



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Expériences et perceptions de la clientèle et des intervenants à l'égard des services et soutiens virtuels en matière d'usage de substances ou de troubles concomitants pendant la pandémie de COVID-19

Mars 2022



Mental Health - Care & Research
Santé mentale - Soins et recherche



Canada Health **Infoway**

CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION



SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE

Expériences et perceptions de la clientèle et des intervenants à l'égard des services et soutiens virtuels en matière d'usage de substances ou de troubles concomitants pendant la pandémie de COVID-19



Canada Health **Infoway**



Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Goodman, A., S. Cragg, K. Corace, K. Suschinsky et S. Tharmalingam. *Expériences et perceptions de la clientèle et des intervenants à l'égard des services et soutiens virtuels en matière d'usage de substances ou de troubles concomitants pendant la pandémie de COVID-19*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (ON) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Client and Practitioner Experiences and Perceptions of Virtual Services and Supports for Substance Use or Concurrent Disorders During the COVID-19 Pandemic

ISBN 978-1-77178-889-2



Table des matières

Synthèse générale	1
Introduction	3
Objectifs de l'étude	4
Méthodes	5
Sondage quantitatif	5
Entretiens qualitatifs	7
Résultats	8
Résultats quantitatifs	8
Échantillon	8
Personne ayant recours aux services et soutiens virtuels	9
Personnes n'ayant pas recours aux services et soutiens virtuels	155
Différences entre les personnes qui ont eu recours aux services et soutiens virtuels et celles qui n'y ont pas eu recours	20
Résultats qualitatifs	21
Échantillon	21
Courbe d'apprentissage abrupte pour les intervenants et les clients	22
Améliorer la prestation de services	22
Incapacité de certains groupes à accéder ou à avoir recours aux SSV	23
Effets sur le lien client-intervenant	23
Les intervenants s'entendent pour dire que les soins virtuels ne peuvent pas remplacer les soins en personne	24
Analyse et implications	24
Investir dans les services et soutiens virtuels	244
Améliorer l'aisance et les compétences en lien avec les services et soutiens virtuels	25
Offrir des services flexibles	26
Veiller à la sécurité des données et à protection de la vie privée	27
Limites	27
Conclusion	28
Bibliographie	30
Annexe A : sondage en ligne	34
Annexe B : compensation des participants	62
Annexe C : guide d'entrevue	63



Remerciements

Le CCDUS tient à souligner l'expertise et le temps consacrés par les membres du Comité consultatif sur les services et soutiens virtuels, qui ont rendu cette étude possible.

Karen Cook, Dépendances et santé mentale d'Ontario

Kim Corace, Centre de santé mentale Royal Ottawa

Allison Crawford, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Antoinette Gravel-Ouellette, SMART Recovery Manitoba, Moms Stop the Harm

Kimberley Korf-Uzan, B.C. Mental Health and Substance Use Services

Brian Rush, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Kelly Suschinsky, Centre de santé mentale Royal Ottawa

Sukirtha Tharmalingam, Inforoute Santé du Canada

Nicholas Watters, Commission de la santé mentale du Canada



Synthèse générale

Messages clés

- La présente étude a recueilli les expériences et les perceptions à l'égard des services et soutiens virtuels (SSV) des personnes qui ont reçu des soins virtuels pour l'usage de substances, le trouble lié à l'usage de substances ou des troubles concomitants et des personnes qui n'ont pas reçu de soins virtuels pour ces troubles. Des données ont aussi été recueillies auprès d'intervenants offrant des soins virtuels.
- Les personnes qui ont reçu des soins virtuels étaient généralement satisfaites des SSV offerts et avaient rencontré peu d'obstacles.
- Les éléments suivants varient selon le sexe et l'âge : le degré d'aisance et de satisfaction concernant le recours aux SSV, les obstacles et les avantages, et les préoccupations relatives à la sécurité et à la vie privée.
- Les décideurs devraient penser à améliorer les compétences des intervenants en soins virtuels, à faciliter l'accès pour les personnes vulnérables et celles qui vivent en région éloignée, et à rédiger des normes sur la vie privée et la sécurité.
- Les fournisseurs devraient rassurer les clients concernant la protection de leur vie privée lorsqu'ils reçoivent des SSV, veiller à ce que les interactions soient positives et sécuritaires, et offrir une combinaison de rendez-vous en virtuel et en personne selon les besoins et la pertinence.
- Les membres du public pourraient chercher des façons d'améliorer leurs connaissances au sujet de l'efficacité et de la sécurité des SSV, développer leurs compétences techniques et faire valoir leur droit de demander une combinaison de services et de soutiens adaptée à leur situation.

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), le Centre de santé mentale Royal Ottawa, la Société canadienne de psychologie et Inforoute Santé du Canada ont voulu comprendre la brusque transition des services en personne vers les services virtuels attribuable aux restrictions sanitaires liées à la pandémie. Nous avons donc étudié les perceptions et les expériences associées aux services et soutiens virtuels (SSV) pour l'usage de substances (US), le trouble lié à l'usage de substances (TLUS) et des troubles concomitants (TC). (Les TC sont des troubles de santé mentale qui accompagnent le TLUS.) De février à avril 2021, nous avons sondé 326 personnes vivant au Canada qui avaient eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC pendant la pandémie et 708 personnes n'ayant jamais eu recours à ces services. Nous avons aussi interviewé 14 intervenants au Canada qui ont offert des SSV pour l'US, le TLUS ou des TC pendant la pandémie.

Les deux tiers des répondants qui avaient eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC en étaient satisfaits. Près de la moitié d'entre eux ont affirmé que les SSV étaient aussi efficaces que les services en personne. Par opposition, les deux tiers des répondants qui n'avaient **pas** eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC ont indiqué qu'ils ne pensaient pas que les SSV seraient aussi efficaces que les services en personne. Les personnes dans ce groupe étaient aussi plus susceptibles de s'inquiéter pour leur vie privée et leur sécurité en lien avec l'utilisation d'une



plateforme virtuelle que celles qui avaient reçu des SSV. Les principaux obstacles à l'accès aux SSV étaient le coût des services privés, le manque d'endroits privés et les inquiétudes par rapport à la capacité du client et de l'intervenant à établir une relation. Les obstacles mentionnés variaient selon les caractéristiques démographiques. Parmi ceux ayant eu recours aux SSV, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de souhaiter un retour aux services en personne une fois levées les restrictions sanitaires. Les répondants de plus de 55 ans étaient moins susceptibles que les plus jeunes de dire qu'ils pourraient établir un lien avec un professionnel de la santé de façon virtuelle.

Les entretiens qualitatifs avec des intervenants ont mis en lumière les défis associés à la prestation de soins virtuels en période de pandémie. Le principal fut la courbe d'apprentissage technologique abrupte pour eux et les clients lors du passage aux SSV. Certains groupes (p. ex. personnes marginalisées ou qui n'ont pas de connexion Internet) se sont heurtés à des obstacles pour accéder aux services.

Parallèlement, les SSV ont amélioré certains aspects de la prestation des services, par exemple en facilitant l'accès pour les clients ayant des problèmes de mobilité ou des obstacles géographiques. Ils ont aussi réduit la nécessité de recourir à des services de garde d'enfants. Par ailleurs, les SSV ont changé le lien entre les clients et les intervenants, en permettant parfois à l'intervenant de voir le domicile d'un client par vidéo. D'autres fois, les comportements des clients sont venus interrompre leurs soins lorsqu'ils ont éteint leur caméra.

Si certains clients se sont très bien adaptés aux SSV, les intervenants ont admis que ces services ne pouvaient pas remplacer les services en personne, car d'autres clients ont rencontré des difficultés. Ces résultats peuvent orienter le travail de nombreux groupes.

Les décideurs devraient envisager :

- d'élargir l'accès à des endroits calmes, sécuritaires et privés, et l'accès à une connexion Internet, à de l'équipement et à des services financés par les fonds publics pour les personnes qui vivent en région éloignée ou dans des conditions vulnérables;
- de créer, d'instaurer et de largement diffuser des normes professionnelles pour redéfinir la pratique et les rôles dans un contexte virtuel, et pour protéger la vie privée et la sécurité;
- de fournir de la formation avant et pendant la prestation de services pour améliorer les compétences en santé virtuelle et la confiance.

Les intervenants et les organisations qui les soutiennent devraient envisager :

- de fournir du soutien technologique et de la formation fondée sur des données probantes aux intervenants;
- de maintenir des options de prestation de services flexibles au sortir de la pandémie, axées sur une combinaison de services et de soutiens virtuels et en personne adaptée à chaque client en fonction de l'âge, du sexe et de la culture, ainsi que des caractéristiques générales de la région;
- de répondre directement aux préoccupations des clients en lien avec la vie privée et de les rassurer en leur donnant de l'information et en adoptant une approche centrée sur la personne.

Les membres du public – qu'ils consomment des substances ou qu'ils aient un TLUS ou non – devraient envisager :

- de chercher des façons d'améliorer leurs connaissances au sujet de l'efficacité et de la sécurité des SSV, et de faire valoir leur droit de demander une combinaison de services et de soutiens adaptée à leur situation.



Les résultats de la présente étude fournissent de précieuses indications sur la forme que prendront les SSV pour l'US, le TLUS ou des TC après la pandémie, puisqu'il y a peu de chances que les modalités de prestation des services reviennent à ce qu'elles étaient avant.

Les limites sont notamment le manque de données sur les personnes qui n'avaient pas accès à Internet au moment de l'étude et l'impossibilité d'analyser les données selon le genre et la race. Il faudra d'autres études pour mieux mesurer l'efficacité des SSV chez ces groupes en particulier et pour instaurer et appliquer des normes fondées sur des données probantes. À mesure que la pandémie évolue, il sera crucial d'évaluer les effets sur la santé mentale et l'US, et de veiller à ce que le niveau approprié de services soit accessible. Autre élément important : déterminer si les obstacles aux SSV sont différents pour les personnes qui reçoivent des services pour l'US, le TLUS ou des TC comparativement à celles qui reçoivent des services de santé généraux.

Introduction

La pandémie de COVID-19 continue de modifier de façon inédite les soins de santé et la société. En mars 2020, de nombreuses personnes à travers le monde ont reçu la consigne de rester à la maison et de pratiquer la distanciation physique afin de ralentir la propagation du virus.

La situation a modifié radicalement la prestation des services pour l'usage de substances (US), le trouble lié à l'usage de substances (TLUS) et les troubles concomitants (TC), notamment les traitements, le counseling et la réduction des méfaits. Les TC désignent généralement l'existence simultanée d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'usage de substances (Rush et coll., 2008; Skinner et coll., 2010).

De nombreux services ont pris le virage virtuel, tandis que d'autres ont été interrompus. Les conditions de vie en période de pandémie, dont l'augmentation du stress et de l'usage de substances, ont aussi produit une hausse de la demande en services pour l'US, le TLUS et les TC. (Ali et coll., 2020; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CCDUS], 2020; Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020; Douglas et coll., 2020; Marsden et coll., 2020). Les données montrent que l'US et la santé mentale ont été perturbés durant la pandémie et que la situation continue de se détériorer malgré l'atténuation de la crise. Par exemple, un sondage Léger (2022) a révélé que 22 % des répondants qui consomment de l'alcool ont rapporté un usage accru en novembre 2021 par rapport aux mois précédents, et que 29 % ont rapporté un usage accru de cannabis pour la même période. Seuls 19 % des répondants aux prises avec un US problématique recevaient des services de traitement.

Au début de la pandémie, un grand nombre d'organisations et de fournisseurs de soins de santé ont commencé à offrir des SSV ou ont élargi leur offre. Le gouvernement fédéral a lancé le site Web [Espace mieux-être Canada](#) en réponse aux effets négatifs de la COVID-19 sur la santé mentale des personnes vivant au Canada. Le portail propose un éventail de ressources en ligne et virtuelles, comme des outils d'autoévaluation, de l'entraide entre pairs et du counseling. D'autres ont commencé à proposer des consultations téléphoniques avec des fournisseurs de soins de santé, des rendez-vous de counseling par vidéoconférence, des sites Web et des applications pour prendre des rendez-vous, des demandes de renouvellement d'ordonnances en ligne et des groupes de soutien virtuels, comme les Alcooliques Anonymes.

Malgré l'augmentation de l'offre de services, soutiens et technologies virtuels, ces derniers peuvent ne pas convenir à tous. Certains clients qui avaient recours à des services et soutiens en personne avant la pandémie ont refusé de passer aux options virtuelles et se sont retrouvés sans services et soutiens (CCDUS, 2020). Au Canada, de nombreuses personnes continuent de ne pas avoir accès à



des services et à des soutiens. Les obstacles rencontrés sont notamment le manque d'accès à la technologie (p. ex. ordinateur, connexion Internet haute vitesse), tant du côté des clients que des professionnels de la santé (Koch, 2020), l'absence d'endroits privés où utiliser la technologie, le manque de confiance dans la confidentialité des options en ligne et l'absence de lien avec de nouveaux fournisseurs de services (CCDUS, 2020).

Notre étude a pour but d'explorer les expériences des clients qui ont recours aux SSV pour l'US, le TLUS et des TC au Canada durant la pandémie et celles des intervenants qui offrent ces SSV. L'étude vise aussi à évaluer les perceptions et la réceptivité à l'égard des SSV pour ces troubles chez les personnes qui n'ont pas reçu de tels services.

Objectifs de l'étude

Le CCDUS, en partenariat avec le Centre de santé mentale Royal Canada, Inforoute Santé du Canada et la Société canadienne de psychologie, a entrepris la présente étude afin de recenser et de comprendre les perceptions et les expériences à l'égard des SSV pour l'US, le TLUS et les TC depuis le début de la pandémie. (Le langage relatif aux soins de santé et au trouble lié à l'usage de substances évolue constamment. Les mots utilisés ici sont tirés du sondage.) Pour cette étude, « services et soutiens virtuels » désignait toute forme de sensibilisation, d'accès aux soins de santé ou de traitement (counseling, entraide entre pairs, etc.) fournie à l'aide de la technologie, comme la télésanté, la visioconférence ou d'autres applications. Faisant appel à des méthodes mixtes, l'étude avait pour objectifs :

- d'explorer les expériences et les perceptions des personnes vivant au Canada à l'égard des SSV pour l'US, le TLUS et les TC, qu'elles aient ou non eu recours à des SSV pour ces troubles;
- de connaître le point de vue des personnes qui refusent de recevoir des SSV pour l'US, le TLUS et les TC, et les répercussions de cette décision;
- d'examiner les expériences des intervenants quant à la prestation de SSV pour l'US, le TLUS et les TC, y compris les défis perçus en lien avec l'accès et le recours aux SSV pour diverses populations et dans certaines circonstances (p. ex. groupes marginalisés, régions éloignées).

Le présent rapport s'adresse aux chercheurs, aux courtiers du savoir, aux gouvernements, aux décideurs, aux fournisseurs de services de santé et aux administrateurs de soins de santé ou de services sociaux. Les données issues de notre recherche orienteront des recommandations visant à améliorer la mise en place des SSV, à faciliter l'accès à ces services et à bonifier les expériences et les résultats de traitement pour les clients et les intervenants. De plus, ces recommandations orienteront la planification du système de santé, notamment la taille des effectifs et les besoins en technologie. Les constats de l'étude donnent lieu à des [recommandations de politiques](#) qui visent à faciliter l'accès aux services et soutiens pour tous les groupes de population et à améliorer la capacité des intervenants à fournir des services et des soutiens efficaces.

Au printemps 2020, nous avons constaté qu'il fallait des données sur l'efficacité des soins virtuels dans le traitement de l'US, du TLUS et des TC en période de pandémie. Des recherches sur le sujet avaient déjà été entamées, mais elles demeuraient limitées, et il manquait de données canadiennes. De plus, les études réalisées avant la pandémie ne tenaient pas compte des perceptions et des expériences des personnes qui donnent et reçoivent des soins virtuels durant une période inédite comme celle que nous vivons. Le passage aux soins virtuels durant la pandémie a soulevé des préoccupations quant à la situation des personnes qui consomment des substances. Les points suivants ont entre autres été soulevés lors de consultations informelles avec des intervenants :



- Le passage abrupt aux soins virtuels a laissé certains clients « derrière ».
- Des données anecdotiques ont montré que les personnes qui étaient en rétablissement avaient recommencé à consommer durant la pandémie.
- La disponibilité des services pour l'US, le TLUS et des TC a diminué.
- Les populations vulnérables et mal desservies ont été disproportionnellement touchées. On parle entre autres des populations qui vivent en milieu rural ou éloigné, des personnes qui ont des démêlés avec le système judiciaire (qui se trouvent dans un établissement correctionnel, qui ont été relâchées durant la pandémie ou autre) et des personnes en situation d'itinérance.

Des discussions avec les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral ont mis au jour une volonté d'élargir les services virtuels pendant et après la pandémie. Le but était de répondre aux besoins actuels en services et soutiens pour l'US, le TLUS et les TC des personnes vivant au Canada, ainsi qu'aux besoins futurs, potentiellement accrus en raison de la pandémie. Nous voulions déterminer si les personnes vivant au Canada souhaitaient voir une augmentation du recours aux SSV pour l'US, le TLUS et les TC et une amélioration de l'accès à ces services.

Méthodes

Pour tirer parti de l'expertise dans le domaine, le CCDUS a mis sur pied le Comité consultatif sur les services et soutiens virtuels, formé d'experts en usage de substances et en soins virtuels, de professionnels de la santé, de représentants des services de santé provinciaux et de personnes qui ont une expérience passée ou présente de l'usage de substances. Il réunissait aussi des acteurs de la Commission de la santé mentale du Canada, de la Société médicale canadienne sur l'addiction, du Centre de toxicomanie et de santé mentale, de l'Autorité provinciale en matière de services de santé de la Colombie-Britannique et du Groupe de travail du CCDUS sur l'expérience passée ou présente.

Sur les conseils du Comité, nous avons opté pour une approche mixte. Nous avons d'abord mené un sondage quantitatif national auprès de clients qui avaient recours aux SSV pour l'US, le TLUS et des TC. Nous avons décidé d'inclure aussi les personnes vivant au Canada qui n'avaient pas reçu ces services, afin d'évaluer si elles seraient à l'aise de les utiliser à l'avenir en cas de besoin. Un sondage national était la façon la plus efficace de recueillir des données parce qu'il est relativement facile et rapide à administrer et n'a pas besoin d'être effectué en personne. Ces données pourraient venir appuyer ou modifier l'intention d'élargir les soins virtuels.

Ensuite, nous avons eu des entretiens avec des intervenants afin d'étudier le vaste éventail de perspectives nécessaire pour comprendre cette question. Les entretiens nous ont permis de recueillir les opinions de ces intervenants au sujet des clients qui reçoivent des services pour l'US, le TLUS et des TC, mais qui n'avaient pas pu répondre au sondage en ligne.

Cette étude a reçu l'approbation éthique du comité d'examen institutionnel d'Advarra en 2021 et a été financée par une contribution financière de Santé Canada.

Sondage quantitatif

Les questions du sondage proviennent de trois sondages canadiens portant sur des sujets semblables. Il s'agissait notamment :



- du Substance Use and Concurrent Disorders Client Survey – Virtual Care Evaluation [sondage auprès des clients qui présentent des problèmes d'usage de substances et des troubles concomitants – évaluation des soins virtuels], Centre de santé mentale Royal Ottawa
- du Virtual Client Experience Survey for Mental Health and Addictions [sondage sur l'expérience virtuelle des clients en lien avec la santé mentale et la dépendance], Centre de toxicomanie et de santé mentale
- du National Digital Health Survey [sondage national sur la santé numérique], Inforoute Santé du Canada

Les chercheurs du CCDUS ont repris des questions de ces sondages et en ont ajouté d'autres afin de traiter de certains thèmes nécessaires. Les questions ont été rédigées d'après les principaux constats et thèmes issus d'une revue de la littérature sur les expériences de groupes clés à l'égard des SSV pour l'US, le TLUS et des TC (p. ex. Connolly et coll., 2020; Moreau et coll., 2018; Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2020). Une recherche documentaire réalisée au printemps 2020 n'a révélé aucune étude semblable portant sur les expériences et les effets du passage aux SSV pour l'US, le TLUS et les TC dans la foulée de la pandémie.

L'expertise des partenaires du projet et des membres du Comité consultatif a été mise à profit lors de l'élaboration de questions censées refléter le contexte canadien. Une première version du sondage a été envoyée pour recueillir des commentaires sur la formulation des questions, ainsi que le contenu et la longueur du document. Tous les commentaires ont été pris en compte et intégrés dans la version finale, lorsque c'était faisable (annexe A). Le sondage a été mis à l'essai auprès de représentants des populations visées pour vérifier qu'il était adapté et facile à comprendre pour le public cible.

Le sondage recueillait des renseignements démographiques généraux, ainsi que des données liées aux expériences à l'égard des SSV pour l'US, le TLUS ou des TC, aux raisons derrière le refus de recevoir des SSV et aux opinions sur l'utilisation des SSV pour ces troubles à l'avenir. Il a été administré de février à avril 2021 par Léger (firme de sondage, de recherche marketing et analytique) à des personnes vivant au Canada, en deux volets : panel national de Léger et lien Web envoyé par courriel et publipostage électronique à des participants potentiels à l'extérieur du panel. (Le panel national de Léger compte plus de 400 000 personnes, et le sondage a été transmis aux personnes admissibles qui avaient déjà accepté de participer aux recherches de Léger.) Pour ce volet, un échantillonnage non probabiliste (échantillonnage en boule de neige) a été utilisé pour recruter des participants. Des participants supplémentaires ont pu être recrutés grâce à l'échantillonnage en boule de neige, qui suppose qu'un premier groupe d'organisations envoie le lien du sondage à des partenaires et à des intervenants ayant des participants admissibles. Ces partenaires et intervenants diffusent ensuite à leur tour le lien dans leurs réseaux de personnes œuvrant auprès du public cible. Nous avons choisi cette méthode pour nous assurer de rejoindre les personnes de 18 ans ou plus qui ont recours à des SSV pour l'US, le TLUS et des TC. Le but était de confirmer la participation d'un grand nombre de répondants de partout au pays. Ces derniers pouvaient répondre au sondage en anglais ou en français, et une compensation leur était versée (annexe B).

L'analyse des données du sondage a été réalisée par Léger au moyen de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) et de WinCross; il s'agissait surtout de statistiques descriptives. Les résultats dans le présent rapport comprennent des données de référence pour des groupes entiers et des différences statistiquement significatives entre des sous-populations, lesquelles ont été évaluées à



l'aide de tests t avec un seuil de signification de 0,05. Les données anonymes ont été rapportées de sorte qu'aucun renseignement permettant d'identifier une personne n'a été fourni.

Entretiens qualitatifs

Dans le but d'obtenir des données plus détaillées sur les expériences des intervenants à l'égard des SSV pour l'US, le TLUS ou des TC, nous avons eu des entretiens avec 14 intervenants (12 en anglais et 2 en français). Les participants étaient des professionnels du domaine de l'US. Il y avait parmi eux des médecins de premier recours, des psychologues, des travailleurs sociaux, des conseillers, des personnes qui dirigent les patients vers des ressources ou des traitements pour l'US, le TLUS et les TC, et des intervenants communautaires œuvrant auprès de populations marginalisées, rurales, vivant en région éloignée ou autochtones. Les participants ont été approchés sur la recommandation de partenaires du projet, du Comité consultatif et des réseaux et contacts du CCDUS dans le secteur, en utilisant la méthode d'échantillonnage en boule de neige. Nous voulions relever les complexités contextuelles liées à la mise en place des SSV pour les personnes qui offrent des services pour l'US, le TLUS et des TC durant la pandémie.

Pour rédiger le guide d'entrevue (annexe C), nous avons fait une recherche documentaire dans PubMed et PsycNET pour trouver les articles en anglais révisés par des pairs en lien avec les soins de santé liés à l'US, la santé mentale et les expériences à l'égard des soins virtuels publiés dans les dix dernières années. Nous avons ainsi obtenu 2 577 documents. À noter que notre examen ne porte pas sur l'efficacité des soins virtuels pour l'US, le TLUS ou des TC. Parmi les résultats de la recherche, il y avait un nombre inférieur d'études sur l'US comparativement aux études sur la santé mentale ou d'autres troubles de santé. Qui plus est, les études sur l'US portaient souvent sur les interventions en lien avec l'alcool ou le tabac. Par ailleurs, beaucoup d'études étaient consacrées aux adolescents ou aux adultes plus âgés, mais peu à la population générale. Enfin, de nombreuses études s'intéressaient aux infirmières, mais peu portaient sur d'autres types d'intervenants, comme les spécialistes en dépendance.

Nous avons aussi rassemblé de la littérature grise, comme des rapports ou des articles dans les médias sur l'adaptation des services pour l'US, le TLUS et les TC en raison de la COVID-19. Nous avons aussi discuté avec des partenaires clés en réduction des méfaits, en santé mentale et en prestation de services pour l'US, le TLUS et les TC pour connaître les thèmes les plus pertinents à inclure dans la partie qualitative de l'étude.

En utilisant des thèmes issus de la revue de littérature, le contexte entourant la COVID-19 et les commentaires de partenaires, nous avons créé un guide pour mener des entretiens semi-structurés. Les thèmes étaient entre autres les facteurs qui facilitent l'adoption des SSV pour l'US, le TLUS ou des TC et les obstacles, les avantages et les inconvénients des SSV et les effets sur les clients. Pour nous assurer que les questions du guide facilitent les échanges avec les participants, et que le langage utilisé dans le guide et le formulaire de consentement est facile à comprendre, nous avons réalisé un petit essai pilote. Une compensation a été versée aux participants dans certains cas (c.-à-d. si leurs fonctions ne prévoyaient pas de compensation pour la participation à des projets de recherche).

Nous avons examiné les transcriptions des entretiens en utilisant les méthodes qualitatives standards où les thèmes, points communs et données aberrantes ont été relevés. L'analyse thématique inductive nous a permis d'interpréter les données, plutôt que de les utiliser pour étayer des conceptions théoriques, ce qui se produit lorsqu'on utilise une approche déductive (Patton, 2002). Nous avons eu recours à une approche inductive pour notre projet parce qu'elle offre plus de



flexibilité pour recueillir les points de vue des participants et favoriser une meilleure compréhension du sujet et des thèmes qui s'y rapportent.

Des citations directes des participants ont été utilisées pour étayer les conclusions. Les données sont rapportées de façon à ce qu'aucune personne ne soit identifiable, y compris dans les citations anonymes de répondants qui viendront étoffer les résultats qualitatifs présentés dans le rapport.

Résultats

Résultats quantitatifs

Échantillon

Au total, 1 066 sondages en ligne ont été remplis entre le 25 février et le 11 avril 2021, par l'intermédiaire du panel national de Léger ou d'un hyperlien ouvert. De tous les répondants, 326 ont dit avoir eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC pendant la pandémie. De ce nombre, 108 ont déclaré l'avoir fait pour un US ou un TLUS seulement, et 218, pour des TC. Nous voulions aussi que le sondage évalue le nombre de répondants qui avaient refusé ou cessé de faire appel à des services de lutte contre l'US, le TLUS ou les TC après que ces services soient devenus virtuels. Seules 32 personnes entraient dans cette catégorie, ce qui a entraîné le retrait de leurs données des résultats finaux. En tout, 708 répondants n'avaient jamais eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC; la plupart d'entre eux ne consommaient pas de substances et ne présentaient ni TLUS ni TC, et seulement 2 % avaient uniquement eu recours à des services et soutiens non virtuels pour leur US, leur TLUS ou leurs TC.

Parmi les répondants ayant recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC, 54 % s'identifiaient comme des hommes, et les autres, comme des femmes. Parmi les personnes n'ayant jamais eu recours à ces SSV, 48 % s'identifiaient comme des hommes. Comme la proportion des répondants qui s'identifiaient à un genre autre qu'homme ou femme était inférieure à 1 %, nous avons exclu ces personnes de l'analyse comparative fondée sur le genre, mais pas de l'échantillon. Six personnes ayant eu recours aux SSV et deux n'y ayant pas eu recours ont donc été exclues de l'analyse comparative.

Par ailleurs, il n'a pas été possible de présenter les résultats en fonction de l'identité raciale des répondants autrement que pour deux groupes : les personnes qui s'identifiaient comme blanches et celles qui s'identifiaient à une autre ethnie. C'est pourquoi nous ne fournissons pas plus de résultats fondés sur l'identité raciale. Les répondants ont été classés selon les groupes d'âge suivants : 18 à 34 ans, 35 à 54 ans et 55 ans et plus. Pour connaître les caractéristiques démographiques des répondants, consulter le tableau 1.



Tableau 1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon

Caractéristiques démographiques	A eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC, % (n = 326)	A refusé des SSV, % (n = 32)	N'a pas eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC, % (n = 708)
Hommes	54	50	48
Femmes	44	50	52
A indiqué un genre autre qu'homme ou femme	2	0	2
18 à 34 ans	41	25	28
35 à 54 ans	40	38	35
55 ans ou plus	19	38	37
Colombie-Britannique	12	9	13
Alberta	10	6	10
Manitoba ou Saskatchewan	7	3	6
Ontario	44	47	40
Québec	21	31	25
Provinces atlantiques	6	3	7
Blanc	67	60	81
Non caucasien	33	40	19

Note : Les données ayant été arrondies, il est possible que les totaux ne soient pas de 100 %.

Personnes ayant recours aux services et soutiens virtuels

Environ 41 % des répondants ont commencé à avoir recours aux SSV après le début de la pandémie (soit après mars 2020), et 51 %, avant. Huit pour cent des répondants ne se souvenaient plus du moment où ils ont commencé. Chez les personnes ayant commencé après le début de la pandémie (n = 141), les consultations téléphoniques constituaient la principale méthode utilisée pour obtenir du soutien, suivies des consultations par vidéoconférence. Soixante-dix pour cent des répondants de ce groupe ont dit avoir fait appel aux services virtuels en raison de leur disponibilité accrue. Environ la moitié des répondants ont dit que les services virtuels étaient les seuls services offerts au lieu des services en personne ou d'une combinaison de services en personne et virtuels.

Parmi les personnes qui ont commencé à avoir recours aux SSV avant la pandémie (n = 185), nombreuses sont celles qui ont continué à recevoir certains services en personne (43 %). Les deux autres méthodes principalement utilisées pour obtenir des services étaient les consultations téléphoniques (35 %) et les consultations par vidéoconférence (25 %).

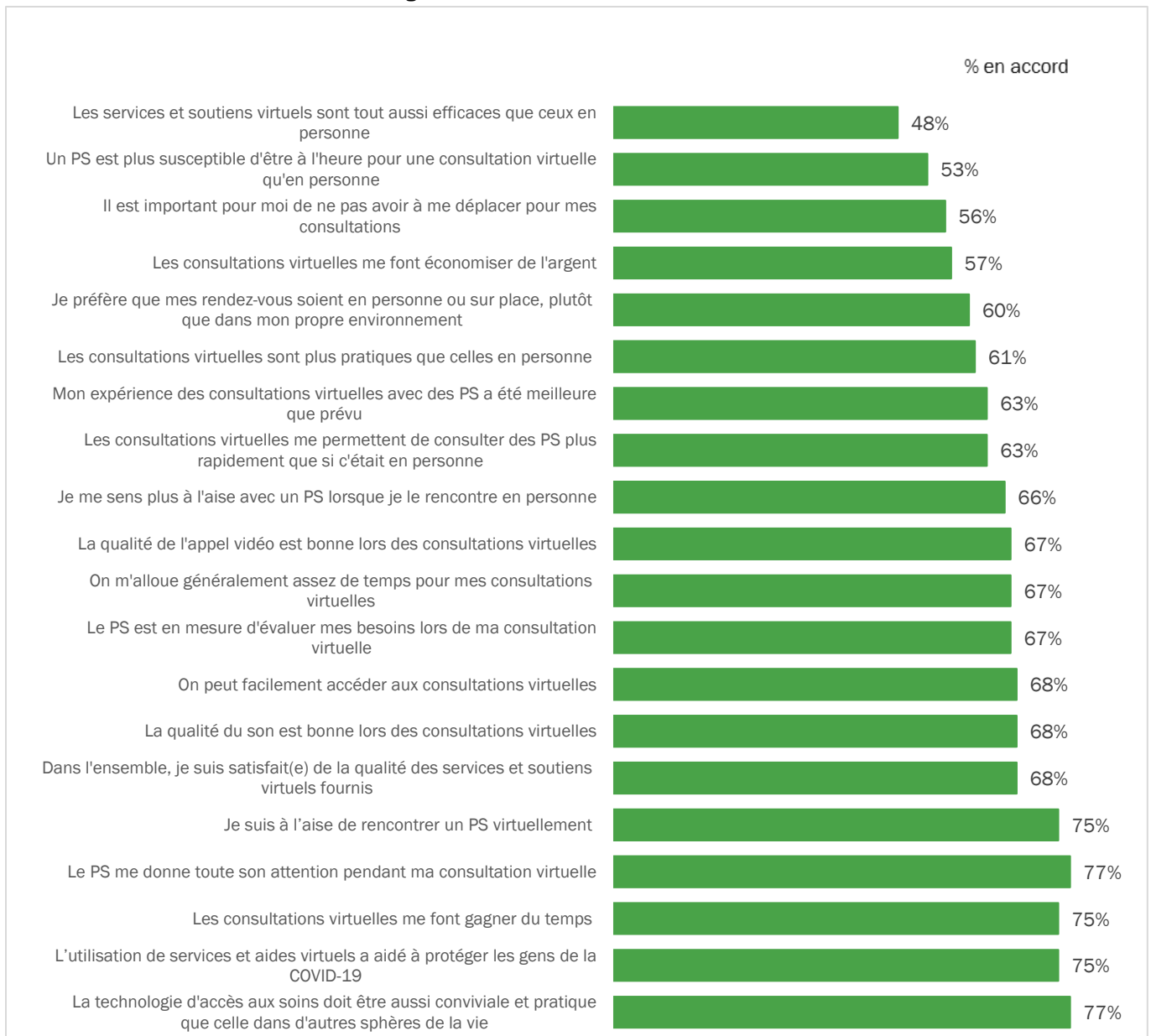
La plupart des répondants (79 %) avaient recours aux SSV depuis leur domicile; 5 % y avaient recours depuis leur milieu de travail et 5 % depuis un établissement de santé avec un fournisseur de soins de santé. Des répondants ont également reçu des SSV à d'autres endroits, comme le domicile d'une autre personne (4 %), leur voiture (3 %) ou un lieu public (2 %).



Dans l'ensemble, les répondants se sont dits satisfaits des SSV, ont indiqué être à l'aise d'y avoir recours et ont souligné certains avantages. Ils ont toutefois exprimé une préférence soutenue pour les interactions en personne. Plus des deux tiers des répondants étaient satisfaits de la qualité du soutien et des soins reçus dans le cadre des SSV (68 %) et étaient à l'aise de rencontrer un fournisseur de soins de santé virtuellement (69 %). Environ 75 % des répondants étaient d'accord pour dire que les SSV permettent de gagner du temps et préviennent la transmission de la COVID-19. La figure 1 rend compte de l'expérience des participants avec les SSV. Si les répondants étaient généralement satisfaits et à l'aise de rencontrer un fournisseur de soins de santé virtuellement (69 % se sont dits à l'aise), deux répondants sur trois (66 %) ont dit être plus à l'aise de rencontrer leur fournisseur en personne, et presque autant de répondants (60 %) ont dit préférer que les rendez-vous aient lieu en personne ou en établissement plutôt que dans leur environnement personnel.



Figure 1. Expérience des services et soutiens virtuels pour les personnes qui y ont recours pour l'usage de substances, le trouble lié à l'usage de substances ou des troubles concomitants

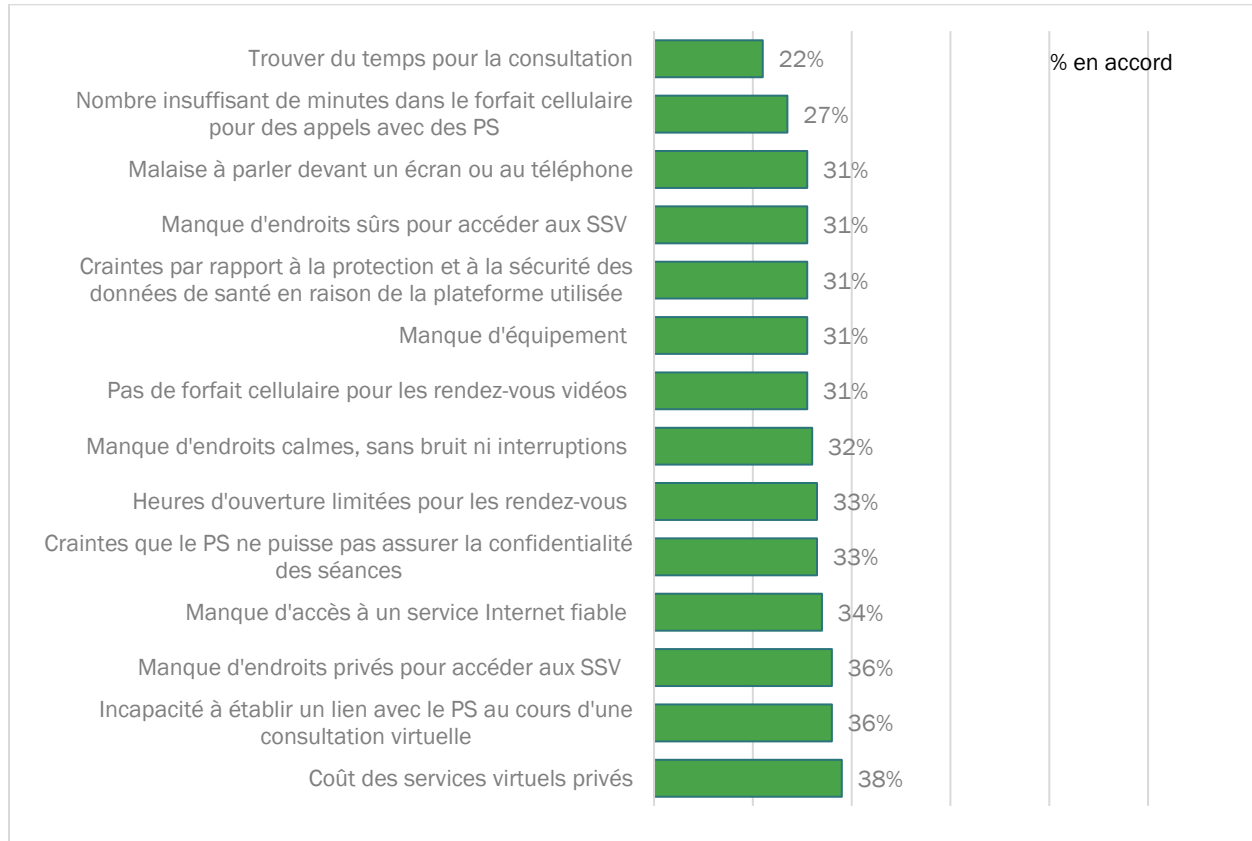


Note : PS = professionnel de la santé

Seuls 48 % des répondants estimaient que les SSV sont aussi efficaces que les services et soutiens en personne. Divers obstacles aux SSV ont été mentionnés, les plus fréquents étant le coût des services privés (38 %), la croyance qu'un client ne peut pas établir un lien avec le professionnel de la santé au cours d'une consultation virtuelle (36 %) et le manque d'endroits privés pour accéder aux SSV (36 %).



Figure 2. Obstacles aux services et soutiens virtuels pour les personnes qui y ont eu recours pour l'usage de substances, le trouble lié à l'usage de substances ou des troubles concomitants



Note : PS = professionnel de la santé

Genre

De tous les répondants, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'exprimer le désir de revenir aux consultations en personne (52 % contre 33 %). Compte tenu du moins grand intérêt de la gent masculine à l'égard des consultations en personne, il n'est pas étonnant que les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'estimer que les SSV sont tout aussi efficaces que les soins en personne (57 % contre 39 %). Les hommes étaient aussi plus enclins que les femmes à considérer le manque de minutes dans leur forfait de téléphone cellulaire comme un obstacle aux SSV (31 % contre 21 %).

Âge

Les répondants de 18 à 34 ans étaient moins portés que les autres à dire qu'il est important de disposer de technologies qui rendent l'accès aux soins aussi convivial et pratique qu'elles le font pour d'autres sphères de leur vie (18 à 34 ans : 68 %; 35 à 54 ans : 83 %; 55 ans et plus : 82 %). Les personnes de 55 ans et plus étaient quant à elles plus susceptibles que les autres de dire que le manque de minutes dans leur forfait de téléphone cellulaire nuisait à l'obtention de SSV (18 à 34 ans : 25 %; 35 à 54 ans : 31 %; 55 ans et plus : 21 %).

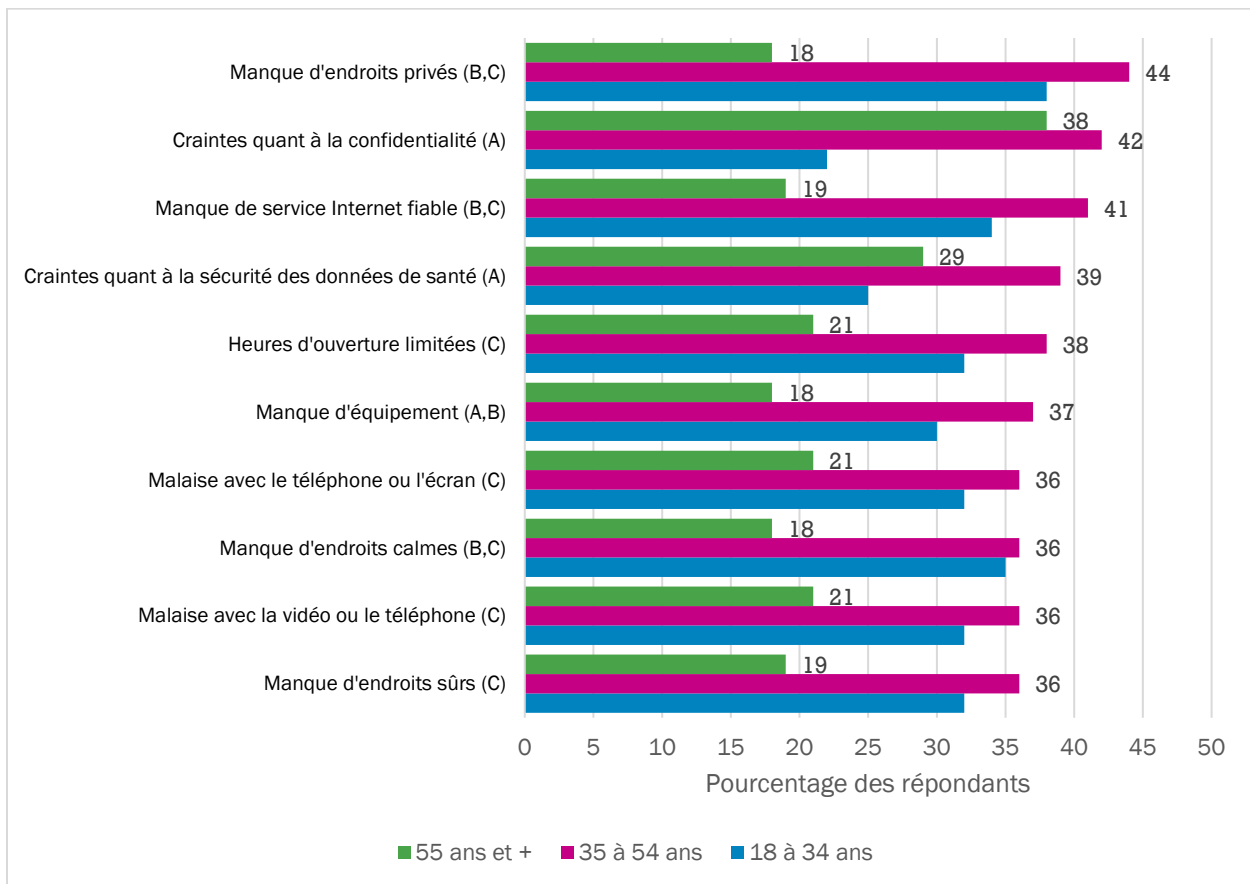


En ce qui concerne les personnes de 35 à 54 ans, elles étaient en général les plus enclines à avoir recours aux SSV (18 à 34 ans : 86 %; 35 à 54 ans : 98 %; 55 ans et plus : 88 %), en particulier aux consultations par vidéoconférence (18 à 34 ans : 22 %; 35 à 54 ans : 42 %; 55 ans et plus : 38 %). Mais elles avaient aussi plus tendance à avoir des inquiétudes et à faire face à des obstacles (figure 3). Par exemple, elles étaient plus portées que les personnes de 18 à 34 ans à se préoccuper de la protection de leur vie privée (18 à 34 ans : 31 %; 35 à 54 ans : 40 %; 55 ans et plus : 23 %) et de la sécurité de leurs données de santé (18 à 34 ans : 25 %; 35 à 54 ans : 39 %; 55 ans et plus : 29 %) durant une consultation avec un professionnel de la santé. En outre, comparativement aux personnes de 55 ans et plus, celles de 35 à 54 ans étaient plus susceptibles :

- de ne pas avoir un endroit sûr (18 à 34 ans : 32 %; 35 à 54 ans : 36 %; 55 ans et plus : 19 %) ou l'équipement nécessaire pour avoir recours aux SSV (18 à 34 ans : 30 %; 35 à 54 ans : 37 %; 55 ans et plus : 18 %);
- de se sentir limitées par les heures de travail des professionnels de la santé (18 à 34 ans : 32 %; 35 à 54 ans : 38 %; 55 ans et plus : 21 %);
- d'être moins à l'aise d'avoir recours à la vidéoconférence ou au téléphone (18 à 34 ans : 32 %; 35 à 54 ans : 36 %; 55 ans et plus : 21 %);
- d'être plus à l'aise de consulter un professionnel de la santé en personne (18 à 34 ans : 66 %; 35 à 54 ans : 73 %; 55 ans et plus : 53 %).



Figure 3. Obstacles aux services et soutiens virtuels perçus par les personnes qui y ont recours, selon l'âge



A Différence significative entre les 18 à 34 ans et les 35 à 54 ans.

B Différence significative entre les 18 à 34 ans et les 55 ans et plus.

C Différence significative entre les 35 à 54 ans et les 55 ans et plus.

Enfin, les personnes de 55 ans et plus étaient moins gênées par les obstacles aux SSV que les autres. Elles avaient moins tendance à considérer comme des obstacles le manque d'endroits privés (18 à 34 ans : 38 %; 35 à 54 ans : 44 %; 55 ans et plus : 18 %), d'endroits calmes où elles ne seraient pas interrompues (18 à 34 ans : 35 %; 35 à 54 ans : 38 %; 55 ans et plus : 18 %), d'une connexion Internet fiable (18 à 34 ans : 34 %; 35 à 54 ans : 41 %; 55 ans et plus : 19 %) et de temps pour les rendez-vous (18 à 34 ans : 26 %; 35 à 54 ans : 25 %; 55 ans et plus : 10 %).

Aisance avec la technologie

Sachant que l'aisance d'une personne avec la technologie peut influencer son expérience des SSV, nous avons demandé aux répondants à quel point ils étaient à l'aise de se servir d'un ordinateur, d'Internet, d'applications mobiles, etc. En général, la perception des SSV pour l'US, le TLUS et des TC est meilleure chez les personnes étant à l'aise avec la technologie (figure 4). Dans l'ensemble, 83 % des personnes qui ont eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC étaient à l'aise ou très à l'aise avec la technologie.

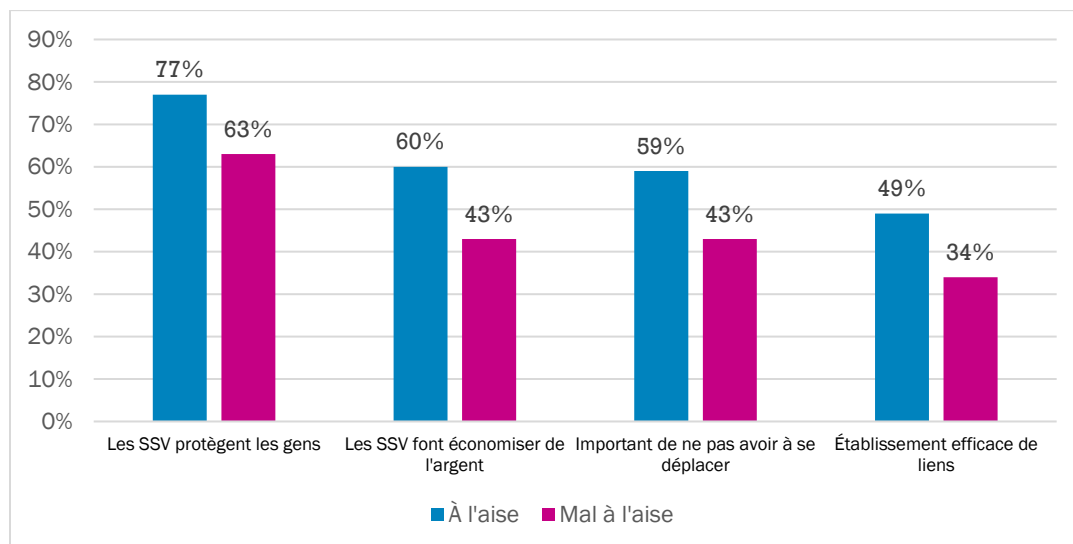
Les personnes qui se disaient à l'aise avec la technologie étaient plus susceptibles que les autres de dire que les SSV contribuent à protéger les gens contre la COVID-19 (77 % vs 63 %) et qu'ils leur ont



fait économiser de l'argent (60 % vs 43 %). Elles étaient également plus portées à penser que le fait de ne pas avoir à se déplacer est important (59 % vs 43 %) et que les SSV permettent l'établissement d'un lien avec un professionnel de la santé aussi efficacement que les soins en personne (49 % vs 34 %). En outre, elles avaient plus tendance à affirmer que le temps prévu pour leurs rendez-vous était suffisant (70 % vs 54 %) et à être satisfaites de la qualité des SSV (71 % vs 54 %).

Les personnes qui n'étaient pas à l'aise avec la technologie étaient quant à elles plus enclines que les autres à mentionner des obstacles en lien avec l'accès à un endroit privé (45 % vs 34 %) ou à un endroit sûr (43 % vs 29 %), ou avec leur forfait de téléphone cellulaire, qui n'était pas suffisant pour recevoir des SSV (46 % vs 27 %). Elles étaient également plus portées à se sentir limitées par les heures de travail des intervenants (50 % vs 29 %).

Figure 4. Avantages des services et soutiens virtuels perçus, selon le niveau d'aisance des répondants avec la technologie



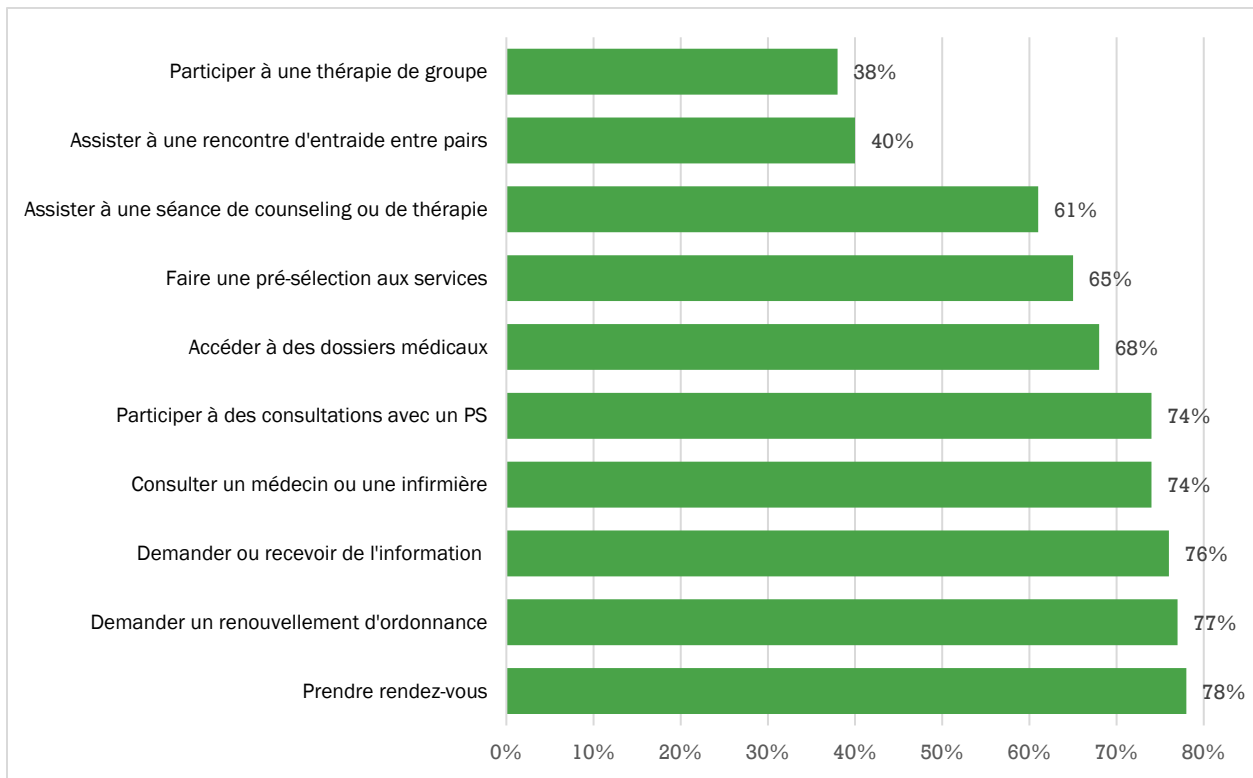
Personnes n'ayant pas recours aux services et soutiens virtuels

Étant donné l'élargissement possible des SSV à l'avenir, il était important d'avoir une idée du point de vue des personnes qui n'y ont pas eu recours. Le sondage a donc questionné les personnes qui n'ont pas fait appel aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC afin de connaître leur perception des SSV et leur ouverture à y avoir recours plus tard. Ces personnes n'avaient pas à préciser si elles vivaient ou avaient déjà vécu avec l'US, le TLUS ou des TC.

Environ les trois quarts (74 %) des 708 répondants ont déclaré qu'ils seraient à l'aise d'avoir recours aux SSV pour consulter un médecin, une infirmière ou un professionnel de la santé qui répondrait à leurs besoins en matière d'US, de TLUS ou de TC (figure 5). Ils étaient toutefois moins ouverts à l'idée d'avoir recours aux SSV pour des activités sollicitant la participation d'autres personnes, comme l'entraide entre pairs (40 %) et la thérapie de groupe (38 %). Seulement 33 % des personnes n'ayant pas eu recours aux SSV étaient d'accord pour dire que ces derniers étaient aussi efficaces que les services et soutiens en personne. Le tiers des répondants ont indiqué qu'il était probable ou assez probable qu'ils aient recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC dans les cinq prochaines années.



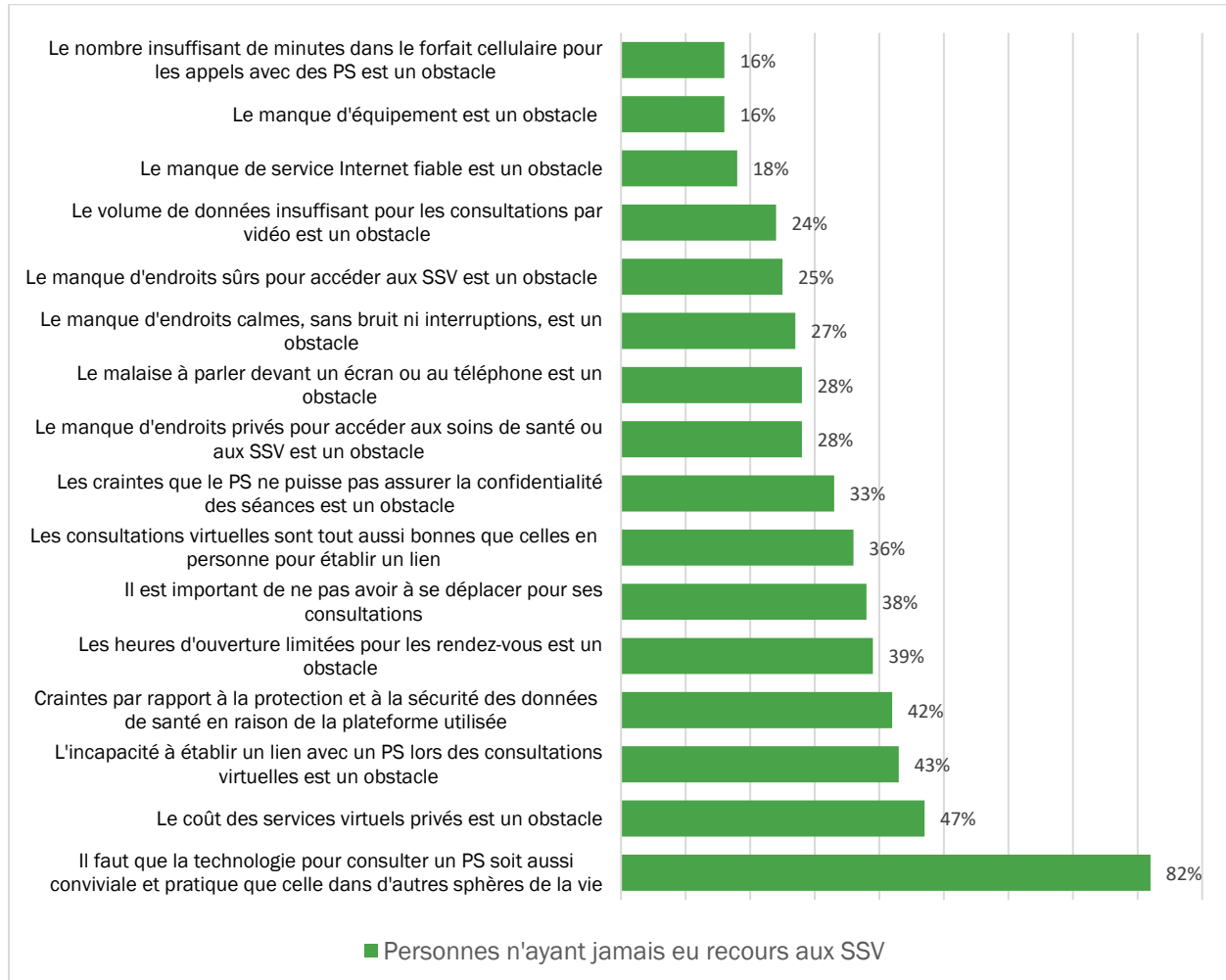
Figure 5. Pourcentage de personnes n'ayant pas recours aux services et soutiens virtuels pour l'usage de substances, le trouble lié à l'usage de substances ou des troubles concomitants qui seraient à l'aise d'avoir recours à des activités virtuelles



Note : PS = professionnel de la santé



Figure 6. Obstacles à l'utilisation des soins virtuels chez les personnes n'ayant jamais eu recours aux services et soutiens virtuels pour l'usage de substances, le trouble lié à l'usage de substances et des troubles concomitants



Note : PS = professionnel de la santé

Genre

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de dire que le fait de ne pas avoir à se déplacer est important (42 % vs 33 %) et que celui de ne pas avoir accès à un endroit calme et silencieux exempt d'interruptions constitue un obstacle aux SSV (31 % vs 23 %). Les hommes, quant à eux, avaient plus tendance que les femmes à exprimer des préoccupations quant à la capacité de leur professionnel de la santé à protéger leur vie privée durant une consultation virtuelle (38 % vs 29 %).

Âge

Les personnes de 18 à 34 ans et de 35 à 54 ans étaient plus enclines que leurs aînées à considérer que la difficulté à trouver du temps pour une consultation virtuelle est un obstacle (18 à 34 ans : 31 %; 35 à 54 ans : 22 %; 55 ans et plus : 13 %).



Comparativement aux personnes de 55 ans et plus, celles de 18 à 34 ans étaient plus à l'aise d'avoir recours aux SSV pour accéder à leur dossier médical (18 à 34 ans : 76 %; 35 à 54 ans : 68 %; 55 ans et plus : 63 %), pour assister à une séance de counseling ou de thérapie (18 à 34 ans : 68 %; 35 à 54 ans : 62 %; 55 ans et plus : 55 %) et pour participer à des rencontres d'entraide entre pairs (18 à 34 ans : 45 %; 35 à 54 ans : 42 %; 55 ans et plus : 35 %). Elles étaient aussi plus susceptibles de considérer comme des obstacles les heures de travail limitées des professionnels de la santé (18 à 34 ans : 47 %; 35 à 54 ans : 38 %; 55 ans et plus : 34 %), le manque d'endroits privés (18 à 34 ans : 36 %; 35 à 54 ans : 27 %; 55 ans et plus : 22 %) et celui d'endroits sûrs où discuter avec un professionnel de la santé ou profiter de services et soutiens (18 à 34 ans : 33 %; 35 à 54 ans : 21 %; 55 ans et plus : 21 %) (figure 7).

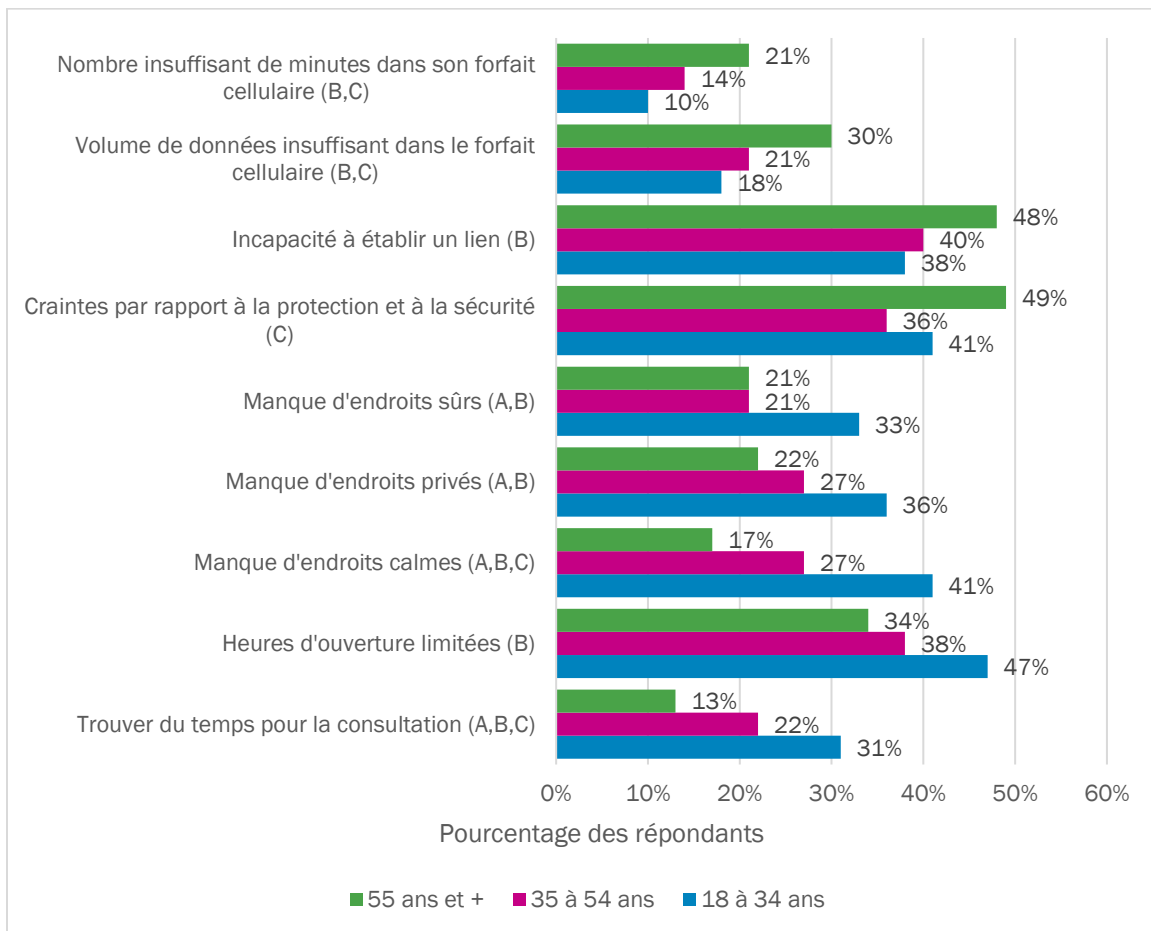
Quant aux personnes de 35 à 54 ans, elles étaient plus portées que les plus jeunes à dire que les consultations virtuelles sont aussi efficaces que celles en personne (18 à 34 ans : 30 %; 35 à 54 ans : 39 %; 55 ans et plus : 38 %).

Les personnes de 55 ans et plus étaient plus susceptibles :

- que celles de 18 à 34 ans de croire qu'il n'est pas possible d'établir un lien avec un professionnel de la santé au cours d'une consultation virtuelle (18 à 34 ans : 38 %; 35 à 54 ans : 40 %; 55 ans et plus : 48 %);
- que celles de 35 à 54 ans d'exprimer des préoccupations quant à la capacité de la plateforme utilisée (p. ex. Zoom) à protéger leur vie privée et à assurer la sécurité de leurs données de santé (18 à 34 ans : 41 %; 35 à 54 ans : 36 %; 55 ans et plus : 49 %);
- que celles des autres groupes d'âge de ne pas avoir suffisamment de minutes dans leur forfait de téléphone cellulaire (18 à 34 ans : 10 %; 35 à 54 ans : 14 %; 55 ans et plus : 21 %).



Figure 7. Obstacles aux services et soutiens virtuels perçus par les personnes n'ayant pas recours aux SSV, selon l'âge



A Différence significative entre les 18 à 34 ans et les 35 à 54 ans.

B Différence significative entre les 18 à 34 ans et les 55 ans et plus.

C Différence significative entre les 35 à 54 ans et les 55 ans et plus.

Comparativement aux personnes plus jeunes, celles de 55 ans et plus étaient moins portées à considérer le manque d'endroits calmes, silencieux et exempt d'interruptions comme un obstacle (18 à 34 ans : 41 %; 35 à 54 ans : 27 %; 55 ans et plus : 17 %). Elles avaient aussi moins tendance à dire que le fait de ne pas avoir à se déplacer est important (18 à 34 ans : 43 %; 35 à 54 ans : 45 %; 55 ans et plus : 27 %) ou que les soins virtuels sont tout aussi efficaces que les soins en personne (18 à 34 ans : 38 %; 35 à 54 ans : 35 %; 55 ans et plus : 27 %).

Enfin, ces personnes étaient les moins susceptibles de déclarer qu'elles auraient recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC dans les cinq prochaines années (18 à 34 ans : 38 %; 35 à 54 ans : 33 %; 55 ans et plus : 24 %). On ignore toutefois si c'est parce qu'elles ne pensent pas éprouver de problèmes en lien avec l'US, le TLUS ou des TC, ou si c'est parce qu'elles ne sont pas à l'aise avec les SSV.



Aisance avec la technologie

Parmi les personnes n'ayant pas eu recours aux SSV, 90 % ont dit être à l'aise avec la technologie. Aucune différence significative n'a été relevée dans le degré d'accord sur les avantages et les obstacles des SSV entre les groupes divisés selon leur niveau d'aisance avec la technologie.

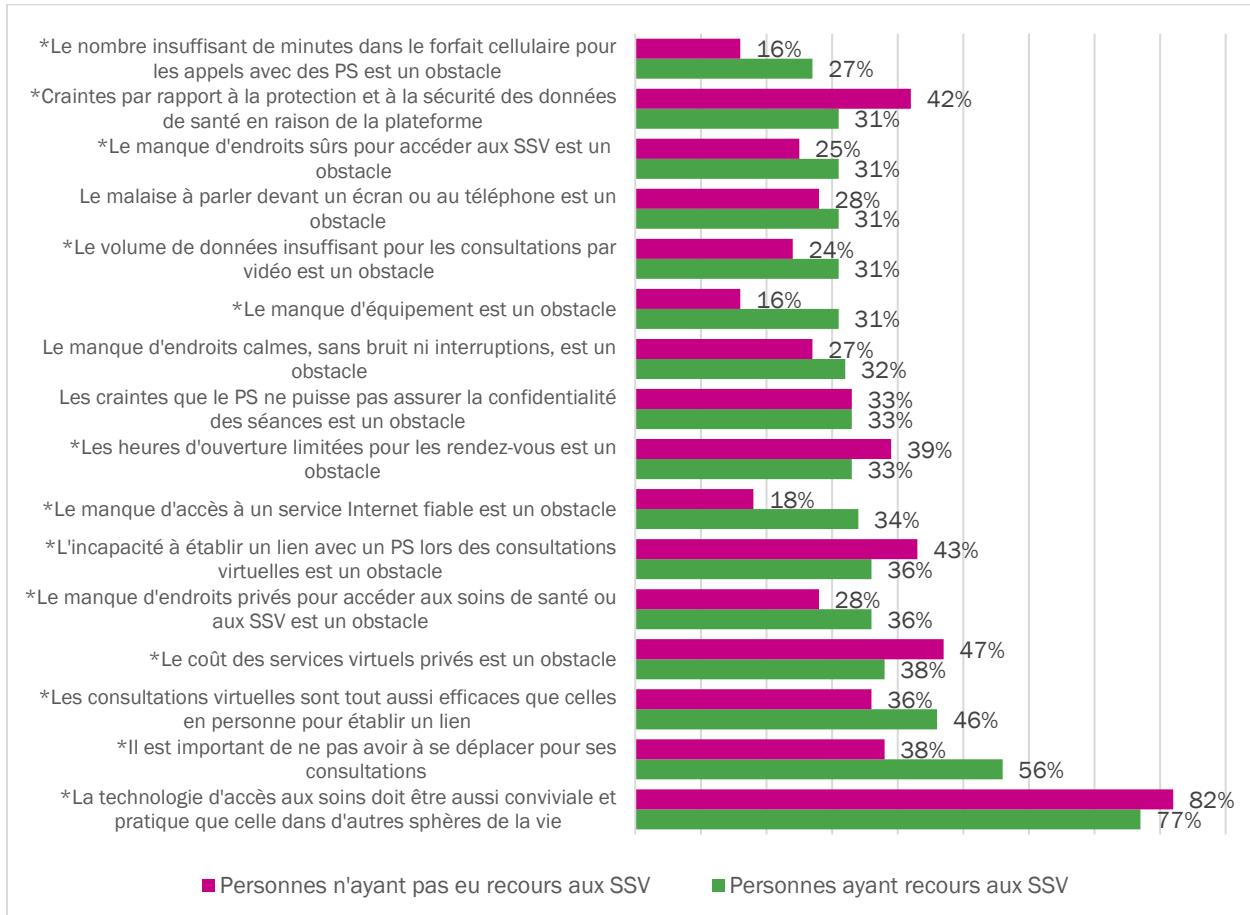
Différences entre les personnes qui ont eu recours aux services et soutiens virtuels et celles qui n'y ont pas eu recours

Les personnes n'ayant pas eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC étaient aussi susceptibles que les autres de dire qu'elles se sentent plus à l'aise de rencontrer un professionnel de la santé en personne (66 %), qu'elles préfèrent recevoir des soins en personne ou en établissement plutôt que dans leur environnement personnel (60 %) et qu'elles sont à l'aise de consulter un professionnel de la santé virtuellement (65 %).

Les deux groupes étaient sensiblement d'accord en ce qui a trait aux obstacles aux SSV, s'entendant pour dire que les deux principaux étaient le coût des séances privées et la difficulté d'établir un lien avec un professionnel de la santé (43 % et 47 %, respectivement). Ils présentaient toutefois des différences significatives pour la plupart des autres facteurs. La figure 8 présente tous les obstacles, y compris ceux pour lesquels les différences entre les deux groupes n'étaient pas significatives. On y voit entre autres que les personnes ayant eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC semblent moins préoccupées par la protection de leur vie privée et la sécurité de leurs données de santé que celles qui n'y ont pas eu recours.



Figure 8. Différence dans le niveau d'accord avec des énoncés concernant les services et soutiens virtuels chez les personnes qui y ont et n'y ont pas eu recours



Note : PS = professionnel de la santé

* Différence significative

Résultats qualitatifs

Échantillon

L'échantillon comptait 14 intervenants offrant des services pour l'US, le TLUS ou des TC pendant la pandémie. Il s'agissait de conseillers, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'éducateurs et d'intervenants en réduction des méfaits. Les services professionnels offerts par les participants comprenaient entre autres des programmes publics de lutte contre la dépendance et de réadaptation, des thérapies ou des rencontres de groupe, des services de soutien à la famille, du counseling et des cliniques de traitement de l'usage de substances pour jeunes, ainsi que des programmes de sensibilisation. Les participants venaient d'un peu partout au pays, notamment de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et des provinces atlantiques.

Les résultats des entretiens avec les intervenants ont permis de mieux comprendre l'expérience des clients, y compris ceux qui n'ont pas pu répondre au sondage en ligne parce qu'ils n'avaient pas accès à un téléphone cellulaire, à un ordinateur ou à Internet. Ils ont également donné un aperçu de la façon dont les intervenants ont vécu cet important changement. Les sous-sections qui suivent



résumant les thèmes couramment abordés pendant les entretiens. Les citations directes des participants pourraient utiliser une terminologie différente de celle du CCDUS.

Courbe d'apprentissage abrupte pour les intervenants et les clients

Avant la pandémie, la plupart des services étaient prodigués en personne; le téléphone, la vidéoconférence et les courriels servaient simplement de compléments. Mais avec l'arrivée des restrictions liées à la COVID-19, les intervenants ont dû s'adapter et offrir leurs services exclusivement par téléphone ou vidéoconférence. La plupart d'entre eux n'avaient pas prévu de plan de soutien virtuel, mais se sont adaptés rapidement. Bon nombre des problèmes rencontrés étaient réglés à la fin de la première vague de la pandémie. Ces problèmes comprenaient les suivants :

- Un manque d'équipement (ordinateurs, caméras Web, etc.) pour les intervenants et les clients, et une connexion Internet limitée ou inexistante pour les clients;
- Les craintes des clients quant à la protection de leur vie privée;
- Le besoin, pour les intervenants, de modifier les ententes de confidentialité de façon à permettre la communication virtuelle;
- Le manque de soutien et de financement pour les programmes virtuels (financement pour de l'équipement, soutien technique pour le personnel, etc.).

De nombreux intervenants ont insisté sur l'importance d'un soutien informatique solide et accessible pour favoriser le déploiement et la pérennité des SSV.

Améliorer la prestation de services

L'offre de services virtuels a eu certains avantages. Par exemple, les intervenants ont constaté que les SSV permettent de rejoindre des personnes qui n'auraient autrement peut-être pas eu accès aux soins dont elles ont besoin (p. ex. personnes avec certains problèmes de santé, de mobilité ou de transport et personnes vivant en milieu rural). L'augmentation du nombre de clients a permis du même coup aux intervenants de promouvoir davantage les soutiens offerts. Les intervenants ont également mentionné que les SSV favorisent la flexibilité et la rapidité dans la prestation des services et aident à mieux comprendre la situation des clients en permettant de les voir dans leur environnement. Les SSV contribuent aussi à protéger les intervenants et les clients contre la COVID-19.

Les intervenants étaient heureux de voir que certains clients ont accueilli les soins virtuels à bras ouverts. Pour la plupart, il s'agissait de clients à l'aise avec la technologie qui avaient accès à un téléphone ou à Internet ainsi qu'à un endroit sûr où rencontrer virtuellement leur intervenant. En outre, certains clients recevaient des services à une fréquence accrue puisqu'ils n'avaient pas à prévoir leurs déplacements ni à organiser la garde de leurs enfants. Un intervenant a indiqué que le passage aux SSV était selon lui un progrès :

C'était un changement graduel peu évident, mais qui a eu de nombreux avantages. Au début, je doutais du passage au virtuel parce que je croyais fermement aux bienfaits des interactions en personne. C'était une nouvelle expérience pour moi. J'ai découvert des choses sur le logiciel et j'ai appris à établir un lien virtuel ou téléphonique. La technologie était vraiment utile pour ça. Surtout avec les enfants et les jeunes, qui sont très à l'aise avec celle-ci. J'ai pu m'adapter assez facilement.



Incapacité de certains groupes à accéder ou à avoir recours aux SSV

Les populations prioritaires (personnes itinérantes, pauvres, etc.) sont moins susceptibles d'avoir recours aux SSV en raison de leur accès limité ou inexistant à l'équipement nécessaire, à Internet ou à un endroit sûr et privé. Ce constat préoccupait profondément les intervenants, qui savent que ces groupes courent généralement un risque accru d'usage de substances, de récidive, de troubles de santé mentale, de surdose et d'usage de drogue contaminée. Quelques intervenants ont aussi mentionné que certains clients n'ont pas réussi à passer des soins en personne aux soins virtuels, ce qui a accru leur isolement et mené à une récidive. Un intervenant s'est d'ailleurs prononcé sur les enjeux associés aux SSV chez cette population :

Ça n'a pas du tout fonctionné. C'est en raison de la population [personnes itinérantes, pauvres ou faisant usage de substances] que nous servons. Il y a toujours un fossé dû à l'accès limité ou inexistant à la technologie. Ces personnes n'ont pas de téléphone ni d'ordinateur. Cette approche ne fonctionne pas avec elles, et elles souffrent beaucoup. Toutes nos communications avec elles se font en personne. Ces personnes n'ont pas d'intérêt pour les rencontres virtuelles. Le manque de confiance en la technologie et les troubles de santé mentale posent problème. C'est aussi simple que ça. Rien ne peut remplacer les relations en personne.

La plupart des intervenants ont dit avoir perdu des clients après le passage aux soins virtuels. Certains groupes étaient plus susceptibles d'abandonner les services une fois ceux-ci devenus virtuels, comme les personnes âgées, les personnes n'ayant pas accès à Internet ou à la technologie nécessaire, les Autochtones, les femmes (surtout celles ayant vécu des traumatismes) et les nouveaux immigrants ayant une connaissance limitée de l'anglais. Parmi les autres groupes confrontés à des obstacles se trouvent les membres de la communauté LGBTQ2SI+ et les personnes vivant en région éloignée, rurale ou nordique.

Effets sur le lien client-intervenant

Les intervenants ont soulevé des enjeux associés aux SSV, mais pas aux soins en personne. Ils ont entre autres mentionné qu'il était difficile de réaliser une consultation lorsque les clients fermaient leur caméra, consommaient des substances pendant la rencontre ou quittaient abruptement celle-ci. La responsabilisation est devenue un sujet chaud après le passage aux SSV, certains clients ne se présentant tout simplement pas à leurs rendez-vous. Selon des intervenants, il est beaucoup plus facile de manquer un rendez-vous virtuel qu'un rendez-vous en personne, ce qui peut être tentant pour certaines personnes.

Lorsqu'il est question de dépendance et de santé mentale, la responsabilisation me vient à l'esprit. Pour les rendez-vous individuels en personne, les gens se présentent. Mais en ligne, plusieurs s'absentent ou annulent. Il est difficile d'entrer en contact avec eux. C'est là où la responsabilisation entre en jeu. Il est facile de prétendre que sa connexion Internet ou son ordinateur ne fonctionnait pas.

Les SSV ont aussi diminué la capacité des intervenants d'interpréter le langage corporel et les signaux sociaux des clients. Cette perte, évidente au téléphone, touchait aussi les appels vidéo. La peur ou la paranoïa associée à la technologie ou au fait d'être filmé peut avoir empêché certains clients à discuter aussi ouvertement qu'ils l'auraient fait en personne. Des clients craignaient également que d'autres personnes de leur ménage entendent leurs propos. De plus, des troubles comme le TDAH peuvent nuire à la concentration des clients lors des consultations virtuelles.



Les intervenants s'entendent pour dire que les soins virtuels ne peuvent pas remplacer les soins en personne

Lorsqu'il est devenu évident que certains clients ne s'adaptait pas aux SSV, plusieurs intervenants ont indiqué qu'ils continueraient à offrir des services et des soutiens en personne en suivant des protocoles de sécurité améliorés (distanciation physique, réduction de la taille des groupes, port du masque, rencontres à l'extérieur). Certains intervenants ont mentionné que les soins en personne comportaient des avantages que les soins virtuels ne pouvaient pas offrir, notamment en ce concerne l'établissement d'un lien et d'un climat de confiance ainsi que l'offre de ressources physiques. Les intervenants voulaient assurer la continuité des soins, sachant que des clients n'auraient plus accès à certains services si ceux-ci n'étaient pas prodigués en personne.

Cela dit, le passage aux SSV a amené les fournisseurs et les clients à reconnaître que des services et soutiens fonctionnels et efficaces pouvaient être prodigués virtuellement. La plupart des intervenants aimeraient offrir une combinaison de soins virtuels et en personne après la pandémie.

Je pense que de nombreuses personnes disent que les services virtuels ne sont pas géniaux. Elles disent : « Les services ont comblé les lacunes pour le moment, mais vivement le retour à la normale. » Sauf que ce n'est pas vrai. Les services étaient bons pour bien des clients. L'offre de services diversifiés profite à tous. Le modèle en personne ne convient pas à tout le monde. Il est important d'élargir le modèle de prestation des services. Nous ajoutons une corde à arc, et quelle corde flexible!

Analyse et implications

Les résultats quantitatifs et qualitatifs de notre étude nous amènent à considérer plusieurs facteurs pour l'élaboration de politiques et de programmes en lien avec les SSV. Même si les deux tiers des répondants ayant recours aux SSV s'en sont dits satisfaits, des obstacles demeurent (p. ex. coût, accès à Internet et à l'équipement nécessaire, craintes relatives à la protection de la vie privée). Les approches pour une mise en œuvre efficace des SSV doivent tenir compte des lacunes, des caractéristiques démographiques des clients et des besoins des intervenants.

Investir dans les services et soutiens virtuels

Le recours accru aux SSV et la satisfaction générale des répondants au sondage concordent avec les constats d'autres études récentes (Abacas Data et Association médicale canadienne, 2020; Inforoute Santé du Canada, 2021). La plupart des répondants se sont dits satisfaits des SSV, et moins de la moitié ont mentionné chaque obstacle. Il est toutefois possible d'améliorer et d'élargir les SSV et de lever les obstacles rencontrés par les populations moins bien desservies. Les études indiquent que les SSV élargissent l'accès des clients vivant en milieu rural et éloigné aux soins (Simms et coll., 2011), aux soins spécialisés (Johansson et coll., 2017) et au traitement par agonistes opioïdes. Or, au Canada, de nombreuses personnes (en particulier celles ayant un faible statut socioéconomique, vivant en région éloignée ou étant âgées ou peu scolarisées) n'ont pas accès aux SSV parce qu'elles n'ont pas d'ordinateur, de téléphone intelligent ou de connexion Internet haute vitesse, ou qu'elles ne savent pas se servir des technologies disponibles (Chan et coll., 2021; Howard et coll., 2010; Koch, 2020). Ce constat est préoccupant, surtout sachant qu'un sondage mené entre janvier et mai 2021 a révélé que les personnes qui ont un faible revenu, qui sont sans emploi ou qui ont été mises à pied présentent des taux accrus d'anxiété, de dépression, d'idées suicidaires et d'usage de substances (Léger, 2021). Le déploiement futur des SSV doit prendre ces populations en considération pour éviter de creuser davantage l'écart dans les sphères du



numérique et des services, sans quoi un grand groupe ayant besoin de SSV risque de passer entre les mailles du filet.

La nécessité de maintenir les services malgré les restrictions a donné naissance à des partenariats et à des innovations en SSV pour l'US, le TLUS et les TC. Par exemple, la création de services nationaux, comme Espace mieux-être Canada, a permis d'améliorer la prestation de soins virtuels en général et a aidé les cliniques de soins contre les dépendances à accès rapide étant passées des consultations en personne sans rendez-vous aux consultations virtuelles.

Notre étude a montré que la plupart des répondants, qu'ils aient recours aux SSV ou non, appuient les futurs investissements gouvernementaux dans le domaine. Cependant, l'obstacle à l'accès aux SSV le plus fréquemment nommé était le coût des services privés. En mai 2020, le gouvernement fédéral a annoncé un investissement de 240,5 millions de dollars pour le développement, l'expansion et le lancement de services virtuels et d'outils de santé mentale destinés à aider les personnes au Canada à consulter leurs professionnels de la santé et leurs spécialistes habituels. Cet investissement aidera également les initiatives fédérales, provinciales et territoriales à élargir les services virtuels. L'Ontario (2020) et l'Alberta (Smith, 2020) ont aussi annoncé des investissements dans les technologies virtuelles pour le traitement de l'US, du TLUS et des TC. Ces investissements sont prometteurs pour le renforcement des SSV au pays, mais il faut faire plus pour assurer des soins de qualité. À l'heure actuelle, il n'existe aucune norme professionnelle encadrant la pratique et définissant les rôles en contexte virtuel, et on ne dispose d'aucune mesure de sécurité, de sûreté ou d'assurance de la qualité.

Pour mieux soutenir l'accès et le recours aux SSV lorsqu'une augmentation de la demande est attendue, les gouvernements devraient :

- investir dans l'élaboration de normes de qualité pour les SSV offerts au Canada;
- investir davantage dans des programmes ciblés visant à élargir l'accès aux services Internet à large bande en région rurale ou éloignée;
- financer l'accès des personnes de faible statut socioéconomique à Internet ou aux technologies, ou mettre sur pied un programme de prestation supplémentaire à cette fin;
- diffuser à grande échelle les pratiques, programmes, services et soutiens prometteurs qui ont été modifiés ou créés en réponse aux restrictions liées à la pandémie;
- étudier les obstacles à l'accès équitable chez certains groupes de la population et chercher des solutions.

Améliorer l'aisance et les compétences en lien avec les services et soutiens virtuels

Fait encourageant, un sondage national a montré que 76 % des personnes vivant au Canada seraient prêtes à avoir recours aux soins virtuels après la pandémie de COVID-19 (Inforoute Santé du Canada, 2020). Des études ont également fait état de commentaires positifs de la part de personnes recevant des soins virtuels pour l'US (Chan et coll., 2021; Rost et coll., 2017; Saloner et coll., 2022, Tonkin-Crine et coll., 2013). Cela dit, qu'elles aient eu recours ou non aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC, des personnes ont formulé des réserves quant à ces services. Notre étude a révélé que les personnes qui n'ont pas eu recours aux SSV étaient moins susceptibles de penser qu'il est possible d'établir un lien avec un professionnel de la santé sur une plateforme virtuelle. Bon nombre de celles qui ont eu recours aux SSV n'avaient pas l'impression que ceux-ci étaient aussi



efficaces que les soins en personne. Cette impression peut découler du manque d'interactions en chair et en os qui, selon certains intervenants, sont essentielles à l'établissement d'un lien de confiance. Au vu de ces préoccupations, les décideurs et les fournisseurs de services devraient faire la promotion des diverses options de soins virtuels et en présenter les avantages potentiels. Par exemple, des études ont montré qu'une plateforme virtuelle, comme une plateforme de vidéoconférence, peut permettre des interventions aussi efficaces que celles effectuées en personne (Celio et coll., 2017). Il a été démontré que les interventions virtuelles aident à gérer les envies de consommer, améliorent la poursuite du traitement et favorisent l'abstinence d'opioïdes illicites (Guarino et coll., 2016).

La recherche indique que les services de télésanté mentale sont bien acceptés par les fournisseurs de soins primaires, surtout lorsqu'ils sont conviviaux, utiles et réalisables en pratique (Malas et coll., 2019; Simms et coll., 2011). L'attitude des fournisseurs pourrait toutefois nuire à la prestation efficace de soins virtuels (Kurki et coll., 2018; Pineros-Leano et coll., 2015). Les intervenants de notre étude ont souligné la courbe d'apprentissage abrupte associée au passage aux SSV. Si les fournisseurs de services directs comptent déployer à grande échelle les services virtuels, ils doivent former les fournisseurs sur les soins virtuels et offrir un soutien logistique et technique (Honey et Wright, 2018; Interian et coll., 2018). Les besoins de formation relevés comprennent l'évaluation de l'admissibilité des patients aux modalités de soins virtuels, des méthodes et des styles de communication virtuelle et des pratiques exemplaires pour la mise en œuvre et l'utilisation des SSV (Abacas Data et Association médicale canadienne, 2020).

Offrir des services flexibles

Nos résultats mettent en évidence le besoin d'offrir des SSV adaptés au genre, à l'âge et à d'autres caractéristiques démographiques. L'adaptation des SSV peut être un facteur déterminant de leur efficacité chez un client. Par exemple, notre étude a révélé que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vouloir revenir aux soins en personne une fois les restrictions liées à la pandémie levées. Les hommes, quant à eux, étaient plus à l'aise avec les SSV en général et se disaient satisfaits de leur efficacité. Ces données concordent avec celles d'autres études montrant une plus grande utilisation ou acceptation des SSV chez les hommes (Schmidt-Weitmann et coll., 2015). Cela montre l'importance d'assurer une offre de services en personne et virtuels après la pandémie. Les besoins des clients peuvent également varier d'un ménage à l'autre. Notre étude a révélé que les femmes considéraient le fait de ne pas avoir à se déplacer comme un avantage des SSV, possiblement parce qu'elles devaient rester à la maison pour s'occuper des enfants. L'importance de la maternité a d'ailleurs été soulignée dans un sondage Léger (2020), dans lequel les femmes vivant dans un ménage avec des enfants de moins de 13 ans présentaient, comparativement aux hommes, un taux plus élevé de consommation accrue de substances pendant la pandémie (37 % vs 26 % pour l'alcool, et 48 % vs 37 % pour le cannabis). Les SSV présentent également un potentiel intéressant pour favoriser l'équité de genre dans le traitement de l'US et éliminer les obstacles liés au genre, notamment en ce qui a trait aux déplacements et aux soins des enfants (Sinha et Schryer-Roy, 2018; Stinson et coll., 2020; Moreau et coll., 2018; Sugarman et coll., 2020).

Les jeunes répondants de cette étude se butaient à d'importants obstacles aux soins virtuels, comme les heures de travail limitées des intervenants et la difficulté de trouver un endroit sûr ou privé où recevoir les soins. Ce constat pourrait mettre en évidence le besoin de mesures de soutien en temps réel pour les jeunes, par exemple sous forme d'applications pour téléphone ou d'option de clavardage sur des sites Web. Les jeunes ont indiqué que les interventions en santé mentale fondées sur les réseaux sociaux étaient facilement utilisables, très engageantes et grandement



aidantes. Ces interventions étant populaires chez les jeunes pour la recherche de renseignements et l'entraide entre pairs, elles offrent une occasion de lever certains des obstacles qui empêchent ce groupe d'obtenir des renseignements et un soutien adéquat en santé mentale, et elles sont plus susceptibles d'être efficaces lorsqu'elles sont animées par des experts cliniques (Ridout et Campbell, 2018). En outre, pour répondre aux divers besoins des jeunes, il serait nécessaire d'offrir un éventail de services virtuels accessibles, avec des options de services en personne (Hawke et coll., 2021).

Les consultations virtuelles ainsi que les applications Internet et téléphoniques peuvent servir de complément aux soins en personne, élargir l'accès aux soins, améliorer les issues et engendrer une grande satisfaction chez les clients. Elles sont toutefois plus efficaces lorsqu'elles sont personnalisées en fonction des besoins thérapeutiques et des particularités de chacun (Holst et coll., 2017; Richards et coll., 2018; Tarp et coll., 2017). La situation, les préférences et les besoins des clients étant variés, les décideurs et les fournisseurs de services devraient veiller à offrir une vaste gamme de services virtuels et en personne adaptés aux besoins des divers clients.

Veiller à la sécurité des données et à la protection de la vie privée

Les femmes et les jeunes ont exprimé une plus grande inquiétude relative à la protection de la vie privée et à la disponibilité d'endroits sûrs et silencieux, citant ces facteurs parmi les obstacles aux SSV. Une étude antérieure du CCDUS (2020) avait d'ailleurs souligné que le manque d'endroits privés où avoir recours aux SSV de façon confidentielle et la méfiance à l'égard de la capacité de la technologie à protéger la vie privée comptaient parmi les obstacles aux SSV. Selon notre étude, les personnes n'ayant pas eu recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC étaient plus susceptibles d'être préoccupées par la confidentialité et la sécurité de la plateforme virtuelle, par rapport aux personnes ayant eu recours aux SSV.

L'amélioration du sentiment de sécurité peut passer par l'adoption d'une approche axée sur la personne (Holmström et coll., 2016) et la communication efficace de renseignements sur la protection de la vie privée (Celio et coll., 2017). Pour améliorer le sentiment de sécurité, réduire les distractions potentielles et dissiper les craintes relatives à la confidentialité, les décideurs et les fournisseurs de services devraient envisager les mesures suivantes :

- Créer des espaces communautaires où les clients pourraient profiter d'endroits privés silencieux et accéder à des ressources, à des services en ligne et à des réseaux de télésanté et de soins virtuels grâce à une connexion sans fil gratuite. Il pourrait s'agir de salles calmes équipées d'un ordinateur et situées dans des bibliothèques ou des centres communautaires. Ces espaces seraient particulièrement importants pour les personnes vivant en milieu rural ou éloigné et celles qui appartiennent à une population marginalisée, qui ne vivent pas seules ou qui n'ont pas suffisamment de minutes ou de données sur leur forfait de téléphone cellulaire.
- Élaborer des normes relatives à la sécurité des données et à la protection de la vie privée lors du recours aux SSV.

Limites

Étant donné les mesures restreignant la collecte de données en personne pendant la pandémie, nous avons sondé uniquement des personnes ayant accès à Internet. N'ayant probablement pas accès à un ordinateur, à Internet ou à un téléphone cellulaire, les membres des segments les plus vulnérables de la population n'ont pas pu répondre au sondage et n'étaient possiblement pas au



courant de son existence. Cela signifie donc qu'un groupe clé de personnes faisant usage de substances ou étant aux prises avec un TLUS ou des TC a été exclu des résultats. En outre, les personnes qui font usage de substances ou qui présentent de graves troubles de santé mentale pourraient chercher davantage à combler leurs besoins vitaux (logement, nourriture) qu'à obtenir des services et soutiens pour l'US, le TLUS et des TC, et pourraient ne pas avoir accès à la technologie nécessaire pour le faire. Ces personnes vulnérables ne pourraient avoir recours aux SSV pour obtenir de l'aide, tout comme elles n'ont pas pu répondre au sondage (Ali et coll., 2020).

L'échantillon de l'étude était relativement petit, et les réponses au sondage limitaient l'analyse fondée sur le genre aux hommes et aux femmes seulement. Il en allait de même pour l'analyse en fonction de l'identité raciale. Il était également impossible de lier les données des répondants à la nature de leur trouble de santé.

Les entretiens qualitatifs ont permis d'explorer le point de vue des intervenants. Cependant, en raison du fardeau qui pesait sur ces professionnels pendant la pandémie, l'échantillon était plus petit que nous l'espérions.

L'adaptation des SSV s'est considérablement accélérée dans les deux dernières années. Le degré de familiarité et d'aisance des intervenants et des clients a probablement augmenté depuis cette étude, réalisée au début de la pandémie.

Conclusion

Les données montrent que l'expérience des soins virtuels pour l'US, le TLUS et des TC peut être positive lorsque certaines conditions sont remplies (p. ex. technologie fonctionnelle, solide connexion Internet, soutien technique) (Celio et coll., 2017; Johansson et coll., 2017; Nalder et coll., 2018; Simms et coll., 2011). Notre étude réitère l'importance de soutenir les clients, les intervenants et la population canadienne en leur donnant accès à Internet, à une infrastructure technologique et à des services virtuels faciles à adopter. Les résultats de notre étude fourniront des renseignements utiles pour la conception de SSV pour l'US, le TLUS ou des TC après la pandémie, étant donné qu'un retour aux modèles de prestation des services antérieurs est peu probable. De nombreuses personnes au Canada se sont adaptées à l'obtention de services et soutiens virtuels, et un grand nombre en reconnaît les avantages. Ces méthodes, conjuguées au recours aux SSV pour l'US, le TLUS ou des TC – qui devrait s'accroître selon les prévisions –, feront probablement toujours partie intégrante de la prestation des services de demain.

Un soutien politique et infrastructurel solide sera nécessaire pour assurer le maintien et l'expansion de SSV durables et efficaces après la pandémie. Ce soutien doit être fondé sur des données probantes et tenir compte des expériences des clients et des intervenants, ainsi que sur des normes de qualité des soins. Ce travail a d'ailleurs déjà commencé à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale, avec Soins virtuels - Cadre stratégique (Santé Canada, 2021), mais d'autres études sur le sujet sont nécessaires. Il faut aussi définir des normes de qualité qui favorisent la mise en œuvre des SSV pour l'US, le TLUS et les TC et qui vont au-delà de celles établies pour les soins primaires ou la santé mentale en général. Cela implique de créer des SSV adaptés à des groupes précis, comme les membres de la communauté LGBTQ2SI+ et les clients vivant en milieu nordique. Les services personnalisés devraient être conçus en collaboration avec les personnes ciblées et dirigés par ces dernières (Gibson et coll., 2011). Pour veiller à ce que les soins virtuels soient efficaces pour tous, il faudra mener d'autres études qui permettront de comprendre l'expérience des soins virtuels en fonction de l'identité raciale, de l'emplacement géographique, du genre et de la nature des troubles de santé.



À mesure que la pandémie évolue, il sera crucial d'évaluer les effets sur la santé mentale et l'US, et de veiller à ce que le niveau approprié de services soit accessible. Il sera également important de déterminer si les obstacles aux SSV diffèrent entre les personnes qui ont recours aux services pour l'US, le TLUS ou des TC et celles qui ont recours à des services de soins généraux. La recherche permettra d'évaluer si les SSV peuvent être intégrés au système de soutien élargi, qui s'attaque à l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et cherche à réduire les méfaits.



Bibliographie

- Abacas Data et Association médicale canadienne. *Que pense la population canadienne des soins de santé virtuels?*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2020. Consulté sur le site : <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/cma-virtual-care-public-poll-june-2020-f.pdf>
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. *Facteurs facilitant les visites virtuelles*, Ottawa (Ont.), ACMTS, 2020. <https://covid.cadth.ca/fr/prevention-de-la-contagion-fr/facteurs-facilitant-les-visites-virtuelles/>
- Ali, F., C. Russell, F. Nafeh, R. Narkar, T. Elton-Marshall, K.G. Lafond, ... et J. Rehm. *Identifying the needs and challenges of people who use drugs (PWUD) during the COVID-19 global pandemic: A national qualitative assessment*, Toronto (Ontario), Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, 2020. <https://campusmentalhealth.ca/resource/identifying-the-needs-and-challenges-of-people-who-use-drugs-pwud-during-the-covid-19-pandemic/>
- Celio, M.A., N.R. Mastroleo, G. DiGuseppi, N.P. Barnett, S.M. Colby, C.W. Kahler, ... et P.M. Monti. « Using video conferencing to deliver a brief motivational intervention for alcohol and sex risk to emergency department patients: A proof-of-concept pilot study », *Addiction Research & Theory*, vol. 25, n° 4, 2017, p. 318–325. <https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1276902>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Effets de la pandémie de COVID-19 sur les personnes qui consomment des substances : ce que nous avons entendu*, Ottawa (Ont.), CCDUS, 2020. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-COVID-19-Impacts-on-People-Who-Use-Substances-Report-2020-fr.pdf>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. *COVID-19 pandemic adversely affecting mental health of women and people with children*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2020. <https://www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/covid-19-pandemic-adversely-affecting-mental-health-of-women-and-people-with-children>
- Chan, B., C. Bougatsos, K.C. Priest, D. McCarty, S. Grusing et R. Chou. « Opioid treatment programs, telemedicine and COVID-19: A scoping review », *Substance Abuse*, publication en ligne anticipée, 2021. <https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1967836>
- Connolly, S.L., C.J. Miller, J.A. Lindsay et M.S. Bauer. « A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 27, n° 2, 2020, article e12311. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12311>
- Douglas, M., S.V. Katikireddi, M. Taulbut, M. McKee et G. McCartney. « Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response », *British Medical Journal*, vol. 369, 2020, article m1557.
- Gibson, K.L., H. Coulson, R. Miles, C. Kakekakekung, E. Daniels et S. O'Donnell. « Conversations on telemental health: Listening to remote and rural First Nations communities », *Rural and Remote Health*, vol. 11, n° 2, 2011, article 1656. <https://doi.org/10.22605/RRH1656>
- Gouvernement de l'Ontario. *L'Ontario élargit les services virtuels de soutien en santé mentale pendant la pandémie de COVID-19 : des programmes en ligne gratuits pour aider les Ontariens et Ontariennes à faire face à une situation sans précédent* [communiqué de presse], 5 mai 2020. <https://news.ontario.ca/fr/release/56847/lontario-elargit-les-services-virtuels-de-soutien-en-sante-mentale-pendant-la-pandemie-de-covid-19>



- Guarino, H., M. Acosta, L.A. Marsch, H. Xie et Y. Aponte-Melendez. « A mixed-methods evaluation of the feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a mobile intervention for methadone maintenance clients », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 30, n° 1, 2016, p. 1–11. <https://doi.org/10.1037/adb0000128>
- Hawke, L.D., N.Y. Sheikhan, K. MacCon et J. Henderson. « Going virtual: Youth attitudes toward and experiences of virtual mental health and substance use services during the COVID-19 pandemic », *BMC Health Services Research*, vol. 21, n° 1, 2021, article 340. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06321-7>
- Holmström, I.K., M.-B. Nokkoudenmäki, S. Zukancic et A.J. Sundler. « It is important that they care – Older persons' experiences of telephone advice nursing », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 25, n° 11-12, 2016, p. 1644–1653. <https://doi.org/10.1111/jocn.13173>
- Holst, A., S. Nejati, C. Björkelund, M.C.M. Eriksson, D. Hange, M. Kivi, ... et E.-L. Petersson. « Patients' experiences of a computerised self-help program for treating depression – A qualitative study of internet mediated cognitive behavioural therapy in primary care », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 35, n° 1, 2017, p. 46–53. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1288813>
- Honey, M. et J. Wright. « Nurses developing confidence and competence in telehealth: Results of a descriptive qualitative study », *Contemporary Nurse*, vol. 54, n° 4-5, 2018, p. 472–482. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1530945>
- Howard, P., L. Busch et P. Sheets. « Comparing digital divides: Internet access and social inequality in Canada and the United States », *Canadian Journal of Communication*, vol. 35, n° 1, 2010, p. 109–128. <https://doi.org/10.22230/cjc.2010v35n1a2192>
- Inforoute Santé du Canada. *Consulter les Canadiens sur l'avenir du réseau de la santé*, Toronto (Ont.), Inforoute Santé du Canada, 2020. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3851-un-sain-dialogue-sommaire-du-rapport/view-document?Itemid=107>
- Inforoute Santé du Canada. *Sondage canadien sur la santé numérique 2021 : ce que les Canadiens pensent*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2021. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/evaluation-des-avantages/4012-sondage-canadien-sur-la-sante-numerique-2021-ce-que-les-canadiens-pensent?Itemid=107>
- Interian, A., A.R. King, L.M. St. Hill, C.H. Robinson et L.J. Damschroder. « Evaluating the implementation of home-based videoconferencing for providing mental health services », *Psychiatric Services*, vol. 69, n° 1, 2018, p. 69–75. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700004>
- Johansson, A.M., I. Lindberg et S. Söderberg. « Healthcare personnel's experiences using video consultation in primary healthcare in rural areas », *Primary Health Care Research and Development*, vol. 18, n° 1, 2017, p. 73–83. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000347>
- Koch, K. *Infrastructure policy trends: The digital divide and the lack of broadband access during COVID-19*, Calgary (Alb.), University of Calgary School of Public Policy, 2020. <https://policyschool.ca/wp-content/uploads/2020/06/Infrastructure-Trends-Digital-Divide.pdf>
- Kurki, M., M. Anttila, M. Koivunen, M. Marttunen et M. Välimäki. « Nurses' experiences of the use of an internet-based support system for adolescents with depressive disorders », *Informatics for*



Health & Social Care, vol. 43, n° 3, 2018, p. 234–247.
<https://doi.org/10.1080/17538157.2016.1269110>

Léger. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 – rapport sommaire 5 : les idées suicidaires et la forte consommation d'alcool*, Ottawa (Ont.), Commission de la santé mentale du Canada, 2022.

Léger. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 – rapport sommaire 3 : le revenu, l'emploi et l'accès*, Ottawa (Ont.), Commission de la santé mentale du Canada, 2021. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/sondage_leger_le-revenu_lemploi_et_laces.pdf

Léger. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 – rapport sommaire 2 : le genre et la taille du ménage*, Ottawa (Ont.), Commission de la santé mentale du Canada, 2020. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2021-05/mhcc_ccsa_covid_leger_poll_2_fr.pdf

Malas, N., E. Klein, E. Tengeltisch, A. Kramer, S. Marcus et J. Quigley. « Exploring the telepsychiatry experience: Primary care provider perception of the Michigan Child Collaborative Care (MC3) Program », *Psychosomatics*, vol. 60, n° 2, 2019, p. 179–189.
<https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.06.005>

Marsden, J., S. Darke, W. Hall, M. Hickman, J. Holmes, K. Humphreys, ... et R. West. « Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders », *Addiction*, vol. 155, n° 6, 2020, p. 1007–1010. <https://doi.org/10.1111/add.15080>

Moreau, J.L., K.M. Cordasco, A.S. Young, S.M. Oishi, D.E. Rose, I. Canelo, ... A.B. Hamilton. « The use of telemental health to meet the mental health needs of women using Department of Veterans Affairs Services », *Women's Health Issues*, vol. 28, n° 2, 2018, p. 181–187.
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.12.005>

Nalder, E., E. Marziali, D.R. Dawson et K. Murphy. « Delivering cognitive behavioural interventions in an internet-based healthcare delivery environment », *British Journal of Occupational Therapy*, vol. 81, n° 10, 2018, p. 591–600. <https://doi.org/10.1177/0308022618760786>

Patton, M.Q. « Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective », *Qualitative Social Work: Research and Practice*, vol. 1, n° 3, 2002, p. 261–283.
<https://doi.org/10.1177/1473325002001003636>

Pineros-Leano, M., K.M. Tabb, H. Sears, B. Meline et H. Huang. « Clinic staff attitudes towards the use of mHealth technology to conduct perinatal depression screenings: A qualitative study », *Family Practice*, vol. 32, n° 2, 2015, p. 211–215. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu083>

Richards, P., S. Simpson, T. Bastiampillai, G. Pietrabissa et G. Castelnovo. « The impact of technology on therapeutic alliance and engagement in psychotherapy: The therapist's perspective », *Clinical Psychologist*, vol. 22, n° 2, 2018, p. 171–181.
<https://doi.org/10.1111/cp.12102>

Ridout, B. et A. Campbell. « The use of social networking sites in mental health interventions for young people: Systematic review », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 20, n° 12, 2018, article e12244. <https://doi.org/10.2196/12244>

Rost, T., J. Stein, M. Löbner, A. Kersting, C. Luck-Sikorski et S.G. Riedel-Heller. « User acceptance of computerized cognitive behavioral therapy for depression: Systematic review », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 19, n° 9, 2017, article e309. <https://doi.org/10.2196/jmir.7662>



- Rush, B., K. Urbanoski, D. Bassani, S. Castel, T.C. Wild, C. Strike, ... et J. Somers. « Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 53, n° 12, 2008, p. 800–809.
<https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
- Saloner, B., N. Krawczyk, K. Solomon, S.T. Allen, M. Morris, K. Haney et S.G. Sherman. « Experiences with substance use disorder treatment during the COVID-19 pandemic: Findings from a multistate survey », *International Journal of Drug Policy*, vol. 101, 2022, article 103537. Publication en ligne anticipée. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103537>
- Santé Canada. *Soins virtuels – Cadre stratégique : un produit de la Table fédéral, provinciaux et territoriaux sur les soins virtuels et les outils*, 2021. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency_229055456/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/template-pol-framework-report-fra.pdf
- Schmidt-Weitmann, S., S. Bösch, S. Weidt et C. Brockes. « Psychological online consultation service attracts men: A new approach to close the gap between being ill and being treated », *Telemedicine and E-Health*, vol. 21, n° 1, 2015, p. 48–54.
<https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0370>
- Simms, D.C., K. Gibson et S. O'Donnell. « To use or not to use: Clinicians' perceptions of telemental health », *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 52, n° 1, 2011, p. 41–51.
<https://doi.org/10.1037/a0022275>
- Sinha, C. et A.-M. Schryer-Roy. « Digital health, gender and health equity: invisible imperatives », *Journal of Public Health*, vol. 40, suppl. 2, 2018, p. ii1–ii5.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy171>
- Skinner, W.J.W., C.P. O'Grady, C. Bartha et C. Parker. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : guide d'information*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2010. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/concurrent-disorders-guide-fr.pdf>
- Smith, A. « Province invests \$4M into virtual drug treatment program: Assessment, treatment and support is provided through video, phone or texting, while medications are delivered by a local pharmacist », *Calgary Herald*, 22 juin 2020. <https://calgaryherald.com/news/politics/province-invests-4m-into-virtual-drug-treatment-program>
- Stinson, J., L. Wolfson et N. Poole. « Technology-based substance use interventions: Opportunities for fender-transformative health promotion », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 3, 2020, article 992. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030992>
- Sugarman, D.E., L.E. Meyer, M.E. Reilly et S.F. Greenfield. « Feasibility and acceptability of a web-based, gender-specific intervention for women with substance use disorders », *Journal of Women's Health*, vol. 29, n° 5, 2020, p. 636–646. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7519>
- Tarp, K., A. Mejdal et A.S. Nielsen. « Patient satisfaction with videoconferencing-based treatment for alcohol use disorders », *Addictive Disorders & Their Treatment*, vol. 16, n° 2, 2017, p. 70–79.
<https://doi.org/10.1097/ADT.000000000000103>
- Tonkin-Crine, S., F.L. Bishop, M. Ellis, R. Moss-Morris et H. Everitt. « Exploring patients' views of a cognitive behavioral therapy-based website for the self-management of irritable bowel syndrome symptoms », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 15, n° 9, 2013, article e190.
<https://doi.org/10.2196/jmir.2672>



Annexe A : sondage en ligne

Expériences et perceptions des Canadiens à l'égard des services virtuels et de soutien en matière de consommation problématique de substances, de troubles liés à l'usage de substances et de troubles mentaux pendant la pandémie de COVID-19

Questions démographiques et de sélection

1. Quel âge avez-vous actuellement? Âge en années : _____ *

2. Quel(le) est votre province ou territoire de résidence? *
 - O₀₁ Colombie-Britannique
 - O₀₂ Alberta
 - O₀₃ Saskatchewan
 - O₀₄ Manitoba
 - O₀₅ Ontario
 - O₀₆ Québec
 - O₀₇ Nouveau-Brunswick
 - O₀₈ Nouvelle-Écosse
 - O₀₉ Île-du-Prince-Édouard
 - O₁₀ Terre-Neuve et Labrador
 - O₁₁ Yukon
 - O₁₂ Territoires du Nord-Ouest
 - O₁₃ Nunavut
 - O₆₆ Extérieur du Canada

[If Q1 = Under 18, OR if Q1 = 18 years AND any province/territory **other than** Quebec, Alberta, Ontario, Saskatchewan, PEI or Manitoba, OR if Q2 = 66 (Outside of Canada) not eligible] Merci de votre temps. **END.**

3. Veuillez sélectionner le genre auquel vous vous identifiez :

- O₀₁ Femme
- O₀₂ Homme
- O₀₃ De genre divers
- O₀₄ Je préfère ne pas répondre



O₀₅ Genre non listé, veuillez préciser : _____

4. Veuillez sélectionner le(s) groupe(s) auquel/auxquels vous vous identifiez :
(sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

- Blanc
- Sud-Asiatique (p. ex. : Indien, Pakistanais, Sri-Lankais)
- Chinois
- Noir
- Philippin
- Latino-Américain
- Arabe
- De l'Asie du Sud-Est (p. ex. : Vietnamien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais)
- De l'Asie de l'Ouest (p. ex. : Iranien, Afghan)
- Coréen
- Japonais
- Inuk (Inuit)
- Premières Nations
- Métis
- Autochtone (autre non listé)
- Non listé, veuillez préciser : _____
- Je préfère ne pas répondre
- Je ne sais pas

6. À quel point vous sentez-vous à l'aise d'utiliser la technologie dans votre vie quotidienne?
Ceci inclut l'utilisation de l'ordinateur, d'internet, des applications mobiles, etc.

- Très à l'aise
- À l'aise
- Mal à l'aise
- Très mal à l'aise
- Je préfère ne pas répondre

7. Avez-vous déjà utilisé des services ou supports téléphoniques, vidéo ou en ligne concernant une consommation problématique de substances ou un trouble lié à l'usage de substances?

Oui :

- Avez-vous déjà utilisé des services ou supports téléphoniques, vidéo ou en ligne concernant une consommation problématique de substances ou un trouble lié à l'usage de substances combiné(e) à un problème de santé mentale?
 - Non : passer à 1A
 - Oui : passer à 1B



Non :

- Vous êtes-vous déjà abstenu(e) ou refusé d'utiliser des services ou de l'aide en matière de consommation de substances ou de troubles liés à l'usage de substances parce que ces services étaient fournis par téléphone, par vidéo ou en ligne?
 - Oui (passer tous à *stream 2*)
 - Ces services ou aides concernaient-ils une consommation problématique de substances ou un trouble lié à l'usage de substances combiné(e) à un problème de santé mentale?
 - Oui
 - Non
 - Non (passer tous à *stream 3*) :
 - Avez-vous déjà accédé à des services ou de l'aide non virtuels concernant une consommation problématique de substances ou un trouble lié à l'usage de substances?
 - Oui
 - Ces services ou aides non virtuels concernaient-ils une consommation problématique de substances ou un trouble lié à l'usage de substances combiné(e) à un problème de santé mentale?
 - Oui
 - Non
 - Non



Stream 1A : Répondants ayant déjà utilisé ou utilisant actuellement des services ou aides virtuels en matière de consommation problématique de substances ou de troubles liés à l'usage de substances

Instructions : Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de votre expérience d'utilisation des services ou aides virtuels en matière de *consommation de substances ou de troubles liés à l'usage de substances*.

Par services et aides virtuels, nous entendons toute forme d'éducation, d'accès aux soins de santé, de traitement ou de programme de réduction des préjudices fournis à l'aide de la technologie, comme la télémédecine, les consultations par visioconférence ou par le biais d'applications. Citons notamment les suivis psychologiques, le soutien par les pairs, la promotion d'une consommation plus sécuritaire ou les thérapies de groupe.

Accès et utilisation

1) Quand avez-vous commencé à utiliser ces services et aides virtuels?

- Depuis que la COVID-19 a commencé (en mars 2020) → parties a, b et c uniquement
- Avant mars 2020, mais depuis moins de 2 ans → p. à d
- Il y a plus de 2 ans, mais depuis moins de 5 ans → p. à d
- Il y a plus de 5 ans → p. à d
- Je ne me souviens pas → p. à d
- Je préfère ne pas répondre

a) Par quels moyens avez-vous accédé à ces services ou aides depuis que la COVID-19 a commencé? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Consultation en personne auprès d'un fournisseur de soins de santé (p. ex. : médecin, conseiller, thérapeute)
- Visite en personne dans un site de réduction des préjudices
- Participation en personne à du soutien par les pairs
- Consultation virtuelle par vidéo avec un fournisseur de soins de santé
- Consultation par téléphone avec un fournisseur de soins de santé
- Clavardage en ligne ou par courriel avec un fournisseur de soins de santé
- Accès à un service de télémédecine (p. ex. : 811)
- Accès à une ligne de crise (p. ex. : Distress Centre)
- Application sur téléphone intelligent



- Soutien par les pairs en ligne
 - Je n'ai utilisé aucun service ou aide pendant cette période-là
 - Autre (veuillez préciser) : _____
 - Je préfère ne pas répondre
- b) Avez-vous recherché ou utilisé les services et aides virtuels en raison de leur disponibilité accrue pendant la pandémie?
- Oui
 - Non
 - Je préfère ne pas répondre
- c) Aux occasions où vous avez accédé à ces services, vous a-t-on offert le choix entre recevoir des services et aides en personne ou virtuellement?
- Non, seuls des services et aides virtuels m'ont été offerts
 - Oui, on m'a donné le choix entre recevoir des services et aides virtuels *uniquement* ou en personne *uniquement*
 - Oui, on m'a donné le choix de recevoir une *combinaison* de services et aides virtuels et en personne
 - D'autres options m'ont été offertes : (veuillez préciser) : _____
 - Je préfère ne pas répondre
- d) Par quels moyens avez-vous accédé à ces services ou aides? (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)
- Consultation en personne auprès d'un fournisseur de soins de santé (p. ex. : médecin, conseiller, thérapeute)
 - Visite en personne dans un site de réduction des préjudices
 - Participation en personne à du soutien par les pairs
 - Consultation virtuelle par vidéo avec un fournisseur de soins de santé
 - Consultation par téléphone avec un fournisseur de soins de santé
 - Clavardage en ligne ou par courriel avec un fournisseur de soins de santé
 - Accès à un service de télémédecine (p. ex. : 811)
 - Accès à une ligne de crise (p. ex. : Distress Centre)
 - Application sur téléphone intelligent



- Soutien par les pairs en ligne
- Je n'ai utilisé aucun service ou aide pendant cette période-là
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Je préfère ne pas répondre

2) À partir de quel endroit accédez-vous le plus souvent aux services et aides virtuels?

(Sélectionnez une seule réponse)

- Chez moi
- Chez quelqu'un d'autre (p. ex. : ami(e), membre de la famille)
- Lieu de travail
- Voiture
- Lieu public (p. ex. : café)
- Centre communautaire
- Fournisseur de soins de santé
- À l'extérieur
- Autre (veuillez préciser) :
- Je préfère ne pas répondre

Satisfaction et perceptions des clients à l'égard des services et aides virtuels

3) Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes concernant les services et aides virtuels en matière de consommation de substances et de troubles liés à l'usage de substances?

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas/ Je préfère ne pas répondre
Je me sens à l'aise de rencontrer un fournisseur de soins virtuellement						
Les services et aides virtuels sont tout aussi efficaces que des services et aides en personne						
Les consultations virtuelles sont tout aussi bonnes que les consultations en personne pour bâtir une relation avec un fournisseur de soins						
Je préfère que mes rendez-vous se passent en personne ou sur place plutôt que dans mon propre environnement						



Les consultations virtuelles sont plus pratiques que les consultations en personne

Il est important pour moi de ne pas être obligé(e) de me déplacer pour mes consultations avec un professionnel de santé

Il est important de pouvoir disposer de technologies qui rendent l'accès aux soins aussi convivial et pratique qu'elles le font pour d'autres aspects de ma vie

L'utilisation de services et aides virtuels a aidé à protéger les gens de la COVID-19

On peut facilement accéder aux consultations virtuelles

Les consultations virtuelles me font gagner du temps

L'utilisation de services et aides virtuels par le biais d'applications, de textos, courriel et d'autres moyens de communication sans contact me fait gagner du temps

Les consultations virtuelles me font économiser de l'argent

4) Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes concernant les services et aides virtuels en matière de consommation de substances et de troubles liés à l'usage de substances?

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas/ Je préfère ne pas répondre
On m'alloue généralement suffisamment de temps pour mes consultations virtuelles						
Mon fournisseur de soins de santé est en mesure d'évaluer mes besoins lors de ma consultation virtuelle						



Je me sens plus à l'aise avec un fournisseur de soins lorsque je le rencontre en personne

Mon fournisseur de soins me donne toute son attention pendant ma consultation virtuelle

Les consultations virtuelles me permettent d'accéder à mes fournisseurs de soins plus rapidement que si c'était en personne

Un fournisseur de soins est plus susceptible d'être à l'heure pour ma consultation virtuelle que lors d'un rendez-vous en personne

La qualité de l'appel vidéo est bonne lors des consultations virtuelles

La qualité du son est bonne lors des consultations virtuelles

Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de la qualité du soutien et des soins fournis par le biais de services et aides virtuels

Mon expérience des consultations virtuelles avec des fournisseurs de soins de santé a été meilleure que ce à quoi je m'attendais

5) Dans quelle mesure les éléments suivants représentent-ils un obstacle, s'il y a lieu, à l'utilisation des services et aides en matière de consommation de substances ou de troubles liés à l'usage de substances?

Un obstacle majeur	Un certain obstacle	Pas vraiment un obstacle	Pas du tout un obstacle	Ne s'applique pas / Je préfère ne pas répondre
--------------------	---------------------	--------------------------	-------------------------	--

Craintes par rapport à la protection et la sécurité de vos données de santé en raison de la plateforme utilisée (p. ex. Zoom)

Craintes que votre praticien de la santé ne peut pas assurer le respect de votre vie privée pendant les



sessions (p. ex. écoute par quelqu'un d'autre, enregistrement de la session sans votre consentement)

Le coût des services virtuels privés (p. ex. payer pour des services non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou privés)

Manque d'accès à un service internet fiable

Manque d'équipement (p. ex. ordinateur, téléphone)

Volume de données insuffisant pour les consultations par vidéo

Nombre insuffisant de minutes sur votre forfait cellulaire pour les appels avec les fournisseurs de soins de santé

Sentiment de malaise à parler devant un écran ou au téléphone

Trouver du temps pour la consultation

Heures d'ouverture limitées pour les rendez-vous

Manque d'accès à un endroit tranquille sans bruit et interruptions

Pas d'endroit sûr où je peux parler avec un fournisseur de soins ou accéder à des services et aides

Pas d'endroit privé où je peux parler avec un fournisseur de soins ou accéder à des services et aides

Incapacité à bâtir une relation avec un fournisseur de soins lors des consultations virtuelles

Élément non listé, veuillez préciser :

6) Une fois que les restrictions liées à la COVID-19 seront levées et qu'il est sécuritaire de reprendre les activités normales d'avant la COVID, par quel moyen préféreriez-vous recevoir des services et aides en matière de consommation de substances et de troubles liés à l'usage de substances? (Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Consultation en personne auprès d'un fournisseur de soins de santé (p. ex. : médecin, conseiller, thérapeute)
- Visite en personne dans un site de réduction des préjudices



- Participation en personne à du soutien par les pairs
- Consultation virtuelle par vidéo avec un fournisseur de soins de santé
- Consultation par téléphone avec un fournisseur de soins de santé
- Clavardage en ligne ou par courriel avec un fournisseur de soins de santé
- Accès à un service de télémédecine (p. ex. : 811)
- Accès à une ligne de crise (p. ex. : Distress Centre)
- Application sur téléphone intelligent
- Soutien par les pairs en ligne
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Je préfère ne pas répondre

7) À votre avis, à quel point est-ce une priorité pour le gouvernement d'investir dans les services et aides virtuels en matière de consommation de substances et de troubles liés à l'usage de substances? Par exemple, augmenter le nombre de fournisseurs, de sites web ou d'applications de soins de santé virtuels.

- Une priorité absolue
- Une certaine priorité
- Neutre
- Pas du tout une priorité
- Je préfère ne pas répondre

8) Veuillez nous faire part de tout autre commentaire ou suggestion concernant votre expérience des services et aides virtuels en matière de consommation de substances et de troubles liés à l'usage de substances. Par exemple, quelles améliorations peut-on apporter? Quels aspects des services et aides virtuels avez-vous appréciés?

Nous vous remercions d'avoir répondu à notre sondage. Vos commentaires nous aideront à améliorer les services et aides en matière de consommation de substances, de troubles liés à l'usage des substances et de problèmes de santé mentale au Canada. Pour plus d'information sur cette étude, veuillez consulter notre page **FAQ**. Si vous souhaitez parler avec un professionnel en santé mentale, veuillez cliquer sur le bouton ci-dessous pour consulter une liste de services d'assistance téléphonique que vous pouvez appeler pour recevoir de l'aide :



Services d'assistance téléphonique généraux

- **Services de crises du Canada**
Téléphone : 1-833-456-4566
- **Centre de toxicomanie et de santé mentale**
Téléphone : 1-800-463-2338
- **Espace mieux-être Canada**
Adultes : Textez MIEUX au 741741
Intervenants de première ligne : Textez FRONTLINE au 741741
- **Jeunesse, J'écoute**
Téléphone : 1-800-668-6868
- **Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des Premières Nations et des Inuits**
Téléphone : 1-855-242-3310
- **Trans LifeLine**
Téléphone : 1-877-330-6366
- **Strongest Families Institute**
Téléphone : 1-866-470-7111



Stream 1B : Répondants ayant utilisé ou utilisant actuellement des services ou aides virtuels en matière de consommation problématique de substances ou de troubles liés à l'usage de substances combinés à un problème de santé mentale

Instructions : Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de votre expérience d'utilisation des services ou aides virtuels en matière de **consommation de substances ou de troubles liés à l'usage de substances combinés à un problème de santé mentale**.

Par services et aides virtuels, nous entendons toute forme d'éducation, d'accès aux soins de santé, de traitement ou de programme de réduction des préjudices fournis à l'aide de la technologie, comme la télémédecine, les consultations par visioconférence ou par le biais d'applications. Citons notamment les suivis psychologiques, le soutien par les pairs, la promotion d'une consommation plus sécuritaire ou les thérapies de groupe.

Accès et utilisation

1) Quand avez-vous commencé à utiliser ces services et aides virtuels?

- Depuis que la COVID-19 a commencé (en mars 2020) parties a, b et c uniquement
- Avant mars 2020, mais depuis moins de 2 ans p. à d
- Il y a plus de 2 ans, mais depuis moins de 5 ans p. à d
- Il y a plus de 5 ans p. à d
- Je ne me souviens pas p. à d
- Je préfère ne pas répondre

a) Par quels moyens avez-vous accédé à ces services ou aides depuis que la COVID-19 a commencé (c.-à-d. depuis mars 2020)? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Consultation en personne auprès d'un fournisseur de soins de santé (p. ex. : médecin, conseiller, thérapeute)
- Visite en personne dans un site de réduction des préjudices
- Participation en personne à du soutien par les pairs
- Consultation virtuelle par vidéo avec un fournisseur de soins de santé
- Consultation par téléphone avec un fournisseur de soins de santé
- Clavardage en ligne ou par courriel avec un fournisseur de soins de santé
- Accès à un service de télémédecine (p. ex. : 811)
- Accès à une ligne de crise (p. ex. : Distress Centre)



- Application sur téléphone intelligent
 - Soutien par les pairs en ligne
 - Je n'ai utilisé aucun service ou aide pendant cette période-là
 - Autre (veuillez préciser) : _____
 - Je préfère ne pas répondre
- b) Avez-vous recherché ou utilisé les services et aides virtuels en raison de leur disponibilité accrue pendant la pandémie?
- Oui
 - Non
 - Je préfère ne pas répondre
- c) Aux occasions où vous avez accédé à ces services, vous a-t-on offert le choix entre recevoir des services et aides en personne ou virtuellement?
- Non, seuls des services et aides virtuels m'ont été offerts
 - Oui, on m'a donné le choix entre recevoir des services et aides virtuels *uniquement* ou en personne *uniquement*
 - Oui, on m'a donné le choix de recevoir une *combinaison* de services et aides virtuels et en personne
 - D'autres options m'ont été offertes : (veuillez préciser) : _____
 - Je préfère ne pas répondre
- d) Par quels moyens avez-vous accédé à ces services ou aides? (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)
- Consultation en personne auprès d'un fournisseur de soins de santé (p. ex. : médecin, conseiller, thérapeute)
 - Visite en personne dans un site de réduction des préjudices
 - Participation en personne à du soutien par les pairs
 - Consultation virtuelle par vidéo avec un fournisseur de soins de santé
 - Consultation par téléphone avec un fournisseur de soins de santé
 - Clavardage en ligne ou par courriel avec un fournisseur de soins de santé
 - Accès à un service de télémédecine (p. ex. : 811)
 - Accès à une ligne de crise (p. ex. : Distress Centre)
 - Application sur téléphone intelligent
 - Soutien par les pairs en ligne



- Je n'ai utilisé aucun service ou aide pendant cette période-là
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Je préfère ne pas répondre

2) À partir de quel endroit accédez-vous le plus souvent aux services et aides virtuels?

- Chez moi
- Chez quelqu'un d'autre (p. ex. : ami(e), membre de la famille)
- Lieu de travail
- Voiture
- Lieu public (p. ex. : café)
- Centre communautaire
- Fournisseur de soins de santé
- À l'extérieur
- Autre (veuillez préciser) :
- Je préfère ne pas répondre

Satisfaction et perceptions des clients à l'égard des services et aides virtuels

3) Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes concernant les services et aides virtuels en matière de consommation de substances et de troubles liés à l'usage de substances combinés à un problème de santé mentale?

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas/ Je préfère ne pas répondre
Je me sens à l'aise de rencontrer un fournisseur de soins virtuellement						
Les services et aides virtuels sont tout aussi efficaces que des services et aides en personne						
Les consultations virtuelles sont tout aussi bonnes que les consultations en personne pour bâtir une relation avec un fournisseur de soins						
Je préfère que mes rendez-vous se passent en personne ou sur place plutôt que dans						



mon propre
environnement

Les consultations
virtuelles sont plus
pratiques que les
consultations en
personne

Il est important pour
moi de ne pas être
obligé(e) de me
déplacer pour mes
consultations avec un
professionnel de santé

Il est important de
pouvoir disposer de
technologies qui
rendent l'accès aux
soins aussi convivial et
pratique qu'elles le
font pour d'autres
aspects de ma vie

L'utilisation de services
et aides virtuels a aidé
à protéger les gens de
la COVID-19

On peut facilement
accéder aux
consultations virtuelles

Les consultations
virtuelles me font
gagner du temps

L'utilisation de services
et aides virtuels par le
biais d'applications, de
textos, courriel et
d'autres moyens de
communication sans
contact me fait gagner
du temps

Les consultations
virtuelles me font
économiser de l'argent

4) Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes concernant les services et aides virtuels en matière de consommation de substances et de troubles liés à l'usage de substances combinés à un problème de santé mentale?



	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas/ Je préfère ne pas répondre
On m'alloue généralement suffisamment de temps pour mes consultations virtuelles						
Mon fournisseur de soins de santé est en mesure d'évaluer mes besoins lors de ma consultation virtuelle						
Je me sens plus à l'aise avec un fournisseur de soins lorsque je le rencontre en personne						
Mon fournisseur de soins me donne toute son attention pendant ma consultation virtuelle						
Les consultations virtuelles me permettent d'accéder à mes fournisseurs de soins plus rapidement que si c'était en personne						
Un fournisseur de soins est plus susceptible d'être à l'heure pour ma consultation virtuelle que lors d'un rendez-vous en personne						
La qualité de l'appel vidéo est bonne lors des consultations virtuelles						
La qualité du son est bonne lors des consultations virtuelles						
Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de la qualité du soutien et des soins fournis par le biais de services et aides virtuels						
Mon expérience des consultations virtuelles avec des fournisseurs de soins de santé a été meilleure que ce à quoi je m'attendais						



5) Dans quelle mesure les éléments suivants représentent-ils un obstacle, s'il y a lieu, à l'utilisation des services et aides en matière de consommation de substances ou de troubles liés à l'usage de substances *combinés* à un problème de santé mentale?

	Un obstacle majeur	Un certain obstacle	Pas vraiment un obstacle	Pas du tout un obstacle	Ne s'applique pas / Je préfère ne pas répondre
Craintes par rapport à la protection et la sécurité de vos données de santé en raison de la plateforme utilisée (p. ex. Zoom)					
Craintes que votre praticien de la santé ne peut pas assurer le respect de votre vie privée pendant les sessions (p. ex. écoute par quelqu'un d'autre, enregistrement de la session sans votre consentement)					
Le coût des services virtuels privés (p. ex. payer pour des services non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou privés)					
Manque d'accès à un service internet fiable					
Manque d'équipement (p. ex. ordinateur, téléphone)					
Volume de données insuffisant pour les consultations par vidéo					
Nombre insuffisant de minutes sur votre forfait cellulaire pour les appels avec les fournisseurs de soins de santé					
Sentiment de malaise à parler devant un écran ou au téléphone					
Trouver du temps pour la consultation					
Heures d'ouverture limitées pour les rendez-vous					
Manque d'accès à un endroit tranquille sans bruit et interruptions					
Pas d'endroit sûr où je peux parler avec un fournisseur de soins ou accéder à des services et aides					
Pas d'endroit privé où je peux parler avec un fournisseur de soins ou accéder à des services et aides					
Incapacité à bâtir une relation avec un fournisseur de soins lors des consultations virtuelles					
Élément non listé, veuillez préciser :					



6) Une fois que les restrictions liées à la COVID-19 seront levées et qu'il est sécuritaire de reprendre les activités normales d'avant la COVID, par quel moyen préféreriez-vous recevoir des services et aides? (Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Consultation en personne auprès d'un fournisseur de soins de santé (p. ex. : médecin, conseiller, thérapeute)
- Visite en personne dans un site de réduction des préjudices
- Participation en personne à du soutien par les pairs
- Consultation virtuelle par vidéo avec un fournisseur de soins de santé
- Consultation par téléphone avec un fournisseur de soins de santé
- Clavardage en ligne ou par courriel avec un fournisseur de soins de santé
- Accès à un service de télémédecine (p. ex. : 811)
- Accès à une ligne de crise (p. ex. : Distress Centre)
- Application sur téléphone intelligent
- Soutien par les pairs en ligne
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Je préfère ne pas répondre

7) À votre avis, à quel point est-ce une priorité pour le gouvernement d'investir dans les services et aides virtuels en matière de consommation de substances et de santé mentale? Par exemple, augmenter le nombre de fournisseurs, de sites web ou d'applications de soins de santé virtuels.

- Une priorité absolue
- Une certaine priorité
- Neutre
- Pas du tout une priorité
- Je préfère ne pas répondre

8) Veuillez nous faire part de tout autre commentaire ou suggestion concernant votre expérience des services et aides virtuels. Par exemple, quelles améliorations peut-on apporter? Quels aspects des services et aides virtuels avez-vous appréciés?

Nous vous remercions d'avoir répondu à notre sondage. Vos commentaires nous aideront à améliorer les services et aides en matière de consommation de substances, de troubles liés



à l'usage des substances et de problèmes de santé mentale au Canada. Pour plus d'information sur cette étude, veuillez consulter notre page **FAQ**. Si vous souhaitez parler avec un professionnel en santé mentale, veuillez cliquer sur le bouton ci-dessous pour consulter une liste de services d'assistance téléphonique que vous pouvez appeler pour recevoir de l'aide :

Services d'assistance téléphonique généraux

- **Services de crises du Canada**
Téléphone : 1-833-456-4566
- **Centre de toxicomanie et de santé mentale**
Téléphone : 1-800-463-2338
- **Espace mieux-être Canada**
Adultes : Textez MIEUX au 741741
Intervenants de première ligne : Textez FRONTLINE au 741741
- **Jeunesse, J'écoute**
Téléphone : 1-800-668-6868
- **Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des Premières Nations et des Inuits**
Téléphone : 1-855-242-3310
- **Trans LifeLine**
Téléphone : 1-877-330-6366
- **Strongest Families Institute**
Téléphone : 1-866-470-7111



Stream 2 : Répondants nécessitant des soins en matière de consommation problématique de substances ou de trouble lié à l'usage de substances OU de consommation problématique de substances ou de trouble lié à l'usage de substances *combiné(e)* à un problème de santé mentale, mais ayant refusé certains ou tous les services et aides parce que ceux-ci sont fournis virtuellement depuis que la COVID-19 a commencé.

Instructions : Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de vos perceptions des services ou aides virtuels en matière de consommation problématique de substances ou de troubles liés à l'usage de substances. Si pertinent, veuillez inclure votre opinion des services et aides qui concernent également le soutien en santé mentale.

Par services et aides virtuels, nous entendons toute forme d'éducation, d'accès aux soins de santé, de traitement ou de programme de réduction des préjudices fournis à l'aide de la technologie, comme la télémédecine, les consultations par visioconférence ou par le biais d'applications. Citons notamment les suivis psychologiques, le soutien par les pairs, la promotion d'une consommation plus sécuritaire ou les thérapies de groupe.

- 1) Quand avez-vous commencé à utiliser des services ou aides en matière de consommation problématique de substances ou de troubles liés à l'usage de substances OU de consommation problématique de substances ou de troubles liés à l'usage de substances combinés à un problème de santé mentale?
 - Depuis que la COVID-19 a commencé (en mars 2020)
 - Avant mars 2020, mais depuis moins de 2 ans
 - Il y a plus de 2 ans, mais depuis moins de 5 ans
 - Il y a plus de 5 ans
 - Je ne me souviens pas
 - Je préfère ne pas répondre



2) Dans quelle mesure les éléments suivants représentent-ils un obstacle, s'il y a lieu, à votre utilisation des services et aides virtuels?

	Un obstacle majeur	Un certain obstacle	Pas vraiment un obstacle	Pas du tout un obstacle	Ne s'applique pas/Je préfère ne pas répondre
Craintes par rapport à la protection et la sécurité de vos données de santé en raison de la plateforme utilisée (p. ex. Zoom)					
Craintes que votre praticien de la santé ne peut pas assurer le respect de votre vie privée pendant les sessions (p. ex. écoute par quelqu'un d'autre, enregistrement de la session sans votre consentement)					
Le coût des services virtuels privés (p. ex. payer pour des services non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou privés)					
Manque d'accès à un service internet fiable					
Manque d'équipement (p. ex. ordinateur, téléphone)					
Volume de données insuffisant pour les consultations par vidéo					
Nombre insuffisant de minutes sur votre forfait cellulaire pour les appels avec les fournisseurs de soins de santé					
Sentiment de malaise à parler devant un écran ou au téléphone					
Trouver du temps pour la consultation					
Heures d'ouverture limitées pour les rendez-vous					
Manque d'accès à un endroit tranquille sans bruit et interruptions					



Pas d'endroit sûr où je peux parler avec un fournisseur de soins ou accéder à des services et aides

Pas d'endroit privé où je peux parler avec un fournisseur de soins ou accéder à des services et aides

Incapacité à bâtir une relation avec un fournisseur de soins lors des consultations virtuelles
Élément non listé, veuillez préciser :

3) Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes :

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas/ Je préfère ne pas répondre
Je me sens à l'aise de rencontrer un fournisseur de soins virtuellement						
Les services et aides virtuels sont tout aussi efficaces que des services et aides en personne						
Les consultations virtuelles sont tout aussi bonnes que les consultations en personne pour bâtir une relation avec un fournisseur de soins						
Je préfère que mes rendez-vous se passent en personne ou sur place plutôt que dans mon propre environnement						
Les consultations virtuelles sont plus pratiques que les consultations en personne						
Il est important pour moi de ne pas être obligé(e) de me déplacer pour mes consultations avec un professionnel de santé						
Il est important de pouvoir disposer de technologies qui						



rendent l'accès aux soins aussi convivial et pratique qu'elles le font pour d'autres aspects de ma vie

L'utilisation de services et aides virtuels a aidé à protéger les gens de la COVID-19

4) À votre avis, à quel point est-ce une priorité pour le gouvernement d'investir dans les services et aides virtuels en matière de consommation de substances et de santé mentale? Par exemple, augmenter le nombre de fournisseurs, de sites web ou d'applications de soins de santé virtuels.

- Une priorité absolue
- Une certaine priorité
- Neutre
- Pas du tout une priorité
- Je préfère ne pas répondre

Nous vous remercions d'avoir répondu à notre sondage. Vos commentaires nous aideront à améliorer les services et aides en matière de consommation de substances, de troubles liés à l'usage des substances et de problèmes de santé mentale au Canada. Pour plus d'information sur cette étude, veuillez consulter notre page **FAQ**. Si vous souhaitez parler avec un professionnel en santé mentale, veuillez cliquer sur le bouton ci-dessous pour consulter une liste de services d'assistance téléphonique que vous pouvez appeler pour recevoir de l'aide :

Services d'assistance téléphonique généraux

- **Services de crises du Canada**
Téléphone : 1-833-456-4566
- **Centre de toxicomanie et de santé mentale**
Téléphone : 1-800-463-2338
- **Espace mieux-être Canada**
Adultes : Textez MIEUX au 741741
Intervenants de première ligne : Textez FRONTLINE au 741741
- **Jeunesse, J'écoute**
Téléphone : 1-800-668-6868
- **Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des Premières Nations et des Inuits**
Téléphone : 1-855-242-3310
- **Trans LifeLine**
Téléphone : 1-877-330-6366
- **Strongest Families Institute**
Téléphone : 1-866-470-7111



Stream 3 : Répondants qui n'ont jamais utilisé de services en matière d'usage de substances ou de santé mentale

Instructions: Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de vos perceptions des services ou aides virtuels en matière de consommation problématique de substances ou de troubles liés à l'usage de substances. Si pertinent, veuillez inclure votre opinion des services et aides qui concernent également le soutien en santé mentale.

Par services et aides virtuels, nous entendons toute forme d'éducation, d'accès aux soins de santé, de traitement ou de programme de réduction des préjudices fournis à l'aide de la technologie, comme la télémédecine, les consultations par visioconférence ou par le biais d'applications. Citons notamment les suivis psychologiques, le soutien par les pairs, la promotion d'une consommation plus sécuritaire ou les thérapies de groupe.

1) Dans quelle mesure vous sentiriez-vous à l'aise d'utiliser des services et aides en matière de consommation problématique de substances ou de troubles liés à l'usage de substances OU de consommation problématique de substances ou de troubles liés à l'usage de substances combinés à un problème de santé mentale pour...?

	Pas du tout à l'aise	Pas vraiment à l'aise	Ni à l'aise ni mal à l'aise	Plutôt à l'aise	Tout à fait à l'aise	Ne s'applique pas / Je préfère ne pas répondre
Accéder à ou recevoir de l'information ou du matériel éducatif						
Une présélection aux services appropriés						
Consulter un médecin ou un(e) infirmier(e) praticien(ne)						
Un suivi psychologique ou session thérapeutique						
Participer à une thérapie de groupe						
Assister à une rencontre de soutien par les pairs (p. ex. AA)						
Accéder à un dossier médical en ligne						
Transmettre à la pharmacie une demande de renouvellement d'ordonnance en ligne						
Prendre des rendez-vous individuels avec mon fournisseur de soins						
Participer à des consultations individuelles avec mon fournisseur de soins						



2) Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes?

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas/ Je préfère ne pas répondre
Je me sens à l'aise de rencontrer un fournisseur de soins virtuellement						
Les services et aides virtuels sont tout aussi efficaces que des services et aides en personne						
Les consultations virtuelles sont tout aussi bonnes que les consultations en personne pour bâtir une relation avec un fournisseur de soins						
Je préfère que mes rendez-vous se passent en personne ou sur place plutôt que dans mon propre environnement						
Les consultations virtuelles sont plus pratiques que les consultations en personne						
Il est important pour moi de ne pas être obligé(e) de me déplacer pour mes consultations avec un professionnel de santé						
Il est important de pouvoir disposer de technologies qui rendent l'accès aux soins aussi convivial et pratique qu'elles le font pour d'autres aspects de ma vie						
L'utilisation de services et aides virtuels a aidé à protéger les gens de la COVID-19						

3) Dans quelle mesure les éléments suivants représentent-ils un obstacle, s'il y a lieu, à votre utilisation des services et aides virtuels à l'avenir?

	Un obstacle majeur	Un certain obstacle	Pas vraiment un obstacle	Pas du tout un obstacle	Ne s'applique pas/ Je préfère ne pas répondre
Craintes par rapport à la protection et la sécurité de vos					



données de santé en raison de la plateforme utilisée (p. ex. Zoom)

Craintes que votre praticien de la santé ne peut pas assurer le respect de votre vie privée pendant les sessions (p. ex. écoute par quelqu'un d'autre, enregistrement de la session sans votre consentement)

Le coût des services virtuels privés (p. ex. : payer pour des services non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou privés)

Manque d'accès à un service internet fiable

Manque d'équipement (p. ex. ordinateur, téléphone)

Volume de données insuffisant pour les consultations par vidéo

Nombre insuffisant de minutes sur votre forfait cellulaire pour les appels avec les fournisseurs de soins de santé

Sentiment de malaise à parler devant un écran ou au téléphone

Trouver du temps pour la consultation

Heures d'ouverture limitées pour les rendez-vous

Manque d'accès à un endroit tranquille sans bruit et interruptions

Pas d'endroit sûr où je peux parler avec un fournisseur de soins ou accéder à des services et aides

Pas d'endroit privé où je peux parler avec un fournisseur de soins ou accéder à des services et aides

Incapacité à bâtir une relation avec un fournisseur de soins lors des consultations virtuelles

Élément non listé, veuillez préciser :



4) À votre avis, à quel point est-ce une priorité pour le gouvernement d'investir dans les services et aides virtuels en matière de consommation de substances et de santé mentale? Par exemple, augmenter le nombre de fournisseurs, de sites web ou d'applications de soins de santé virtuels.

- Une priorité absolue
- Une certaine priorité
- Neutre
- Pas du tout une priorité
- Je préfère ne pas répondre

5) Quelle est la probabilité que vous utilisiez les services et aides virtuels pour ces raisons au cours des 5 prochaines années?

- Très probable
- Assez probable
- Ni probable ni improbable
- Peu probable
- Pas du tout probable
- Je préfère ne pas répondre

Nous vous remercions d'avoir répondu à notre sondage. Vos commentaires nous aideront à améliorer les services et aides en matière de consommation de substances, de troubles liés à l'usage des substances et de problèmes de santé mentale au Canada. Pour plus d'information sur cette étude, veuillez consulter notre page **FAQ**. Si vous souhaitez parler avec un professionnel en santé mentale, veuillez cliquer sur le bouton ci-dessous pour consulter une liste de services d'assistance téléphonique que vous pouvez appeler pour recevoir de l'aide :

Services d'assistance téléphonique généraux

- **Services de crises du Canada**
Téléphone : 1-833-456-4566
- **Centre de toxicomanie et de santé mentale**
Téléphone : 1-800-463-2338
- **Espace mieux-être Canada**
Adultes : Textez MIEUX au 741741
Intervenants de première ligne : Textez FRONTLINE au 741741
- **Jeunesse, J'écoute**
Téléphone : 1-800-668-6868
- **Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être des Premières Nations et des Inuits**
Téléphone : 1-855-242-3310
- **Trans LifeLine**



Téléphone : 1-877-330-6366

- **Strongest Families Institute**
Téléphone : 1-866-470-7111



Annexe B : compensation des participants

Les participants qui ont fourni des réponses jugées valides étaient admissibles à une compensation. Deux méthodes de compensation ont été utilisées, selon la situation des participants.

- Les participants qui ont répondu au sondage dans le cadre du **panel de Léger** étaient déjà inscrits à un programme de compensation dans lequel ils reçoivent des points en fonction du nombre de sondages qu'ils remplissent. Ils accumulent ces points, qu'ils peuvent ensuite échanger contre des récompenses, comme des cartes-cadeaux (p. ex. Visa, Starbucks) ou utiliser pour faire des dons. En répondant au sondage de l'étude, ils ont reçu des points.
- Les participants qui ont répondu au sondage après avoir cliqué sur le **lien direct sur le site Web**, diffusé par échantillonnage en boule de neige, avaient la possibilité de s'inscrire à un tirage pour gagner une carte-cadeau électronique de 20 \$. Seules les personnes dont les réponses étaient valides pouvaient participer et courir la chance de gagner l'une des 60 cartes offertes. Les sondages ont été numérotés dans l'ordre de leur soumission, et nous avons utilisé Stat Trek, un générateur de nombres aléatoires, pour sélectionner les gagnants.



Annexe C : guide d'entrevue

Expériences et perceptions de la clientèle et des intervenants à l'égard des services et soutiens virtuels en matière d'usage de substances ou de troubles concomitants pendant la pandémie de COVID-19

Avant l'entrevue

Envoyer le formulaire de consentement et les questions d'entrevue au participant.

Appeler le participant (téléphone ou vidéo)

Bonjour, je m'appelle [nom du chercheur] et je vous appelle pour le compte du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Je voudrais vous parler de l'étude Expériences avec la prestation de services et de soutiens virtuels en cas d'usage de substances, de trouble lié à l'usage de substances ou de troubles concomitants pendant la pandémie de COVID-19.

[Confirmer l'identité du participant]

Est-ce toujours un bon moment pour discuter? Avez-vous une heure de libre?

[Sinon, planifier un nouveau moment pour le consentement et l'entrevue]

Merci. Nous vous sommes reconnaissants du temps que vous voulez bien nous accorder et de votre intérêt à participer à ce projet.

Avant de commencer l'entrevue, j'aimerais vous expliquer l'étude et répondre à vos questions. Nous utilisons un consentement oral. Je vais vous lire le formulaire afin d'obtenir votre consentement à participer à l'étude.

Entamer le processus de consentement

[Lire mot pour mot le formulaire de consentement. Expliquer l'étude, répondre aux questions et obtenir le consentement oral.]

Questions préliminaires

J'aimerais commencer par vous poser quelques questions sur votre poste actuel de [insérer].

1. Veuillez décrire vos responsabilités en tant que [insérer].
 - a. Quel est votre rôle dans la prestation de services et de soutiens en matière d'usage de substances, de trouble lié à l'usage de substances ou de troubles concomitants?
[Les troubles concomitants sont des problèmes de santé qui coexistent avec le trouble lié à l'usage de substances; en d'autres mots, un trouble lié à l'usage de substances associé à d'autres maladies mentales.]
2. Avant la pandémie de COVID-19, quel mode d'interaction avez-vous le plus souvent utilisé pour fournir des services ou soutiens à vos clients? En personne – par téléphone – par visioconférence – par courriel – par texto?



Expériences des fournisseurs dans la prestation de services et soutiens virtuels

Parlons de vos expériences lors de la transition vers des services et soutiens virtuels en raison de la pandémie de COVID-19.

3. Comment avez-vous adapté votre prestation de services virtuels en raison de la COVID-19?
 - a. Est-ce que cela a été difficile pour vous? Pourquoi, pourquoi pas?
 - b. Y avez-vous trouvé des avantages? Pourquoi, pourquoi pas?
4. Avez-vous reçu du soutien de la part de votre employeur ou de toute autre source pour faciliter la prestation de services ou soutiens virtuels?
 - a. Si oui, de quelle façon? Ce soutien était-il adéquat?
 - b. Si non, qu'aurait-on pu faire pour mieux vous soutenir?
5. Êtes-vous satisfait(e) de la rémunération que vous recevez pour fournir des services et des soutiens virtuels?
6. Comment décririez-vous votre expérience avec l'utilisation des technologies pour fournir des soins virtuels? [Note à l'interviewer : sonder pour plus de détails sur les types de technologies mentionnées (téléphone, vidéo, etc.).]
 - a. De quoi auriez-vous besoin pour améliorer cet aspect?
7. Y a-t-il des services ou soutiens virtuels que vous utilisez ou que vous pourriez recommander à vos clients? Par exemple, des applis, des outils numériques, des évaluations en ligne, des moniteurs de progrès, etc.

Perceptions des expériences des clients avec les services et soutiens virtuels

Parlons maintenant de l'incidence qu'a pu avoir la transition vers des services et soutiens virtuels sur vos clients pendant la pandémie de COVID-19.

8. À votre avis, quel effet ce changement dans le mode de prestation des services a-t-il eu sur l'accès de vos clients aux services et soutiens?
 - a. Pensez-vous qu'une dimension de l'aide ou des soins fournis a été perdue par ce passage à un mode de prestation virtuel? Avez-vous remarqué des améliorations attribuables à ce changement?
 - i. Quelles sont les différences entre la prestation virtuelle de services et soutiens et la prestation en personne? (p. ex. sur le plan de la relation, de l'empathie, de l'ouverture)?
 - b. Y a-t-il des inquiétudes parmi la clientèle par rapport aux services et soutiens virtuels (p. ex. sur le plan de la sécurité, de la technologie)?
 - i. Si non, pensez-vous que vos clients sont globalement satisfaits des services et soutiens virtuels?
9. Des clients ont-ils choisi de ne pas recevoir de soins en raison du passage aux services virtuels? Si oui, pourquoi?



- a. Parmi ces clients qui ont préféré ne pas recevoir de soins virtuels, avez-vous remarqué des différences notables en termes de profil, p. ex. le sexe, l'âge, le statut socioéconomique, le lieu de résidence (rural vs urbain) ou l'origine ethnoculturelle?
10. Pensez-vous que certains clients ont de la difficulté à utiliser les services ou soutiens virtuels? Si oui, quelles sortes de difficultés?
- a. Y a-t-il des différences notables entre vos clients en ce qui concerne le sexe, l'âge, le statut socioéconomique, le lieu de résidence (rural vs urbain) ou l'origine ethnoculturelle?
 - b. Y a-t-il une meilleure façon de fournir des services à cette clientèle?
11. Lorsque les restrictions liées à la COVID-19 seront levées et que ce sera jugé sécuritaire, préféreriez-vous revenir à la prestation de soins en personne, continuer à le faire virtuellement ou adopter une formule mixte de soins en personne et de soins virtuels?
12. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez nous parler?