<sup>38</sup> et du nombre de seringues jetées dans des lieux publics<sup>39</sup>. On a fait état d'une diminution des seringues jetées dans des lieux publics dans les villes où il existe des programmes d'échange de seringues fournissant du matériel stérile en échange de la remise de seringues usagées<sup>40</sup>.

Il est également important que les personnes consommant des substances acceptent les services de réduction des méfaits et qu'elles soient disposées à les utiliser. Selon certaines études, les stratégies de réduction des méfaits ont amélioré la compréhension des pratiques sécuritaires et ont été perçues de façon positive par les personnes consommant des substances<sup>9,41</sup>. De plus, à l'exception de Toronto<sup>42</sup>, d'Edmonton<sup>43</sup> et de Vancouver<sup>36,44</sup>, les services de réduction des méfaits au Canada sont utilisés et évalués en milieu communautaire plutôt qu'en milieu hospitalier. L'Écosse<sup>45</sup> et l'Australie<sup>46</sup> autorisent la fourniture de services de réduction des méfaits (comme les programmes d'échange de seringues) en milieu hospitalier, mais il ne s'agit pas d'une pratique courante à l'échelle internationale. Lorsque des services de consommation supervisée sont mis en œuvre avec succès en milieu hospitalier, les patients sont supervisés par du personnel qualifié (souvent du personnel ayant vécu ce type d'expérience) dans une cabine d'injection personnelle et ils se voient offrir du matériel

stérile et de l'information sur une utilisation sécuritaire<sup>36,42-44</sup>.

La littérature existante sur la réduction des méfaits dans les hôpitaux est limitée. Un des objectifs clés du projet est de comprendre ce qui est nécessaire et les enjeux dont on doit s'occuper afin de combler cette lacune dans la littérature. Cette étude vise à consigner les expériences de personnes consommant de la méthamphétamine et à découvrir ce qui peut être fait pour améliorer les soins qui leur sont offerts à l'hôpital, quelles sont les stratégies de réduction des méfaits propres à la méthamphétamine qui sont proposées par ces personnes pour les hôpitaux et quels autres problèmes doivent être résolus. Dans cet article, nous ciblons les constatations issues du volet qualitatif d'une étude fondée sur des méthodes mixtes.

## Méthodologie

### Plan d'étude

Cette étude a été réalisée dans une grande ville du sud-ouest de l'Ontario (Canada). Les entrevues ont commencé en octobre 2020 et se sont terminées en avril 2021. Le volet qualitatif se composait de questions ouvertes.

Des données ont été recueillies en une fois à partir d'un échantillon choisi à dessein composé de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation de méthamphétamine et de l'utilisation des services hospitaliers. On a eu recours à la méthode d'échantillonnage dirigé pour constituer la base de sondage afin d'optimiser la diversité selon l'âge, le genre et les organismes de service fréquentés. Ces organismes étaient des hôpitaux, des organismes offrant des services aux personnes en situation d'itinérance, des organismes de services de soins de santé primaires et des organismes de services communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances.

Nous avons utilisé une base d'échantillonnage pour recruter un nombre similaire de participants ayant fréquenté les divers organismes ainsi qu'un nombre similaire de répondants s'identifiant comme hommes et de répondants s'identifiant comme femmes. Les répondants s'identifiant comme non binaires ou d'un autre genre pouvaient également participer. Des groupes d'âge ont été créés (16 à 19 ans, 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à

59 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans et 80 à 85 ans) pour faire le suivi en fonction de l'âge des participants et assurer un recrutement adéquat tout au long de l'étude (au moins un participant dans chaque groupe d'âge). La priorité a été accordée aux participants s'identifiant comme membres d'un groupe marginalisé afin qu'ils puissent participer et être représentés dans l'échantillon. Les populations marginalisées ciblées étaient les peuples autochtones ainsi que les personnes aux deux esprits, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers, intersexes et autres (2ELGBTQI+) et les membres de groupes ethniques minoritaires.

Comme cette étude qualitative fait partie d'une étude fondée sur des méthodes mixtes, notre objectif était de recruter au moins 104 participants (et au maximum 180) ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation de méthamphétamine, incluant des personnes en cours de rétablissement. Ce minimum est conforme au calcul de la taille de l'échantillon établi par Bartlett et ses collaborateurs<sup>47</sup>. Le maximum de 180 participants a été établi en fonction du financement accordé à l'étude. Cela a comme corollaire que l'étude dépasse le nombre de participants requis pour assurer la saturation sur le plan qualitatif selon les normes de Morse<sup>48</sup>.

Pour être admis à participer à l'étude, les participants devaient avoir entre 16 et 85 ans, avoir reçu des services à l'hôpital et parler anglais suffisamment bien pour participer à l'entrevue. Les participants ont été exclus s'ils n'avaient pas mentionné de consommation actuelle ou antérieure de méthamphétamine, même s'ils avaient consommé d'autres substances. Tous les participants ont fourni leur consentement éclairé.

L'approbation éthique de la recherche a été obtenue auprès du Lawson Health Research Institute et du Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé de l'Université Western (n° 115779).

### Recrutement

L'équipe de recherche a communiqué avec les responsables de nombreux programmes des quatre hôpitaux et des organismes communautaires du sud-ouest de l'Ontario. Le personnel de recherche a fourni au personnel des organismes le protocole de recherche et les affiches de

recrutement pour les aider à promouvoir le projet auprès des clients. Les participants potentiels pouvaient téléphoner au coordonnateur de recherche (JS) ou lui envoyer un courriel pour fixer l'heure et le lieu de l'entrevue. L'équipe de recherche avait également prévu de se rendre sur les sites offrant des services de halte d'accueil (refuges pour les personnes en situation d'itinérance et un site de consommation supervisée) certains jours spécifiques afin d'y mener des activités de sensibilisation auprès de participants potentiels.

Pour recruter l'échantillon le plus diversifié possible, nous avons transmis les données au sujet des lacunes de l'échantillonnage dirigé aux programmes hospitaliers et aux organismes communautaires afin d'essayer de recruter des participants parmi les groupes insuffisamment représentés et nous avons communiqué avec les organismes desservant les populations sous-représentées comme les jeunes, les personnes âgées, les personnes 2ELGBTQI+ et les Autochtones. Les membres du personnel des hôpitaux, s'ils étaient au courant d'expérience concrète de consommation de méthamphétamine chez leurs patients, ont parlé du projet à ces derniers.

### Procédure

Dans le cadre d'une vaste étude fondée sur des méthodes mixtes, les personnes interviewées ont participé à une discussion qualitative reposant sur des questions ouvertes. Les entrevues ont été menées par les trois auteurs ainsi que par trois coordonnateurs de recherche (SH, SM et AP) et sept adjoints de recherche (SA, TA, NF, EG, CH, AJ et AY) qui avaient tous reçu une formation sur les méthodes qualitatives et les techniques d'entrevue. Chaque entrevue a duré environ 60 minutes.

Les questions d'entrevue étaient conçues pour amener les participants à faire part aux intervieweurs de leurs expériences en milieu hospitalier, des problèmes concernant la réduction des méfaits (ou de l'absence de telles mesures), de leurs suggestions quant aux changements à apporter aux soins et aux aspects des soins qui n'avaient pas à être modifiés, de leurs recommandations et de leurs objectifs. Les questions visaient à recueillir des points de vue variés permettant de récolter des réponses inattendues et contrastées afin de les inclure dans les analyses :

1. Quelle est votre expérience de la situation actuelle dans les hôpitaux pour réduire les méfaits et la consommation de méthamphétamine?
2. Quels sont les problèmes associés à l'approche actuelle au sein des hôpitaux pour la réduction des méfaits et la consommation de méthamphétamine?
3. Selon vous, que devrait-on modifier dans l'approche actuelle à l'égard de la réduction des méfaits?
4. Quels sont les aspects que vous ne changeriez pas dans l'approche actuelle à l'égard de la réduction des méfaits?
5. En quoi une nouvelle approche vous aiderait-elle à atteindre vos objectifs?
6. Avez-vous d'autres recommandations qui pourraient être utiles à vous ou à d'autres personnes qui consomment de la méthamphétamine?

Les intervieweurs ont pris des notes lors des entrevues afin de faciliter le suivi, d'obtenir des précisions sur une expérience ou une opinion particulière et de demander des éclaircissements. Le volet qualitatif de l'entrevue a été enregistré sur support audio puis transcrit par le personnel de recherche en vue de la réalisation d'analyses ultérieures (SA, NF, EG, CH, AJ, AL et ML).

Les entrevues ont été effectuées soit par téléphone, soit en personne. Les entrevues en personne n'ont été réalisées que si l'intervieweur et la personne interviewée pouvaient respecter les procédures et les protocoles liés à la COVID-19. Elles ont eu lieu dans une salle de réunion fournie par les organismes de service. Les participants hospitalisés au moment de l'entrevue ont été interviewés par téléphone, conformément aux protocoles en place dans les hôpitaux pendant la pandémie. Tous les participants ont reçu une rétribution de 20 dollars canadiens après avoir terminé leur entrevue.

### Analyse des données

Nous avons utilisé une méthode d'analyse thématique ethnographique<sup>49</sup> pour cerner les contextes culturels et sociaux élargis dans lesquels évoluaient les participants ayant vécu une expérience concrète de consommation de méthamphétamine. Les

trois auteurs ont effectué et revu le codage ouvert initial et le codage axial. Nous avons regroupé les réponses aux entrevues de façon thématique et nous avons relevé les thèmes, les sous-thèmes et les suggestions formulées par les participants pour étude ultérieure. Nous avons classé les citations en utilisant un code de couleur en fonction du type de réponse obtenue et nous avons copié celles-ci dans un document pour chaque thème. Ces thèmes ont ensuite été étudiés et ont fait l'objet d'une évaluation critique commune des trois auteurs.

Les 104 transcriptions ont été analysées. Les analyses approfondies ont permis d'explorer l'influence réciproque des différents thèmes afin d'identifier la séquence de problèmes auxquels les participants avaient dû faire face. Les trois auteurs ont travaillé en collaboration pour dégager les différents thèmes puis ont élaboré un modèle de comparaison entre l'état actuel des soins hospitaliers et l'état souhaité. Les citations ont été relues et classées par thème après approbation des trois auteurs et après atteinte d'un consensus quant au classement le plus approprié pour chacune, ce qui a permis d'assurer la crédibilité et la fiabilité du processus. Les activités de réflexion ont consisté en mises à jour périodiques et en discussions régulières à propos des derniers résultats avec le sous-comité du groupe consultatif et de recherche de l'étude, une équipe composée d'autres chercheurs et analystes, dans le but de réduire des biais éventuels de recherche.

## Résultats

### Caractéristiques sociodémographiques

Sur les 114 participants recrutés pour cette étude, 104 ont complété le volet qualitatif de l'étude. La majorité s'identifiaient comme des hommes (n = 67) (tableau 1). Même si les chercheurs ciblaient un nombre égal d'hommes et de femmes, les femmes ont été moins nombreuses que les hommes à faire état d'une consommation de substances. Au total, 13 participants se sont identifiés comme des personnes 2ELGBTQI+. L'âge moyen des participants de l'échantillon était de 35,5 ans (intervalle : 17 à 66 ans), mais aucun participant de plus de 70 ans n'a été recruté. Au total, 52 participants ont mentionné être en situation d'itinérance au moment de l'entrevue et presque tous les participants (n = 102) ont

déclaré avoir déjà été en situation d'itinérance au cours de leur vie.

### Constatations issues de l'analyse thématique

Nous avons recensé un certain nombre de thèmes au cours des entrevues, englobant la stigmatisation et le manque de connaissances, le manque de confiance et la recherche d'aide, les stratégies de réduction des méfaits et les conséquences négatives. La figure 1 illustre l'enchaînement des thèmes relevés et les relations entre ces thèmes.

### Interactions entre le personnel et les patients : stigmatisation et manque de connaissances

La stigmatisation est le problème qui a été le plus souvent mentionné au cours des entrevues. Les participants ont indiqué qu'ils se sentaient moins respectés que la population générale de patients, qu'on leur faisait sentir que leur dépendance résultait d'un « mauvais choix » et qu'ils avaient été ostracisés. Un participant a dit : « Par où commencer, à qui demander... et puis j'essaie de demander ou j'essaie d'aborder le problème et on me traite comme... comme un déchet, vous savez? ».

La stigmatisation perçue est susceptible de découler d'un manque de connaissances sur la dépendance et la consommation de substances – en particulier la consommation de méthamphétamine – de la part des fournisseurs de soins de santé et du personnel hospitalier. De nombreux participants ont expliqué qu'il semblait y avoir un décalage entre eux-mêmes et le personnel de santé qui les traitait, faisant souvent valoir des différences de langage. Par exemple, les personnes ayant vécu une expérience concrète évoquent les substances non réglementées comme des « points » tandis que les fournisseurs de soins de santé leur demandent combien de milligrammes ils ont consommés.

Les participants ont également mentionné un manque de compréhension à l'égard de l'expérience vécue. Certains ont indiqué qu'il importe de mieux comprendre la dépendance, et notamment les événements traumatiques, qui ne sont parfois pas reconnus comme des précurseurs de la consommation de substances. Ce manque de compréhension peut faire en sorte que la consommation de méthamphétamine soit perçue comme un « mauvais choix » sur le plan moral. D'autres participants ont souligné que la distinction entre

**TABEAU 1**  
**Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon pour le volet qualitatif**  
**de l'étude fondée sur des méthodes mixtes (n = 104)**

Caractéristique	Nombre de participants et proportion dans l'échantillon (en %)
Âge moyen en années (ET)	35,5 (12,5)
<b>Sexe</b>	
Homme	67 (64)
Femme	36 (35)
Non binaire	1 (1)
<b>S'identifie comme une personne 2ELGBTQI+</b>	13 (13)
<b>Origine ethnique</b>	
Blanc	61 (59)
Autochtone	24 (23)
Autochtone et blanc	8 (8)
Noir	3 (3)
Latino-américain	2 (2)
Autre	6 (6)
<b>État matrimonial</b>	
Célibataire	75 (72)
Marié/conjoint de fait/fiancé	16 (15)
Séparé/divorcé	11 (11)
Veuf	2 (2)
<b>Niveau de scolarité</b>	
Études secondaires	45 (43)
Études primaires/élémentaires	41 (39)
Études collégiales/universitaires	18 (17)
<b>Situation résidentielle</b>	
Itinérance	52 (50)
Vit seul	25 (24)
Vit avec d'autres membres de sa famille ou ses parents	8 (8)
Est hospitalisé	7 (7)
Vit avec un conjoint/partenaire	6 (6)
Vit avec une personne sans lien de parenté	6 (6)

**Abréviations :** ET, écart-type; 2ELGBTQI+, personnes aux deux esprits, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers, intersexes et autres.

la manifestation clinique de la consommation de méthamphétamine et un problème de santé mentale pose problème, menant à des suppositions erronées à propos d'eux en tant que personnes.

Alors je pense que, oui, c'est juste que je ne sais pas s'ils ne comprennent simplement pas ou s'ils ne veulent pas comprendre, parce qu'il y a une différence entre quelqu'un qui souffre de psychose à cause de la consommation de drogues et quelqu'un qui souffre de psychose à cause d'un problème de santé mentale.

Ce manque de connaissances à l'égard des manifestations cliniques de la consommation

de méthamphétamine peut mener à un traitement insuffisant des symptômes de sevrage. Les participants étaient d'avis que les fournisseurs de soins de santé n'avaient pas tenu compte de leurs symptômes de sevrage ou avaient semblé ne pas connaître les symptômes de sevrage et le traitement à administrer. Quoi qu'il en soit, selon les participants, « il faut mettre davantage l'accent sur la gestion des symptômes de sevrage ».

#### **Méfiance et diminution de la recherche d'aide et de la participation aux soins de santé**

Les perceptions de stigmatisation et de manque de connaissances sur la consommation

de substances entraînent un manque de confiance mutuelle entre le patient et le fournisseur de soins de santé. Les participants ont exprimé leur insatisfaction générale à l'égard des soins de santé reçus, affirmant qu'ils ont évité de révéler leur consommation de méthamphétamine au personnel soignant. Un grand nombre de participants ne souhaitaient pas demander de l'aide ou nouer un dialogue avec leur fournisseur de soins de santé.

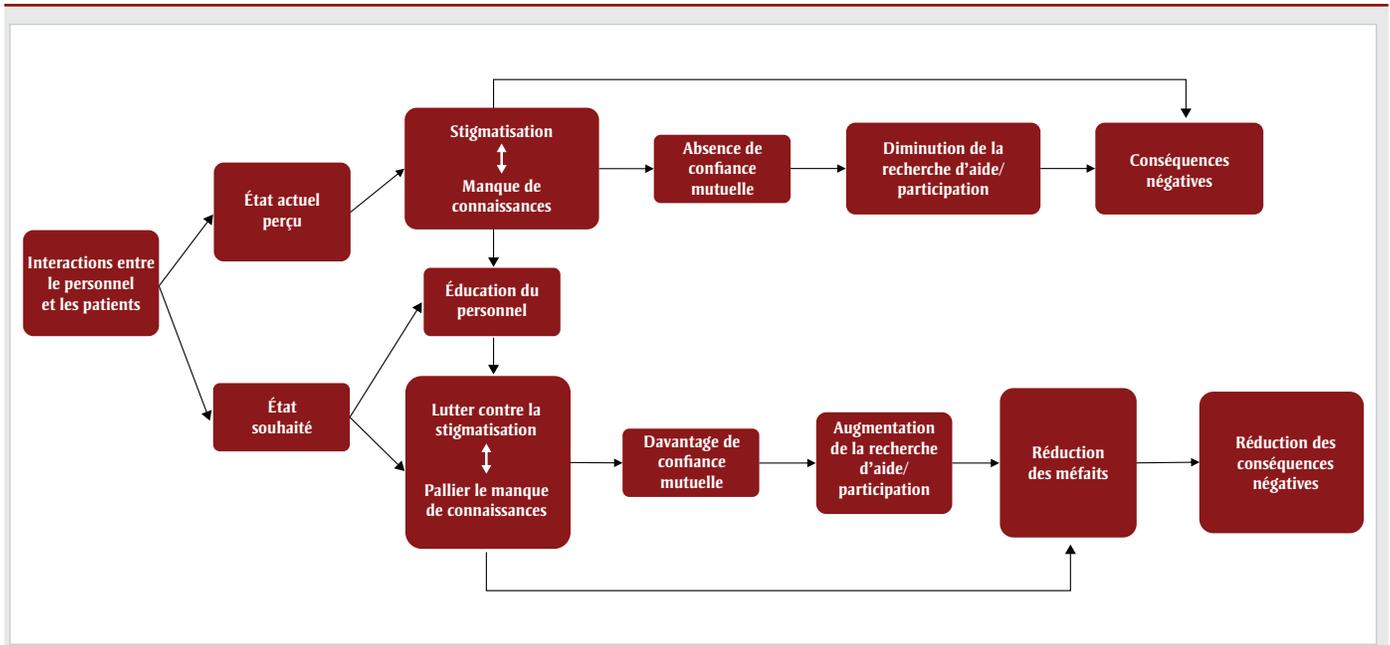
Les participants ont indiqué qu'ils ne cherchaient pas à obtenir des soins de santé dans les hôpitaux en raison de cette combinaison de stigmatisation, de manque de compréhension et de confiance et du fait également que l'on ne réponde pas à leurs besoins médicaux (symptômes de sevrage). Certains participants ont déclaré avoir quitté l'hôpital contre l'avis du médecin. Cela est susceptible d'entraîner une aggravation des symptômes et vraisemblablement une réadmission. Un participant a indiqué : « Parce que beaucoup d'entre nous n'aiment pas les hôpitaux, nous n'allons pas à l'hôpital parce qu'on nous traite différemment. On nous colle une étiquette. »

La présence d'une personne ayant vécu une expérience concrète de consommation de méthamphétamine, comme un pair aidant, pourrait être le chaînon manquant de la relation thérapeutique entre le patient et l'équipe de soins de santé : « En tant que personne en cours de rétablissement, je sais combien il est important de pouvoir parler à quelqu'un qui a aussi souffert d'un trouble lié à la consommation de substances. »

#### **Conséquences négatives**

Ne pas participer activement aux soins de santé peut se traduire par une détérioration de la santé, des infections, une utilisation non sécuritaire d'aiguilles, un départ de l'hôpital contre l'avis du médecin et même le décès. Les symptômes de sevrage ont fait l'objet de discussions dans de nombreux contextes, que ce soit les effets variés découlant de l'absence de consommation de méthamphétamine dans les hôpitaux ou de l'absence de médication pour éviter les réactions indésirables. Les participants ont décrit les conséquences physiques et les conséquences sur la santé mentale associées au sevrage lorsqu'aucune stratégie de réduction des méfaits n'est mise en place :

**FIGURE 1**  
Modèle comparant l'état actuel perçu des soins hospitaliers à l'état souhaité<sup>a</sup>



<sup>a</sup> D'après les thèmes relevés dans les 104 entrevues réalisées auprès de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation de méthamphétamine et qui ont participé au volet qualitatif d'une étude fondée sur des méthodes mixtes menée dans le sud-ouest de l'Ontario entre octobre 2020 et avril 2021.

Lors du sevrage, il est possible que les gens deviennent violents, on n'a aucune conscience de soi, puis quand l'euphorie diminue on pense juste à consommer de nouveau. Ils nous forcent à nous soumettre au néant. Comment peuvent-ils nous faire ça? Nous, c'est comme si on subissait cette dépendance. Ils nous font subir le sevrage. Ils disent qu'on devrait juste s'endurcir.

D'autres participants relatent comment l'absence de stratégie de réduction des méfaits peut augmenter la douleur et le risque de décès et de surdose :

Parce que s'il n'y a pas d'approche de réduction des méfaits ou de plan de sécurité dans les hôpitaux... je crois que beaucoup plus de personnes pourraient... souffrir énormément et il leur arriverait davantage de choses... Vous savez, un plus grand nombre de personnes pourraient mourir ou faire une surdose.

### Stratégies de réduction des méfaits recommandées pour réduire les conséquences négatives

#### Consommation sécuritaire

Les participants ont souvent discuté du principe de service de consommation supervisée.

Bon nombre d'entre eux ont parlé d'un service supervisé où le personnel de l'hôpital offrirait son aide aux patients. Nous avons noté une divergence d'opinions quant au niveau de contrôle à exercer par le personnel de supervision (administrer l'injection, surveiller les effets ou offrir du soutien après la consommation). Cela pourrait être le signe de différences sur le plan des croyances à l'égard de l'autonomie et des attitudes envers le personnel de soutien.

Il devrait y avoir des pièces comme ça [lieu de consommation privé] à l'hôpital [...] le personnel paramédical est passé par ici parce que les gens ne meurent pas ici. Beaucoup de gens désapprouvent ces pratiques, mais, vous savez, ce genre d'endroit permet de sauver beaucoup de vies.

De nombreux participants préféraient l'idée d'un « espace sûr » où des personnes pourraient consommer de la méthamphétamine en privé, pour leur propre sécurité et à l'écart de la population générale de patients : « Prévoyez simplement une petite pièce pour les gens qui consomment ce genre de substance... pour qu'on se sente en sécurité, vous comprenez ce que je veux dire? ».

#### Matériel stérile

De nombreux participants ont souligné la nécessité de disposer de matériel stérile pour aider à prévenir la propagation des infections. Les programmes d'échange de seringues dans les hôpitaux pourraient être un moyen de prévenir la réutilisation des aiguilles et des seringues :

... on a un programme d'échange d'aiguilles, et on a besoin d'avoir quelque chose de semblable [dans] notre partie de l'hôpital... il pourrait peut-être y avoir un travailleur spécialisé dans le traitement des dépendances ou quelque chose du genre, qui pourrait fournir des aiguilles propres ou du matériel comme des ustensiles pour l'injection de drogues.

Certains participants ont également proposé que l'on offre des pipes propres aux personnes qui fument de la méthamphétamine afin de prévenir la réutilisation des pipes et la propagation des infections : « S'il y a des personnes [qui fument] il faut s'assurer qu'elles aient toujours des pipes propres... Comme ça, elles ne réutilisent pas encore et encore du matériel usagé... Parce que c'est une façon... d'attraper des maladies ».

L'utilisation de pipes endommagées ou de fabrication artisanale peut également entraîner des blessures nécessitant des soins médicaux. Un participant a indiqué : « Ils devraient probablement nous donner... du matériel d'injection sécuritaire comme des aiguilles et des boîtes de collecte [d'aiguilles usagées], et aussi [...] des pipes propres pour qu'on n'utilise pas... des éclats de verre brisé et des pailles pour inhaler ».

### **Contenants pour objets pointus et tranchants**

Certains participants ont souligné la nécessité de disposer de contenants pour objets pointus et tranchants pour l'élimination des aiguilles afin de réduire le risque d'infection accidentelle. Le fait d'avoir des contenants pour objets pointus et tranchants facilement accessibles dans les hôpitaux pourrait également diminuer le risque que certains patients sortent sur le terrain de l'hôpital pour s'injecter de la méthamphétamine et qu'ils jettent leurs aiguilles à un endroit où d'autres personnes pourraient courir des risques. Sinon, les hôpitaux pourraient « peut-être placer un bac de collecte des aiguilles dans les toilettes ».

### **Soutien au sevrage**

De nombreux participants ont déclaré avoir consommé de la drogue à l'hôpital ou avoir quitté l'hôpital (souvent contre l'avis du médecin) pour consommer de la drogue parce qu'ils avaient besoin de contrer les effets du sevrage. Or les médicaments pour réduire les effets du sevrage et favoriser le calme peuvent permettre de prévenir l'agitation et les effets indésirables sur la santé. Lorsque ces médicaments sont prescrits à une personne, celle-ci peut être davantage disposée à recevoir des soins et cela peut atténuer les conséquences négatives sur sa santé. Grâce à l'amélioration des relations thérapeutiques et à une confiance accrue, les personnes qui reçoivent des soins à l'hôpital peuvent vivre des interactions plus positives et être davantage portées à vouloir obtenir de l'aide à l'avenir.

Parce que, je ne sais pas, je n'ai jamais [eu] de [symptômes de] sevrage, je n'ai jamais eu [de symptômes de sevrage] avec la méthamphétamine en cristaux, mais j'imagine que certaines personnes en ont, elles deviennent agitées ou ont d'autres symptômes. Chaque personne est différente d'une certaine façon. Mais, oui, peut-être

que la médication pourrait aider à calmer [l'agitation]. Parce qu'une personne qui consomme de la drogue a un problème de dépendance, vous savez, et lorsqu'elle veut sa dose, elle la veut. Alors, si on souhaite qu'elle reste à l'hôpital et qu'elle se fasse traiter, il faut lui donner quelque chose pour soulager ses symptômes.

### **Analyse**

D'après les personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation de méthamphétamine, l'état actuel des soins hospitaliers se caractérise par un profond manque de connaissances sur la dépendance et la consommation de méthamphétamine. Ces interactions négatives sont à l'origine d'un manque de confiance mutuelle ainsi que d'une diminution de la recherche d'aide et de la participation aux soins de santé, les patients quittant l'hôpital contre l'avis du médecin ou évitant complètement les hôpitaux. Cela a des conséquences négatives sur la santé, puisque ces personnes ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin et ne bénéficient pas des interventions de réduction des méfaits aptes à prévenir également d'autres effets néfastes.

Selon nos constatations et les analyses qualitatives, atteindre l'état souhaité en matière de soins hospitaliers permettrait de lutter contre la stigmatisation et de pallier le manque de connaissances en éduquant le personnel au sujet de la dépendance. Le renforcement de la confiance mutuelle est essentiel à l'établissement de relations thérapeutiques. Des stratégies de réduction des méfaits pourraient alors être offertes comme solution supplémentaire pour contrer les effets négatifs immédiats de la consommation de méthamphétamine.

### **Lutter contre la stigmatisation et pallier le manque de connaissances**

Cette étude a révélé un nombre important de problèmes liés à la prestation de soins aux personnes consommant de la méthamphétamine et il faut remédier à ces problèmes avant de pouvoir envisager le recours à des stratégies de réduction des méfaits. La stigmatisation et le manque de connaissances des fournisseurs de soins de santé ont brimé les besoins des participants à l'étude et ont entraîné des difficultés de communication et un sentiment de mécontentement. Les fournisseurs de services ont signalé qu'il leur est difficile

d'aider les personnes consommant de la méthamphétamine car ils ne possèdent pas les connaissances nécessaires sur les besoins spécifiques de ces personnes<sup>1</sup>. Ce problème doit être réglé pour mettre en œuvre des stratégies de réduction des méfaits avec la compréhension et le soutien du personnel. Le soutien de personnes ayant vécu une expérience concrète similaire pourrait aider à remédier à la situation<sup>8</sup>.

En raison du manque de confiance qui découle de ces interactions négatives, particulièrement dans les cas où de la stigmatisation a été perçue, certaines personnes ont dû cacher leur consommation de substances ou quitter l'hôpital. Chez les personnes qui consomment des substances, l'abstinence<sup>12</sup>, les symptômes de sevrage (en particulier les envies irrésistibles), la stigmatisation, la discrimination, les règles de l'hôpital telles que l'interdiction de quitter l'étage de l'hôpital<sup>15</sup> et la consommation récente de substances par voie intraveineuse<sup>13</sup> comptent parmi les motifs de départ de l'hôpital contre l'avis du médecin. Bon nombre de ces motifs ont été évoqués par les participants à l'étude. Inévitablement, le fait de ne pas recevoir ou de ne pas terminer un traitement signifie que de nombreuses personnes risquent de voir leurs symptômes s'aggraver, d'être admises de nouveau à l'hôpital ou même de mourir. Le risque de subir une surdose est accru lorsqu'une personne consomme des substances alors qu'elle est seule<sup>7,38</sup>.

### **Stratégies de réduction des méfaits**

Il peut être difficile de déterminer quelle stratégie de réduction des méfaits utiliser, en particulier lorsque ces stratégies semblent aller à l'encontre des politiques et de la philosophie de l'hôpital. La consommation sécuritaire et les façons dont les personnes peuvent consommer des substances en toute sécurité dans les hôpitaux, à l'écart de la population générale de patients, ont été fréquemment abordées. Certains participants aimaient l'idée d'une consommation surveillée avec différents niveaux de soutien, tandis que d'autres préféraient l'autonomie entière et la consommation privée dans une pièce tranquille. Dans une étude qualitative menée en 2019, Foreman-Mackey et ses collaborateurs<sup>50</sup> ont constaté que l'utilisation de sites de consommation supervisée permettait de diminuer le nombre de surdoses fatales.

Les participants à notre étude semblaient connaître l'existence des stratégies de réduction des méfaits mais ils ont tous parlé d'un manque d'accès et de disponibilité. De nombreux participants ont souligné la nécessité d'obtenir du nouveau matériel pour prévenir la propagation des infections causées par le partage ou la réutilisation du matériel. Un programme d'échange de seringues pourrait à lui seul ne pas être approprié, car les clients quitteraient l'établissement et iraient s'injecter des substances ailleurs<sup>9</sup>. Bien que la mise en place d'un site de consommation supervisée soit une marche haute à gravir pour un hôpital, elle pourrait être nécessaire en cas de préoccupations au sujet d'une consommation non supervisée dans les environs. Des études antérieures ont révélé un certain nombre d'avantages liés à la consommation sécuritaire : une augmentation des cas dirigés vers des services de traitement des dépendances<sup>38,39,43,44</sup>, une diminution de la consommation par injection dans des lieux publics<sup>38,39</sup>, l'absence de décès<sup>36,38,39,43</sup> et aucune augmentation des crimes liés à la consommation de substances<sup>39,43</sup>.

Les participants ont indiqué que des contenants pour objets pointus et tranchants devraient être placés dans les toilettes, étant donné que cet endroit est souvent utilisé par les personnes qui s'injectent de la méthamphétamine<sup>51</sup>. On a également suggéré que des pipes propres soient offertes aux personnes qui n'utilisent pas la voie intraveineuse, ce qui préviendrait la réutilisation de pipes ou l'utilisation de pipes de fortune fabriquées à l'aide de canettes d'aluminium, d'ampoules<sup>34</sup> et de pailles de plastique, qui sont susceptibles de produire des vapeurs toxiques lorsqu'elles sont chauffées<sup>52</sup>.

### Répercussions sur le plan clinique

Compte tenu des problèmes soulevés, la mise en place de l'état souhaité en matière

de soins hospitaliers aurait des implications sur le plan clinique. Le fait d'améliorer les interactions, de lutter contre la stigmatisation et de combler les lacunes dans les connaissances grâce à l'auto-réflexion et à l'éducation pourrait aider à établir des relations thérapeutiques positives. Les interventions à visée éducative se sont révélées efficaces pour réduire la stigmatisation à l'égard des personnes ayant un trouble lié à la consommation de substances<sup>53,54</sup>. Une meilleure compréhension de la dépendance et des stratégies de réduction des méfaits peut améliorer l'acceptation de ces stratégies chez le personnel et permettre de faciliter leur intégration harmonieuse dans la pratique. Selon certaines études, une sensibilisation accrue aux troubles liés à la consommation de substances et à la réduction des méfaits peut favoriser l'adoption d'attitudes positives<sup>55</sup> à l'égard des personnes atteintes d'un trouble lié à la consommation de substances et permettre au personnel de jouer un rôle adéquat lors de la prestation de soins<sup>56</sup>. Une fois qu'une relation de confiance est établie, les personnes consommant de la méthamphétamine sont susceptibles de se sentir suffisamment en confiance pour accéder aux services de réduction des méfaits.

La figure 2 illustre les répercussions cliniques associées au fait de faciliter l'introduction et l'utilisation de stratégies de réduction des méfaits en milieu hospitalier. Le fait de mettre en œuvre des stratégies de réduction des méfaits sans d'abord aborder les étapes précédentes pourrait faire en sorte que ces pratiques ne soient pas bien comprises, qu'elles soient exécutées de façon inefficace ou qu'elles soient sous-utilisées.

### Philosophie et culture des soins

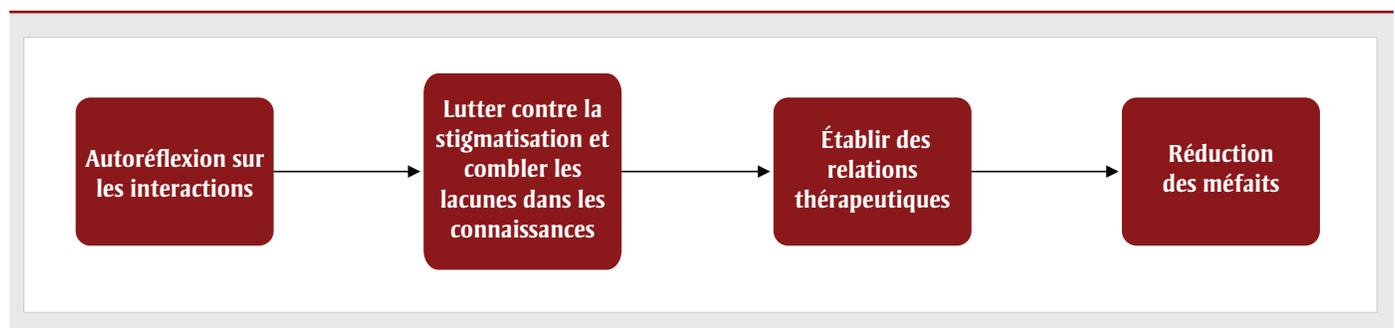
Le passage de l'état perçu des soins hospitaliers à l'état souhaité suppose un

changement de philosophie et de culture des soins par rapport au modèle fondé sur l'abstinence<sup>12</sup>. Il faudrait renforcer la formation actuelle afin de réduire les effets de la stigmatisation et transmettre aux fournisseurs de soins de santé et au personnel des hôpitaux les connaissances nécessaires pour soutenir les personnes consommant de la méthamphétamine<sup>53,54</sup>. Il faudrait modifier la relation thérapeutique de manière à encourager les personnes à divulguer leur consommation de substances, ce que bon nombre de personnes craignent de faire de peur de recevoir des soins de mauvaise qualité ou de se voir refuser des services<sup>26</sup>. Des soins sous-optimaux ont également été signalés nettement plus souvent chez les personnes qui évitent les soins que chez les autres personnes<sup>57</sup>, et la stigmatisation a été associée tant à l'évitement des soins qu'aux soins de mauvaise qualité<sup>27</sup>. C'est pourquoi il est d'autant plus important que les personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation de méthamphétamine participent activement aux soins. De cette façon, le patient et le fournisseur de soins de santé peuvent élaborer ensemble un plan de traitement qui n'entraînera pas de conflits interpersonnels ou médicaux (par exemple des médicaments qui interagissent avec les substances consommées).

Comme l'indique la figure 2, il faut d'abord lutter contre la stigmatisation et améliorer les relations thérapeutiques afin que les personnes qui reçoivent des soins hospitaliers aient l'envie d'accéder aux stratégies disponibles et qu'elles soient en mesure de le faire. Le fait de passer directement à la mise en œuvre de stratégies de réduction des méfaits avant de régler les problèmes sous-jacents du système de santé se solderait probablement par un échec en raison d'une sous-utilisation et de la méfiance.

FIGURE 2

Schéma décrivant les répercussions cliniques de l'introduction et de l'utilisation de stratégies de réduction des méfaits en milieu hospitalier



## Points forts et limites

L'une des principales forces de cette étude était l'analyse de données qualitatives de 104 personnes avec expérience concrète de consommation de méthamphétamine, un nombre largement supérieur à l'objectif de saturation nécessaire pour une étude qualitative. Cela a permis de recueillir un large éventail d'opinions, d'expériences et de perspectives, qui ont toutes contribué aux constats de notre étude. L'utilisation d'une perspective ethnographique a également permis de rendre compte de l'expérience collective de ces 104 participants plutôt que de présenter des témoignages individuels. Cette étude aide à combler les lacunes dans la littérature en soulignant les besoins et les défis vécus par les individus ayant une expérience concrète en milieu hospitalier. Ces conclusions relèvent d'une expérience globale plutôt que de problèmes particuliers ou individuels.

Cette étude visait également à recruter un échantillon diversifié de participants afin d'assurer la représentation de populations habituellement sous-représentées. Au total, 31 % des participants ont déclaré être Autochtones, une proportion plus élevée que prévu. Même si les participants de l'échantillon se sont surtout identifiés comme des hommes blancs, la méthode d'échantillonnage dirigé retenue pour l'étude avait pour principal objectif de donner une voix à des personnes qui, autrement, n'auraient pas eu la possibilité de se faire entendre.

En ce qui concerne les limites de l'étude, citons le fait que les participants ont été recrutés en grande partie dans une seule ville de l'Ontario, avec seulement cinq participants recrutés dans de petites municipalités de la province. Les expériences et les problèmes recensés dans l'étude sont donc susceptibles d'être différents de ceux observables en région rurale ou dans une grande ville. Dans certaines régions, il peut y avoir plus de ressources et les services et les sites de réduction des méfaits peuvent être plus accessibles, ce qui aura probablement une incidence sur les observations et les expériences de participants à une étude. Il est donc recommandé que l'on explore les enjeux présents dans les collectivités dans d'autres régions du Canada.

Nos travaux ont porté plus précisément sur les personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète de consommation

de méthamphétamine. Bien que les participants aient fait état de consommation de substances psychoactives multiples, nos constatations sont susceptibles de ne pas être valables pour les personnes consommant d'autres substances que la méthamphétamine.

Notre étude comportait un faible nombre de femmes, ce qui pourrait être attribuable à la stigmatisation associée à la divulgation. Nous recommandons que les études futures portent principalement sur les groupes sous-représentés ou marginalisés.

## Conclusion

Pour améliorer la qualité des soins administrés aux personnes consommant de la méthamphétamine, il faut mettre l'accent sur les interactions entre le patient et les fournisseurs de soins de santé et le personnel de l'hôpital, une étape indispensable pour que des progrès soient réalisables. Il est important de souligner que pour que les personnes cherchent à obtenir un traitement et demandent une intervention de réduction des méfaits, il faut qu'elles se soient senties écoutées et respectées. Une fois que des relations thérapeutiques fondées sur la confiance sont bâties, le système de soins de santé sera en mesure de fournir un traitement et des services de réduction des méfaits de manière efficace et accessible. D'autres recherches sont nécessaires pour explorer la possibilité de fournir des services de réduction des méfaits en milieu hospitalier car cette approche en est encore à ses débuts.

## Remerciements

Cette étude a bénéficié de financement sous forme de subvention du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances. Nous remercions les coordonnateurs de recherche et les adjoints de recherche suivants pour leur contribution à la réalisation de l'étude : Sara Husni, Shona Macpherson, Anne Peters, Sarah Adam, Tania Al-Jilawi, Niko Fragis, Emily Guarasci, Courtney Hillier, Ashraf Janmohammad, Amy Lewis, Mark Lynch et Annie Yang.

## Conflits d'intérêts

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

## Contributions des auteurs et avis

CF : conception, curation des données, analyse formelle, obtention du financement,

enquête, méthodologie, administration du projet, ressources, supervision, validation, visualisation, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. JS : curation des données, analyse formelle, obtention du financement, enquête, méthodologie, administration du projet, ressources, supervision, validation, visualisation, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. LS : curation des données, analyse formelle, enquête, méthodologie, administration du projet, ressources, supervision, validation, visualisation, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

## Références

1. McViney LD. Harm reduction, crystal methamphetamine, and gay men. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2006; 10(3-4):159-169. [https://doi.org/10.1300/J236v10n03\\_15](https://doi.org/10.1300/J236v10n03_15)
2. Mravčík V, Skařupová K, Orliková B, Zábanský T, Karachaliou K, Schulte B. Use of gelatin capsules for application of methamphetamine: a new harm reduction approach. *Int J Drug Policy*. 2011;22(2):172-173. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.12.001>
3. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Sommaire canadien sur la drogue : méthamphétamine. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-03/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Methamphetamine-2020-fr.pdf>
4. McKetin R, Ross J, Kelly E, et al. Characteristics and harms associated with injecting versus smoking methamphetamine among methamphetamine treatment entrants. *Drug Alcohol Rev*. 2008;27(3):277-285. <https://doi.org/10.1080/09595230801919486>
5. Sommers I, Baskin D, Baskin-Sommers A. Methamphetamine use among young adults: health and social consequences. *Addict Behav*. 2006;31(8):1469-1476. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.10.004>

6. Dickson SD, Thomas IC, Bhatia HS, et al. Methamphetamine-associated heart failure hospitalizations across the United States: geographic and social disparities. *J Am Heart Assoc.* 2021;10(16):e018370. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018370>
7. Darke S, Kaye S, McKetin R, Dufrou J. Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev.* 2008;27(3):253-262. <https://doi.org/10.1080/09595230801923702>
8. Lennox R, Martin L, Brimner C, O'Shea T. Hospital policy as a harm reduction intervention for people who use drugs. *Int J Drug Policy.* 2021; 97:103324. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103324>
9. Rudzinski K, Xavier J, Guta A, et al. Feasibility, acceptability, concerns, and challenges of implementing supervised injection services at a specialty HIV hospital in Toronto, Canada: perspectives of people living with HIV. *BMC Public Health.* 2021; 21(1):1482. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11507-z>
10. Sharma M, Lamba W, Cauderella A, Guimond TH, Bayoumi AM. Harm reduction in hospitals. *Harm Reduct J.* 2017;14(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0163-0>
11. Strike C, Robinson S, Guta A, et al. Illicit drug use while admitted to hospital: patient and health care providers perspectives. *PLoS One.* 2020; 15(3):e0229713. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229713>
12. McNeil R, Small W, Wood E, Kerr T. Hospitals as a 'risk environment': an ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Soc Sci Med.* 2014;105:59-66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.010>
13. Ti L, Ti L. Leaving the hospital against medical advice among people who use illicit drugs: a systematic review. *Am J Public Health.* 2015;105(12):e53-59. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302885>
14. Ti L, Milloy MJ, Buxton J, et al. Factors associated with leaving hospital against medical advice among people who use illicit drugs in Vancouver, Canada. *PLoS One.* 2015;10(10):e0141594. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141594>
15. Simon R, Snow R, Wakeman S. Understanding why patients with substance use disorders leave the hospital against medical advice: a qualitative study. *Subst Abus.* 2020;41(4):519-525. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671942>
16. Zhu H, Wu LT. Discharge against medical advice from hospitalizations for substance use disorders: the potential impact of the Affordable Care Act. *Drug Alcohol Depend.* 2019; 197:115-119. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.032>
17. Thompson HM, Faig W, VanKim NA, Sharma B, Afshar M, Karnik NS. Differences in length of stay and discharge destination among patients with substance use disorders: the effect of Substance Use Intervention Team (SUIT) consultation service. *PLoS One.* 2020;15(10):e0239761. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239761>
18. Brubacher JR, Mabie A, Ngo M, et al. Substance-related problems in patients visiting an urban Canadian emergency department. *CJEM.* 2008;10(03):198-204. <https://doi.org/10.1017/S1481803500010101>
19. Miller KA, Hirschfeld MJ, Lineberry TW, Palmer BA. How does active substance use at psychiatric admission impact suicide risk and hospital length-of-stay? *J Addict Dis.* 2016;35(4): 291-297. <https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1177808>
20. Newman L, Harris V, Evans LJ, Beck A. Factors associated with length of stay in psychiatric inpatient services in London, UK. *Psychiatr Q.* 2018; 89(1):33-43. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9498-7>
21. Bahji A. Methamphetamine-related emergency department visits requiring psychiatric admission: a retrospective cohort study. *Int J Ment Health Addiction.* 2021;19(4):1362-1371. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00230-2>
22. Butler K, Reeve R, Arora S, et al. The hidden costs of drug and alcohol use in hospital emergency departments. *Drug Alcohol Rev.* 2015;35(3):359-366. <https://doi.org/10.1111/dar.12302>
23. Penzenstadler L, Chatton A, Thorens G, Zullino D, Khazaal Y. Factors influencing the length of hospital stay of patients with substance use disorders. *J Subst Use.* 2021;26(1):48-52. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1766130>
24. Muncan B, Walters SM, Ezell J, Ompad DC. "They look at us like junkies": influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduct J.* 2020;17(1): 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>
25. Chan Carusone S, Guta A, Robinson S, et al. "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"—hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduct J.* 2019;16(1):16. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
26. Biancarelli DL, Biello KB, Childs E, et al. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug Alcohol Depend.* 2019; 198:80-86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037>
27. Paquette CE, Syvertsen JL, Pollini RA. Stigma at every turn: health services experiences among people who inject drugs. *Int J Drug Policy.* 2018;57:104-110. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.004>
28. McCartin M, Cannon LM, Harfmann RF, Dalton VK, MacAfee LK, Kusunoki Y. Stigma and reproductive health service access among women in treatment for substance use disorder. *Womens Health Issues.* 2022;32:595-601. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2022.06.003>
29. Paris R, Herriott AL, Maru M, Hacking SE, Sommer AR. Secrecy versus disclosure: women with substance use disorders share experiences in help seeking during pregnancy. *Matern Child Health J.* 2020;24:1396-1403. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03006-1>

30. Elms N, Link K, Newman A, Brogly SB; Kingston House of Recovery for Women and Children. Need for women-centered treatment for substance use disorders: results from focus group discussions. *Harm Reduct J.* 2018;15(1):40. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0247-5>
31. Lyons T, Shannon K, Pierre L, Small W, Krüsi A, Kerr T. A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2015;10(1):17. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0015-4>
32. Weber A, Miskle B, Lynch A, Arndt S, Acion L. Substance use in pregnancy: identifying stigma and improving care. *Subst Abuse Rehabil.* 2021;12:105-121. <https://doi.org/10.2147/SAR.S319180>
33. Clarke K, Harris D, Zweifler JA, Lasher M, Mortimer RB, Hughes S. The significance of harm reduction as a social and health care intervention for injecting drug users: an exploratory study of a needle exchange program in Fresno, California. *Soc Work Public Health.* 2016;31(5):398-407. <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1137522>
34. Hunter C, Strike C, Barnaby L, et al. Reducing widespread pipe sharing and risky sex among crystal methamphetamine smokers in Toronto: do safer smoking kits have a potential role to play? *Harm Reduct J.* 2012;9:9. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-9>
35. Tan C, Shojaei E, Wiener J, Shah M, Koivu S, Silverman M. Risk of new bloodstream infections and mortality among people who inject drugs with infective endocarditis. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2012974. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12974>
36. Nolan S, Kelian S, Kerr T, et al. Harm reduction in the hospital: an overdose prevention site (OPS) at a Canadian hospital. *Drug Alcohol Depend.* 2022; 239:109608. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109608>
37. National Harm Reduction Coalition. Principles of harm reduction [Internet]. New York : National Harm Reduction Coalition; 2020 [consultation le 10 mars 2022]. En ligne à : <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
38. Wood E, Tyndall MW, Montaner JS, Kerr T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injection facility. *CMAJ.* 2006;175(11):1399-1404. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060863>
39. Potier C, Laprévotte V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend.* 2014; 145:48-68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012>
40. Tookes HE, Kral AH, Wenger LD, et al. A comparison of syringe disposal practices among injection drug users in a city with versus a city without needle and syringe programs. *Drug Alcohol Depend.* 2012;123(1-3):255-259. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.001>
41. Engel LB, Bright SJ, Barratt MJ, Allen MM. Positive drug stories: possibilities for agency and positive subjectivity for harm reduction. *Addict Res Theory.* 2021;29(5):363-371. <https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1837781>
42. Al-Samarrai S. Naloxone now available at emergency departments to help combat opioid overdoses [Internet]. Toronto (Ont.) : Unity Health Toronto; 2018 [consultation le 29 avril 2022]. En ligne à : <https://unityhealth.to/2018/09/naloxone-now-available-at-emergency-departments-to-help-combat-opioid-overdoses/>
43. Dong KA, Brouwer J, Johnston C, Hyshka E. Supervised consumption services for acute care hospital patients. *CMAJ.* 2020;192(18):E476-479. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191365>
44. Imtiaz S, Hayashi K, Nolan S. An innovative acute care based intervention to address the opioid crisis in a Canadian setting. *Drug Alcohol Rev.* 2021;40(4):553-556. <https://doi.org/10.1111/dar.13193>
45. Scottish Drugs Forum & Public Health Scotland. Injecting equipment provision in Scotland: good practice guidance [Internet]. Glasgow (UK) : Scottish Drugs Forum; 2021. En ligne à : <https://www.sdf.org.uk/wp-content/uploads/2021/10/IEP-in-Scotland-GPG-SDF-PHS-Oct-2021.pdf>
46. Australian National Council on Drugs. Australia commemorates 20 years of needle syringe programs [Internet]. Canberra (AU): ANCD; 2014. En ligne à : <http://www.atoda.org.au/wp-content/uploads/2018/01/Australia-commemorates-20-years-of-needle-syringe-programs.pdf>
47. Bartlett JE, Kotrlik JW, Higgins CC. Organizational research: determining appropriate sample size in survey research. *J Inf Technol.* 2001;19(1): 43-50.
48. Morse JM. Designing funded qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1994. p. 220-235.
49. Leininger MM. Ethnography and ethnography: models and modes of qualitative analysis. In: Leininger MM, editor. *Qualitative research methods in nursing.* Orlando (FL): Grune Stutton; 1985. p. 33-72.
50. Foreman-Mackey A, Bayoumi AM, Miskovic M, Kolla G, Strike C. 'It's our sanctuary': experiences of using an unsanctioned overdose prevention site in Toronto, Ontario. 2019;73:135-140. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.019>
51. Grewal HK, Ti L, Hayashi K, Dobrer S, Wood E, Kerr T. Illicit drug use in acute care settings. *Drug Alcohol Rev.* 2015;34(5):499-502. <https://doi.org/10.1111/dar.12270>
52. Rigoni R, Woods S, Brecksema JJ. From opiates to methamphetamine: building new harm reduction responses in Jakarta, Indonesia. *Harm Reduct J.* 2019;16(1):67. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0341-3>
53. Dion K, Griggs S. Teaching those who care how to care for a person with substance use disorder. *Nurse Educ.* 2020;45(6):321-325. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000808>

- 
54. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*. 2012;107(1):39-50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
  55. Jackman KM, Scala E, Nwogwugwu C, Huggins D, Antoine DG. Nursing attitudes towards patients with substance use disorders: a quantitative analysis of the impact of an educational workshop. *J Addict Nurs*. 2020;31(3):213-220. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000351>
  56. Knopf-Amelung S, Gotham H, Kuofie A, et al. Comparison of instructional methods for screening brief intervention, and referral to treatment for substance use in nursing education. *Nurse Educ*. 2018;43(3):123-127. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000439>
  57. Moallem S, Dale L, Homyra F, et al. Suboptimal nonmedical qualities of primary care linked with care avoidance among people who use drugs in a Canadian setting amid an integrated health care reform. *J Subst Abuse Treat*. 2022;139:108784. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108784>