

2022

CONSOMMATION DE SUBSTANCES AU CANADA

Expérience des fournisseurs de services de réduction des méfaits lors de la double urgence de santé publique au Canada





Expérience des fournisseurs de services de réduction des méfaits lors de la double urgence de santé publique au Canada

AUTEURES

Sheena Taha, Ph.D.

Directrice intérimaire, Mobilisation des connaissances

Samantha King, Ph.D.

Analyste, Recherche et politiques

Sara Atif, M.Sc.

Analyste, Recherche et politiques

APPEL À L'ACTION PAR

Tony George, M.D., FRCPC

Sherry Stewart, Ph.D., FCAHS, FRSC

Franco Vaccarino, Ph.D., FCAHS

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

Citation proposée : Taha, S., S. King et S. Atif. *Expérience des fournisseurs de services de réduction des méfaits lors de la double urgence de santé publique au Canada : consommation de substances au Canada 2022*, 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 (Ont.) 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:

Experiences of harm reduction service providers during dual public health emergencies in Canada: Substance use in Canada 2022

ISBN 978-1-77178-981-3

Table des matières

Remerciements	1
Conflit d'intérêts	1
Avant-propos	2
Avant-propos	4
La série Consommation de substances au Canada	7
La série jusqu'à présent	7
Notes terminologiques	9
Synthèse générale	11
Introduction	11
Méthodologie	12
Grands constats et interprétation	12
Implications	13
Réponses	13
Conclusions	14
Introduction	17
Une double urgence de santé publique au Canada	17
La réduction des méfaits sauve et améliore des vies	18
Difficultés de la prestation de services de réduction des méfaits	19
Difficultés de la prestation de services durant la pandémie	20
Priorités du système de santé au Canada	21
La présente étude	21
Méthodologie	23
Approche intégrée de mobilisation des connaissances	23
Collecte de données	23
Cycle un	23
Cycle deux	23
Mesures	23
Qualité de vie professionnelle	23
Échelle Mindful Self-Care	24
Échelle Adult Attitude to Grief	24
Éthique	24
Participants et recrutement	24
Analyse des données	25
Résultats	27
Caractéristiques démographiques	27
Services et milieux de soins	29
Cycle un	29
Cycle deux	30
Qualité de vie professionnelle : conclusions quantitatives	31
Satisfaction de compassion	31
Épuisement professionnel	32
Stress traumatique secondaire	32

Qualité de vie professionnelle : conclusions qualitatives _____	33
Changements relatifs au travail durant la pandémie de COVID-19 _____	34
Prendre soin de soi : conclusions quantitatives _____	35
Prendre soin de soi : conclusions qualitatives _____	35
Changement des pratiques d'autosoins durant la pandémie _____	36
Vulnérabilité au deuil : conclusions quantitatives _____	36
Vulnérabilité au deuil : conclusions qualitatives _____	37
Changements dans la vulnérabilité au deuil durant la pandémie _____	37
Stigmatisation : conclusions quantitatives _____	38
Stigmatisation : conclusions qualitatives _____	38
La COVID-19 et la stigmatisation liée au travail _____	39
Ressources, programmes et soutien : résultats qualitatifs _____	40
Manque de soutien pour le travail et le bien-être dans le lieu de travail _____	41
Changements causés par la COVID-19 dans les ressources et les mesures de soutien _____	42
Remarques finales sur la réduction des méfaits et les expériences au travail _____	42
Analyse _____	45
Avantages et difficultés de la prestation de services de réduction des méfaits _____	46
Services et soutiens _____	47
Répercussions de la pandémie de COVID-19 et de la crise des surdoses _____	49
Effets de l'identité de genre _____	50
Effets du statut réglementaire _____	50
Effet de l'expérience passée ou présente de l'usage de substances _____	51
Limites _____	51
Orientations de recherche futures _____	52
Conclusions _____	55
Appel à l'action : des solutions à la crise des surdoses et des méfaits liés à la toxicité des drogues _____	57
Thème 1 : l'accès aux services _____	58
Complexités associées à la santé mentale et à l'usage de drogues _____	58
Accès à une gamme complète d'outils médicaux et non médicaux efficaces pour remédier à la crise des surdoses _____	59
Intégration d'interventions médicales et non médicales pour favoriser la santé et le bien-être des personnes à risque de surdose _____	60
Technologie et capacité du système _____	60
Thème 2 : la stigmatisation _____	60
Thème 3 : les politiques et règlements _____	61
Financement des services de réduction des méfaits et soutien des fournisseurs _____	61
Mieux comprendre l'enjeu : la nécessité d'une base de données nationale _____	61
Conclusions _____	62
Bibliographie _____	63
Annexe A : sondage sur les expériences des personnes qui offrent des services de réduction des méfaits _____	69
Annexe B : questions ajoutées au sondage 2021 _____	78



Remerciements

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) tient à remercier les représentants des organisations suivantes de leurs commentaires, tout au long du processus d'élaboration, de réalisation et d'interprétation de cette étude. Grâce à la contribution de ces partenaires, le document et ses conclusions abordent les thèmes et les appels à l'action les plus pertinents pour les acteurs des services de réduction des méfaits.

AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario

Alberta Alliance Who Educates and Advocates Responsibly

Alberta Community Council on HIV

Ally Centre of Cape Breton

ARCHES - Lethbridge

Avenue B Harm Reduction Inc.

Blood Ties Four Directions Centre

Boyle Street Community Services

Centre for Innovation in Peer Support

Harm Reduction Nurses Association

Manitoba Harm Reduction Network

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Prairie Harm Reduction

Ontario Harm Reduction Network

Safe Works Access Program, AIDS Committee of Newfoundland and Labrador

Safeworks Harm Reduction Program, Alberta Health Services

Université de Montréal

Le CCDUS tient également à souligner le travail de révision et la contribution du Conseil consultatif scientifique du CCDUS, ainsi que le travail de Jane Buxton, Ph.D., du Centre de contrôle des maladies de la C.-B., et d'Elaine Hyshka, Ph.D., de l'Université de l'Alberta, qui ont commenté les premières versions de ce rapport.

Conflit d'intérêts

Sheena Taha n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Samantha King n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Sara Atif n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Tony George n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Sherry Stewart n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Franco Vaccarino n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Avant-propos

Expérience des fournisseurs de services de réduction des méfaits pendant la double urgence de santé publique au Canada

Le Canada enregistre un nombre record de décès tragiques et évitables par surdose due à l'approvisionnement non réglementé en drogues contenant du fentanyl et ses analogues. La pandémie de COVID-19 est venue aggraver cette crise de santé publique (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2022). Ces pertes de vie sont dévastatrices et affectent tant les personnes qui consomment des substances que leur famille, leurs amis et leurs communautés. Des mesures ont été prises pour remédier à la crise des surdoses, dont un déploiement accéléré des services de désintoxication et de traitement de la dépendance, y compris la thérapie par agonistes opioïdes. Cependant, ce ne sont pas toutes les personnes qui consomment qui sont prêtes ou aptes à envisager un traitement ou même à vouloir l'abstinence.

Comme les personnes qui consomment des substances vivent des situations et des expériences diverses, elles ont besoin de services divers qui répondent à leurs besoins. La réduction des méfaits s'inscrit dans le continuum de soins qui leur est proposé et leur fournit les outils et les ressources pour faire des choix éclairés pour assurer leur survie et leur bien-être. Cela dit, même si des données probantes irréfutables montrent que la réduction des méfaits sauve des vies, certains s'y opposent, souvent pour des considérations idéologiques ou à cause de la criminalisation de l'usage de substances.

La présente étude visait initialement à mieux comprendre l'incidence de la crise des surdoses du point de vue des fournisseurs de services de réduction des méfaits. Toutefois, avec l'apparition de la pandémie, le CCDUS a élargi l'étude afin d'identifier les autres conséquences de cette double urgence de santé publique. Les mesures sanitaires, notamment la distanciation, la fermeture des centres de réduction des méfaits, le nombre limité de clients ayant accès aux services et la transition vers le mode virtuel, ont entraîné une diminution des contacts en personne entre les travailleurs en réduction des méfaits et les clients. En parallèle, la plus grande toxicité des drogues illicites a aggravé la crise des surdoses et a

ainsi entraîné une hausse dévastatrice des décès (Imtiaz et coll., 2021). L'incidence de la double urgence de santé publique sur les personnes ayant une expérience vécue a certes fait l'objet d'études (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances 2020; Galarneau et coll., 2021), mais il y a peu de données publiées sur son incidence sur les fournisseurs de services de réduction des méfaits. La présente étude est donc importante, car elle vient combler cette lacune et proposer des pistes d'amélioration des services.

Pendant la crise des surdoses, ce sont les fournisseurs de services de réduction des méfaits qui sont la première ligne d'aide des personnes qui consomment des substances. Ces fournisseurs dévoués offrent des soins empreints de compassion, même s'ils travaillent souvent dans des systèmes aux ressources insuffisantes.

Les fournisseurs éprouvent de la frustration lorsqu'ils comparent la réponse gouvernementale à la crise des surdoses, à la réponse énergique et aux investissements faits pour contrer la COVID-19. Malgré des appels persistants à la décriminalisation et à un approvisionnement sûr lancés par des personnes ayant une expérience vécue et des défenseurs de la réduction des méfaits, y compris des travailleurs de ce secteur, il n'y a guère eu de progrès sur ces fronts (Watson, 2022).

Il arrive que les travailleurs en réduction des méfaits vivent de la stigmatisation par association, aussi appelée stigmatisation de courtoisie, ce qui influe sur leur milieu de travail et le soutien social qu'ils reçoivent de leur famille et de leurs amis. Cela a aussi des répercussions sur leur santé.

Ajoutons que de nombreux fournisseurs de services directs ont une expérience vécue et ont tissé des liens étroits avec les personnes qu'ils aident. Pour ces fournisseurs, les deuils et les pertes sont fréquents.

Tous ces facteurs interdépendants ont une incidence considérable sur ce groupe de professionnels de la santé.

Les participants à cette étude trouvent du sens au travail et ont des niveaux modérés de satisfaction de compassion – des résultats comparables à ceux d'études menées auprès de répondants intervenant en cas de surdose (Mamdani et coll., 2021). Cependant, ces derniers présentaient aussi des niveaux inquiétants d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire en raison de leur exposition permanente aux traumatismes vécus par les personnes qu'ils



aident. Bien que l'épuisement professionnel soit parfois considéré comme le résultat de capacités d'adaptation inadéquates, il est souvent dû à un manque de ressources et de soutien dans le système (Florida Center for Public Health Preparedness, 2004).

Cette étude montre que la crise des surdoses a été aggravée par la COVID-19. Pour les fournisseurs de services de réduction des méfaits, il faut déployer une approche globale dans l'ensemble du système de santé pour offrir une foule de services et venir en aide aux gens là où ils en sont dans leur cheminement. Les fournisseurs subissent un grand stress qui exacerbe la fatigue de compassion et l'épuisement professionnel, en raison du manque de services suffisants, accessibles et appropriés vers lesquels diriger rapidement les clients.

Les surdoses continuent d'avoir des conséquences dévastatrices partout au pays, même si les décès sont évitables. Il est urgent de modifier les politiques et d'envisager des mesures telles que la décriminalisation de la possession simple et un approvisionnement sûr (Klaire et coll., 2022). Il faut agir pour assurer un investissement suffisant dans les ressources, dans l'ensemble des services et soutiens en matière de traitement et de réduction des méfaits, ainsi que dans l'aide sociale, financière et au logement.

Pour assurer l'accessibilité et l'efficacité des services de réduction des méfaits, une contribution continue d'experts (personnes ayant une expérience vécue et fournisseurs de services de réduction des méfaits) sera nécessaire. Ces derniers doivent bénéficier d'une rémunération et d'un soutien adéquats pour leur permettre de maintenir leur bien-être tout en continuant à fournir les services requis. Le présent rapport souligne l'importance d'un financement durable à l'échelle locale, provinciale, territoriale et fédérale pour améliorer les ressources offertes aux fournisseurs de services de réduction des méfaits et à leurs clients et pour ainsi prévenir les décès inutiles.

Jane A. Buxton, MBBS, M.Sc.S., FRCPC

Professeure, École de santé publique et populationnelle, Université de la Colombie-Britannique

Bibliographie

- 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.), chez l'auteur, 2020. <https://www.ccsa.ca/fr/effets-de-la-pandemie-de-covid-19-sur-les-personnes-qui-consomment-des-substances-ce-que-nous-avons>
- Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, mars 2022. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- Florida Center for Public Health Preparedness. *Understanding compassion fatigue: helping public health professionals and other front-line responders combat the occupational stressors and psychological injuries of bioterrorism defense for a strengthened public health response*, 2004.
- Galarneau, L.R., J. Hilburt, Z.R. O'Neill, J.A. Buxton, F.X. Scheuermeyer, K. Dong, ... et A. Kestler. « Experiences of people with opioid use disorder during the COVID-19 pandemic: A qualitative study », *PLoS One*, vol. 16, n° 7, 2021, article e0255396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255396>
- Imtiaz, S., F. Nafeh, C. Russell, F. Ali, T. Elton-Marshall et J. Rehm. « The impact of the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic on drug overdose-related deaths in the United States and Canada: a systematic review of observational studies and analysis of public health surveillance data », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 16, 2021, article 87. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00423-5>
- Klaire, S., C. Sutherland, T. Kerr et M.C. Kennedy. « A low-barrier, flexible safe supply program to prevent deaths from overdose », *JAMC*, vol. 194, n° 19, 2022, p. E674–E676. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211515>
- Mamdani, Z., S. McKenzie, B. Pauly, F. Cameron, J. Conway-Brown, D. Edwards, ... et J.A. Buxton. « "Running myself ragged": Stressors faced by peer workers in overdose response settings », *Harm Reduction Journal*, vol. 18, n° 1, 2021, article 18. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00449-1>
- Watson, B. « B.C. declared overdose deaths a public health emergency 6 years ago. Advocates say the only change is the body count », *CBC News British Columbia*, 14 avril 2022. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/overdose-crisis-anniversary-1.6419792>

Avant-propos

Lorsqu'on parle des grands problèmes du système de santé au Canada, surtout en ce moment, c'est l'accès aux soins et la qualité des soins prodigués qui sont souvent au cœur des préoccupations. Un système de santé bien conçu peut réduire ou éliminer les facteurs de stress, les défis imprévus et l'épuisement professionnel auxquels les travailleurs sont confrontés. Un système de santé assez flexible pour répondre aux besoins nouveaux et émergents de la population canadienne améliorera les résultats des utilisateurs et des fournisseurs de services.

La pandémie de COVID-19 a mis à rude épreuve les travailleurs de la santé au Canada. Ceux-ci doivent, dans tous les domaines, trouver des façons de faire face à un fardeau et à un stress permanents. Ce qui constitue maintenant un sujet d'envergure nationale, faisant l'objet d'un dialogue national (Brand et coll., 2017; Association médicale canadienne, 2018; Organisation mondiale de la Santé, 2021). Cette situation est d'autant plus vraie pour les effectifs en santé mentale et en santé liée à l'usage de substances, et plus précisément pour les fournisseurs de services de réduction des méfaits.

Les travailleurs en réduction des méfaits occupent une place unique dans le système de santé canadien. En effet, ils doivent fournir une panoplie de services pour répondre aux nombreux besoins des personnes qui consomment des substances (B.C. Centre for Disease Control, 2018; Harm Reduction International, 2021). Ces besoins sont attribués aux divers cheminements et expériences de ces personnes.

Le rapport *Expérience des fournisseurs de services de réduction des méfaits pendant la double urgence de santé publique au Canada* examine de près les difficultés auxquelles les travailleurs en réduction des méfaits continuent d'être confrontés pendant la pandémie et la crise des drogues toxiques et illégales. Au départ, le concept de ce projet était de voir comment les professionnels de la santé du système vivaient le deuil, la perte et le stress dévastateurs associés à la crise des drogues toxiques. L'arrivée de la pandémie a amené le CCDUS à faire une pause et à réévaluer la situation, puis à rediriger son attention vers les répercussions de la double urgence de santé publique. Cette réorientation est une étape cruciale du projet, dont les résultats pourraient combler des lacunes dans les connaissances au Canada et aider à trouver des pistes pour améliorer les services et ressources, tant pour les travailleurs en réduction des méfaits que pour les personnes qu'ils servent.

Le présent rapport arrive à point nommé. Même avant le début de la pandémie, les demandes pesant sur les travailleurs en réduction des méfaits étaient stressantes. Ils ne se sentent pas soutenus, sont sous-financés et leur bien-être est affecté par des facteurs structurels permanents qui nuisent à leur travail (Olding, Barker et coll., 2021; Olding, Boyd et coll., 2021). Il n'y a là rien de surprenant, considérant la nature de leur travail. Selon notre [sondage sur les expériences des personnes qui offrent des services de réduction des méfaits](#), même si les fournisseurs de services de réduction des méfaits considèrent leur travail comme gratifiant, ils présentent des niveaux d'épuisement professionnel et de traumatisme supérieurs à ceux de leurs collègues travaillant dans des hôpitaux et des centres de santé primaires (Hunsaker et coll., 2015 ; Ruiz-Fernández et coll., 2020). Cette tendance se maintient même quand on compare ces fournisseurs aux travailleurs de la santé au plus fort de la pandémie (Buselli et coll., 2020).

La pression supplémentaire exercée par la pandémie a fait de la santé des travailleurs en réduction des méfaits un enjeu de taille, particulièrement en raison du nombre dévastateur de décès et des investissements accrus engagés dans ce domaine au pays. C'est donc dire que le vaste dialogue national sur la santé des professionnels de la santé devra mettre l'accent non seulement sur la santé des effectifs en santé liée à l'usage de substances, mais aussi plus spécifiquement sur celle des fournisseurs de services de réduction des méfaits. L'épuisement professionnel que vivent les travailleurs en réduction des méfaits persiste, puisque nous continuons à traverser une double urgence de santé publique. Les facteurs de stress liés aux traumatismes secondaires auxquels ils sont confrontés sont encore plus prononcés. À mesure que nous continuons à investir dans les services de réduction des méfaits et à les élargir, le Canada a la possibilité, dès le départ, de mettre en place les soutiens et les investissements nécessaires, comme l'indique le présent rapport.

Une récente étude conjointe du Réseau canadien des personnels de santé et de la Commission de la santé mentale du Canada a mis en évidence plusieurs facteurs de stress secondaires contribuant à cet épuisement. Ainsi, l'étude [Répercussions de la COVID-19 sur le personnel de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances \(SMSUS\) au Canada](#) montre que les décès dus à la toxicité des opioïdes ont augmenté de 88 % pendant la pandémie. Elle indique aussi que la



disponibilité ou la capacité du personnel SMSUS à fournir des services depuis le début de la pandémie a diminué de 43 %. Les mesures de confinement et de distanciation, ainsi que le manque d'accès aux soins virtuels ou le manque d'aisance avec ces derniers, sont les principaux facteurs qui ont contribué à la situation. Ces difficultés, ainsi que d'autres troubles de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances (voir l'appel à l'action), continuent d'aggraver le stress des fournisseurs de services de réduction des méfaits.

Donc, alors que nous misons sur l'expérience acquise depuis le début de la pandémie pour répondre aux besoins de notre système de santé et que nous abordons le bien-être mental des professionnels de la santé, il nous faut aussi considérer les besoins croissants en santé mentale et en santé liée à l'usage de substances de la population générale. Nous devons réfléchir aux mesures à adopter afin de garder et de renforcer les effectifs SMSUS. Et nous devons veiller à ce que les travailleurs en réduction des méfaits participent à la discussion. C'est ainsi que nous pourrions améliorer l'état de santé des utilisateurs et des fournisseurs de services.

La création, en octobre 2021, du ministère de la Santé mentale et des Dépendances est une reconnaissance, de la part du gouvernement fédéral, de la nécessité de s'atteler en priorité au dossier des effectifs SMSUS, au sein du système élargi de santé. Pour le Canada, le moment est venu d'agir.

L'appel à l'action de ce rapport décrit les mesures à prendre et les investissements supplémentaires à faire pour remédier à la crise des surdoses et réduire les méfaits liés à la toxicité des drogues. À mesure que le Canada investit davantage dans ce domaine, il pourra s'attaquer aux facteurs influant sur la santé des fournisseurs de services de réduction des méfaits et, ainsi, alléger leur fardeau, favoriser leur maintien en poste et réduire leur épuisement professionnel. L'appel à l'action met aussi en lumière des idées de refonte des modes d'intégration et de financement de la réduction des méfaits dans le système canadien de santé de manière plus générale.

Depuis le début de la pandémie il y a plus de deux ans, la population générale au Canada se préoccupe de plus en plus des difficultés liées aux effectifs SMSUS. Maintenir et améliorer le bien-être général de ces effectifs, qui sont appelés à répondre à des préoccupations grandissantes, est un investissement qui aurait une influence positive sur tous les secteurs du système de santé. Il s'agit d'un investissement que nous ne pouvons nous permettre de **ne pas** faire.

◀◀
REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous les fournisseurs de services de réduction des méfaits et les experts cliniques qui ont pris du temps, malgré leur horaire chargé, pour partager avec nous leur point de vue et expertise, qui sont le fondement du présent rapport. Un merci tout spécial à Amy Porath, Ph.D., pour ses avis et conseils tout au long du projet, au Dr Tony George, à Sherry Stewart, Ph.D., et à Franco Vaccarino, Ph.D., qui ont rédigé l'appel à l'action; et à Jane Buxton, Ph.D., qui a écrit l'avant-propos externe.

▶▶

Rita Notarandrea, M.Sc.S., LCS, IAS.A
 Première dirigeante
 Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances







La série Consommation de substances au Canada

Depuis 2005, la série Consommation de substances au Canada (autrefois appelée Toxicomanie au Canada) met en lumière de grandes questions d'actualité en lien avec l'usage de substances et propose des mesures à prendre en matière de politiques et de pratiques. Chaque rapport de la série s'adresse à un large public, notamment les décideurs, les responsables de l'élaboration de programmes, les chercheurs, les éducateurs et les professionnels de la santé. Les journalistes de la santé sont également des destinataires importants de ces rapports, car ils aident à mieux faire connaître les problématiques analysées et à susciter des changements.

Les sept derniers rapports de la série passaient en revue la littérature pour donner un aperçu général d'un sujet important lié à l'usage de substances; ce huitième rapport porte quant à lui sur des résultats de sondages à propos de l'expérience de personnes fournissant des services de réduction des méfaits pendant la crise des surdoses, avant et pendant la pandémie de COVID-19. Étant donné la gravité de la situation au Canada, le présent rapport vise à enrichir les données probantes en quantifiant l'ampleur des aspects positifs et négatifs de la prestation de services de réduction des méfaits. L'appel à l'action fournit des mesures concrètes que peuvent prendre divers acteurs pour bonifier le système de santé et la structure des soins, ce qui rendra meilleure la vie des personnes touchées par les méfaits liés aux drogues et de celles qui interviennent face à ces méfaits.

La série jusqu'à présent

- ❖ ***Toxicomanie au Canada : enjeux et options actuels*** porte sur divers sujets, notamment la prévention des problèmes d'alcool, les sanctions de rechange pour la consommation et la possession de cannabis, la conduite sous l'influence des stupéfiants et l'usage et le détournement de médicaments sur ordonnance.
- ❖ ***Toxicomanie au Canada : pleins feux sur les jeunes*** décrit la prévalence de la consommation de substances et des méfaits associés chez les jeunes et la neurobiologie de la consommation chez les adolescents, en plus de mettre en évidence les lacunes dans les services destinés aux jeunes.
- ❖ ***Toxicomanie au Canada : troubles concomitants*** porte sur la présence simultanée de problèmes de santé mentale et d'usage de substances, et examine les liens entre ces deux types de problèmes, les coûts qu'entraînent les troubles concomitants pour le système de santé ainsi que la nécessité de trouver des moyens nouveaux et novateurs pour traiter ces cas complexes.
- ❖ ***Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile*** décrit les conséquences médicales et obstétricales de l'usage problématique de drogue et de la dépendance chez les femmes enceintes ainsi que les effets à court et à long terme de l'exposition prénatale à la drogue sur le développement de l'enfant.
- ❖ ***Voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence*** aborde les facteurs présents durant l'enfance et l'adolescence influant sur l'usage problématique de substances à un âge plus avancé, ainsi que l'impact de la compréhension de ces influences sur la prévention et le traitement.
- ❖ ***Les effets de la consommation de cannabis pendant l'adolescence*** examine les effets du cannabis durant cette phase de la vie et porte plus particulièrement sur l'incidence de cette substance sur l'état de santé et le développement cérébral des jeunes, ainsi que sur les interventions actuellement à notre disposition pour traiter les troubles liés au cannabis.
- ❖ ***Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*** décrit des considérations en matière d'usage de substances et de méfaits propres à la population vieillissante au Canada et souligne l'efficacité de diverses interventions.





Notes terminologiques

Plusieurs des termes employés dans ce rapport ont des définitions cliniques (voir plus loin). Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a cessé d'utiliser « abus de substances », car cette expression est stigmatisante. Cela dit, il arrive que certaines sources citées dans le rapport utilisent « abus de substances » ou des termes approchants pour décrire des indicateurs et résultats cliniques. Donc, pour maintenir l'intégrité des recherches originales citées, nous avons reproduit ce syntagme tel quel dans le rapport et avons ajouté des guillemets, pour bien montrer qu'il s'agit d'une source externe.

Expérience passée ou présente de l'usage de substances : Cette expression se rapporte à la consommation passée ou présente de substances. Par souci de concision, le terme « expérience vécue » est parfois utilisé.

Opioides : Les opioïdes sont des substances qui peuvent soulager la douleur et prodiguer un sentiment d'euphorie, mais également ralentir la respiration et causer la mort. Certaines formes sont légales et peuvent être prescrites, tandis que d'autres sont illégales et non réglementées et peuvent contenir des contaminants qui accroissent le risque de méfaits (Santé Canada, 2019b).

Réduction des méfaits : Dans le cadre de la présente étude, nous définissons la réduction des méfaits de manière générale comme toute méthode visant à atténuer les conséquences négatives relatives à la consommation de drogues. Il peut s'agir de services sociaux ou de santé, de mesures de soutien offertes dans le continuum de soins ou d'une combinaison des deux. Parmi les exemples donnés aux participants à l'étude, mentionnons les programmes de distribution d'aiguilles ou de seringues, la distribution de naloxone, le counseling, la sensibilisation à la consommation sécuritaire, le dépistage du VIH et de l'hépatite C et le dépistage de drogues.

Surdose : Ce terme renvoie aux méfaits fatals et non fatals qui surviennent chez les personnes faisant usage de substances potentiellement toxiques. On parle de crise des surdoses pour faire référence au nombre saisissant et croissant de décès liés à la toxicité des drogues illicites causés par les opioïdes, leurs analogues et d'autres substances (B.C. Centre for Disease Control, 2021).

Trouble lié à l'usage de substances : Ce problème de santé est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques associés à la consommation d'une substance psychoactive et subis par le sujet qui continue à consommer malgré l'apparition de problèmes. Quelques exemples de ces problèmes : conséquences négatives pour la santé physique ou mentale de la personne ou le bien-être des autres, conséquences sociales préjudiciables (comme l'incapacité à remplir des obligations professionnelles, familiales ou scolaires), conflits interpersonnels ou problèmes juridiques (American Psychiatric Association, 2013). Certaines personnes trouvent le terme « trouble » stigmatisant, mais nous l'utilisons dans le présent rapport pour parler spécifiquement de directives cliniques et de planification de traitements. Il ne s'agit pas d'une étiquette qu'on attribue à une personne.

Usage ou consommation de substances : Le terme « substances » regroupe l'ensemble des substances licites et illicites et des substances psychoactives, dont l'alcool et le tabac.







Synthèse générale

Introduction

La réduction des méfaits est une composante essentielle du continuum de soins pour ceux qui subissent des méfaits liés à l'usage de substances. Le présent rapport est destiné aux ministres de la Santé, aux administrateurs en chef de la santé publique, aux personnes dont le travail touche les politiques de santé et la planification du système et aux décideurs de tous les ordres de gouvernement. Il les aide à comprendre comment la synergie de la crise des surdoses et de la pandémie de COVID-19 touche les personnes qui fournissent des services d'intervention. Il peut aussi servir aux employeurs, aux dirigeants, aux fournisseurs d'avantages sociaux et de services d'aide aux employés ainsi qu'aux gouvernements, pour qui il précise les mesures qui doivent être prises afin d'assurer l'accès à des ressources appropriées pour favoriser le bien-être des fournisseurs de services de réduction des méfaits.

Au cours des 20 dernières années, les méfaits liés à l'usage de substances – en particulier ceux relatifs aux opioïdes et à leurs analogues – ont pris de plus en plus d'ampleur, si bien qu'une urgence nationale de santé publique a été déclarée. Ce n'est que récemment que l'on a reconnu que des interventions complètes et empreintes de compassion doivent être mises en place pour permettre au continuum de soins d'agir face aux méfaits que peuvent vivre les personnes faisant usage de substances. Le fentanyl était la cause de 55 % des décès liés à la toxicité au Canada en 2019, un pourcentage qui s'est élevé à 80 % en 2020 et à 87 % en 2021; force est de constater que la réduction des méfaits est devenue essentielle devant la toxicité croissante de l'approvisionnement en drogues.

Les données probantes relatives à l'efficacité des services de réduction des méfaits sont bien établies, mais beaucoup de ces services sont fournis par des travailleurs non réglementés, des bénévoles ou les deux pour combler les lacunes dans les services de santé. Ces personnes ont souvent une expérience passée ou présente de l'usage de substances. Le travail qu'elles effectuent leur apporte beaucoup : elles sentent que leur quotidien a un but et un sens, et que leur expertise est appréciée. Cependant, ces travailleurs ont aussi signalé des contraintes telles que la discrimination, la précarité de leur emploi et le manque d'avantages sociaux ou de rémunération.

De nombreux services de réduction des méfaits manquent de ressources et de soutien. Les fournisseurs subissent un stress chronique et quotidien causé par les facteurs structurels qui créent un environnement de travail instable et inéquitable. Qui plus est, la nature du travail de réduction des méfaits peut être épuisante sur le plan émotionnel, car on est constamment exposé à des traumatismes et à des décès. Ce sont autant de facteurs qui font en sorte que les fournisseurs de services de réduction des méfaits travaillent chaque jour sous le fardeau du deuil et de la peur de perdre davantage d'amis, de membres de leur famille ou de gens de leur communauté. Le fait de continuellement être témoin de méfaits risque de mener à l'épuisement professionnel, à l'usure de compassion et au stress traumatique secondaire.

En mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que la COVID-19 avait atteint le stade de pandémie. Les personnes faisant usage de substances sont plus susceptibles de contracter la COVID-19, puisqu'elles sont aussi plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé sous-jacents et de vivre dans des milieux où la distanciation physique et l'isolement ne sont pas possibles. Elles courent également un risque accru de méfaits liés aux substances, par exemple l'intoxication lorsqu'elles utilisent une substance seules, le sevrage découlant d'une période d'isolement et l'usage de drogues potentiellement plus toxiques en raison des restrictions des déplacements et des fermetures de frontières, qui rendent plus difficile l'obtention de substances illégales.

Les nombreuses contraintes de la prestation de services de réduction des méfaits se sont aggravées avec la pandémie. De nombreux programmes ont dû être interrompus ou réduire leurs services lorsque les gouvernements ont mis en place des restrictions comme le confinement. En outre, autant les personnes faisant usage de substances que les fournisseurs de soins ont indiqué que la distanciation physique et la communication exclusivement virtuelle représentaient des obstacles aux services de traitement, car ces changements ont déshumanisé les liens sociaux et réduit les occasions d'établir des relations de confiance. Et pourtant, les clients ont dit que le maintien des services de réduction des méfaits était vital, que c'était une source de sécurité et de stabilité lors des interruptions majeures d'autres services.

La présente étude visait d'abord à brosser un tableau complet de la manière dont la crise des surdoses touchait les fournisseurs de services de réduction des méfaits au Canada, et ce, de leur perspective en tant que fournisseurs de première ligne, qui n'avait encore jamais été prise en compte à l'échelle nationale (cycle un). Avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19, nous avons élargi les objectifs pour tenir compte non seulement des effets continus de la crise des surdoses sur les fournisseurs de services, mais aussi de ceux de la pandémie (cycle deux). Dans les deux cycles, il était question de quantifier leurs niveaux de deuil, de traumatisme et d'épuisement professionnel et de comprendre les méthodes qu'ils utilisaient pour prendre soin d'eux-mêmes. Enfin, l'étude visait également à examiner comment ces expériences pouvaient varier selon l'identité de genre, entre les professions réglementées (qui nécessitent une certification, un agrément ou un permis, ou qui sont encadrées par un organisme de réglementation) et non réglementées, et chez les personnes qui ont une expérience passée ou présente de l'usage de substances.

Méthodologie

Des représentants de services de réduction des méfaits provinciaux, territoriaux et communautaires ont pris part à plusieurs consultations pour valider la pertinence de l'étude, définir les principaux thèmes, préciser les questions de recherche, aider à l'interprétation des résultats, déterminer leurs implications et suggérer des mesures à mettre en place.

Les sondages ont été conçus d'après des mesures normalisées de la qualité de vie professionnelle, du soin de soi et du deuil. Des questions ouvertes étaient axées sur les expériences de la stigmatisation et les ressources et mesures de soutien disponibles ou qui seraient bénéfiques. Les données du cycle un ont été recueillies du 30 juillet au 30 septembre 2019, et le cycle deux s'est déroulé du 27 janvier au 8 mars 2021.

Grands constats et interprétation

Au total, 651 sondages valides ont été soumis en 2019, et 1 360 en 2021. Les répondants signalaient souvent un niveau modérément élevé de satisfaction de compassion. Nos résultats qualitatifs indiquent que les répondants trouvaient leur travail riche de sens, ce qui peut compenser certains facteurs de stress.

Les niveaux moyens d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire observés dans les deux cycles étaient élevés : plus que ce que montrent les données de référence chez les fournisseurs de soins professionnels travaillant auprès de survivants de traumatismes et le personnel infirmier travaillant dans plusieurs milieux, et même plus que le personnel hospitalier pendant la pandémie. Ces résultats indiquent que les personnes travaillant dans le domaine de la réduction des méfaits subissent une grande pression sur leur bien-être émotionnel. Les niveaux de vulnérabilité au deuil enregistrés dans l'étude s'approchaient de ceux observés précédemment chez les personnes endeuillées. Lors des consultations, nos partenaires ont indiqué que l'épuisement professionnel était devenu la norme dans leur profession et que les personnes travaillant dans ce domaine étaient saturées de deuil. Ils ont également dit que s'ils devaient s'arrêter pour tenter de vivre leur deuil, ce serait écrasant, et que par conséquent, ils « s'engourdissent » et poursuivent leur travail. Les niveaux de stress traumatique secondaire et de vulnérabilité au deuil ont augmenté au cycle deux, ce qui pourrait être le reflet du lien émotionnel entre les fournisseurs et leurs clients : en effet, les réponses qualitatives indiquent que les répondants sont devenus plus sensibles au bien-être de leurs clients durant la pandémie.

Les expériences de stigmatisation étaient significativement moins nombreuses dans le cycle deux. Il se peut que la distanciation physique et les obligations de rester chez soi prescrites par les autorités de santé publique aient réduit les interactions des répondants, ce qui a réduit les possibilités de stigmatisation. Cette diminution observée en 2021 pourrait aussi être attribuable à la lutte contre la stigmatisation et la sensibilisation à cet égard, qui ont favorisé la compréhension de l'usage de substances dans la population.



Pourtant, nos partenaires ont été surpris par nos résultats quantitatifs indiquant une baisse des expériences de stigmatisation : ils avaient l'impression que la stigmatisation était encore omniprésente dans leurs communautés, un thème d'ailleurs très présent dans nos résultats qualitatifs. Ils ont suggéré que la stigmatisation devenait peut-être plus subtile, et donc plus difficile à remarquer. D'ailleurs, ils ont observé que lorsqu'ils aident des personnes faisant usage de substances à accéder à des soins de santé, les travailleurs de la santé traitent le patient différemment une fois qu'ils apprennent qu'il consomme des substances. Bien que ce ne soit pas frappant, les partenaires ont indiqué que des fournisseurs de soins de santé peuvent changer de ton de voix, ou que l'interaction passe d'une simple discussion à quelque chose de plus direct. Une interprétation possible est que les fournisseurs de soins apprennent à se surveiller lors de leurs interactions avec des personnes faisant usage de substances et celles qui fournissent des services de réduction des méfaits, mais qu'une mentalité de stigmatisation persiste sous le couvert de la rectitude politique.

Le genre, le fait d'être un travailleur réglementé ou non et les expériences passées ou présentes de l'usage de substances peuvent influencer les variables. Ces facteurs sont expliqués plus en détail dans le présent rapport.

Implications

Les gouvernements et les organismes nationaux ont établi des priorités nécessitant des mesures importantes : l'accès à des soins rapides, la lutte contre la stigmatisation dans le système de santé, la mise en place d'approches coordonnées bien intégrées en matière de santé mentale et de traitement de l'usage de substances ainsi que le bien-être des fournisseurs de soins de santé. L'immense fardeau que la COVID-19 a imposé aux fournisseurs de soins et de services de santé ne peut être sous-estimé. Chez les fournisseurs de services de réduction des méfaits, ces répercussions sont exacerbées par la crise des surdoses, qui se poursuit et s'aggrave, rendant les lacunes dans les services auxquelles font face les fournisseurs et leurs clients d'autant plus importantes à régler.

Réponses

Comme la main-d'œuvre essentielle manque de soutien, les méfaits augmentent chez les personnes qu'elle sert, ce qui risque de porter un coup au système de santé. Par conséquent, une réponse efficace aux besoins en santé mentale pourrait entraîner de meilleurs résultats non seulement pour une personne ou ses clients, mais aussi pour la capacité du système et les coûts des soins de santé.

Les stratégies visant à prévenir le stress et l'épuisement professionnel et à promouvoir le bien-être des fournisseurs de soins de santé sont prometteuses, mais pour bénéficier de ces interventions, les travailleurs en réduction des méfaits doivent y avoir accès. Or, les résultats de l'étude révèlent que même lorsque les ressources de soutien sont accessibles, elles sont souvent inadéquates, soit parce que trop peu de séances sont couvertes par les avantages sociaux, soit parce que les services des programmes d'aide aux employés n'offrent pas d'approche sensible aux traumatismes et au deuil, nécessaire pour qu'ils puissent prendre en compte la complexité des expériences des travailleurs en réduction des méfaits.

Nos partenaires ont dit que leurs organisations utilisaient des stratégies telles que le counseling sur place, les bilans et les modèles de dotation différents pour aider les travailleurs à composer avec les difficultés des interventions en cas de surdose. Ils voient un certain succès quant au maintien en poste des travailleurs. Des recommandations ont été formulées à l'endroit des lieux de travail au Canada, visant à soutenir la santé mentale, par exemple par la création d'une stratégie complète sur la santé mentale mise en œuvre à l'échelle des organisations, l'établissement de formations obligatoires sur la santé mentale pour les dirigeants, la création de ressources de soutien de la santé mentale adaptées, la mise en place prioritaire d'un processus favorable de retour au travail, l'évaluation des résultats et l'engagement à l'égard de l'amélioration continue.

Nos résultats qualitatifs soulignent le fait que le système de santé lui-même représente un obstacle aux soins de qualité : en effet, des répondants au sondage ont indiqué que leur qualité de vie professionnelle était davantage affectée par les lacunes des politiques et systèmes actuels que par des aspects de leur travail. Ces résultats mettent en lumière le besoin de changements systémiques pour mieux soutenir les personnes faisant usage de substances et les travailleurs en réduction des méfaits, changements qui peuvent être mis en œuvre au niveau individuel, en assurant la parité salariale et la rémunération égale à travail égal, et au niveau sociétal, en luttant contre la stigmatisation de longue date à l'égard de l'usage de substances. En s'attaquant à la question sous plusieurs angles, on soutiendra davantage le bien-être de l'ensemble des fournisseurs de services de réduction des méfaits de première ligne essentiels.

Des solutions pourraient être mises en place par les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui pourraient fournir du financement et de la capacité pour la psychothérapie éclairée par des données probantes, utiliser des lois pour protéger la santé mentale au travail ou des règlements pour inciter les fournisseurs d'assurance maladie et d'assurance invalidité à veiller à la santé mentale au travail, et fournir des sources de motivation telles que des incitatifs fiscaux ou des subventions pour récompenser la mise en place de stratégies de qualité favorisant la santé mentale. L'adoption de stratégies qui abordent les éléments clés décrits plus haut comblera les lacunes dans l'accès aux soins, le bien-être des fournisseurs de soins de santé et l'intégration des soins qui ont été désignés comme prioritaires au pays et ailleurs dans le monde. En outre, cela garantira la santé et la capacité du personnel, qui sera en mesure d'appuyer la relance post-pandémique au Canada.

Conclusions

Les résultats de notre étude et nos consultations nous ont permis de dégager cinq importants points à considérer pour améliorer l'expérience des fournisseurs de services de réduction des méfaits :

1. Un système de santé complet qui intègre des services de réduction des méfaits arrimés étroitement à des services de soutien physique, psychologique et social sera plus accessible et répondra mieux aux besoins des personnes faisant usage de substances et des fournisseurs de services de réduction des méfaits.
2. Un financement fédéral, provincial et territorial durable et fiable pour la réduction des méfaits assurera la continuité des services et éliminera des facteurs de stress relatifs aux finances et à la planification pour les directeurs et le personnel des programmes.
3. En veillant à ce que les ressources de counseling tiennent compte du genre, des traumatismes et du deuil, les fournisseurs d'avantages sociaux contribueront à éviter de futurs méfaits, et les investissements dans ces ressources mèneront à des résultats concrets. Les employeurs qui donnent un nombre de séances et une rémunération suffisants garantiront des avantages durables.
4. L'évaluation continue des modèles de dotation et des politiques équitables ainsi que la correction des vulnérabilités structurelles menant à l'épuisement professionnel, comme la précarité d'emploi et l'insécurité économique, orienteront les efforts visant l'amélioration du bien-être.
5. Le renforcement des initiatives contre la stigmatisation à l'intention du public et des fournisseurs du système de santé dans son ensemble – renforcement qui contribue à la lutte contre les formes évidentes et subtiles de stigmatisation, incitera les gens à chercher et à offrir de l'aide, ce qui favorisera les résultats positifs.



Le soutien des travailleurs essentiels est crucial pour assurer le bien-être des personnes qu'ils servent ainsi que le bon fonctionnement du système de santé dans son ensemble. Il est impératif de surmonter les problèmes soulignés par les répondants : la relance post-pandémique nécessitera une gamme complète de services et de ressources de soutien pour répondre aux préoccupations en matière de santé mentale et d'usage de substances. Dans le respect du principe « rien à notre sujet sans nous », aucune des initiatives susmentionnées ne devrait être entreprise sans la participation concrète de personnes faisant usage de substances et de fournisseurs de services de réduction des méfaits.





Introduction

Une double urgence de santé publique au Canada

Au cours des 20 dernières années, les méfaits liés à l'usage de substances – en particulier ceux relatifs aux opioïdes et à leurs analogues – ont pris de plus en plus d'ampleur, si bien qu'une urgence nationale de santé publique a été déclarée (Santé Canada, 2019b). Cette urgence complexe, d'abord vue comme la conséquence des méfaits associés aux médicaments sur ordonnance (Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, 2013), a été causée par de multiples facteurs, comme les déterminants sociaux et structurels de la santé, la compétence des fournisseurs de soins, la mésinformation et les publicités provenant d'entreprises pharmaceutiques, l'augmentation insidieuse du fentanyl dans les drogues illicites et la stigmatisation (Taha et coll., 2019).

Entre janvier 2016 et mars 2021, 22 828 personnes sont décédées en raison d'une intoxication aux opioïdes, et 37 843 ont été hospitalisées pour intoxication à des opioïdes et à des stimulants (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2021). Ces chiffres, bien qu'ahurissants, ne tiennent pas compte de toutes les personnes – familles, amis, membres de la communauté – qui sont en deuil et continuent à souffrir des méfaits relatifs à l'usage de substances.

La complexité et l'omniprésence de la crise des surdoses ont incité les communautés et tous les ordres de gouvernement à mettre en œuvre des interventions à court terme (p. ex. accessibilité accrue à la naloxone pour contrer les effets des intoxications aux opioïdes [Moustaqim-Barrette, 2019]) et à long terme (p. ex. élaboration d'un programme en médecine sur le traitement de la douleur et de l'usage de substances [Association des facultés de médecine du Canada, 2018]). Ce n'est que récemment que l'on a reconnu que, pour que le continuum de soins soit capable de réduire les méfaits subis par les personnes faisant usage de substances, les interventions doivent être complètes et empreintes de compassion (Santé Canada, 2019c). Il reste encore beaucoup à faire, et la pandémie de COVID-19 a interrompu beaucoup de ces interventions, ce qui a exacerbé les méfaits que vivent les personnes faisant usage de substances (Santé Canada, 2021a).

C'est en mars 2020 (plus précisément, le 11 mars) que l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que la COVID-19 avait atteint le stade de pandémie. Nombreuses ont été les autorités à émettre des décrets ordonnant le confinement à domicile afin de réduire les contacts en personne au minimum. Si les épiceries et les pharmacies ont pu rester ouvertes, avec des limites de capacité, les écoles et les lieux de travail non essentiels ont fermé complètement ou sont passés en mode virtuel. Les personnes faisant usage de substances étaient plus susceptibles de subir des méfaits causés par la COVID-19 si elles vivaient dans des milieux de vie collectifs où la distanciation physique, l'isolement et la quarantaine n'étaient pas possibles (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020a; Agence de la santé publique du Canada, 2020; Roxburgh et coll., 2021). Beaucoup avaient aussi des troubles de santé sous-jacents, comme des problèmes pulmonaires ou respiratoires (Harm Reduction International, 2020; Agence de la santé publique du Canada, 2020; Roxburgh et coll., 2021).

Ces risques associés à la COVID-19 ont également été exacerbés par l'augmentation du risque de méfaits relatifs à l'usage de substances et à la santé mentale, par exemple :

- une intoxication survenant lorsqu'une personne fait usage de substances seule (Roxburgh et coll., 2021);
- les interruptions des services de traitement et de réduction des méfaits (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020a; Frost et coll., 2021; Santé Canada, 2021a; Russell et coll., 2021; Shreffler, et coll., 2021);
- le sevrage effectué en isolement (Santé Canada, 2021a);
- la probabilité accrue de récurrence de l'usage (Shreffler et coll., 2021);
- la toxicité potentiellement accrue des drogues en raison des restrictions des déplacements et des fermetures de frontières, qui rendent plus difficile l'obtention de substances illégales (Ahamad et coll., 2020; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020a).

En effet, dans un sondage de l'Agence de la santé publique du Canada, 60 % des répondants (des Canadiens qui font usage de substances) ont dit que leur santé mentale s'était détériorée depuis le début de la pandémie, et beaucoup d'entre eux ont indiqué que leur usage de substances avait augmenté (Agence de la santé publique du Canada, 2021). En outre, le nombre de décès causés par la toxicité des drogues illicites en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario a augmenté à la suite des déclarations de l'état d'urgence en mars 2020 (B.C. Centre for Disease Control, 2021; Gomes et coll., 2021; Statistique Canada, 2021). Des tendances similaires ont été observées aux États-Unis, où le nombre d'incidents liés aux opioïdes a considérablement augmenté après l'émission en Pennsylvanie d'un décret obligeant de rester à domicile, en avril 2020 (King et coll., 2021). En octobre 2021, pendant la quatrième vague de la pandémie au Canada, des données préliminaires sur les premiers mois de 2021 en Ontario ont montré que le nombre de décès liés aux opioïdes était encore en hausse, dépassant de 60 % les chiffres enregistrés pour la même période en 2020 et de 71 % ceux enregistrés en 2019 (Friesen et coll., 2021).

La réduction des méfaits sauve et améliore des vies

Les personnes faisant usage de substances ont indiqué que tant que la consommation de drogues sera criminalisée, la stigmatisation perdurera (Santé Canada, 2019b) et l'accès à des services et à des ressources de soutien sera difficile (Kolla et Strike, 2019; Kolla et Strike, 2021). En outre, le risque de sanctions pénales peut accroître les méfaits, incitant les personnes à faire usage de substances seules, sans l'aide de services de soutien (Santé Canada, 2019b). Les personnes qui font usage de substances et qui fournissent également des services de réduction des méfaits ont dit se sentir menacées par la communauté, la police et les services de protection de l'enfance (Dechman, 2015). En effet, des personnes vivant dans deux grandes villes canadiennes ont dit hésiter à mettre en place certaines stratégies de réduction des méfaits dans leurs communautés, bien qu'elles reconnaissent leurs avantages (Kolla et coll., 2017).

Les personnes qui subissent des méfaits associés à l'usage de substances ont besoin d'un éventail de services complets qui couvrent un continuum de soins convenant autant aux personnes qui souhaitent continuer de faire usage de substances qu'à celles qui veulent mettre un terme à leur consommation ou la

diminuer (Alberta Health Services, 2019; Harm Reduction International, 2021). Les services de réduction des méfaits visent à réduire les risques associés à l'usage de drogues, quel que soit le stade de consommation, et à fournir des ressources pour soutenir les personnes et les communautés (B.C. Centre for Disease Control, 2018). Il peut s'agir de programmes de distribution de seringues, d'interventions lors d'intoxications aux opioïdes, d'administration par injection à d'autres personnes, de dépistage de drogues, de soin des plaies, de traitement par agonistes opioïdes ou de counseling (Dechman, 2015; McCall et coll., 2019).

Le fentanyl ayant été la cause de 55 % des décès liés à la toxicité au Canada en 2019, un pourcentage qui s'est élevé à 80 % en 2020 et à 87 % en 2021 (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2021), la réduction des méfaits est devenue une réponse essentielle à la toxicité des drogues. En octobre 2021, 37 centres de consommation supervisée offraient leurs services partout au Canada (Santé Canada, 2021b). Il existait également cinq centres de consommation non supervisée, où l'on proposait la vérification des drogues pour aider les personnes à prendre des décisions éclairées à propos de leur usage de substances (Santé Canada, 2021b).

Les données probantes sur l'efficacité des services de réduction des méfaits sont bien établies. Par exemple, il a été démontré que les centres de consommation supervisée préviennent les intoxications, donnent accès à des seringues stériles et à d'autre matériel de consommation de drogues et dirigent les gens vers des services de soutien (Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés, 2008; Kerr et coll., 2017). En Colombie-Britannique seulement, pendant une période de 21 mois, on estime que 1 580 décès ont été évités grâce aux trousse de naloxone, 230 par les services de prévention des surdoses et 590 grâce au traitement par agonistes opioïdes (Irvine et coll., 2019). Depuis leur ouverture en 2017, les centres de consommation supervisée en Alberta ont enregistré un taux de succès de 100 % pour l'inversion des effets des opioïdes; ils ont dirigé 35 000 personnes vers des services sociaux et de santé, dont 10 000 vers des services de traitement des dépendances (Alberta Community Council on HIV, 2019). Partout au Canada, plus de 61 000 trousse de naloxone ont été utilisées pour contrer des intoxications (Moustaqim-Barrette et coll., 2019). En outre, les personnes qui prennent de l'héroïne prescrite à des fins médicales ont vu des résultats positifs : elles ont renoué avec leur famille, obtenu un emploi, trouvé un logement et assuré leur subsistance ou sont retournées aux études (McCall et coll., 2019).



Difficultés de la prestation de services de réduction des méfaits

Bien que certains services de réduction des méfaits soient fournis par des praticiens réglementés (p. ex. médecins, infirmières praticiennes et pharmaciens prescrivant un traitement par agonistes opioïdes [Santé Canada, 2018]), beaucoup de services de première ligne sont offerts par des travailleurs non réglementés, des bénévoles ou les deux pour combler les lacunes dans les soins de santé. Ces personnes ont souvent une expérience passée ou présente de l'usage de substances (Olding, Barker et coll., 2021).

En Nouvelle-Écosse, des consommateurs de drogues injectables ont dit qu'ils avaient l'impression que les professionnels de la santé ne les considéraient plus comme des patients légitimes une fois qu'ils étaient au courant de leur usage de drogues (Dechman, 2015). Toutefois, lorsque des personnes ayant une expérience vécue entraient en jeu pour combler les lacunes dans les soins de santé et intervenir lors d'intoxications, les programmes s'en trouvaient bonifiés, car les personnes utilisant ces services étaient rassurées par la présence de fournisseurs qui avaient de l'expertise dans le domaine et des expériences de vie similaires aux leurs. Ces fournisseurs favorisent un environnement sûr et inclusif (Kennedy et coll., 2019).

Les personnes ayant une expérience vécue qui fournissent des services de réduction des méfaits considèrent que leur travail leur apporte de nombreux avantages : l'impression que leur travail quotidien a un but et un sens (Greer et coll., 2021; Pauly et coll., 2021), le sentiment d'être valorisées par leurs pairs pour leur expertise et d'être pour eux une source d'inspiration (Pauly et coll., 2021; People with Lived expertise of Drug Use National Working Group et coll., 2021), la capacité de prévenir des décès et la stigmatisation (People with Lived expertise of Drug Use National Working Group et coll., 2021) et le sentiment d'appartenance (Pauly et coll., 2021). Cela dit, elles signalent aussi des contraintes, telles que le caractère purement symbolique de leur participation, la discrimination, la précarité de leur emploi et le manque d'avantages sociaux, de rémunération et de reconnaissance officielle de leur travail (Greer, Bungay et coll., 2020; Greer, Buxton et coll., 2021; Mamdani et coll., 2021; Olding, Barker et coll., 2021; Olding, Boyd et coll., 2021b; People with Lived expertise of Drug Use National Working Group et coll., 2021). De plus, une étude menée pendant la pandémie auprès de personnes travaillant dans des services aux sans-abri ou des services de logement en milieu de soutien ou de réduction des méfaits a révélé que

18 % des répondants n'avaient droit ni à des congés de maladie payés ni à une assurance maladie privée, et que 27,6 % éprouvaient des problèmes financiers modérés ou extrêmes en raison de la pandémie (Commission de la santé mentale du Canada, 2021).

Cette discussion souligne à quel point le travail de réduction des méfaits manque de ressources et de soutien, ce qui alourdit le fardeau émotionnel des personnes qui s'y adonnent (Santé Canada, 2019a; Jozaghi, 2018). Ces personnes subissent un stress chronique et quotidien causé par des facteurs structurels qui créent un environnement de travail instable et inéquitable (Olding, Barker et coll. 2021; Olding, Boyd et coll., 2021). Ces facteurs comprennent :

- un manque de ressources pour financer et soutenir leur milieu de travail, sans compter le manque de services vers lesquels diriger leurs clients (Bigras et coll., 2021; Santé Canada, 2019a; Kennedy et coll., 2019; Mamdani et coll., 2021);
- l'instabilité de la vision à long terme de leur travail (p. ex. approbations à court terme des centres de prévention des surdoses et examens actuels de l'efficacité des centres de consommation supervisée) (gouvernement de l'Alberta, 2019; La Presse canadienne, 2018);
- un manque de reconnaissance de l'expertise des personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances et de l'importance de leur intégration dans le système de santé (Dechman, 2015; Santé Canada, 2019a; Greer et coll., 2020);
- la stigmatisation à l'égard de l'usage de substances en général, et plus particulièrement des services de réduction des méfaits (Dechman, 2015; Santé Canada, 2019a; McCall, 2019).

La nature du travail de réduction des méfaits, surtout dans le domaine des interventions d'urgence, peut être épuisante sur le plan émotionnel, car on est constamment exposé à des traumatismes et à des décès (Kolla et Strike, 2019; Mamdani et coll., 2021; Olding, Barker et coll., 2021). En outre, les fournisseurs de services de réduction des méfaits qui ont de l'expérience vécue avaient souvent des liens personnels avec des personnes décédées d'une intoxication. Ces liens font en sorte que les fournisseurs travaillent chaque jour sous le fardeau du deuil et de la peur de perdre davantage d'amis, de membres de leur famille ou de membres de leur communauté (Santé Canada, 2019a; Kennedy et coll., 2019; Khorasheh et coll., 2021; Mamdani et coll., 2021);

Commission de la santé mentale du Canada, 2021). Le fait d'être témoin de méfaits, de détresse et de décès à répétition peut entraîner l'épuisement professionnel, l'usure de compassion, des traumatismes indirects ou du stress traumatique secondaire (Bigras et coll., 2021; Centre de toxicomanie et de santé mentale, sans date; Dechman, 2015; Kennedy et coll., 2019; Olding, Barker et coll., 2021; Shepard, 2013). Bien que les définitions de ces termes et leurs caractéristiques distinctives puissent varier, le fardeau que portent les personnes qui fournissent du soutien peut se manifester dans la santé physique, la santé mentale ou les deux (Centre de toxicomanie et de santé mentale, sans date; EQUIP Health Care, 2019; Kanno et Giddings, 2017).

Difficultés de la prestation de services durant la pandémie

Les difficultés de la prestation de services de réduction des méfaits se sont retrouvées exacerbées par la pandémie de COVID-19. De nombreux programmes ont dû réduire leurs services ou être interrompus lorsque la pandémie a été déclarée (Frost et coll., 2021; Harm Reduction International, 2021; Noyes et coll., 2021; Radfar et coll., 2021). Un échantillon de personnes faisant usage de drogues au Canada a signalé des interruptions des services de réduction des méfaits, de traitement par agonistes opioïdes, de counseling, de refuges et de logement et de prise en charge du sevrage, ainsi qu'une perturbation de l'accès à des professionnels de la santé, aux pharmacies et aux banques alimentaires durant la pandémie (Agence de la santé publique du Canada, 2021; Russell et coll., 2021).

La durée des interruptions des programmes de distribution de seringues aux États-Unis variait d'un État à l'autre, selon que les gouvernements considéraient ou non ces services comme essentiels (Frost et coll., 2021). Certains services ont été fermés particulièrement longtemps, les travailleurs devant demander et justifier leur désignation comme services essentiels, et les communautés ont créé des obstacles à ce qu'ils utilisent des espaces extérieurs ou autres pour fournir des services adaptés (Heimer et coll., 2020). Ces deux facteurs ont nui à la santé et à la sécurité des clients (Frost et coll., 2021). Une clinique à Boston a estimé qu'une fermeture de trois mois avait causé 363 demandes de contact manquées et empêché la distribution de 169 trousse de naloxone et de 402 seringues (Noyes et coll., 2021). Les services qui sont restés ouverts ont dû composer avec un nombre réduit de travailleurs ou de bénévoles, en raison de la peur de contracter le virus,

de restrictions des ressources ou de la réaffectation de personnel pour aider à la lutte contre la COVID-19 (Frost et coll., 2021; Noyes et coll., 2021).

En outre, autant les personnes qui font usage de drogues que les fournisseurs de services de réduction des méfaits ont indiqué que la distanciation physique et la communication exclusivement virtuelle représentaient des obstacles aux services de traitement, car ces changements ont déshumanisé les liens sociaux et réduit les occasions d'établir des relations de confiance, deux éléments qui sont essentiels à la réduction des méfaits (Frost et coll., 2021; Noyes et coll., 2021; Roxburgh et coll., 2021). Les restrictions visant les contacts physiques ont également entravé les services d'injection supervisée, créant un obstacle de plus pour les personnes qui avaient besoin d'aide (Russell et coll., 2021). Et pourtant, les clients ont dit que le maintien des services de réduction des méfaits était vital, que c'était une source de sécurité et de stabilité lors des interruptions majeures d'autres services (Parkes et coll., 2021). Les obstacles à la transmission de la COVID-19 ont également permis d'améliorer la prestation des services : mentionnons entre autres la quantité accrue de trousse de traitement par agonistes, la distribution secondaire de seringues et les services mobiles (Frost et coll., 2021).

On a constaté que lors de précédentes pandémies, le bien-être des fournisseurs de soins de santé de première ligne avait souffert, ce qui avait entraîné des effets psychologiques négatifs, dont les plus fréquents étaient le stress et l'anxiété (Magill et coll., 2020). Durant la pandémie actuelle, 64 % des médecins ont dit ressentir du stress professionnel (précurseur de l'épuisement émotionnel), alors que ce taux était de 24 à 46 % avant l'avènement de la COVID-19 (Chaudhry et coll., 2021). Dans un sondage mené auprès de fournisseurs canadiens qui ont continué d'offrir des services de réduction des méfaits et de logement en milieu de soutien durant la pandémie, 80 % des répondants ont signalé un déclin de leur santé mentale (Kerman et coll., 2021). Qui plus est, ces personnes s'exposaient souvent au risque de contracter la COVID-19, puisqu'elles rencontraient leurs patients en personne et interagissaient de près avec eux (p. ex. grande proximité lors de manœuvres de réanimation) (Roxburgh et coll., 2021) et que les stocks d'équipement de protection individuelle et les ressources de soutien offertes aux professionnels réglementés étaient insuffisants (Olding, Barker et coll. 2021).



Priorités du système de santé au Canada

Les enjeux présentés précédemment ont été reconnus par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux comme des difficultés persistantes. L'accès aux soins, la lutte contre la stigmatisation et la mise en place d'une approche intégrée et coordonnée pour la santé mentale et le traitement de l'usage de substances ont été définis comme des priorités nécessitant des mesures concrètes (Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada, 2021; gouvernement du Canada, 2020). Partout dans le monde, le bien-être des fournisseurs de soins de santé a été placé au sommet des priorités (Brand et coll., 2017; Organisation mondiale de la Santé, 2021), et des organisations nationales telles que l'Association médicale canadienne ont indiqué que le mal-être des médecins était un risque majeur pour la viabilité du système de santé au Canada (2018). Il faut absolument se préoccuper davantage de la santé des personnes qui travaillent dans les domaines de la santé mentale et des soins relatifs à l'usage de substances, qui ont souvent été négligées pour ce qui est de leur bien-être personnel et de l'intégration de leur domaine d'intervention dans le système de santé public (Réseau canadien des personnels de santé et Commission de la santé mentale du Canada, 2021).

L'immense fardeau que la COVID-19 a imposé aux fournisseurs de soins et de services de santé ne peut être sous-estimé. Chez les travailleurs des domaines de la santé mentale et de l'usage de substances, particulièrement chez les fournisseurs de services de réduction des méfaits, ces répercussions sont exacerbées par la crise des surdoses, qui se poursuit et s'aggrave, rendant la correction des lacunes dans les services auxquelles font face les fournisseurs et leurs clients d'autant plus importante. Les résultats du présent rapport confirment les conséquences de ces problèmes systémiques et illustrent comment les fournisseurs de services de réduction des méfaits vivent ces problèmes. Nos résultats quantifient l'ampleur du fardeau porté par les fournisseurs de soins de santé et appuient le besoin d'un investissement important et d'améliorations dans les systèmes de traitement de l'usage de substances et de soins en santé mentale. Le Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada (2021) a réclamé un changement de paradigme dans les politiques et souligné le besoin urgent de mesures visionnaires, soutenues par de nouveaux investissements considérables, pour réduire les méfaits relatifs à l'usage de substances. L'ajout

au cabinet d'un ministre de la Santé mentale et des Dépendances en 2021 est un signe de la volonté d'apporter d'importantes améliorations aux systèmes de traitement de l'usage de substances et de soins en santé mentale.

La présente étude

La réduction des méfaits est une composante essentielle du continuum de soins pour ceux qui subissent des méfaits liés à l'usage de substances (Harm Reduction International, 2020). La présente étude visait d'abord à broser un tableau complet de la manière dont la crise des surdoses touchait les fournisseurs de services de réduction des méfaits, et ce, selon leur perspective. Avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19, nous avons élargi les objectifs pour tenir compte non seulement des effets de la crise des surdoses sur les fournisseurs de services, mais aussi de ceux de la pandémie. Il a fallu notamment quantifier les niveaux de deuil, de traumatisme et d'épuisement professionnel. L'étude visait également à examiner comment ces expériences peuvent varier selon l'identité de genre, entre les professions réglementées et non réglementées, et chez les personnes qui ont une expérience passée ou présente de l'usage de substances. Enfin, un autre objectif était de comprendre les stratégies d'autosoins et d'adaptation qu'utilisaient les fournisseurs, afin de mieux savoir quels soutiens leur seraient bénéfiques.

Pour garantir l'efficacité de leurs services de réduction des méfaits, les fournisseurs ont besoin de soutien et de ressources qui les aident à donner le meilleur d'eux-mêmes dans leur travail. Nous croyons que le rapport sera utile aux personnes dont le travail touche les politiques de santé et la planification du système, aux décideurs de tous les ordres de gouvernement et aux dirigeants et gestionnaires d'organisations : il les aidera à déterminer les ressources et le soutien nécessaires pour éviter que les fournisseurs de services subissent davantage de méfaits et améliorer les résultats pour tous dans le monde post-pandémique.





Méthodologie

Approche intégrée de mobilisation des connaissances

Nous avons employé une approche intégrée de mobilisation des connaissances pour garantir l'inclusion des partenaires d'un bout à l'autre du processus (Instituts de recherche en santé du Canada, 2016). Des représentants de services de réduction des méfaits provinciaux, territoriaux et communautaires ont pris part à plusieurs consultations pour valider la pertinence de l'étude, définir les principaux thèmes, préciser les questions de recherche, aider à l'interprétation des résultats, déterminer leurs implications et suggérer des mesures à mettre en place. La participation des partenaires a été essentielle à ce que les conclusions soient appropriées et compatibles avec les expériences et les besoins des fournisseurs de services. Nous les remercions pour leur aide (voir la section Remerciements).

Collecte de données

Cycle un

Le premier cycle du projet de recherche a commencé par une collecte de données qui s'est faite du 30 juillet au 30 septembre 2019. En plus de répondre à des questions démographiques et sur la prestation de services de réduction des méfaits, les répondants ont indiqué leurs niveaux de qualité de vie personnelle, de soin d'eux-mêmes et de deuil selon des mesures normalisées. Des questions ouvertes étaient axées sur les expériences de stigmatisation et les ressources et mesures de soutien accessibles ou qui pourraient être bénéfiques. Les partenaires ont passé en revue le questionnaire provisoire pour veiller à ce que le contenu et la langue soient appropriés, et leurs commentaires ont été appliqués à la version définitive. Voir l'annexe A pour consulter le sondage du cycle un.

Cycle deux

La pandémie ayant été déclarée moins de six mois après la fin du cycle un, nous avons souhaité déterminer ses effets sur la même population. Un sondage révisé a été utilisé pendant le deuxième cycle du projet; la collecte de données s'est déroulée du 27 janvier au 8 mars 2021. Les mesures du cycle un ont été réutilisées dans le cycle deux, et des questions ont été ajoutées à propos de l'expérience passée ou présente de l'usage de substances, la reconnaissance du statut professionnel

et les changements dans le milieu de travail et le bien-être causés par la pandémie. Voir l'annexe B pour connaître les questions supplémentaires du sondage du cycle deux.

Pour favoriser leur accès et encourager la participation de personnes de partout au pays, les deux études ont été menées en ligne. Tous les documents étaient accessibles en anglais et en français.

Mesures

Qualité de vie professionnelle

Nous avons utilisé l'échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL) de 30 énoncés pour évaluer les aspects positifs et négatifs de la prestation de services de réduction des méfaits aux personnes faisant usage de drogues. Les sous-échelles évaluent les niveaux de satisfaction de compassion et d'usage de compassion, ainsi que les niveaux d'épuisement professionnel et de traumatismes secondaires, dans les 30 jours précédents (Stamm, 2009). Comme l'échelle ProQOL ne permet pas de générer un score combiné, la somme des résultats de chaque sous-échelle, qui peut s'élever de 10 à 50, est comptabilisée séparément.

La sous-échelle sur la satisfaction de compassion mesure le plaisir qu'une personne retire de sa capacité de bien faire son travail (Stamm, 2010). Il peut s'agir du fait de se sentir bien lorsqu'on aide les autres par son travail, ou de voir d'un œil positif ses collègues et sa capacité à contribuer au milieu de travail. Un score élevé dans cette sous-échelle indique qu'une personne retire une grande satisfaction professionnelle de son travail (Stamm, 2009, 2010). On retrouve dans cette sous-échelle des énoncés tels que « Je ressens de la satisfaction à pouvoir aider les autres » et « Je crois que mon travail me permet de faire une différence ».

La sous-échelle sur l'usage de compassion mesure les conséquences négatives de la relation d'aide (Stamm, 2010). L'usage de compassion, phénomène lié au travail que beaucoup connaissent comme le « coût des soins », entraîne une réduction de la compassion exprimée dans les soins de santé (Sinclair et coll., 2017). Dans le cadre de l'échelle ProQOL, l'usage de compassion est mesurée par deux sous-échelles : l'épuisement professionnel et le stress traumatique secondaire.

L'épuisement professionnel a tendance à apparaître graduellement. On l'associe à un sentiment de désespoir et à la difficulté de travailler ou d'être efficace (Stamm, 2010). Les sentiments négatifs associés à l'épuisement professionnel peuvent découler d'une charge de travail élevée, d'un milieu de travail négatif ou des deux. Plus le score est élevé, plus l'épuisement professionnel est grave. Cette sous-échelle comprend des énoncés tels que « Je me sens épuisé par mon travail en tant qu'aidant » et « Je me sens dépassé parce que ma charge de travail semble interminable ».

Le stress traumatique secondaire peut apparaître lorsqu'on entend parler d'incidents traumatisants vécus par d'autres personnes. Contrairement à l'épuisement professionnel, le stress traumatique secondaire se manifeste rapidement. Il est associé à un ou plusieurs événements spécifiques (Stamm, 2010). Les personnes qui en sont atteintes peuvent se sentir apeurées, avoir du mal à dormir, revoir des images de l'événement ou éviter des situations qui pourraient leur rappeler un incident traumatisant. Cette sous-échelle comprend des énoncés tels que « Je me sens déprimé du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'aide » et « J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que j'ai aidée ».

L'échelle ProQOL a été utilisée auprès des professionnels de la santé, des travailleurs des services sociaux, des travailleurs humanitaires (Professional Quality of Life, 2021), des professionnels des soins palliatifs (Alkema et coll., 2008; Hotchkiss, 2018; Sansó et coll., 2015) et des aumôniers (Hotchkiss et Lesher, 2018). Des données de référence pour les professionnels de la santé travaillant avec des survivants de traumatismes ont été établies (De La Rosa et coll., 2018); elles figurent au tableau 6.

Échelle Mindful Self-Care

L'échelle Mindful Self-Care (MSCS) de 33 énoncés évalue la fréquence de divers types d'autosoins dans les sept derniers jours (Cook-Cottone et Guyker, 2018). Un score de 1 signifie qu'une personne n'a effectué aucun auto-soin dans la semaine précédente, et un score de 5, qu'elle l'a fait de six à sept jours.

La pratique régulière d'autosoins en pleine conscience est une bonne protection contre l'apparition de symptômes de maladies mentales et d'épuisement professionnel et accroît la productivité au travail (Cook-Cottone et Guyker, 2018). Cependant, l'habitude peut être difficile à maintenir si le travail est extrêmement stressant ou traumatisant, particulièrement si les mesures de soutien et de ressources dans le milieu de travail sont insuffisantes. L'échelle se décline en

six domaines de soins personnels : soins physiques, relations de soutien, pleine conscience, autocompassion et motivation, relaxation pleine conscience et structures de soutien. Elle est utilisée chez les professionnels des soins palliatifs (Hotchkiss, 2018), les médecins résidents, les aidants des personnes atteintes de démence et les aumôniers (Hotchkiss et Lesher, 2018).

Échelle Adult Attitude to Grief

L'échelle Adult Attitude to Grief, qui comporte neuf énoncés, évalue la vulnérabilité au deuil causée par la perte de proches pendant la crise des surdoses (Sim et coll., 2014). Les questions sont divisées en trois sous-échelles : résilient, en contrôle et dépassé. La somme des scores des trois sous-échelles, qui peut se situer entre 0 et 36, représente la vulnérabilité générale des répondants au deuil (Machin et coll., 2015).

Une grande vulnérabilité au deuil peut faire en sorte qu'une personne a du mal à composer sur les plans émotionnel, social et pratique avec les pertes de vie et leurs conséquences. À l'opposé, de l'autre côté du continuum, on a la résilience face au deuil (Machin et coll., 2015). Cette échelle est utilisée chez les clients de services communautaires ou hospitaliers de soutien aux personnes en deuil (Machin et coll., 2015).

Éthique

Les deux cycles de l'étude décrite dans ce rapport ont reçu l'approbation éthique du comité d'examen institutionnel d'Advarra. L'étude a été financée par une contribution financière entre le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et Santé Canada, dans le cadre de son Programme sur l'usage et les dépendances aux substances.

Participants et recrutement

Étaient admissibles aux sondages les personnes majeures (18 ans et plus au Québec, en Alberta, en Ontario, en Saskatchewan, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Manitoba, et 19 ans et plus dans les autres provinces et territoires) vivant au Canada et s'identifiant comme fournisseurs de services de réduction des méfaits.

Les participants aux deux sondages ont été recrutés selon une méthode de sondage en boule de neige. Les partenaires qui ont participé à l'élaboration de l'étude ont diffusé le sondage à leurs vastes réseaux de



fournisseurs de services de réduction des méfaits. Le Conseil consultatif scientifique du CCDUS, le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies, des partenaires nationaux d'intervention en matière d'opioïdes, le Groupe de travail national sur la vérification de drogue, le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies et les réseaux de traitement des dépendances ont aussi largement diffusé le sondage. La promotion des sondages s'est aussi faite sur les médias sociaux et des plateformes en ligne telles qu'EENet Connect (Réseau d'échange des données probantes).

Après avoir rempli le sondage du cycle un, les participants pouvaient saisir leur adresse courriel pour s'inscrire à un tirage qui leur donnait une chance sur cinq de remporter une carte-cadeau électronique Tim Hortons de 20 \$. C'était l'unique section du sondage qui nécessitait un renseignement personnel. Au cycle deux, la méthode de compensation a été modifiée selon la rétroaction des partenaires : une carte-cadeau Amazon, Walmart, Tim Hortons ou le Choix du Président a été offerte à tous les participants dont le sondage était dûment rempli et valide et qui avaient fourni une adresse courriel. À l'instar du cycle un, les personnes qui ne demandaient pas de compensation n'avaient pas à fournir de renseignements personnels.

Analyse des données

Les données quantitatives du sondage ont été analysées au moyen de la version 22 du Statistical Package for the Social Sciences. Ceux qui répondaient seulement aux questions démographiques ou qui sélectionnaient toujours la même réponse (« très souvent », par exemple) ont été exclus des analyses. La taille des échantillons différait d'une variable à l'autre, puisque les personnes sondées n'ont pas toutes répondu à toutes les questions du sondage.

Une analyse de covariance (ANCOVA) a été effectuée pour déterminer si des paramètres à l'étude (satisfaction de compassion, épuisement professionnel, stress traumatique secondaire, deuil et stigmatisation) différaient d'un cycle à l'autre. Le test du chi carré a servi à déterminer si la distribution des signalements de stigmatisation parmi les hommes et les femmes était différente entre les deux cycles. Le genre, l'âge et le nombre d'années d'expérience en réduction des méfaits ont été retenus comme covariables pour ces analyses.

L'ANCOVA a aussi été utilisée pour déterminer si les variables indépendantes (genre, expérience passée ou présente de l'usage de substances, statut réglementé ou non) influençaient les paramètres à l'étude. Une analyse de régression logistique binomiale a permis d'examiner l'influence des variables indépendantes sur la stigmatisation vécue par les hommes et par les femmes séparément, vu la variable dichotomique. Comme ces variables indépendantes ont été étudiées au cycle deux seulement, les analyses portaient sur les données recueillies en 2021. L'âge des participants et leur nombre d'années d'expérience dans le secteur de la réduction des méfaits ont été retenus comme covariables pour ces analyses.

Il pourrait y avoir corrélation entre le fait d'avoir une expérience passée ou présente de l'usage de substances et d'être un professionnel réglementé. Toutefois, un test du chi carré n'a révélé aucune association significative entre ces variables : elles ont donc été incluses en tant que variables indépendantes distinctes dans les analyses.

Comme peu de répondants se sont identifiés comme étant de genre divers (2019 : $n = 17$; 2021 : $n = 11$), il n'a pas été possible d'effectuer de comparaisons valides et fiables entre ce groupe et les personnes qui s'identifiaient en tant qu'homme ou femme. Par conséquent, seules les réponses des personnes s'identifiant en tant qu'homme ou femme ont été incluses dans les analyses prédictives.

L'analyse qualitative des questions ouvertes a été effectuée par la création de listes de codes, et chaque réponse a été classée en conséquence. D'un à cinq codes ont été attribués aux réponses, en fonction de la complexité de celles-ci. Le codage a permis de dégager des thèmes généraux et de créer un résumé de la réponse à chaque question. Pour préciser le contexte, le cycle auquel les réponses ont été recueillies est indiqué entre parenthèses (« C1 » pour le cycle un, « C2 » pour le cycle deux).



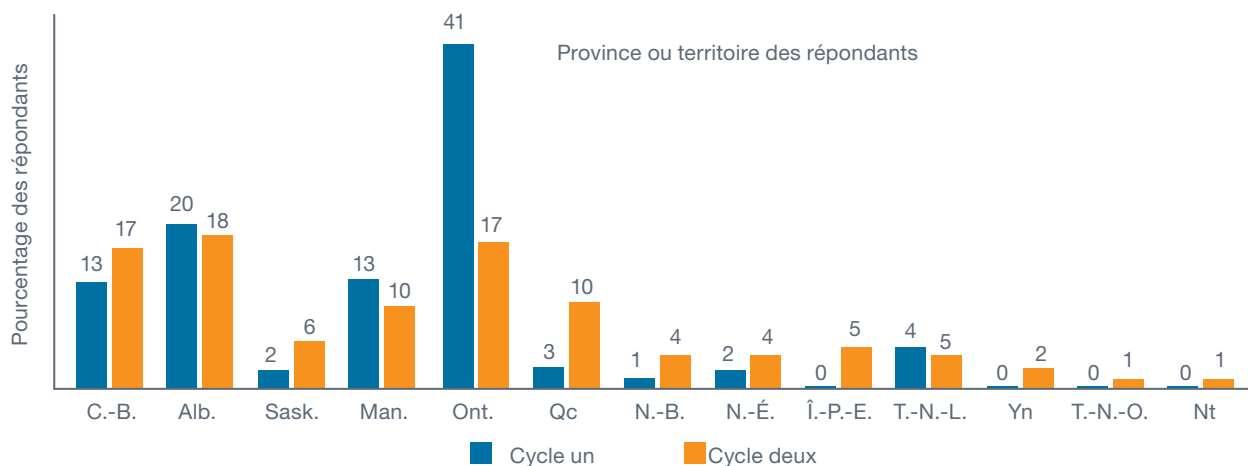


Résultats

Caractéristiques démographiques

Au total, 651 sondages valides ont été remplis en 2019, et 1 360, en 2021. La répartition régionale des répondants pour chaque cycle de sondage est présentée à la figure 1. La plupart des répondants provenaient de l’Ontario, de l’Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba et du Québec.

Figure 1. Répartition régionale des participants



Le tableau 1 présente le profil démographique des répondants des sondages des deux cycles. La majorité des répondants se sont identifiés en tant que femmes en 2019 et en tant qu’hommes en 2021. Dans les deux cycles, la plupart des répondants étaient âgés de 25 à 44 ans. Le niveau de scolarité était variable, et une grande proportion de répondants ont dit avoir effectué des études postsecondaires. Dans les deux cycles, la plupart des répondants ont dit vivre dans des milieux urbains ou suburbains, travailler à temps plein et œuvrer dans le secteur de la réduction des méfaits depuis cinq ans ou moins.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des répondants au sondage, pour chaque cycle, *n* (%)

Caractéristiques	Cycle un, 2019 (<i>n</i> = 651)	Cycle Two, 2021 (<i>n</i> = 1,360)
Anglais	637 (97,8)	1353 (99,5)
Français	14 (2,2)	7 (0,5)
Femmes	501 (77,3)	604 (46,7)
Hommes	130 (20,1)	678 (52,4)
Genre divers	17 (2,6)	11 (0,9)
Expérience passée ou présente de l'usage de substances	—	772 (59,1)
Aucune expérience passée ou présente de l'usage de substances	—	463 (35,4)
Profession réglementée	—	624 (45,9)
Profession non réglementée	—	637 (46,8)
18 à 24 ans	39 (6,2)	214 (18,7)
25 à 44 ans	410 (64,8)	828 (72,2)
45 à 64 ans	169 (26,7)	101 (8,8)
65 ans et plus	15 (2,4)	4 (0,3)
Études secondaires non terminées	8 (1,2)	94 (6,9)
Diplôme d'études secondaires	17 (2,6)	181 (13,3)
Formation générale (FG) ou formation de base des adultes (FBA)	3 (0,5)	88 (6,5)
Collège ou école technique	28 (4,3)	180 (13,2)
Diplôme d'un collège ou d'une école technique	125 (19,3)	310 (22,8)
Diplôme universitaire de premier cycle	285 (43,7)	356 (26,2)
Diplôme professionnel (p. ex. droit, médecine)	64 (9,9)	78 (5,7)
Diplôme d'études supérieures (maîtrise, doctorat)	115 (17,8)	48 (3,5)
Autre	2 (0,3)	16 (1,2)
Secteur urbain ou suburbain (ville)	572 (87,9)	905 (66,5)
Secteur rural (à quelques minutes en voiture d'une ville)	55 (8,4)	305 (22,5)
Secteur éloigné ou isolé (à une grande distance de la ville la plus près)	23 (3,5)	191 (14,0)
Incertain	—	10 (0,7)
Préfère ne pas répondre	—	4 (0,3)
Employé à temps plein	491 (75,4)	735 (54,0)
Employé à temps partiel	127 (19,5)	380 (27,9)
Bénévole à temps plein	5 (0,8)	103 (7,6)
Bénévole à temps partiel	36 (5,5)	212 (15,6)
2 ans ou moins d'expérience de travail en réduction des méfaits	190 (29,2)	380 (27,9)
3 à 5 ans d'expérience de travail en réduction des méfaits	147 (24,7)	393 (28,9)
6 à 10 ans d'expérience de travail en réduction des méfaits	133 (22,4)	211 (15,5)
11 à 20 ans d'expérience de travail en réduction des méfaits	102 (17,2)	62 (4,6)
21 ans ou plus d'expérience de travail en réduction des méfaits	22 (3,7)	13 (1,0)

Note. — = non disponible



Services et milieux de soins

Les répondants devaient indiquer le type de services de réduction des méfaits qu'ils fournissaient ainsi que le milieu dans lequel ils travaillaient. Ils pouvaient sélectionner plus d'une réponse au besoin. Par conséquent, les chiffres présentés ci-dessous ne représentent pas des cas uniques, et le pourcentage total peut dépasser 100 %.

Cycle un

Le tableau 2 indique la proportion de répondants ayant fourni chaque type de services en 2019. Près de 13 % des répondants ont dit fournir des services autres que ceux des choix de réponse : ils ont été classés dans la catégorie « autre ». Ces participants ont précisé travailler dans des services de santé sexuelle, des services de logement, des services à l'enfance et des services de soutien en situation de crise. Bien que le nombre de réponses classées dans « autre » soit considérable, chacun des exemples susmentionnés représente moins de 1 % de l'échantillon : ils sont donc présentés ensemble.

Tableau 2. Services fournis par les répondants au sondage du cycle un ($n = 651$)

Type de services offerts	n (%)
Sensibilisation à la consommation sécuritaire et à la réduction des méfaits	557 (85,6)
Orientation des clients vers le traitement	472 (72,5)
Aide pour s'y retrouver dans les services, y compris de santé, de logement ou d'aide sociale	460 (70,7)
Distribution de matériel ou d'équipement pour réduire les méfaits comme des seringues	442 (67,9)
Formation sur l'intervention en cas de surdose et distribution de naloxone	435 (66,8)
Counseling	393 (60,4)
Formation ou soutien de pairs avec qui je travaille	299 (45,9)
Services de soutien par des pairs	170 (26,1)
Analyse ou vérification de drogue	161 (24,7)
Équipe de patrouilleurs de rue ou d'intervention en cas de surdose	133 (20,4)
Thérapie par agonistes opioïdes	119 (18,3)
Autre	83 (12,8)
Pharmacie	21 (3,2)

Le tableau 3 indique la proportion de répondants travaillant dans chaque type de milieu. Encore une fois, un nombre important de personnes ont dit travailler dans des milieux qui ne faisaient pas partie des choix de réponse (tableau 3) et ont précisé travailler dans des organismes de services liés au sida, des centres sans rendez-vous et des établissements de soins de courte durée (p. ex. services d'urgence). Ces réponses ont été classées dans la catégorie « autre ». Bien que le nombre de réponses dans cette catégorie soit considérable, chacun des exemples représentait moins de 1 % de l'échantillon : ils sont donc présentés ensemble.

Tableau 3. Milieux de soins dans lequel les répondants travaillent ($n = 651$)

Type de milieux de soins	n (%)
Autre	164 (25,2)
Centre de consommation supervisée	148 (22,7)
Programme de traitement des dépendances en milieu communautaire	133 (20,4)
Centre de santé communautaire	133 (20,4)
Service de proximité, y compris ramassage ou échange de seringues	124 (19)
Bureau de santé publique	103 (15,8)
Organisations de personnes qui consomment des substances	84 (12,9)
Équipe d'approche communautaire ou de traitement communautaire dynamique	80 (12,3)
Centre de prévention des surdoses	60 (9,2)
Programme de traitement des dépendances en milieu hospitalier	35 (5,4)
Organisme autochtone ou centre d'amitié	27 (4,1)
Pratique familiale ou équipe de santé familiale	15 (2,3)
Pharmacie	12 (1,8)
Technicien ambulancier médical ou premier répondant	7 (1,1)

Cycle deux

En 2021, les questions sur les services et les milieux de soins ont été révisées légèrement pour tenir compte du temps que les répondants passaient à fournir chaque type de services (tableau 4) et à travailler dans chaque type de milieu (tableau 5). Les réponses montrent la variété et l'ampleur du travail qu'effectuent les travailleurs en réduction des méfaits.

Tableau 4. Services fournis par les répondants au sondage du cycle deux ($n = 1\ 360$), n (%)

Type de services fournis	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Aider les clients à s'y retrouver dans les services	145 (10,7)	309 (22,7)	422 (31,0)	331 (24,3)	112 (8,2)
Sensibilisation à la consommation sécuritaire et à la réduction des méfaits	136 (10,0)	266 (19,6)	471 (34,6)	372 (27,4)	75 (5,5)
Counseling	132 (9,7)	304 (22,3)	390 (28,7)	339 (24,9)	153 (11,3)
Distribution de naloxone	128 (9,4)	265 (19,5)	409 (30,1)	379 (27,9)	147 (10,8)
Distribution de matériel ou d'équipement pour réduire les méfaits comme des seringues	121 (8,9)	258 (19,0)	448 (32,9)	370 (27,2)	145 (10,7)
Activités avec une patrouille de rue, une équipe d'approche communautaire ou une intervention en cas de surdose	118 (8,7)	302 (22,2)	354 (26,0)	328 (24,1)	218 (16,0)
Formation ou soutien des collègues	111 (8,2)	308 (22,6)	445 (32,7)	360 (26,5)	98 (7,2)
Orientation des clients vers le traitement	109 (8,0)	284 (20,9)	448 (32,9)	360 (26,5)	112 (8,2)
Formation sur l'intervention en cas de surdose	95 (7,0)	273 (20,1)	464 (34,1)	355 (26,1)	138 (10,1)
Services en pharmacie (p. ex. administration de la thérapie par agonistes opioïdes, exécution d'ordonnances)	90 (6,6)	193 (14,2)	388 (28,5)	283 (20,8)	363 (26,7)
Thérapie par agonistes opioïdes	85 (6,3)	203 (14,9)	366 (26,9)	339 (24,9)	319 (23,5)
Dépistage ou vérification de drogue	69 (5,1)	226 (16,6)	358 (26,3)	248 (25,6)	315 (23,2)
Technicien ambulancier médical ou autre premier répondant	66 (4,9)	224 (16,5)	354 (26,0)	345 (25,4)	325 (23,9)


Tableau 5. Milieux de soins dans lequel les services ont été fournis au cycle deux ($n = 1\,360$), n (%)

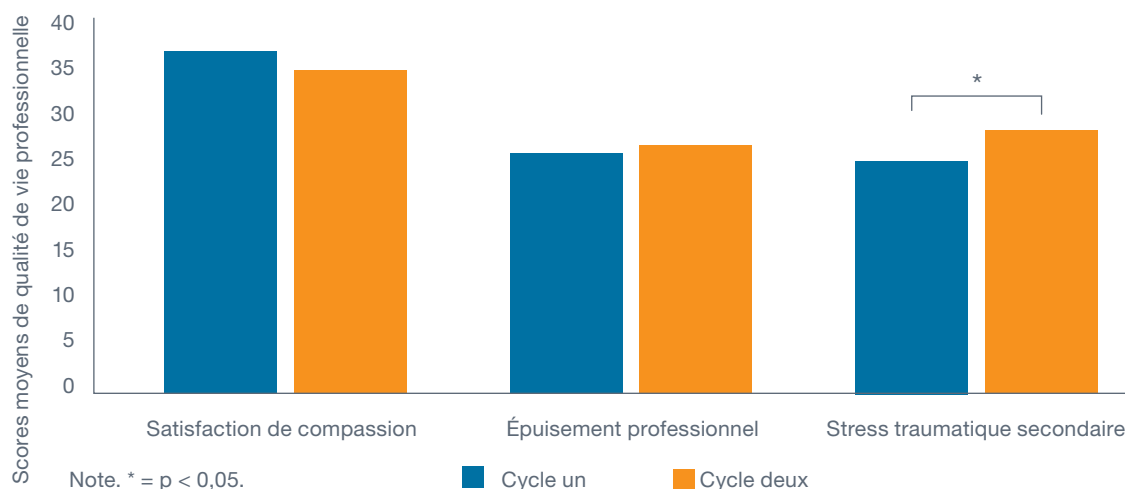
Type de milieux de soins	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Centres de santé communautaire	138 (10,1)	250 (18,4)	402 (29,6)	262 (19,3)	259 (19,0)
Programme communautaire de traitement de la dépendance	115 (8,5)	225 (16,5)	391 (28,7)	279 (20,5)	300 (22,1)
Organisation de personnes qui consomment des substances ou groupe de consommateurs	114 (8,4)	216 (15,9)	417 (30,7)	320 (23,5)	248 (18,2)
Équipe mobile d'approche communautaire ou équipe de suivi intensif dans le milieu	112 (8,2)	218 (16,0)	377 (27,7)	333 (24,5)	267 (19,6)
Bureau de santé publique	89 (6,5)	212 (15,6)	370 (27,2)	318 (23,4)	322 (23,7)
Centre de consommation supervisée	88 (6,5)	150 (11,0)	331 (24,3)	404 (29,7)	348 (25,6)
Centre de prévention des surdoses	71 (5,3)	185 (13,6)	354 (26,0)	353 (25,9)	341 (25,1)
Clinique de thérapie par agonistes opioïdes	70 (5,1)	240 (17,6)	331 (24,3)	317 (23,3)	355 (26,1)
Organisme ou centre d'amitié autochtone	68 (5,0)	224 (16,5)	338 (24,9)	336 (24,7)	336 (24,7)
Programme de traitement des dépendances en milieu hospitalier	65 (4,8)	231 (17,0)	327 (24,0)	313 (23,0)	374 (27,5)
Clinique de médecine familiale ou clinique avec équipe de santé familiale	56 (4,1)	229 (16,8)	320 (23,5)	338 (24,9)	361 (26,5)
Pharmacie	53 (3,9)	230 (16,9)	320 (23,5)	312 (22,9)	382 (28,1)
Clinique d'accès rapide à la médecine des dépendances	51 (3,8)	215 (15,8)	368 (27,1)	286 (21,0)	393 (28,9)

Qualité de vie professionnelle : conclusions quantitatives

Nous avons étudié la qualité de vie professionnelle pour évaluer les expériences positives et négatives associées à la prestation de services de réduction des méfaits à des personnes qui consomment des drogues. Les sous-échelles tiennent compte de la satisfaction de compassion, de l'épuisement professionnel et du stress traumatique secondaire.

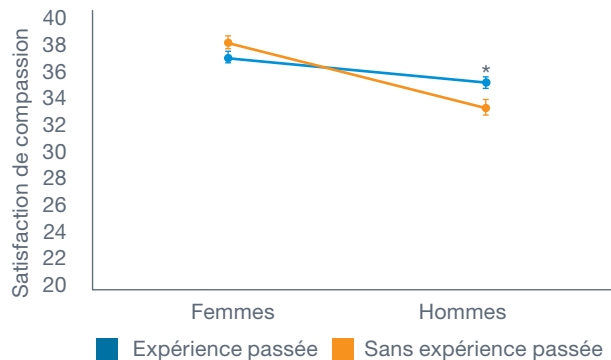
Satisfaction de compassion

De façon générale, les expériences de satisfaction de compassion déclarées étaient modérément élevées, sans différence entre le cycle un ($M = 36,7$, $ÉT = 6,11$) et le cycle deux ($M = 35,5$, $ÉT = 7,00$; $F[1, 1491] = 0,325$, $p = 0,569$). Comme le montre la figure 2, la satisfaction de compassion diffère selon le genre des participants, leur expérience passée et le statut réglementaire.

Figure 2. Scores moyens de qualité de vie professionnelle pour le cycle un et le cycle deux


Des niveaux considérablement plus élevés de satisfaction de compassion ont été signalés par les femmes ($M = 37,44$, $ET = 0,333$) que par les hommes ($M = 25,98$, $ET = 0,356$; $F[1, 859] = 50,77$, $p < 0,01$), ainsi que par les travailleurs de professions réglementées ($M = 36,22$, $ET = 0,342$) comparativement aux travailleurs de professions non réglementées ($M = 35,16$, $ET = 0,343$; $F[1, 859] = 4,77$, $p = 0,029$). Les niveaux de satisfaction de compassion ne différaient pas seulement selon l'expérience vécue ($F[1, 859] = 0,59$, $p = 0,445$). En effet, nous avons observé une interaction entre le genre et l'expérience passée ou présente ($F[1, 865] = 10,543$, $p = 0,001$), et le fait d'avoir une expérience passée se traduisait par des scores élevés de satisfaction de compassion chez les hommes (expérience passée : $M = 34,91$, $ET = 0,385$; sans expérience passée : $M = 32,97$, $ET = 0,598$; $p = 0,006$), mais pas chez les femmes (expérience passée : $M = 36,84$, $ET = 0,453$; sans expérience passée : $M = 38,03$, $ET = 0,483$; $p = 0,66$; figure 3).

Figure 3. Taux moyens de satisfaction de compassion, selon le genre et l'expérience passée



Note. * = $p < 0,05$.

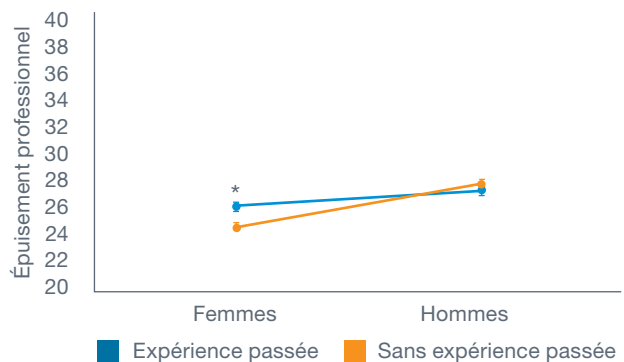
Épuisement professionnel

De façon générale, les niveaux d'épuisement professionnel étaient modérés et restaient relativement constants entre le cycle un ($M = 26$, $ÉT = 4,7$) et le cycle deux ($M = 26,6$, $ÉT = 5,5$; $F[1, 1491] = 3,73$, $p = 0,054$) (figure 2).

Des niveaux plus élevés d'épuisement professionnel ont été signalés par les hommes ($M = 27,66$, $ET = 0,275$) que les femmes ($M = 25,30$, $ET = 0,258$; $F[1, 865] = 38,50$, $p < 0,001$) et par les travailleurs de professions non réglementées ($M = 27,25$, $ET = 0,267$) que ceux de professions réglementées ($M = 25,72$, $ET = 0,263$; $F[1, 865] = 16,54$, $p < 0,01$). Aucune différence n'a été notée entre le taux déclaré d'épuisement professionnel des personnes ayant une expérience passée ($M = 26,76$, $ET = 0,23$) et celui des personnes sans expérience

passée ($M = 26,19$, $ET = 0,296$; $F[1, 865] = 2,32$, $p = 0,128$). L'expérience passée interagit toutefois avec le genre pour prédire le taux d'épuisement professionnel ($F[1, 865] = 8,76$, $p = 0,003$), de sorte qu'avoir une expérience passée rimait avec des taux plus élevés d'épuisement professionnel chez les femmes (expérience passée : $M = 26,14$, $ET = 0,351$; sans expérience passée : $M = 24,46$, $ET = 0,374$; $p = 0,001$), mais pas chez les hommes (expérience passée : $M = 27,39$, $ET = 0,298$; sans expérience passée : $M = 27,93$, $ET = 0,461$; $p = 0,33$; figure 4).

Figure 4. Niveaux moyens d'épuisement professionnel, selon le genre et l'expérience passée



Note. * = $p < 0,05$.

Stress traumatique secondaire

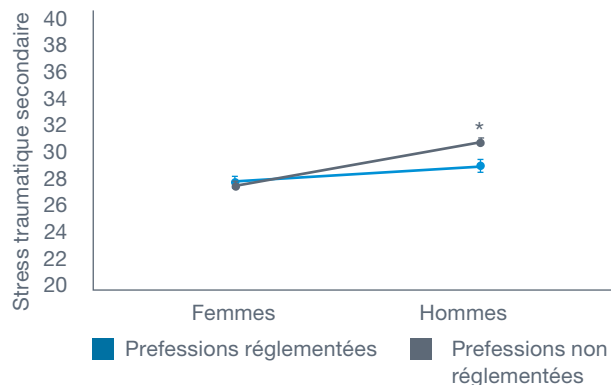
De façon générale, les niveaux de stress traumatique secondaire étaient d'abord modérés, puis ont considérablement augmenté du cycle 1 ($M = 25,6$, $ÉT = 7,4$) au cycle 2 ($M = 28,7$, $ÉT = 6,7$; $F[1, 1491] = 16,25$, $p < 0,001$) (figure 2).

Comme dans le cas de l'épuisement professionnel, les hommes ont signalé des niveaux plus élevés de stress traumatique secondaire ($M = 29,53$, $ET = 0,321$) que les femmes ($M = 27,25$, $ET = 0,303$; $F[1, 865] = 26,27$, $p < 0,01$). Le stress traumatique secondaire ne variait pas selon le statut réglementaire (professions réglementées : $M = 25,72$, $ET = 0,263$; professions non réglementées : $M = 27,25$, $ET = 0,267$; $F[1, 865] = 1,30$, $p = 0,255$). Par contre, les personnes ayant une expérience passée ont signalé des niveaux plus élevés de stress traumatique secondaire ($M = 29,56$, $ET = 0,270$) que celles sans expérience passée ($M = 27,219$, $ET = 0,346$; $F[1, 865] = 28,189$, $p < 0,01$). De plus, le genre et le statut réglementaire interagissaient pour prédire le stress traumatique secondaire ($F[1, 865] = 4,868$, $p = 0,028$), de sorte que travailler dans une profession non réglementée prédit un stress traumatique secondaire plus important chez les hommes (professions réglementées : $M = 30,26$, $ET = 0,420$; professions non réglementées :



$M = 28,79$, $ET = 0,484$; $p = 0,022$), mais pas chez les femmes (professions réglementées : $M = 27,48$, $ET = 0,385$; professions non réglementées : $M = 27,02$, $ET = 0,465$; $p = 0,44$) (figure 5).

Figure 5. Niveaux moyens de stress traumatique secondaire, selon le genre et le statut réglementaire



Note. * = $p < 0,05$.

Qualité de vie professionnelle : conclusions qualitatives

Pour permettre aux répondants de fournir davantage d'information sur leur qualité de vie professionnelle, nous leur avons posé la question suivante : « Y a-t-il autre chose concernant votre qualité de vie professionnelle que vous voudriez ajouter? » On ne leur demandait pas de développer leur réponse pour chaque sous-échelle, mais seulement de parler de leur qualité de vie professionnelle en général. Au total, 38 % ($n = 250$) des répondants du cycle un et 18 % ($n = 242$) de ceux du cycle deux ont répondu à cette question. En général, ces répondants ont dit aimer leur travail, se sentir soutenus et croire que le travail de réduction des méfaits est important.

« J'ai toujours préconisé les pratiques de réduction des méfaits, et c'est par hasard que j'ai intégré cette profession. Je vais bientôt me joindre au programme de réduction des méfaits; ce sera l'un de mes principaux rôles. Cette occasion m'emballe, et je crois que ma personnalité conviendra bien au travail de réduction des méfaits. (C1)

« J'adore mon travail et les personnes que j'ai le privilège de servir, même s'il est extrêmement difficile de ne pas avoir assez de services communautaires pour les aider. (C1)

J'adore mon travail, mais j'aurais aussi aimé qu'il ne soit pas nécessaire. Je ne pouvais supporter de ne rien faire pour lutter contre la crise des surdoses. C'est un honneur de recevoir une rémunération pour quelque chose qui me passionne, mais c'est aussi difficile de se battre continuellement pour que les gouvernements reconnaissent la valeur de la vie des gens comme moi. (C2)

Comme le montrent les figures ci-dessus, de nombreux répondants ont aussi donné diverses raisons pour lesquelles ils ressentent de la frustration et de l'insatisfaction par rapport à leur qualité de vie professionnelle. Dans leurs réponses, ils disaient généralement vouloir que des améliorations soient apportées aux conditions de travail, que les avantages sociaux et les salaires soient bonifiés, que les services et les ressources de soutien pour les clients soient améliorés, que le gouvernement fournisse davantage de soutien et de financement, qu'il y ait davantage de sensibilisation et de soutien à l'égard de l'urgence des surdoses et du travail de réduction des méfaits, et que la gestion soit meilleure.

« C'est le système qui nuit à ma qualité de vie professionnelle, rarement les clients. Le système appelle ça de l'épuisement professionnel... Moi, je préfère le terme « agression morale constante ». (C1)

« Le deuil, la perte et l'épuisement sont bien réels. C'est difficile de faire ce travail avec peu de soutien et avec la stigmatisation dans les communautés rurales. (C2)

« Les systèmes d'organismes, les gouvernements, les politiques et les affaires publiques compliquent la prestation des meilleurs soins possible pour les personnes qui ont besoin de services de réduction des méfaits. (C1)

Les répondants du cycle deux ont signalé des contraintes relatives à la COVID-19 qui touchaient leur qualité de vie professionnelle, p. ex. la réduction des services et les restrictions de santé publique.

« Durant la pandémie, j'ai perdu l'accès à des avantages qui favorisaient ma santé mentale, comme les horaires flexibles et les vacances. La demande pour les services de mon équipe n'a jamais été aussi élevée, et personne ne reconnaît les risques que nous prenons ou les services que nous fournissons. (C2)

« La COVID-19 a fait augmenter les niveaux de stress lors des interactions, à cause des restrictions et de la peur de se faire infecter. (C2)

Changements relatifs au travail durant la pandémie de COVID-19

Les répondants du cycle deux devaient indiquer si leur impression de leur travail ou de la manière dont leur travail touchait leur qualité de vie avait changé depuis le début de la pandémie. Près d'un quart (24 %, $n = 326$) a confirmé que oui. Pour mieux comprendre ces changements, nous avons demandé aux répondants de décrire ce qui avait changé et d'indiquer quelle était d'après eux la raison de ces changements. La plupart des réponses mentionnaient des répercussions sur le type et la qualité des soins qu'ils pouvaient prodiguer à leurs clients, un thème abordé par 39 % ($n = 128$) des participants qui ont répondu à cette question. Parmi les répercussions, notons le manque de matériel et les ressources limitées, le besoin d'interactions en personne et l'impossibilité d'aider les clients qui n'avaient accès ni à Internet ni à d'autres appareils de communication.

« Beaucoup d'obstacles sont apparus pour les usagers des centres de consommation sécuritaire : les masques, la distanciation physique, les protocoles d'accès de certains établissements, etc. De nombreuses personnes aux prises avec une dépendance sont frustrées par les règles en place et décident de consommer seules. Ça peut entraîner des décès. (C2)

« Tous ces obstacles aux services pour les clients rendent mon travail plus difficile. J'ai l'impression de ne pas être en mesure d'outiller les autres. (C2)

D'autres thèmes ont été abordés dans les réponses : la réduction de l'accessibilité et de la disponibilité des programmes et des services, l'augmentation de la charge de travail, de la fatigue, de l'épuisement professionnel et de l'isolement, la socialisation limitée et le changement de l'état de santé mentale.

« Le travail s'accumule sans cesse. Je ressens plus de fatigue que jamais. (C2)

« Je sais que mon stress personnel me laisse moins à donner ou à offrir au travail. Je dois faire très attention à mon énergie et la conserver où je peux. Je ne peux pas en faire autant qu'avant la pandémie. (C2)

« On dirait que les besoins sont plus criants, et les ressources, moins nombreuses. (C2)

Quelques répondants ont parlé d'une hausse des changements positifs relatifs au travail depuis le début de la pandémie, p. ex. la capacité à aider les clients, la communauté et la société en général ainsi que le sens et la motivation retirés du travail.

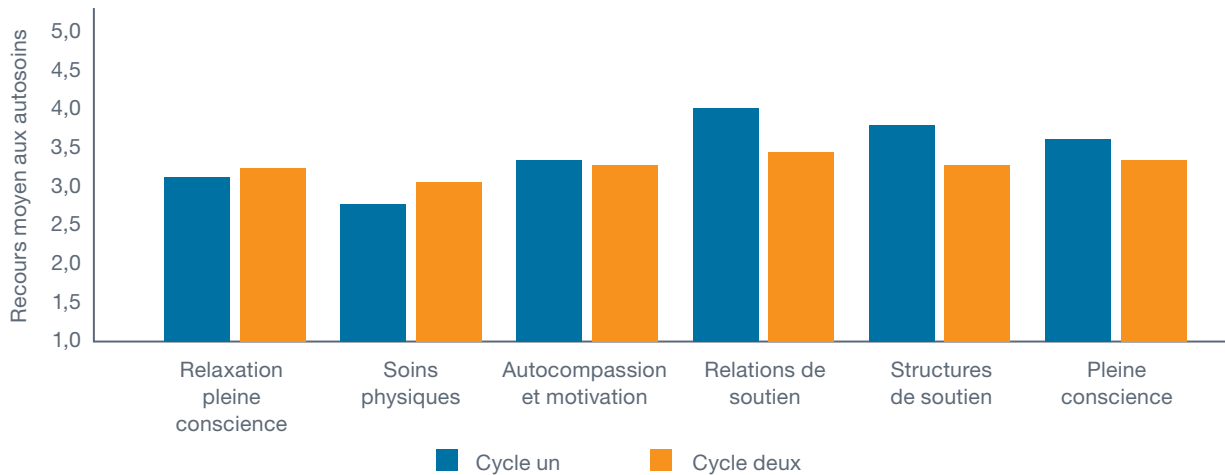
« J'ai l'impression que notre travail est devenu plus crucial. Vu les fermetures, les déménagements et les changements de services causés par la COVID-19, il est devenu plus important d'être une source fiable et constante de ressources (et de matériel) de réduction des méfaits. (C2)



Prendre soin de soi : conclusions quantitatives

De façon générale, les participants ont eu recours aux auto-soins deux à trois fois par semaine en moyenne (figure 6).

Figure 6. Recours aux auto-soins au cycle un et au cycle deux



Les résultats montrent que certains sous-types mesurés ont été statistiquement influencés par le genre, l'expérience vécue et le statut réglementé ou non. La plus grande différence a été enregistrée pour la relaxation pleine conscience, qui était utilisée plus souvent par les personnes ayant une expérience vécue ($M = 3,40$, $ET = 0,36$) que par les autres ($M = 3,20$, $ET = 0,47$, $F[1, 881] = 18\,949$, $p < 0,001$). Bien qu'elle soit statistiquement significative, la différence était modeste (les personnes s'adonnaient à des activités d'auto-soins le même nombre de jours par semaine); ce résultat n'est donc probablement pas cliniquement significatif. Le score d'autres sous-domaines présentant des différences statistiquement significatives entre les groupes était encore plus petit que celui de la relaxation pleine conscience.

La comparaison des soins personnels entre les cycles un et deux ont révélé quelques différences significatives. La relaxation pleine conscience et les soins physiques étaient utilisés plus souvent au cycle deux qu'au cycle un, et les relations de soutien, les structures de soutien et la pleine conscience étaient utilisées moins souvent (figure 6). Encore une fois, ces différences étaient modestes et n'ont pas été considérées comme significatives en pratique.

Prendre soin de soi : conclusions qualitatives

Afin de mieux comprendre les types d'auto-soins qu'utilisaient les fournisseurs de services de réduction des méfaits, nous avons demandé aux répondants s'ils avaient autre chose à ajouter sur le sujet. Un cinquième des répondants du cycle un (22 %; $n = 143$) et du cycle deux (19 %; $n = 259$) ont répondu à cette question. En général, les thèmes les plus courants étaient l'activité physique, les activités favorisant la santé mentale et les pratiques positives d'auto-soins (maintenir l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, conjuguer pleine conscience et auto-soins, trouver des passe-temps et des activités et passer du temps dans la nature).

- « Faire de l'exercice et prendre l'air régulièrement sont absolument nécessaires à ma santé mentale. J'en fais une priorité que je fais passer devant presque tout le reste. (C1)
- « Nous avons pris l'habitude chaque jour de prendre un repas ou une collation tous ensemble autour de la table. Pas de téléphones : on parle et on écoute les autres. (C2)
- « Faire quelque chose de bon pour notre santé nous aide à être reconnaissants d'être la personne que nous sommes devenus. (C2)

Les précautions relatives à la COVID-19, comme pratiquer l'hygiène des mains ou trouver des moyens de socialiser et de briser l'isolement, sont un autre thème relevé au cycle deux.

« J'ai régulièrement rappelé à nos employés et à nos collatéraux [collègues ou clients] qu'il est normal de ne pas être à son 100 % ces temps-ci. Nous avons l'habitude de le répéter à nos clients, mais nous oublions que c'est valable pour nous aussi. (C2)

« Je crois que la distanciation physique, le port du masque et le lavage des mains sont trois stratégies qui aident à réduire le risque d'infection. (C2)

Prêter une plus grande attention à l'hygiène et se laver les mains souvent. (C2)

Changement des pratiques d'autosoins durant la pandémie

Chez les répondants du cycle deux, 22 % ($n = 294$) ont indiqué que leurs pratiques d'autosoins avaient changé depuis le début de la pandémie. Les répondants devaient décrire dans quelle mesure leurs habitudes avaient changé ainsi que les raisons qui, d'après eux, expliquaient ces changements. L'isolement accru et les occasions limitées de socialiser étaient des thèmes courants, relevés par 37 % ($n = 108$) des personnes qui ont répondu à la question.

« Je sors rarement de chez moi, donc je ne m'adonne pas souvent à des activités physiques ou sociales. (C2)

Près de 32 % des répondants ($n = 94$) qui ont remarqué un changement ont dit effectuer diverses activités d'autosoins : ils faisaient plus d'activités physiques, trouvaient de nouvelles activités et de nouveaux passe-temps, restaient en contact avec leurs amis, les membres de leur famille et leurs collègues, passaient plus de temps dans la nature et mangeaient plus sainement.

« J'ai trouvé de nouvelles activités de création que je peux faire à la maison et par moi-même. Je sors beaucoup plus avec mon chien et je profite de la nature et de l'air frais (quand il ne fait pas -35). Je planifie aussi davantage mes repas : c'est plus facile, comme je passe plus de temps chez moi. (C2)

« J'ai dû prendre soin de moi de manière plus intentionnelle et moins passive. Beaucoup d'employés ont pris congé pendant cette période, alors nous faisons attention à notre bien-être. J'ai commencé à planifier mes repas et mon activité physique pour ne pas avoir à prendre des décisions après le travail. (C2)

Les répondants parlaient aussi de la plus grande attention portée au bien-être et aux soins personnels, de la prudence accrue (p. ex. lavage des mains, distanciation physique, port du masque) et des défis du maintien de pratiques d'autosoins plus saines (p. ex. prise de poids, mode de vie sédentaire, anxiété accrue, manque de motivation, manque de sommeil, difficultés à garder l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle).

« Ce n'est pas une mince affaire de maintenir l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle tout en prenant soin de soi. (C2)

Pendant les six premiers mois de la pandémie, j'étais déprimé et sédentaire et je faisais de très mauvais choix alimentaires. En août, j'ai décidé de changer mes habitudes et de faire appel à des accompagnateurs personnels. Je fais de l'exercice depuis. (C2)

« Porter attention à son hygiène, se laver les mains souvent, porter un masque quand on sort et éviter les endroits bondés. (C2)

Vulnérabilité au deuil : conclusions quantitatives

En règle générale, les niveaux de vulnérabilité au deuil étaient modérés au cycle un ($M = 14,91$, $ÉT = 4,14$), puis ont considérablement augmenté au cycle deux ($M = 17,16$, $ÉT = 3,74$, $F[1, 1466] = 42,54$, $p < 0,001$).

Les hommes ont mentionné une vulnérabilité au deuil beaucoup plus grande ($M = 17,30$, $ET = 0,199$) que les femmes ($M = 16,70$, $ET = 0,186$, $F[1, 869] = 4,803$, $p = 0,029$). Les personnes dans des rôles non réglementés ont signalé une plus grande vulnérabilité au deuil ($M = 17,41$, $ET = 0,192$) que celles dans des rôles réglementés ($M = 16,58$, $ET = 0,191$, $F[1, 869] = 9,31$, $p = 0,002$). Les personnes ayant une expérience passée ou présente ont signalé une plus grande vulnérabilité au deuil ($M = 17,28$, $ET = 0,166$) que celles n'ayant pas une telle expérience ($M = 16,70$, $ET = 0,214$, $F[1, 865] = 4,517$, $p = 0,034$).



Vulnérabilité au deuil : conclusions qualitatives

Nous avons demandé aux répondants s'ils avaient autre chose à ajouter à propos du deuil; 22 % ($n = 142$) de ceux du cycle un et 15 % ($n = 200$) de ceux du cycle deux l'ont fait. Le soutien était un thème récurrent dans les réponses : beaucoup ont indiqué que bien que le soutien soit important dans le processus de deuil, il n'était pas toujours possible d'en obtenir, et que de manière générale, il était difficile de vivre avec le deuil.

« Je trouve que c'est une lutte constante entre vouloir aider les personnes touchées par le décès et faire preuve d'indulgence envers soi-même, car on est aussi en deuil. C'est un équilibre difficile. (C2) »

Un autre thème courant : l'importance de reconnaître que tout le monde vit son deuil différemment et que le deuil peut être difficile à vivre quand on travaille auprès de personnes qui en font l'expérience régulièrement.

« Lorsqu'un patient [ou] un client décède, je dois absolument prendre une courte pause de pleine conscience avant de continuer ma journée. Je ne sais pas comment expliquer pourquoi j'ai besoin de continuer. Je crois que je le fais pour diverses raisons. Par exemple, je crois que j'ai besoin de continuer à travailler, car sinon, la perte d'une personne pourrait entraîner une autre, et je ne peux laisser cela se produire. J'ai besoin d'un certain temps, peut-être quelques jours, pour surmonter le deuil et la perte, et je peux le faire tout en continuant de vivre. (C1) »

« Pour moi, le deuil est toujours lourd à porter. Je trouve que l'un des aspects les plus difficiles du deuil est de trouver l'équilibre entre s'ouvrir à la vie et aux nouvelles joies et vivre le deuil en lui accordant une grande place dans son quotidien. C'est une expérience déroutante, et je peux dire qu'il est difficile de trouver du soutien utile et des occasions d'exprimer son deuil et d'échanger sur ses expériences. (C1) »

Les participants du cycle deux qui ont répondu à cette question ont dit voir plus de décès, vivre plus de deuils et remarquer des changements dans leur santé mentale et leur bien-être en raison de la pandémie de COVID-19.

« Nous perdons quelqu'un chaque jour. J'ai l'impression que nous n'avons pas le temps de faire notre deuil. (C2) »

« Deux collègues de notre petite organisation sont décédés depuis le début de la pandémie. Cela s'ajoute aux décès des clients. (C2) »

« Les décès et les blessures causées par la pandémie m'attristent. J'encourage vivement tout le monde à prendre des précautions. (C2) »

Fait intéressant, 15 % ($n = 30$) des participants du cycle deux qui ont répondu à cette question ont parlé de l'importance de rester optimiste et d'adopter une attitude positive durant la pandémie.

« Il est très important de faire preuve d'optimisme. Nous devons garder une bonne attitude pour surmonter les difficultés. (C2) »

Changements dans la vulnérabilité au deuil durant la pandémie

Lorsqu'il leur a été demandé s'ils avaient remarqué des changements dans leur manière de vivre le deuil et d'y réagir depuis le début de la pandémie, près de 10 % des répondants ($n = 130$) du cycle deux ont répondu par l'affirmative. Ils devaient ensuite préciser les changements et expliquer pourquoi, d'après eux, ils étaient survenus. Le principal thème dégagé des réponses était la quantité accrue de décès et de deuils, qui a été abordée par 43 % ($n = 56$) des participants ayant répondu à cette question.

« Je pense que la pandémie m'a fait prendre clairement conscience des risques accrus que vivent les personnes qui consomment des substances et donc du risque accru de décès par surdose. (C2) »

D'autres thèmes ont été relevés, tels que les difficultés engendrées par la pandémie (p. ex. directives de santé publique, isolement social, impossibilité de se rassembler en famille après une perte) et les changements malsains dans la santé mentale et le bien-être (p. ex. peur, anxiété et tristesse accrues).

« Je crois que je suis plus sensible. À cause de la longueur de la pandémie, je ressens de la frustration et de l'impuissance. Je dois prendre conscience de ces sentiments et leur faire face pour corriger ma perspective. (C2)

« Comme nous sommes plus isolés, il est difficile de recevoir un accompagnement pour le deuil. (C2)

Certains répondants ont dit avoir adopté une attitude plus positive : ils sont plus optimistes, ont appris à chérir la vie ou sont mieux outillés pour composer avec la perte et le deuil.

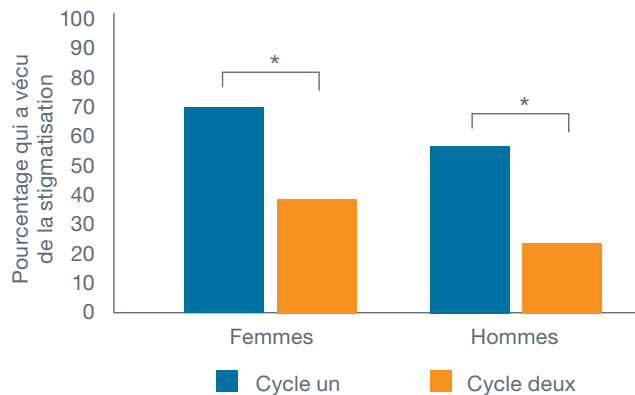
« La pandémie et le fait d'avoir vécu le deuil m'ont inculqué de nouvelles aptitudes d'adaptation et m'ont révélé mes propres capacités d'adaptation. (C2)

Stigmatisation : conclusions quantitatives

Chez les femmes, aucune corrélation significative n'a été observée entre le fait d'avoir vécu de la stigmatisation à propos du travail de réduction des méfaits et le fait d'avoir une expérience passée ou présente de l'usage de substances ou d'occuper un poste non réglementé. Chez les hommes, aucun lien n'a été relevé entre le fait d'avoir vécu de la stigmatisation à propos de leur travail de réduction des méfaits et le fait d'avoir une expérience passée ou présente de l'usage de substances. Cependant, les hommes qui occupaient des postes réglementés étaient moins susceptibles de signaler de la stigmatisation par rapport aux autres (RC = 0,556, IC 95 % [0,363, 0,883], $p < 0,05$).

Les femmes ont signalé beaucoup plus d'expériences avec la stigmatisation dans le cycle un (70,2 %) que dans le cycle deux (39,8 % et 57,3 % respectivement, $\chi^2(2) = 96,805$, $p < 0,01$) et comparativement aux hommes (57,3 % et 24,2 % respectivement, $\chi^2(2) = 52,519$, $p < 0,001$) (figure 7).

Figure 7. Expériences de la stigmatisation des hommes et des femmes dans le cycle un et le cycle deux



Note. * = $p < 0,05$.

Stigmatisation : conclusions qualitatives

Parmi les personnes qui se sentaient stigmatisées en raison de leur travail de réduction des méfaits, 59 % ($n = 387$) au cycle un et 16 % ($n = 224$) au cycle deux ont donné des précisions. Beaucoup avaient l'impression que la perception, le jugement et les attentes négatives à l'égard de la réduction des méfaits étaient les principales raisons pour lesquelles elles se sentaient stigmatisées. D'autres ont souligné le manque général de sensibilisation et de compréhension au sujet de leur travail.

« En général, les gens ne comprennent pas en quoi consiste notre travail. C'est difficile d'avoir l'impression qu'on doit toujours expliquer ou justifier ce qu'on fait. Ça donne l'impression que les progrès accomplis ne sont pas reconnus. (C1)



« Certaines personnes croient que les services de consommation supervisée encouragent la dépendance, ce qui leur semble aussi problématique que la dépendance même. J'exerce mon travail avec fierté, mais je n'aime pas en parler avec des inconnus parce que j'ai peur qu'ils me traitent différemment en sachant que j'aide des gens à faire usage de drogues de manière sécuritaire. (C1)

« Je prends conscience [de la stigmatisation] lorsque je me fais remarquer par des membres de ma communauté. Je prends conscience [de la stigmatisation] lorsqu'on me voit parler à une personne de la rue (p. ex. en situation d'itinérance, aux prises avec une dépendance, travaillant dans l'industrie du sexe) dans des lieux publics. J'ai aussi été victime de stigmatisation dans ma famille. Plusieurs membres de ma famille croient que certains services comme la prévention des surdoses ou la distribution de matériel sécuritaire ne devraient pas être offerts aux personnes aux prises avec une dépendance. (C1)

« Je vis dans une petite province conservatrice, et beaucoup de gens, y compris dans ma propre famille, ont des opinions négatives très tranchées sur les programmes de réduction des méfaits. Je passe beaucoup de mon temps libre (et non payé) à lutter contre la stigmatisation et à sensibiliser les gens aux mérites de la réduction des méfaits. Beaucoup de personnes croient que les programmes d'accès sécuritaire ne font qu'encourager les dépendances, et elles ne sont PAS d'accord avec le fait que l'argent des contribuables finance ces programmes. (C2)

Les répondants des cycles un et deux ont aussi parlé d'autres thèmes, comme la discrimination et le manque de soutien communautaire, le manque de respect de la part des professionnels de la santé et des services sociaux et les menaces verbales et physiques.

« Lorsque je rencontre des gens, surtout dans des milieux politiquement hostiles, j'aborde mon travail et certaines parties de mon identité avec prudence, car j'ai peur d'être victime de violence, de me faire juger pour ma manière d'aider les autres. (C1)

« Les membres de la communauté semblent avoir une compréhension limitée de ce qu'est la réduction des méfaits et de la façon dont elle peut positivement les affecter. Il m'arrive parfois de rencontrer un membre qui me manque de respect, à moi et à mes collègues. Cela m'encourage à continuer à lever les barrières de la stigmatisation et à briser la marginalisation des personnes les plus vulnérables. (C2)

« Je travaille dans un hôpital, mais j'offre un traitement communautaire. Des employés de l'hôpital continuent à faire preuve de stigmatisation envers la clinique, moi-même et les clients. Certains refusent d'aider à traiter les clients [ou] sont impolis envers moi et les clients. (C2)

La COVID-19 et la stigmatisation liée au travail

On a demandé aux répondants du cycle deux si leur expérience de stigmatisation liée au travail avait changé depuis le début de la pandémie. Environ 4 % ($n = 54$) ont confirmé que oui. Il leur était ensuite demandé de décrire ces changements et la raison pour laquelle ils croyaient qu'ils étaient survenus. Plusieurs répondants ont dit être victimes de stigmatisation liée à leur travail dans d'autres sections du sondage, plus particulièrement dans celles à propos de la qualité de vie professionnelle et des expériences de travail.

« Ça s'est aggravé. On regarde le nombre de surdoses doubler, et aucune aide supplémentaire n'est apportée. Nous nous épuisons, et il y a un manque cruel de volonté politique. Même d'autres organisations contribuent à la stigmatisation. (C2)

« Je travaille dans un refuge, et il y a eu beaucoup d'éclosions de COVID-19 au cours de la dernière année. Mes amis et ma famille ne veulent pas me voir, même en respectant les protocoles de distanciation physique et de port du masque, de peur de se faire infecter. Je comprends leur inquiétude, et je la ressens aussi, mais ça devient vite solitaire comme mode de vie. (C2)

Parmi les personnes qui ont répondu à cette question, certaines ont parlé d'une diminution de la stigmatisation à l'égard de la réduction des méfaits et d'un soutien accru (p. ex. aide, dons) depuis le début de la pandémie.



Dans notre ville, deux établissements (des refuges) qui auparavant refusaient d'adopter le modèle de réduction des méfaits ont fini par l'accepter. L'un d'eux a même commencé à distribuer du matériel et à permettre l'injection supervisée sur place. L'autre a cessé d'expulser les personnes qui possèdent des accessoires pour la consommation de drogues. (C2)



Ressources, programmes et soutien : résultats qualitatifs

Afin de savoir quelles mesures étaient en place dans les milieux de travail pour aider les travailleurs, nous avons demandé aux répondants de nous parler des mesures de soutien et ressources déjà en place qui leur sont utiles. Au total, 76 % ($n = 494$) des répondants du cycle un et 44 % ($n = 599$) de ceux du cycle deux ont répondu à la question. Parmi eux, beaucoup ont dit avoir accès aux services dont ils ont besoin. Voici les thèmes principaux :

- soutien aux employés (p. ex. counseling, programmes d'aide aux employés, groupes de soutien, réunions et bilans d'équipe, avantages sociaux);
- soutien de professionnels et d'organismes (p. ex. soutien aux employés comme des infirmières et des équipes d'intervenants);
- superviseurs bienveillants;
- bons organismes partenaires;
- bons programmes de sensibilisation et de formation;
- soutiens communautaires et entraide entre pairs (p. ex. soutien de la famille, des amis et des collègues, ou communauté solidaire);
- mesures de soutien de programmes (p. ex. bons programmes de réadaptation et de désintoxication).

Voici quelques citations représentatives de répondants qui approuvent ces thèmes :

« Une équipe bienveillante qui se réunit régulièrement pour que ses membres se soutiennent les uns les autres et discutent des cas difficiles. La présence [d'un] plan d'aide aux employés qui prévoit des services de counseling payés au besoin. (C1)

« J'ai un milieu de travail et une équipe merveilleux. Mon gestionnaire est là pour nous. Il y a des ressources en ligne pour les employés, et je sais que si j'ai besoin d'aide, je pourrai en trouver – même si je devais me déplacer dans une localité voisine pour des services en personne. (C1)

« Le soutien constant de mes pairs, de mes collègues et des personnes qui partagent les mêmes intérêts et le même but. Les endroits comme [nom d'un service local] sont aussi précieux pour les employés dans la communauté, et il est utile de pouvoir y diriger nos clients et y obtenir du matériel propre [ou] des ressources. (C2)

« Nous avons un programme professionnel [d'aide aux employés] qui nous donne accès à du counseling [et] à de la thérapie. Mon chef d'équipe est très positif, tout comme mon équipe. (C2)

Un autre grand thème abordé par plusieurs répondants du cycle deux était la présence de ressources relatives à la COVID-19, comme des soutiens, de l'équipement et des fournitures, ainsi que de ressources bénévoles. D'autres répondants ont parlé du besoin d'un financement accru et de soutien financier pour les travailleurs en réduction des méfaits.

« Du désinfectant pour les masques et des vêtements de protection. (C2)

« Il devrait y avoir du soutien financier et matériel. (C2)

« Nous sensibilisons les employés et les clients à la réduction des méfaits et leur faisons connaître les endroits où ils peuvent obtenir de l'aide. (C2)



Enfin, quelques répondants des deux cycles ont indiqué soit que les mesures de soutien et les ressources ne leur étaient pas accessibles, soit que leur accès était très limité.

« Aucune occasion de se réunir en équipe, aucune structure formelle de bilan après des événements traumatisants, aucune évaluation du rendement [ni] de temps prévu pour le suivi, aucune supervision clinique. Lorsque j'ai posé des questions sur les mesures de soutien [et] les ressources, on m'a dirigée vers le counseling offert dans le cadre du PAE [Programme d'aide aux employés] (cinq séances maximum). (C1)

« Présentement, je ne bénéficie d'aucun soutien. Je n'ai que moi-même. (C2)

Manque de soutien pour le travail et le bien-être dans le lieu de travail

Afin de connaître les besoins qui restaient insatisfaits dans le milieu de travail, nous avons demandé aux répondants ce qu'il manquait, d'après eux, en matière de soutien de leur travail et de leur bien-être; 69 % des répondants du cycle un ($n = 449$) et 34 % de ceux du cycle deux ($n = 457$) ont répondu à cette question.

Un thème courant était le besoin accru de soutien, par exemple :

- mesures de soutien et ressources destinées aux employés (p. ex. meilleure communication, avantages sociaux bonifiés, davantage de bilans et de réunions d'équipe);
- ressources de soutien (p. ex. counseling, mesures de soutien en santé mentale);
- soutien de professionnels et d'organismes (p. ex. engager davantage de personnel pour répondre à la demande);
- ressources relatives à la réduction des méfaits et à l'usage de substances (p. ex. centres de consommation supervisée, soutien pour les personnes aux prises avec une dépendance);
- soutien pédagogique (p. ex. formation et occasions d'apprentissage);
- soutien financier (p. ex. besoin de plus de financement, soutien du gouvernement);
- soutien communautaire.

Voici quelques citations représentatives de répondants qui approuvent ces thèmes :

« On entend beaucoup de belles paroles sur nos valeurs, mais elles ne sont suivies d'aucune action. Il y a un manque de ressources pour effectuer notre travail, un manque de sensibilisation et d'engagement à l'égard des principes de réduction des méfaits dans l'organisation. La thérapie axée sur les traumatismes est accessible facilement et pour tout le temps qu'il faut. (C1)

« Mes assurances ne suffisent pas à couvrir le counseling : 500 \$ par année, ce n'est pas assez. (C2)

« [nom de la province], avec le nouveau système provincial, des services de soutien locaux ont été éliminés, et aucun budget n'est prévu pour de nouveaux. On nous dit que le financement est en crise, que des fonds ne sont disponibles pour rien. Des coupures d'emplois et de budget sont imminentes. Il y a tout plein de possibilités de changement, mais les dirigeants doivent d'abord reconnaître la valeur de l'engagement, de la formation, du perfectionnement et du maintien en poste des employés dans tout le continuum des services de traitement des dépendances. (C1)

« Plus de formation pour les travailleurs de tous les niveaux, plus d'espaces où les membres de la communauté peuvent consommer en toute sécurité. (C2)

Les répondants du cycle deux ont aussi souligné le besoin de mesures de soutien relatives à la COVID-19, comme la distanciation physique et d'autres restrictions de santé publique, l'équipement de protection individuelle et le désinfectant ainsi que davantage d'équipement, de fournitures et de ressources de protection de la sécurité physique pour les clients (p. ex. soutien au logement, refuges d'urgence).

« L'accroissement des mesures de protection, la prise de la température du personnel et la distribution de masques. (C2)

« Il faut plus de financement pour accroître le nombre d'heures et de membres du personnel. Les employés devraient bénéficier d'un meilleur soutien lorsqu'ils doivent s'isoler en raison de symptômes et retourner au travail après un test négatif... Ils ne devraient pas être punis d'avoir pris des congés de maladie pour rester à la maison. (C2)

« Les programmes de traitement en établissement sont fermés. Il manque cruellement de logements pour les personnes vulnérables où l'on peut stabiliser leur état et les aider à obtenir un traitement. Les services pour malades hospitalisés travaillent mal avec les services communautaires. Il n'y a aucune collaboration. (C2)

« Des refuges sûrs, du soutien au logement efficace, de l'aide alimentaire suffisante, l'accès à des salles de bain. (C2)

Changements causés par la COVID-19 dans les ressources et les mesures de soutien

Les répondants du cycle deux devaient dire si les types de ressources, de programmes et de soutiens auxquels ils avaient accès ou leur manière d'accéder à ces services avaient changé depuis le début de la pandémie. Environ 20 % ($n = 279$) ont répondu « oui ».

Nous leur avons ensuite demandé de décrire ce qui avait changé et les raisons qui expliquaient ces changements d'après eux. Le manque de services et de ressources (p. ex. services limités ou interrompus) et la montée des services virtuels et du counseling en ligne étaient les deux thèmes les plus courants, mentionnés par 43 % des personnes ayant répondu à la question.

« Il est très difficile pour les clients d'obtenir des soins de santé durant une pandémie. Toutefois, les programmes virtuels de traitement par agonistes opioïdes ont été très bénéfiques pour les clients qui devaient s'isoler en raison de la COVID-19. (C2)

« Il semble y avoir moins de place dans les refuges, ou d'endroits chauffés en général, pour nos clients. (C2)

Parmi les autres thèmes relatifs à la COVID-19, on retrouvait l'impossibilité d'accéder à des services (p. ex. horaires réduits, capacité limitée, temps d'attente plus longs) et le manque de services en personne (p. ex. expérience humaine, liens interpersonnels).

« Il manque de services en personne, ce qui rend l'établissement de relations thérapeutiques plus difficile. (C2)

« Les gens doivent répondre à des questions de dépistage, ce qui peut rendre mal à l'aise ceux qui souffrent d'anxiété ou qui ont une maladie chronique, [et] ça me rend toujours triste. Les rencontres en personne ne sont pas permises, et les malentendus se multiplient quant aux besoins de certaines personnes. Certains programmes et certaines ressources traitent seulement des sujets liés à la COVID-19. (C2)

Bien que la plupart des répondants aient décrit les difficultés qu'ils rencontraient, certains ont parlé de changements positifs, comme la plus grande accessibilité des programmes, la meilleure communication et le financement supplémentaire lié à la COVID-19.

« Le bon côté des choses, c'est qu'une partie du financement dont nous avons besoin nous est maintenant offerte pour nous aider à vivre avec la pandémie. Le mauvais côté, cependant, c'est que les restrictions strictes des services ont réduit nos programmes de santé mentale et de traitement des dépendances, qui étaient déjà insuffisants... Mais nous pouvons acheter autant de masques et de désinfectant que nous voulons (s'il en reste). (C2)

Remarques finales sur la réduction des méfaits et les expériences au travail

La dernière question des deux sondages demandait aux participants s'ils avaient autre chose à ajouter sur leur travail et leurs expériences. Environ 28 % ($n = 83$) des répondants du cycle un et 11 % ($n = 146$) de ceux du cycle deux y ont répondu. En général, ils disaient aimer leur travail et connaître l'importance des services de réduction des méfaits.



J'adore mon travail, tout simplement... La plupart du temps, je ne le vois même pas comme un travail : je le vois comme mon devoir d'aider mon prochain. Le pire, c'est toute la paperasse, les parties du travail qui ne concernent pas les personnes. C'est une joie de pouvoir trouver des solutions pour atténuer les difficultés et la souffrance. La frustration est causée par l'ignorance des autres et le traitement qu'ils réservent aux personnes qui font usage de substances. Des gens meurent parce qu'ils évitent les services de santé et d'autres services. (C1)



J'ai le meilleur lieu de travail et les meilleurs collègues. Ils comprennent vraiment ce qu'est la réduction des méfaits! (C2)



Ce travail m'aide à me sentir comblé et utile. (C2)

Le soutien était aussi un thème courant dans les deux cycles. Les répondants ont parlé du besoin de services et de mesures de soutien aux employés, de ressources de réduction des méfaits et de plus de financement et de soutien du gouvernement, ainsi que des efforts accrus visant à réduire la stigmatisation entourant le travail de réduction des méfaits, l'itinérance et la dépendance.



Besoin de plus de formation sur la prestation bienveillante de services de réduction des méfaits. (C1)



Le gouvernement de [nom de la province ou du territoire] doit être évalué sur sa réponse à la crise des opioïdes et sa non-reconnaissance et sa non-utilisation de la recherche évaluée par des pairs à propos des services de réduction des méfaits. Un gouvernement ne devrait pas avoir le droit de considérer les populations les plus vulnérables comme superflues. (C2)



Être un travailleur en réduction des méfaits actuellement, c'est extrêmement demandant sur le plan émotionnel. Nous perdons beaucoup de gens et nous avons l'impression que le reste du monde ne s'en soucie pas ou ne le reconnaît pas. On se croirait dans une zone de guerre. (C2)

Plusieurs répondants du cycle deux ont mentionné des préoccupations liées à la COVID-19 : par exemple, ils ont encouragé la distanciation sociale et la désinfection adéquate ou dit qu'ils souhaitaient qu'il y ait davantage de services en ligne et de soins virtuels. Certains ont aussi souligné l'importance d'améliorer les services existants pour les clients (p. ex. services mieux organisés, davantage de refuges, distribution d'aliments plus nutritifs) et les travailleurs en réduction des méfaits (p. ex. meilleure sécurité pour le personnel et les clients).



J'aimerais que la réduction des méfaits virtuelle soit intégrée [à] mon milieu, pour aider plus de clients. (C2)



Il y a beaucoup d'obstacles lorsqu'on travaille auprès de personnes itinérantes. J'ai essayé de tenir des groupes de soutien sur l'alcool et la drogue sur Zoom, mais ça n'a pas été très réussi, puisque mes participants n'avaient pas accès à un téléphone, au Wi-Fi ou à un ordinateur. (C2)



Je crois qu'en général, ce ne sont pas mon lieu de travail ou mes pratiques d'autosoins qui m'aideraient le mieux à accomplir mon travail : c'est plutôt un changement systémique dans la manière de traiter les personnes vivant dans la pauvreté, les personnes racisées, les personnes handicapées, les femmes, les personnes trans et les personnes faisant usage de substances. Si le système était mieux fait, je crois que ça éviterait beaucoup de fatigue aux travailleurs en réduction des méfaits. (C1)







Analyse

L'objectif initial de notre étude était de quantifier les rapports anecdotiques du fardeau porté par les fournisseurs de services de réduction des méfaits au Canada en raison de l'aggravation de la crise des surdoses. Nous souhaitions brosser un tableau des expériences des fournisseurs de première ligne de partout au pays, qui n'avaient encore jamais été prises en compte à l'échelle nationale. Il fallait, pour ce faire, approfondir notre compréhension des services et mesures de soutien accessibles dans les lieux de travail qui pouvaient aider les personnes qui assurent cet élément essentiel du continuum de soins. Après l'arrivée de la COVID-19, un deuxième ensemble de données a été recueilli, celui-là pour examiner les répercussions de cette difficulté supplémentaire et les effets cumulatifs de la crise des surdoses.

Les deux sondages ont été améliorés grâce à la participation de représentants d'organisations de réduction des méfaits de partout au Canada, qui ont validé les thèmes et la pertinence, aidé à interpréter les résultats et confirmé leurs implications. Les commentaires de ces personnes, désignées comme partenaires de consultation, sont représentés dans l'analyse ci-dessous.

Dans les deux cycles de sondage, on voit que les fournisseurs de services tirent un niveau modérément élevé de satisfaction de compassion de leur travail. Les niveaux d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire sont inquiétants et plus élevés que les données de référence établies chez les fournisseurs de soins professionnels travaillant auprès de survivants de traumatismes (De La Rosa et coll., 2018), le personnel infirmier travaillant dans de multiples milieux (Hunsaker et coll., 2015; Ruiz-Fernández et coll., 2020) et les travailleurs de la santé italiens dans les hôpitaux pendant la pandémie de COVID-19 (Buselli et coll., 2020) (tableau 6).

Pour ne rien arranger, les participants à l'étude ont dit s'adonner à des activités d'autosoins seulement deux ou trois jours par semaine, une fréquence inférieure aux deux à cinq jours par semaine déclarés par les professionnels des soins palliatifs (Hotchkiss, 2018) et les aumôniers (Hotchkiss et Leshner, 2018). Cette comparaison montre que les personnes travaillant en réduction des méfaits subissent une grande pression sur leur bien-être émotionnel. En effet, les niveaux de vulnérabilité au deuil enregistrés dans l'étude (cycle un : $M = 14,91$, $\sigma = 4,14$; cycle deux : $M = 17,16$, $\sigma = 3,74$) s'approchaient de ceux observés précédemment chez les personnes endeuillées ($M = 22,15$, $ET = 4,38$) (Sim et coll., 2014).

Tableau 6. Scores moyens aux sous-échelles de qualité de vie professionnelle dans quelques études, M (ÉT)

Sous-échelle	Cycle un	Cycle deux	Indicateurs établis (De La Rosa et coll., 2018)	Infirmières à l'urgence (Hunsaker et coll., 2015)	Infirmières en milieu hospitalier et en soins primaires (Ruiz-Fernández et coll., 2020)	Travailleurs de la santé durant la pandémie de COVID-19 (Buselli et coll., 2020)
Satisfaction de compassion	36,7 (6,1)	35,5 (7,0)	37,7 (6,5)	39,7 (6,3)	35,48 (7,4)	38,2 (7,0)
Épuisement professionnel	26,0 (4,7)	26,6 (5,5)	22,8 (5,4)	23,66 (5,9)	23,44 (5,3)	19,8 (5,0)
Stress traumatique secondaire	25,6 (7,4)	28,7 (6,7)	16,7 (5,7)	21,57 (5,4)	20,74 (7,8)	18,0 (5,6)

Avantages et difficultés de la prestation de services de réduction des méfaits

Nos résultats qualitatifs indiquent que les répondants trouvaient leur travail riche de sens, ce qui peut compenser certains facteurs de stress. Cette conclusion est similaire à ce qu'on peut observer dans des recherches récentes, où des personnes ont indiqué que la prestation de services de réduction des méfaits leur donnait un but (Greer et coll., 2021; Pauly et coll., 2021), une conclusion appuyée par nos partenaires de consultation. Bien qu'une grande partie de la conversation sur la réduction des méfaits soit axée sur les difficultés politiques et liées à la mise en œuvre, les partenaires ont mis l'accent sur l'importance de reconnaître les bienfaits associés à leur travail. Ils ont dit que les travailleurs assumaient ce rôle pour venir en aide à leur communauté, et non pour l'argent, et que c'est un travail très gratifiant.

Les niveaux d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire relevés dans notre étude sont plus élevés que ceux enregistrés chez d'autres travailleurs de la santé (tableau 6), mais nous nous attendions à ce qu'ils le soient encore plus, étant donné les rapports antérieurs (Bigras et coll., 2021; Kolla et Strike, 2019; Mamdani et coll., 2021; Olding, Boyd et coll., 2021) et le fardeau supplémentaire imposé par la pandémie (Mauder et coll., 2021). Il est possible que les personnes qui vivaient le plus d'épuisement professionnel et de deuil aient déjà quitté leur emploi ou pris congé pour surmonter leur stress, comme il a déjà été observé (Olding, Barker et coll., 2021). La plupart des participants à notre étude travaillaient sur le terrain depuis relativement peu de temps : ils œuvraient dans le secteur de la réduction des méfaits depuis cinq ans ou moins. Il se peut également que les personnes qui étaient toujours en poste et qui présentaient des niveaux élevés d'épuisement professionnel et de vulnérabilité au deuil n'aient pas eu assez d'énergie émotionnelle ou de temps pour répondre au sondage, et qu'elles ne soient donc pas représentées dans les échantillons. Nos partenaires de consultation ont corroboré ces explications. Ils ont également confirmé qu'il y a beaucoup de roulement dans les professions de réduction des méfaits, ce qui pose un risque important pour la prestation de services : en effet, les changements fréquents de personnel ne favorisent pas la confiance. Leurs commentaires vont dans le même sens que les résultats de recherches antérieures, qui indiquent que la confiance est un facteur crucial dans les services de réduction des méfaits (Frost et coll., 2021; Noyes et

coll., 2021; Roxburgh et coll., 2021). Ce roulement peut être attribuable au fait que les personnes qui travaillent dans des milieux de réduction des méfaits, comme les centres de prévention des surdoses et d'intervention, occupent souvent des postes occasionnels, ce qui vient avec l'insécurité économique et la précarité d'emploi. Ces facteurs de vulnérabilité structurelle peuvent expliquer la manière dont l'épuisement professionnel est vécu (Olding, Barker et coll., 2021).

Notre étude s'est intéressée à un éventail de services de réduction des méfaits fournis dans de nombreux milieux différents, certains peut-être plus difficiles que d'autres. Cette variabilité a été volontairement incluse dans le modèle de l'étude pour refléter l'importance de l'intégration de la réduction des méfaits dans le continuum de soins. Cependant, cela risque de dissimuler certains effets propres aux milieux plus demandants. Les partenaires ont avancé que les niveaux modérés d'épuisement professionnel signalés dans notre étude pourraient être attribuables au fait que l'épuisement professionnel est devenu la norme chez les fournisseurs de services de réduction des méfaits. En effet, la normalisation du stress et de l'épuisement professionnel chez ces derniers a été observée auparavant (Olding, Barker et coll., 2021). Les partenaires ont aussi indiqué que le stress vient souvent de partout (p. ex. baisse du financement fédéral, problèmes de dotation, exposition quotidienne à des traumatismes) et qu'il est présent depuis si longtemps qu'il est devenu normal de se sentir épuisé. Cela dit, les partenaires croient que les résultats sous-estiment les niveaux de stress et d'épuisement professionnel : ils ont dit qu'il y avait peut-être un effet de plafonnement, puisque les résultats ont révélé que l'épuisement professionnel n'avait pas augmenté de manière significative avec les facteurs de stress supplémentaires de la pandémie. Les personnes qui travaillent dans les services de réduction des méfaits avaient peut-être déjà atteint le maximum de leur capacité, à force d'entendre des histoires de traumatismes et d'être témoins des méfaits subis par les personnes qui font usage de substances, à un point tel qu'il ne leur restait que peu de place pour réagir à la pandémie.

Les niveaux modérés de vulnérabilité au deuil observés étaient aussi surprenants, car ils ne correspondaient pas à ce qui avait été vu dans des études antérieures (Mamdani et coll., 2021). Notre étude mesurait la capacité des répondants à composer avec le deuil, et non leur expérience du deuil lui-même : ainsi, les niveaux modérés rapportés dans notre étude ne signifient pas que le deuil n'est pas omniprésent chez les répondants, mais plutôt que ceux-ci ont peut-être



trouvé des moyens d'en réduire la charge émotionnelle. En effet, les participants ont indiqué s'adonner à diverses activités d'autosoins en moyenne deux ou trois fois par semaine. Les réponses qualitatives parlaient également de la force que les personnes tiraient de leurs pairs. Cependant, l'interprétation de ce résultat devrait probablement être plus nuancée. Nos partenaires de consultation ont indiqué que la vulnérabilité modérée au deuil était probablement un mécanisme de survie face aux pertes qui n'en finissent plus. Les personnes qui travaillent dans ce domaine sont saturées de deuil et elles ont l'impression qu'il est impossible d'en ajouter au fardeau qu'elles portent déjà. Les partenaires ont dit que s'ils devaient s'arrêter pour tenter de regarder le deuil en face, ce serait écrasant et que par conséquent, ils « s'engourdisent », développent une sorte de « passerelle » pour éviter de sombrer dans le « gouffre du deuil », et poursuivent leur travail.

Lors d'un précédent examen des travailleurs en réduction des méfaits au Canada, des participants ont parlé de l'évitement comme moyen de composer avec leur deuil immense (Olding, Barker et coll., 2021). Nos résultats qualitatifs et les commentaires de nos partenaires ont confirmé que les travailleurs en réduction des méfaits n'ont pas le luxe de prendre le temps de gérer leur deuil : ils sont plutôt motivés à continuer, car il reste toujours un travail crucial à faire. Cette attitude a été décrite comme un exemple d'évitement du deuil dans la littérature (Olding, Barker et coll., 2021). D'autres études qui traitaient des effets pesants de l'exposition à des traumatismes et des expériences de deuil employaient des méthodes qualitatives ethnographiques en personne (p. ex. Kennedy et coll., 2019; Khorasheh et coll., 2021; Kolla et Strike, 2019). Il se peut que notre méthodologie de sondage en ligne n'ait pas été assez sensible pour représenter une expérience aussi nuancée.

Services et soutiens

Les répondants étaient satisfaits du soutien qu'ils recevaient de leurs collègues et de leurs gestionnaires, mais ils ont aussi mentionné avoir besoin d'un plus grand soutien. Ces résultats contradictoires peuvent être une conséquence de la variabilité des participants. La littérature appuie le besoin d'avoir accès à du counseling sur place, d'effectuer des bilans et de tisser des liens avec ses collègues pour vivre avec les difficultés des interventions lors de surdoses (Bigras et coll., 2021). Nos partenaires de consultation ont indiqué qu'eux aussi utilisaient ces stratégies, avec un certain succès, pour maintenir les travailleurs en poste. Ils ont aussi dit que l'on explore actuellement d'autres modèles de dotation : par exemple, les employés

pourraient assumer différents rôles pendant la semaine pour réduire leur exposition aux traumatismes. De telles stratégies leur permettraient d'avoir du temps pour vivre leur deuil. Cependant, la littérature souligne aussi le fait que certains travailleurs en réduction des méfaits hésitent à parler à leurs gestionnaires ou superviseurs des répercussions de leur travail sur leurs émotions, de peur que cela nuise à leur emploi (Khorasheh et coll., 2021). Différentes interventions devraient être évaluées pour permettre la transmission des connaissances à travers les différents contextes de réduction des méfaits au Canada. Cela contribuerait aussi à la mise à l'échelle et à la diffusion des stratégies les plus efficaces.

Le besoin de mieux soutenir les fournisseurs est bien connu, et l'urgence de le faire est démontrée par les résultats de notre étude. Si la main-d'œuvre essentielle manque de soutien, les personnes qu'elle sert en souffrent. La nature réciproque du bien-être des clients et des fournisseurs a été recommandée comme facteur essentiel de l'amélioration des résultats chez les populations vulnérables et leurs fournisseurs de services. Les employés qui ressentent moins de stress sont mieux disposés à servir leurs clients, et lorsque les besoins en santé mentale de leurs clients sont satisfaits, les employés se sentent moins stressés (Bobbette et coll., 2020). Lorsque le bien-être des clients et des fournisseurs n'est pas pris en charge adéquatement, le système de santé risque d'en subir les répercussions (Bobbette et coll., 2020). Par conséquent, une réponse efficace aux besoins en santé mentale pourrait entraîner de meilleurs résultats non seulement pour une personne et ses clients, mais aussi pour la capacité du système et les coûts des soins de santé.

Durant la pandémie, diverses stratégies ont contribué à atténuer le stress des professionnels offrant un soutien direct qui étaient considérés comme des fournisseurs essentiels : la rémunération, la reconnaissance par l'employeur, les occasions de soutien par l'équipe et les pairs, la possibilité de prendre des vacances ou des congés et l'accès amélioré aux services de santé mentale et physique (Bobbette et coll., 2020). Des revues systématiques ont fait état de stratégies prometteuses pour lutter contre le stress et l'épuisement professionnel et favoriser le bien-être chez les fournisseurs de soins de santé. On parle notamment d'interventions cognitivo-comportementales (Clough et coll., 2017), de programmes de yoga (Cocchiara et coll., 2019; Cocker et Joss, 2016; Zhang et coll., 2021) et de pleine conscience (Cocker et Joss, 2016; Kriakous et coll., 2020; Naehrig et coll., 2021), d'interventions par la musique et les arts (Phillips et Becker, 2019) et de programmes de renforcement de la résilience (Cocker et Joss, 2016; Kunzler et coll., 2020).

Toutefois, pour que les travailleurs en réduction des méfaits puissent profiter de ces mesures de soutien, ils doivent d'abord pouvoir y accéder. Nos résultats qualitatifs, la littérature (Khorasheh et coll., 2021) et les commentaires de nos partenaires de consultation montrent que même lorsque les mesures de soutien sont accessibles, elles sont souvent inadéquates; c'est peut-être parce que trop peu de séances sont couvertes par les avantages sociaux ou que les services des programmes d'aide aux employés n'ont pas l'orientation sur les traumatismes et le deuil nécessaire pour être adaptés aux expériences complexes des travailleurs en réduction des méfaits.

On peut aussi observer des avantages pour la santé physique et mentale lorsque les interventions visent une approche à l'échelle de l'organisation ou du système (Brand et coll., 2017; Bronkhorst et coll., 2014). Comme exemples de solutions mises en œuvre selon une approche à l'échelle du système, mentionnons les mesures de soutien répondant aux besoins du personnel local, la mobilisation du personnel à tous les niveaux, un leadership solide et visible, des mesures de soutien de la santé et du bien-être au niveau de la direction et du conseil d'administration et la capacité de la gestion à améliorer la santé et le bien-être du personnel (Brand et coll., 2017). Des recommandations similaires ont été formulées à l'endroit des lieux de travail au Canada pour soutenir la santé mentale, par exemple :

- la création d'une stratégie complète sur la santé mentale, mise en œuvre à l'échelle des organisations, qui prévient les méfaits, aide à la prise en charge des maladies et favorise les résultats positifs;
- la mise en place de formations obligatoires sur la santé mentale au travail pour les gestionnaires et les dirigeants;
- la création de ressources de soutien de la santé mentale adaptées fondées sur des analyses des besoins qui dégagent les caractéristiques uniques des employés, du milieu de travail et du contexte;
- la mise en place prioritaire d'un processus favorable de retour au travail qui tient compte des circonstances;
- l'évaluation des résultats et l'engagement à l'égard de l'amélioration continue (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020).

Des normes nationales de santé et de sécurité psychologiques au travail ont été élaborées au Canada : elles comprennent des lignes directrices, des outils et des ressources de prévention, de promotion et de mise en œuvre pour les organisations (Association canadienne de normalisation, 2013). Comme certains répondants de notre étude consommaient des substances, les organisations pourraient envisager de mettre en place des politiques sur l'usage de substances au travail pour également favoriser la santé et la sécurité psychologiques à cet égard (Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions, 2021).

En outre, nos résultats qualitatifs soulignent le fait que le système de santé lui-même représente un obstacle à la prestation de soins de qualité. Les répondants ont indiqué que le manque de services communautaires vers lesquels diriger leurs clients était problématique, et que leur qualité de vie professionnelle était davantage touchée par les lacunes des politiques et systèmes que par leur travail en tant que tel. Ces résultats mettent en lumière le besoin de changements systémiques qui soutiendraient mieux les personnes faisant usage de substances et, par ricochet, les travailleurs en réduction des méfaits, comme cela a été rapporté par le passé (Bigras et coll., 2021; Santé Canada, 2019a; Kennedy et coll., 2019; Kolla et Strike, 2019; Kolla et Strike, 2021; Mamdani et coll., 2021). Ces changements pourraient éliminer les écarts entre les systèmes publics et privés et entre les travailleurs réglementés et non réglementés, écarts qui sont plus souvent présents dans les soins de santé mentale et d'usage de substances que dans d'autres domaines de la santé. Les gouvernements pourraient adopter les solutions suivantes pour soutenir les fournisseurs de soins de santé :

- accroissement du financement public et de la capacité du système pour la psychothérapie éclairée par des données probantes;
- lois et mesures prescriptives pour assurer la santé mentale au travail;
- sources de motivation (incitatifs fiscaux, subventions) pour récompenser les employeurs qui mettent en place des stratégies de qualité favorisant la santé mentale;
- règlements pour inciter les fournisseurs d'assurance maladie et d'assurance invalidité à assurer la santé mentale au travail (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020).



L'adoption de ces stratégies pourrait améliorer l'accès aux soins, le bien-être des fournisseurs de soins de santé et l'intégration des soins, tous des éléments qui ont été désignés comme prioritaires au pays et ailleurs dans le monde. En outre, cela pourrait accroître les chances d'avoir une main-d'œuvre compétente et en santé qui sera en mesure d'appuyer la relance post-pandémique au Canada.

Répercussions de la pandémie de COVID-19 et de la crise des surdoses

En général, les répondants ont signalé des niveaux similaires de satisfaction de compassion, d'épuisement professionnel et d'autosoins en 2019 et en 2021. La reproductivité des résultats entre les deux cycles de sondages indique que les expériences des fournisseurs de services de réduction des méfaits ont été saisies fidèlement. En effet, nos partenaires de consultation ont confirmé que les données brossaient un tableau juste de leurs expériences et ont dit ne pas être surpris de la similitude des résultats entre les deux cycles. Ils ont indiqué que l'absence de changements majeurs au fil du temps était probablement due au fait que les expériences des fournisseurs de services de réduction des méfaits étaient déjà si difficiles et gratifiantes qu'il n'y avait que peu de place au changement. Par ailleurs, comme ils se considéraient comme un service essentiel, ils ont poursuivi leur travail durant la pandémie. L'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion étant tous deux liés au travail (que les participants disaient continuer comme d'habitude, de manière générale), ils étaient peut-être moins susceptibles de changer au fil du temps. Au contraire, le stress traumatique secondaire et la vulnérabilité au deuil, qui ont augmenté au cycle deux, reflètent le lien émotionnel entre les personnes. Leur accroissement n'est pas surprenant, vu la crise des surdoses, qui se poursuit et s'aggrave, et le stress supplémentaire qu'a apporté la pandémie. Les répondants ont dit être devenus plus sensibles au bien-être de leurs clients, une réaction qui a déjà été attribuée à la pandémie par le passé (Frost et coll., 2021; Noyes et coll., 2021).

Fait intéressant, la pandémie pourrait avoir eu un avantage imprévu pour les travailleurs en réduction des méfaits. Les répondants ont beaucoup moins parlé de stigmatisation en 2021 qu'en 2019; il se peut que la distanciation physique et les décrets ordonnant

de rester à domicile, qui ont réduit les interactions des répondants avec d'autres personnes, aient aussi réduit les possibilités de stigmatisation. Cette diminution pourrait aussi être attribuable en partie à la lutte contre la stigmatisation et à la sensibilisation à cet égard, qui ont favorisé la compréhension de l'usage de substances dans la population. En effet, il a été prouvé que les initiatives de sensibilisation entraînaient des retombées positives sur la réduction de la stigmatisation aux niveaux personnel et organisationnel partout au Canada (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020b).

Pourtant, nos partenaires ont été surpris de voir que les expériences de stigmatisation avaient connu une baisse en 2021. Ils avaient l'impression que la stigmatisation était encore omniprésente dans leurs communautés, un thème d'ailleurs très présent dans nos résultats qualitatifs. La stigmatisation est un obstacle important à la réduction des méfaits : en effet, comme l'indique la littérature récente (Bigras et coll., 2021), cette dernière est souvent vue comme un moyen d'encourager l'usage de substances. Les partenaires ont suggéré que la diminution de la stigmatisation rapportée en 2021 était peut-être due au fait qu'elle devenait plus subtile, et donc plus difficile à remarquer. D'ailleurs, lorsqu'ils aidaient des personnes faisant usage de substances à accéder à des soins de santé, ils ont remarqué que les travailleurs de la santé traitaient le patient différemment une fois qu'ils apprenaient qu'il consomme des substances. Bien que ce ne soit pas aussi apparent, les partenaires ont indiqué que des fournisseurs de soins de santé pouvaient émettre des commentaires stigmatisants ou changer de ton de voix, ou que l'interaction pouvait passer d'une simple discussion à quelque chose de plus direct. Cela suggère que les fournisseurs de soins de santé apprennent à se surveiller lors de leurs interactions avec des personnes faisant usage de substances et celles qui fournissent des services de réduction des méfaits, mais que la stigmatisation persiste sous le couvert de la rectitude politique. En outre, les personnes qui consomment des substances vivent de la stigmatisation lorsqu'elles font appel aux services hospitaliers en cas d'intoxication aux opioïdes (Khorasheh et coll., 2021) et lorsqu'elles interagissent avec des fournisseurs de soins de santé (Madden et coll., 2021). Il faudrait que les fournisseurs de l'ensemble du système soient davantage sensibilisés à l'usage de substances et fassent l'objet d'initiatives de lutte contre la stigmatisation.

Les réponses qualitatives ont aussi révélé des conséquences positives de la pandémie de COVID-19. Certains répondants ont dit que la pandémie avait donné plus de sens à leur travail, car ils étaient en mesure d'être des sources fiables de soutien pour leurs clients pendant une période tumultueuse. Ces réponses sont corroborées par des conclusions antérieures relatives à la prestation de services de réduction des méfaits durant la pandémie (Parkes et coll., 2021). D'autres ont indiqué que la période difficile avait favorisé l'acceptation de leur communauté à l'égard des services de réduction des méfaits et sa volonté d'aider les autres. Des bénéfices personnels ont aussi été relevés : des personnes ont réalisé à quel point elles pouvaient être résilientes et découvert leur capacité à acquérir de nouvelles aptitudes d'adaptation durant des temps difficiles. Ces résultats suggèrent que bien que la pandémie ait été l'une des plus grandes menaces au bien-être dans le monde entier, elle a aussi donné lieu à des possibilités de croissance post-traumatique, permettant aux personnes de réévaluer leur situation en y apportant des adaptations positives après des épreuves (Tamiolaki et Kalaitzaki, 2020). Des évaluations préliminaires de personnel infirmier de première ligne en Chine ont révélé qu'une croissance post-traumatique avait eu lieu durant la pandémie (Chen et coll., 2021; Cui et coll., 2021). Maintenant que nous avançons vers la relance postpandémique et la mise en œuvre de solutions à la crise des surdoses, des mécanismes favorisant la croissance post-traumatique pourraient être bénéfiques pour les travailleurs en réduction des méfaits et la communauté en général.

Effets de l'identité de genre

Des publications antérieures indiquaient que le fait d'être un homme protégeait les personnes contre les effets négatifs du traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes (Blevins et coll., 2021) et le stress traumatique causé par la prestation de services de santé durant la pandémie (Buselli et coll., 2020). Nos résultats montrent cependant que les personnes s'identifiant en tant qu'hommes signalaient davantage d'expériences d'épuisement professionnel, de stress traumatique secondaire et de vulnérabilité au deuil. Pourtant, les hommes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances indiquaient des niveaux plus élevés de satisfaction de compassion; ce résultat pourrait s'expliquer par les avantages émotionnels susmentionnés que leur donne leur identité de genre. Toutefois, les femmes ont dit plus souvent être satisfaites de leur travail.

Bien que nous ayons trouvé peu de publications à propos des différences de genre des fournisseurs de services de réduction des méfaits, nos partenaires de consultation ont avancé que les femmes avaient souvent plusieurs autres responsabilités personnelles, comme s'occuper de leurs enfants ou simplement assurer leur propre sécurité. Ainsi, elles n'auraient pas autant d'occasions que les hommes de réfléchir aux répercussions de l'épuisement professionnel, du stress traumatique secondaire et du deuil. Il a déjà été mentionné que le fardeau de la pandémie, particulièrement lourd pour les femmes, nuisait à leur capacité à travailler et alourdissait leurs responsabilités à la maison, comme le soin des enfants et l'enseignement (DesRoches et coll., 2021; gouvernement du Canada, 2020). Ces différences pourraient expliquer qu'une proportion beaucoup plus faible de femmes ont répondu au sondage du cycle deux. Nos résultats soulignent le besoin de tenir compte du genre dans les services pour bien répondre aux besoins des fournisseurs de services de réduction des méfaits.

Effets du statut réglementaire

Nos résultats montrent une grande variété de professions et d'associations professionnelles chez les participants. Des recherches indiquent que les personnes qui travaillent en réduction des méfaits comblent souvent une lacune dans le système de santé et qu'elles sont plus susceptibles que les autres travailleurs de la santé d'avoir une expérience vécue, d'être des bénévoles ou les deux (Dechman, 2015; Olding, Barker et coll., 2021; Santé Canada, 2019b). Dans notre étude, les professionnels réglementés éprouvaient une plus grande satisfaction à l'égard de leur travail, tandis que les professionnels non réglementés vivaient davantage d'épuisement professionnel et étaient plus vulnérables au deuil. Cette différence pourrait être attribuable au fait que les personnes qui travaillent dans des milieux tels que des centres de prévention des surdoses, des centres de consommation supervisée et des équipes d'intervention communautaire bénéficient de moins de mesures de soutien officielles, comme des programmes d'aide aux employés ou des avantages sociaux qui couvrent les séances de counseling ou d'autres méthodes d'autosoins. Khorasheh et coll. (2021) ont déjà parlé du manque d'avantages sociaux comme un problème pour les fournisseurs de services de réduction des méfaits. Nos partenaires de consultation ont d'ailleurs confirmé que les travailleurs en réduction des méfaits qui étaient engagés par les autorités de santé étaient payés selon



une échelle salariale différente de celle des travailleurs engagés par des organismes communautaires, et que les travailleurs non réglementés œuvrant dans des milieux tels que les centres de prévention des surdoses n'avaient souvent pas accès à des services de soutien. Une étude menée au Canada a révélé que les personnes ayant une expérience vécue (qui exercent souvent des professions non réglementées), bien qu'elles travaillent dans la même organisation et assument les mêmes fonctions, peuvent recevoir la moitié de la rémunération des travailleurs syndiqués (Olding, Barker et coll., 2021). Les fournisseurs de services de réduction des méfaits ont revendiqué une paie, des avantages sociaux, des vacances et des congés de maladie adéquats pour les travailleurs à temps partiel ou contractuels afin de les aider à surmonter les difficultés de leur travail (Khorasheh et coll., 2021).

Ces effets semblent particulièrement prononcés chez les hommes, et ceux qui occupent des professions non réglementées semblent vivre davantage de stress traumatique secondaire et de stigmatisation que les travailleurs réglementés. Cela pourrait être dû au fait que les hommes tirent plus d'avantages des mesures de soutien fournies dans les professions réglementées que les femmes, un résultat que de plus amples recherches nous permettront de comprendre.

Effet de l'expérience passée ou présente de l'usage de substances

Les personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances étaient plus susceptibles de subir du stress traumatique secondaire et de présenter une vulnérabilité au deuil que les autres. En outre, les femmes ayant une expérience vécue vivaient davantage d'épuisement professionnel que celles qui n'en avaient pas. Aucune différence n'a été relevée entre les deux groupes pour ce qui est de la satisfaction de compassion et de l'expérience de stigmatisation.

Ces résultats semblent indiquer que les personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances seraient plus intimement liées à leur travail. Nos partenaires de consultation ont suggéré que ces personnes sont peut-être plus près de la crise des surdoses : elles font souvent partie de la même communauté que les gens qu'elles servent, et leur travail les suit même quand elles rentrent chez elles. Cette situation a été confirmée par la littérature, qui montre que les fournisseurs de services de réduction

des méfaits ont du mal à établir une séparation entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle (Olding, Barker et coll., 2021). Par contre, les personnes qui n'ont pas d'expérience passée ou présente de l'usage des substances sont peut-être plus en mesure de se détacher de leurs préoccupations à un moment ou à un autre, ce qui limite les répercussions de leur travail de réduction des méfaits sur leur bien-être.

Les travailleurs ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances et ceux dont la profession est non réglementée doivent être valorisés pour leur contribution d'une manière qui reconnaît officiellement leur légitimité et leur expertise dans le marché du travail (Greer et coll., 2021). Ils sont nombreux à avoir choisi le travail de réduction des méfaits par nécessité, pour aider les gens de leur communauté. Des données montrent que la responsabilité d'intervenir lors de surdoses est passée des premiers répondants professionnels aux personnes ayant une expertise pratique; ce travail doit faire l'objet de la même reconnaissance (Olding, Boyd et coll., 2021). En réservant aux travailleurs non réglementés (qui ont souvent une expérience vécue) des postes occasionnels ou temporaires sans possibilité de syndicalisation, soutien organisationnel ni occasions de perfectionnement professionnel, les déséquilibres de pouvoir deviennent plus marqués (Olding, Barker et coll., 2021). En outre, la reconnaissance et l'appréciation des services doivent être justes (Greer et coll., 2021) pour éviter que les personnes ayant une expérience vécue qui occupent des postes occasionnels soient marginalisées par rapport à celles qui occupent des postes plus stables financés par des autorités sanitaires et mieux rémunérés (Olding, Barker et coll., 2021).

Limites

Comme toute recherche, la présente étude a ses limites. D'abord, comme la réduction des méfaits peut prendre plusieurs formes, les répondants étaient très diversifiés : les expériences de bénévoles d'un centre de consommation supervisée pouvaient différer grandement de celles de médecins prodiguant des traitements par agonistes opioïdes. Cette diversité a pu dissimuler certains effets vécus par des sous-groupes et limite le potentiel de généralisation des résultats. Par ailleurs, nous n'avons pas été en mesure de recueillir des données d'anciens fournisseurs de services de réduction des méfaits. Il se peut que ces personnes aient été les plus durement touchées, mais leurs données n'ont pas pu être représentées dans la présente étude.

Ensuite, bien que les questions aient été axées sur la crise des surdoses, les services de réduction des méfaits ne se limitent pas qu'aux opioïdes : les expériences rapportées par les répondants ne sont donc pas attribuables uniquement aux méfaits associés aux opioïdes. En outre, aucune mesure de notre étude n'a été validée par des personnes fournissant des services de réduction des méfaits. Nos partenaires de consultation ont pris connaissance des mesures et les ont approuvées, mais il est tout de même possible que les échelles ne reflètent pas toutes les nuances de ce travail complexe. Nous n'avons pas non plus quantifié les expériences de traumatismes des personnes ni l'ampleur des traumatismes auxquels elles ont été exposées. Également, l'interaction des variables mesurées pourrait avoir touché le bien-être des répondants; or, les liens entre les facteurs dépassaient la portée de l'étude. Quant aux éléments qualitatifs, les analyses des chercheurs comportent toujours une certaine part de subjectivité. Nous devons donc reconnaître la possibilité de la présence de préjugés inconscients.

La nature de la crise des surdoses et les réponses politiques à celle-ci sont en constante évolution, ce qui pourrait avoir affecté les résultats. Par exemple, durant le cycle un, des données ont montré une diminution des décès liés à la toxicité des opioïdes en Alberta (Alberta Health, 2019), alors que durant la même période, un examen de centres de consommation supervisée faisait état de préoccupations quant à leur effet sur les domiciles, les entreprises et les communautés (gouvernement de l'Alberta, 2019). De tels changements peuvent avoir influencé les réponses aux questions du sondage : les personnes pourraient avoir répondu différemment si elles avaient participé au sondage plus tôt ou plus tard pendant la période de collecte de données. Afin de limiter ce risque, nous avons recueilli les données sur une période relativement courte.

En outre, la distribution des participants dans le pays n'était pas égale. Bien que nous n'ayons pas ménagé les efforts pour faire participer des réseaux de l'ensemble des provinces et territoires, l'échantillon comprenait majoritairement des gens de l'Ontario, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Manitoba au cycle un, et de l'Ontario, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba et du Québec au cycle deux. De manière similaire, davantage de femmes que d'hommes ont participé au cycle un, et la distribution des genres était plus égale au cycle deux. Ces différences ont une incidence sur la généralisabilité des résultats.

Enfin, les personnes qui n'avaient pas accès à Internet n'ont peut-être pas pu répondre au sondage. Nos partenaires de consultation nous ont assuré que la plupart des fournisseurs y auraient accès, soit chez eux, au travail ou sur un téléphone cellulaire. Toutefois, nous sommes conscients que cette méthode a exclu certains fournisseurs de services de réduction des méfaits.

Orientations de recherche futures

Nos résultats ont montré les effets des interactions entre plusieurs facteurs tels que le genre, le statut réglementaire et l'expérience passée ou présente de l'usage de substances sur diverses variables. Bien que nous ayons recueilli des données de personnes de plusieurs identités de genre, les échantillons étaient trop petits pour que nous puissions examiner les différences entre les groupes autres que les hommes et les femmes. Le fait de recruter davantage de personnes issues de la diversité des genres lors de prochaines études pourrait nous aider à mieux comprendre les implications de ce paramètre démographique sur la qualité de vie professionnelle pendant une urgence de santé publique. Il faudrait que la recherche continue d'explorer l'intersection du genre, de la parité et de l'expérience vécue, ainsi que d'autres variables pertinentes, avec le bien-être et les expériences des fournisseurs de services de réduction des méfaits. Cela pourrait permettre la création de mesures de soutien ciblées ou de politiques qui seraient d'une grande aide aux diverses personnes qui travaillent en réduction des méfaits.

Des analyses subséquentes pourront également examiner la mise en œuvre de counseling sensible aux traumatismes, au deuil et au genre pour faire en sorte que le bien-être des personnes fournissant des services de réduction des méfaits s'en trouve amélioré. Les répondants ont indiqué qu'il serait nécessaire d'offrir davantage de soutien, mais des évaluations devront être menées pour en garantir les bénéfices et éviter des conséquences imprévues.

Comme on l'a supposé dans la section « Analyse », il se peut que les personnes les plus touchées par le fardeau émotionnel de la prestation de services de réduction des méfaits ne travaillent plus dans ce domaine, et donc qu'elles ne soient pas représentées dans le sondage. Les recherches futures devraient aussi traiter du bien-être des personnes qui ont quitté la profession. Une compréhension plus approfondie des répercussions à long terme de la prestation de services aussi gratifiants que difficiles pourrait orienter la définition des compétences, la formation et d'autres initiatives de soutien.







Conclusions

Des recherches ont mis en évidence les liens complexes entre la pandémie, la santé mentale et l'usage de substances, qui ont entraîné des répercussions négatives à long terme pour de nombreuses personnes, et la santé mentale a été désignée par l'Organisation mondiale de la Santé comme un élément clé à considérer dans la lutte contre la COVID-19 (2020). Notre étude donne un résumé important des contraintes et des avantages de la prestation de services de réduction des méfaits ainsi que des répercussions de la crise des surdoses et de la pandémie sur le bien-être des fournisseurs de services.

Les résultats de notre étude et nos consultations ont permis de dégager cinq stratégies qui pourront améliorer les expériences et le bien-être des fournisseurs de services de réduction des méfaits :

- Un système de santé offrant un continuum de soins complet qui intègre plus étroitement les services de réduction des méfaits et les services de soutien physique, psychologique et social permettra un meilleur accès aux services dont ont besoin les personnes faisant usage de substances et les fournisseurs de services de réduction des méfaits.
- Un financement fédéral, provincial et territorial durable et fiable pour la réduction des méfaits permettra non seulement la continuité des services, mais aussi l'élimination des facteurs de stress relatifs aux finances et à la planification pour les directeurs et le personnel des programmes.
- Des ressources de counseling sensibles au genre, aux traumatismes et au deuil permettront de prévenir les méfaits aux fournisseurs de services de réduction des méfaits à l'avenir, et de faire en sorte que les investissements dans ces ressources mènent à des résultats concrets. Les employeurs qui donnent un nombre de séances suffisant, une rémunération adéquate ou les deux garantiront des avantages durables.
- L'évaluation de modèles et de politiques de dotation équitables (p. ex. formation obligatoire sur la santé mentale pour les dirigeants, politiques de santé mentale à l'échelle des organisations) améliorera le bien-être des fournisseurs de services de réduction des méfaits et éliminera les vulnérabilités structurelles menant à l'épuisement professionnel, comme la précarité d'emploi et l'insécurité économique (ce qui mènera à une paie, à des avantages sociaux, à des vacances et à des congés de maladie adéquats pour tous les travailleurs, qu'ils soient réglementés ou non ou qu'ils soient engagés ou non par des organismes communautaires ou gouvernementaux).
- Le renforcement des initiatives contre la stigmatisation à l'intention du public et des fournisseurs du système de santé dans son ensemble incitera les gens à chercher et à offrir de l'aide, ce qui favorisera les résultats positifs.

Le soutien des travailleurs essentiels dans les domaines de la santé mentale et de l'usage de substances, surtout de ceux qui fournissent des services de réduction des méfaits, est crucial pour assurer le bien-être et la santé des personnes qu'ils servent ainsi que le bon fonctionnement du système de santé dans son ensemble. Il est impératif de surmonter les problèmes soulignés par les répondants : la relance post-pandémique nécessitera une gamme complète de services et de ressources de soutien pour répondre aux préoccupations en matière de santé mentale et d'usage de substances. Dans le respect du principe « rien à notre sujet sans nous », aucune des initiatives susmentionnées ne devrait être entreprise sans la participation concrète de personnes faisant usage de substances et de fournisseurs de services de réduction des méfaits (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006; Noyes et coll., 2021). Il sera essentiel de soutenir ces travailleurs, où qu'ils se situent dans le système, pour garantir l'accessibilité de soins de qualité pour les personnes qui consomment des substances.





Appel à l'action : des solutions à la crise des surdoses et des méfaits liés à la toxicité des drogues

Ce qui a commencé par une crise des méfaits liés aux opioïdes prend de l'ampleur en raison de la toxicité de multiples substances et de la crise des surdoses qui en découle, et ce, dans toute l'Amérique du Nord. Les répercussions se font de plus en plus sentir, comme le montrent le nombre ahurissant de surdoses et la perte tragique de vies humaines. Aux États-Unis, des études récentes indiquent que 20 % des décès chez les jeunes adultes âgés de 24 à 35 ans ont un lien avec l'usage d'opioïdes. Depuis 2001, le nombre total de décès liés à ce dernier a augmenté de près de 300 % (Gomes et coll., 2018). Au Canada, selon des rapports du gouvernement fédéral et du Service des coroners de la Colombie-Britannique, 4 460 décès liés aux opioïdes ont été enregistrés en 2019 (Krausz et coll., 2020). Notons que plus de 90 % de ces décès sont considérés comme accidentels (George et coll., 2022) – un triste et choquant rappel qu'ils étaient évitables. De tels chiffres, et la souffrance humaine qu'ils représentent, sont alarmants et devraient inciter les dirigeants fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux à poursuivre leurs efforts et leurs actions pour trouver et appliquer des solutions à cette crise.

Ce qui est tout aussi alarmant pour le Canada, c'est que ces chiffres ont continué à grimper, en particulier durant la pandémie de COVID-19. En effet, il y a eu 7 224 décès apparemment liés à la toxicité des opioïdes pendant la première année de la pandémie, soit une hausse de 95 % par rapport à l'année précédente (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2022). Si une grande proportion des décès liés à la toxicité a été enregistrée dans l'Ouest canadien, ces chiffres, ces tendances et le bilan humain associé s'observent partout au pays. Les comportements suicidaires ont aussi augmenté durant la pandémie, comparativement aux niveaux pré-pandémiques (Dubé et coll., 2021). Certains acteurs ont d'ailleurs avancé que la hausse du nombre de suicides apparents pourrait être en partie attribuable à un nombre accru de décès par surdose d'opioïdes (Olfson et coll., 2019). Tous les secteurs au pays, notamment ceux du logement, de la justice et des services sociaux, sont interpellés par la double crise de santé publique que sont la pandémie et les surdoses attribuables à des drogues toxiques. Il est aussi difficile

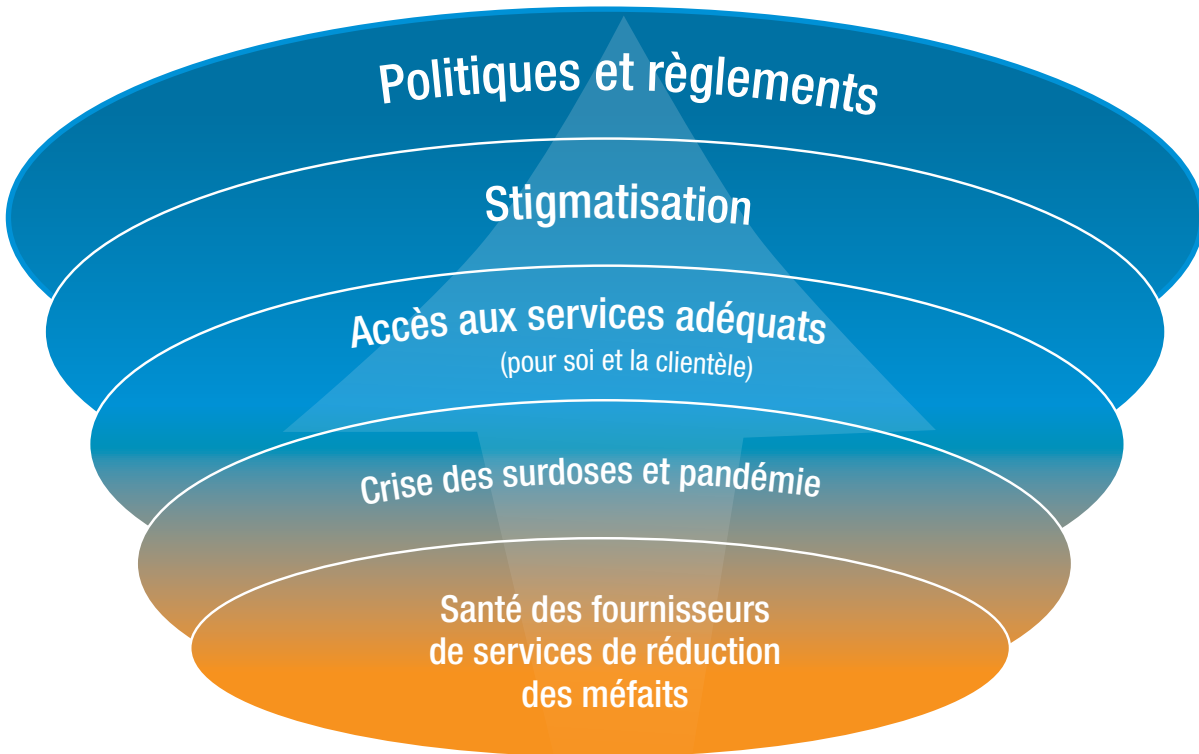
parfois de s'y retrouver dans les difficultés politiques, cliniques, scientifiques, éthiques et morales sans précédent auxquelles sont confrontés les personnes qui consomment des drogues, les fournisseurs de soins, les professionnels de la santé et les institutions.

Cette double crise a aggravé les préoccupations relatives à la santé des professionnels de la santé, dont dépendent la capacité et le succès des systèmes de soins (Brand et coll., 2017; Association médicale canadienne, 2018; Organisation mondiale de la Santé, 2021). La situation est particulièrement inquiétante pour ceux et celles qui travaillent dans les domaines de la santé mentale et des soins relatifs à l'usage de substances. En effet, ces travailleurs ont souvent été négligés pour ce qui est de leur bien-être personnel et de l'intégration de leur domaine d'intervention dans le système public de santé (Réseau canadien des personnels de santé et Commission de la santé mentale du Canada, 2021). Outre les personnes qui consomment des drogues, les fournisseurs de services de réduction des méfaits forment un groupe important à considérer dans tout cela. Ils connaissent les lacunes dans les systèmes de santé et les services de réduction des méfaits au Canada et ils savent quels effets ont ces lacunes sur leur santé et leur bien-être et ceux de leurs clients. Nous devons beaucoup à ces fournisseurs dévoués, qui sont souvent sous-représentés dans les discussions nationales sur la crise des surdoses ou la santé des professionnels de la santé.

L'énormité de ces défis semble avoir limité les efforts déployés pour remédier à la grave crise des surdoses. L'incapacité à faire d'importants progrès dans la gestion et ultimement dans la résolution de cette crise prend plusieurs formes et reflète la complexité des facteurs liés à la toxicité des drogues. Additionnées, la crise des surdoses et la pandémie ont mis en lumière les disparités économiques, sociales et sanitaires au pays. Les opinions divergent quant à la meilleure façon de procéder, et il reste encore à rallier tous les acteurs à la cause, même si on reconnaît généralement que la réponse adoptée doit impliquer l'ensemble du gouvernement et de la société.

Le présent rapport décrit les expériences des travailleurs en réduction des méfaits au Canada, y compris ceux qui ont une expérience passée ou présente de l'usage de substances, face à la double crise de santé publique. Il explique ce qui nuit à la santé de ces travailleurs au quotidien, comme le nombre croissant de décès par surdose chez leur clientèle. Les constats du rapport font aussi ressortir d'autres facteurs politiques et sociaux à considérer, tels que l'accès aux services, la stigmatisation et les politiques (figure 8).

Figure 8. Facteurs qui influent sur la santé des fournisseurs de services de réduction des méfaits



Les effets de la crise des surdoses et de la pandémie sur la santé des fournisseurs de services de réduction des méfaits sont bien décrits dans les constats du rapport. Cet appel à l'action propose une voie à suivre pour favoriser la santé des fournisseurs, en créant des liens entre les connaissances acquises dans le cadre de cette étude sur les besoins et les lacunes, d'une part, et les connaissances tirées de la littérature scientifique, d'autre part. Les thèmes qui suivent illustrent ces liens et les mesures à prendre dans l'ensemble du système pour améliorer la santé des fournisseurs de services de réduction des méfaits.

Thème 1 : l'accès aux services

Complexités associées à la santé mentale et à l'usage de drogues

Les voies menant à l'usage d'opioïdes ainsi qu'aux méfaits, hospitalisations et décès liés à la toxicité sont complexes, tout comme les réalités en matière de santé mentale et d'usage de drogues des personnes ayant une expérience vécue. La hausse du nombre de personnes ayant des troubles de santé mentale et d'usage de substances pendant la pandémie montre bien que ces complexités sont en bonne partie attribuables à la polyconsommation et à des troubles concomitants de santé mentale. Des études ont montré qu'au Canada, les personnes atteintes de maladie mentale sont deux fois plus susceptibles d'avoir une consommation problématique, notamment d'opioïdes (George et coll.,



2022). Les personnes dans le système de traitement de la dépendance, qu'elles suivent un programme de substitution ou soient dans un établissement avec hébergement, souffrent souvent de dépression, d'anxiété, de traumatisme, d'autres problèmes de santé mentale ou physique (p. ex. douleur chronique) ou d'une combinaison de ces éléments (George et coll., 2022). Il est évident, d'un point de vue sociétal, scientifique et clinique, qu'il faut cesser de centrer les efforts sur une seule substance ou un seul trouble, pour plutôt adopter une approche axée sur le rôle des déterminants sociaux de la santé, de la consommation de plusieurs substances et de leurs interactions avec des troubles concomitants de santé mentale et physique. Pour surmonter les difficultés que pose la crise des surdoses, une approche translationnelle et intégrée devra être déployée dans plusieurs secteurs (systèmes de santé, de justice, d'éducation et de services sociaux; Blanco et coll., 2020) et combiner les contributions des neurosciences, de la pharmacologie, de l'épidémiologie, de la psychologie, des services de traitement, de la réduction des méfaits et de la prévention.

En changeant ainsi la façon d'aborder les méfaits des substances, il sera aussi possible d'améliorer le bien-être des fournisseurs de services qui viennent en aide aux personnes qui consomment. Le présent rapport montre que les fournisseurs de services de réduction des méfaits sont davantage surchargés et stressés que les autres professionnels de la santé. Ces fournisseurs doivent bénéficier du soutien de tous les ordres de gouvernement et disposer des stratégies nécessaires pour faire face à la nature complexe de leur clientèle. Voici quelques exemples de telles stratégies :

- S'assurer que les travailleurs en réduction des méfaits peuvent orienter simplement et rapidement leurs clients vers d'autres professionnels, traitements et soutiens, pour tenir compte de la complexité des difficultés des clients et faciliter la coordination des soins.
- S'assurer que les fournisseurs de services de réduction des méfaits ont un accès suffisant à des services de counseling et de soutien adéquats qui reflètent la complexité de leurs expériences quotidiennes.
- Évaluer les modèles et politiques de dotation équitables, et corriger des vulnérabilités structurelles menant à l'épuisement professionnel, comme la précarité d'emploi et l'insécurité économique.

- Financer la recherche sur l'interaction entre la polyconsommation, la santé mentale, la santé physique, l'usage d'opioïdes et les surdoses.
- Élaborer et évaluer des stratégies d'intervention efficaces et inédites tenant compte de la complexité dans divers contextes, ce qui permettra d'améliorer le bien-être des fournisseurs de services de réduction des méfaits.

Accès à une gamme complète d'outils médicaux et non médicaux efficaces pour remédier à la crise des surdoses

Compte tenu des complexités décrites ci-dessus, il est essentiel d'améliorer le continuum de soins et la coordination globale entre les services afin de réduire la charge imposée aux fournisseurs de services de réduction des méfaits. Comme on s'y attendrait pour l'ensemble des professionnels de la santé, les travailleurs en réduction des méfaits devraient eux aussi pouvoir accéder rapidement à toute une gamme d'interventions et de traitements médicaux et non médicaux efficaces à utiliser avec leur clientèle. Si les médecins ont depuis peu accès à un éventail élargi d'outils pharmacologiques nécessaires au traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes et de ses méfaits, certaines lacunes persistent. Parmi celles-ci, mentionnons l'accès à de la formation et à du soutien pour la prescription de thérapies par agonistes opioïdes (p. ex. méthadone et buprénorphine/naloxone) et d'autres médicaments contre la dépendance (p. ex. naltrexone).

Les clients se heurtent aussi à des obstacles géographiques à l'accès au traitement, comme la disponibilité et l'accessibilité du traitement à l'héroïne, des thérapies par agonistes opioïdes injectables et d'autres options pharmacologiques telles que la naltrexone (un antagoniste opioïde injectable). La mise en place de cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances s'est avérée utile pour combler certaines lacunes (Corace et coll., 2020). Pourtant, les traitements psychosociaux efficaces ne sont pas facilement accessibles dans les communautés (Corace et coll., 2019; George et coll., 2022).

Ensemble, ces réalités soulignent la nécessité, pour les travailleurs en réduction des méfaits, d'être davantage soutenus par les autres professionnels de la santé. Il serait possible d'y parvenir en garantissant l'accès aux interventions médicales et psychosociales validées

permettant de fournir un soutien optimal aux personnes confrontées à des drogues toxiques ainsi qu'en demandant plus d'interventions et d'aide.

Intégration d'interventions médicales et non médicales pour favoriser la santé et le bien-être des personnes à risque de surdose

Si l'accès rapide à une gamme complète d'interventions de santé est nécessaire, ces dernières doivent aussi être fournies de façon intégrée et coordonnée. L'intégration des interventions médicales et non médicales a grandement contribué à la réussite des pays qui ont évité ou bien géré la crise des opioïdes (Krausz et coll., 2020). De fait, l'intégration des interventions pharmacologiques et psychosociales est particulièrement importante (Corace et coll., 2019; George et coll., 2022). Des données de grande qualité montrent l'efficacité de ces interventions dans le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes (Izadi et coll., 2021), ce qui pourrait être un outil essentiel pour les fournisseurs de services de réduction des méfaits.

Le défi de l'intégration ne se limite pas à la simple combinaison de traitements et de soutiens; il concerne aussi la communication entre les secteurs de l'usage de substances et de la santé mentale. Les fournisseurs de services qui viennent en aide aux personnes ayant des troubles de santé mentale et d'usage de substances travaillent dans plusieurs programmes et secteurs, qui relèvent souvent de sources de financement différentes (d'où les problèmes de parité salariale, voir plus loin), de réglementations différentes et de mécanismes de rapport différents. Ces sources de financement et d'administration indépendants compliquent l'échange d'information, ce qui peut entraîner des incohérences et ralentir la réponse à la crise des surdoses. Au sein de l'écosystème global de la santé, les organisations travaillent avant tout de manière indépendante, avec une coordination et une intégration minimales (p. ex. aucune plateforme d'échange de données uniformisée). Le système de soins canadien doit donc relever les défis que pose la prestation de services et favoriser la coordination et l'intégration dans des politiques et cadres en matière de santé mentale, douleur chronique, santé physique et usage de substances.

Technologie et capacité du système

Pour répondre aux énormes besoins individuels de la crise des surdoses et mieux soutenir les travailleurs en réduction des méfaits, il faudra renforcer la capacité du système de santé par de nouvelles idées et des modes novateurs d'application des nouvelles technologies.

D'ailleurs, la technologie a joué un rôle transformateur qui a permis de résoudre des problèmes de capacité dans d'autres secteurs de la santé et des soins de santé, particulièrement durant la pandémie. Par exemple, l'évaluation et le traitement virtuels, ainsi que les modèles hybrides qui combinent la technologie et les soins en personne, sont efficaces pour certains et efficaces pour beaucoup, en plus de rejoindre un plus grand nombre de personnes qui ont besoin d'aide. De plus, selon de nouvelles recherches, les clients et les fournisseurs de services arrivent à établir des liens constructifs lors de rencontres virtuelles (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021).

C'est pourquoi nous appuyons des projets qui portent sur différents modèles de soins et cherchent à exploiter la puissance de la technologie, afin de renforcer la capacité du système de santé à appuyer les travailleurs en réduction des méfaits. Une capacité accrue permettrait de mieux soutenir les personnes à risque de surdose et celles aux prises avec des troubles liés aux opioïdes. Dans certains cas, il faudra mettre en place une infrastructure technologique et former les fournisseurs de services de réduction des méfaits et leurs clients sur la façon d'utiliser cette technologie en mode hybride.

Thème 2 : la stigmatisation

Thème soulevé tout au long de l'étude, la stigmatisation reste une question fondamentale. À la base des appels répétés à la décriminalisation de l'usage de substances se trouve la stigmatisation vécue par ceux et celles qui consomment certaines substances plutôt que d'autres (p. ex. l'usage d'opioïdes est plus stigmatisé que celui d'alcool). Le problème vise aussi les travailleurs en réduction des méfaits. En fait, il s'agit pour eux d'un fardeau supplémentaire qui contribue très probablement aux niveaux élevés d'adversité et de stress décrits dans ce rapport.

Reflets de cette stigmatisation, les méfaits associés à l'usage d'opioïdes sont trop souvent vus sous l'angle de la justice pénale plutôt que sous celui de la santé (Johnstone et coll., sous presse). Les avis sur le niveau d'intégration du système judiciaire avec l'usage de substances en général – et avec l'usage d'opioïdes en particulier – sont nombreux. Cela dit, s'il y a un thème dominant qui rallie tous les acteurs, c'est qu'il faut favoriser le bien-être et la santé des personnes qui vivent des méfaits liés aux opioïdes, des travailleurs en réduction des méfaits et des soignants.



Thème 3 : les politiques et règlements

Financement des services de réduction des méfaits et soutien des fournisseurs

Il est évident, d'après ce rapport, que les fournisseurs de services de réduction des méfaits subissent un stress énorme, ce qui n'a rien de surprenant. Tout comme il est clair, avec les résultats des sondages, que ces services sont sous-financés et que les fournisseurs sont souvent sous-payés. Cela est frappant compte tenu du dévouement et de la résilience dont ces personnes continuent de faire preuve face aux traumatismes quotidiens. Ces fournisseurs sont souvent témoins de méfaits comme la récurrence de la consommation, les hospitalisations pour surdose et les décès par surdose de clients, des personnes qu'ils ont aidées et avec lesquelles ils ont tissé des liens. Et pourtant, malgré les défis personnels que représente le travail dans un tel contexte, il n'est pas rare que ces fournisseurs donnent de leur temps personnel pour pallier la pénurie de main-d'œuvre et répondre aux besoins non satisfaits. Compte tenu de ces réalités, il n'est pas surprenant que le niveau d'épuisement professionnel des travailleurs en réduction des méfaits soit plus élevé que celui observé chez les travailleurs des services d'urgence lors d'études antérieures (tableau 6).

L'énormité des méfaits liés aux opioïdes au pays, combinée aux difficultés professionnelles des travailleurs en réduction des méfaits, est un appel vibrant et impérieux à réagir aux problèmes soulevés dans le rapport. Cela s'ajoute aux appels à s'occuper, de manière plus générale, de la santé des professionnels de la santé. Par conséquent, il est essentiel que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se dotent de stratégies orientées vers un financement durable et accru de ces services, ainsi que vers une correction des inégalités salariales entre les travailleurs en réduction des méfaits et les fournisseurs de services du milieu communautaire. De fait, les organismes communautaires qui emploient des fournisseurs de services de réduction des méfaits sont souvent exclus du cadre sur la parité et des discussions nationales sur les professionnels de la santé en général. Or, il est évident qu'ils devraient y être inclus.

Mieux comprendre l'enjeu : la nécessité d'une base de données nationale

Pour bien comprendre la gravité de la crise et tous les facteurs qui y ont contribué, il faut bien comprendre les données disponibles. Les nombreuses sources de données dont nous disposons créent une incohérence dans les chiffres associés à cette crise. Par exemple, les provinces et territoires se servent de méthodes différentes pour recenser le nombre de décès et d'urgences liés aux opioïdes, d'où une certaine incertitude quant à l'ampleur exacte du problème et à la nature précise des différences régionales, informations cruciales pour un pays aussi vaste que le Canada. Il est intéressant de noter que Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada compilent et publient des rapports trimestriels sur les méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au pays (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2021). Par contre, vu la forte variabilité des données recueillies et des méthodes de collecte, il est difficile de comparer les ensembles de données et les régions pour obtenir de l'information plus nuancée et ainsi prendre des décisions éclairées.

Pour combler les lacunes dans les données probantes, il faudra donc mettre en place une méthode plus précise et uniforme de suivi national des décès liés à la toxicité des drogues et des cas connexes par province et territoire. Comme le Canada a pu le constater avec la COVID-19, des données nationales, provinciales et territoriales recueillies selon des normes uniformes sont un outil précieux pour mieux comprendre la nature d'une crise nationale. De telles informations sont essentielles pour mesurer et comprendre pleinement le stress que vivent les professionnels de la santé.

Dans ce contexte, l'uniformité et la cohérence des données à l'échelle nationale passeront par le développement de la base de données existante de l'Agence de la santé publique du Canada, de même que par la création et le déploiement d'un répertoire national de données normalisées sur les méfaits liés aux surdoses et à la toxicité. Il serait également utile d'avoir des données pancanadiennes à jour sur les coûts d'un système où l'accès et l'intégration restent difficiles et où la santé des professionnels de la santé pourrait nuire à la prestation de services de qualité. Par exemple, le projet [Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada](#) fournit les coûts économiques, sanitaires et sociaux de



l'usage de substances, mais il pourrait être renforcé par l'ajout des coûts associés aux fournisseurs de soins et de données plus récentes, ce qui aiderait à établir les priorités en matière de politiques publiques ciblées.

Conclusions

Le Canada traverse une sérieuse crise des surdoses qui s'aggrave et qui, combinée à la pandémie, met à mal la capacité à fournir des soins de santé de qualité. Nous devons mieux soutenir les personnes qui consomment des drogues particulièrement à risque de faire une surdose mortelle, ainsi que leurs fournisseurs de services de réduction des méfaits. D'après notre revue de la littérature et les résultats de sondages présentés dans le récent rapport *Consommation de substances au Canada*, nous croyons que plusieurs pistes d'intervention s'offrent à nous, partout au pays, avec l'adoption d'approches de coordination des soins novatrices et intégrées qui reposent sur des données cohérentes et précises. Ces pistes permettraient d'accélérer le déploiement de solutions à la crise des surdoses. Nous lançons donc ici un appel à l'action axé sur des réponses multiples, à différents niveaux, afin d'améliorer le système et, ainsi, d'améliorer considérablement la vie des personnes touchées par les méfaits de la toxicité des drogues, ainsi que la santé et le bien-être des travailleurs en réduction des méfaits qui leur offrent des soins attentifs et professionnels.

Franco J. Vaccarino, Ph.D., MACSS

Sherry H. Stewart, Ph.D., MACSS, MSRC

Tony P. George, M.D., FRCPC



Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. *Les populations vulnérables et le COVID-19*, 2020. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases-maladies/vulnerable-populations-covid-19/vulnerable-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. *En quoi la COVID-19 a-t-elle eu une incidence sur l'accès aux services de santé liés aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), y compris les services de réduction des méfaits, pour les personnes qui consomment des drogues ou de l'alcool au Canada?*, 18 mai 2021. <https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/covid-19-services-itss.html>
- Ahamad, K., P. Bach, R. Brar, N. Chow, N. Coll, M. Compton, ... et S. Yau. *Risk mitigation in the context of dual public health emergencies: Interim clinical guidance*, British Columbia Centre on Substance Use, 2020. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/05/Risk-Mitigation-in-the-Context-of-Dual-Public-Health-Emergencies-v1.6.pdf>
- Alberta Community Council on HIV. *A community-based report on Alberta's SCS effectiveness*, 2019. <https://static1.squarespace.com/static/5e78e384490bc501575f352c/t/5f2c3056cc167915d809755b/1596731482796/A+Community-Base+Report+on+Alberta%E2%80%99s+SCS+Effective+ness+%282019-09-13%29+-+Version+2.pdf>
- Alberta Health. *Alberta opioid response surveillance report: 2019 Q1*, 2019. <https://open.alberta.ca/dataset/f4b74c38-88cb-41ed-aa6f-32db93c7c391/resource/0cbd25b5-12c8-411a-b8ff-e9e5900a11e6/download/alberta-oidiop-response-surveillance-report-2019-q1.pdf>
- Alberta Health Services. *Harm reduction: Spectrum of substance use*, 2019. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-spectrum-of-substance-use.pdf>
- Alkema, K., J.M. Linton et R. Davies. « A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals », *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, vol. 4, n° 2, 2008, p. 101–119. <https://doi.org/10.1080/15524250802353934>
- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd.)*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, 2013.
- Association canadienne de normalisation. *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail - Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes*, 2013. <https://www.csagroup.org/fr/store/product/242214/>
- Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions. *Understanding substance use health: A matter of equity* [manuscrit en cours de rédaction], 2021.
- Association des facultés de médecine du Canada. *Update report on the AFMC response to the Canadian opioid crisis*, 2018. https://afmc.ca/sites/default/files/pdf/2018_AFMC_Response_to_OPIOID_Crisis_EN.pdf
- Association médicale canadienne. *Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins : un instantané national, octobre 2018*, 2018. <https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/nph-survey-f.pdf>
- B.C. Centre for Disease Control. *Harm reduction* [énoncé de position], 2018. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/BCCDC_HarmReduction_PositionStatement.pdf
- B.C. Centre for Disease Control. *Dual public health emergencies: Overdose in BC during COVID-19*, 2021. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/Overdose/2021.04.16_Infographic_OD%20Dashboard.pdf
- Bigras, J., S.S. Seisan et N. Di Pietro. « A qualitative analysis of the impact of the opioid crisis on non-emergency frontline social services workers », *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, vol. 21, n° 3, 2021, p. 273–288. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2021.1933851>
- Blevins, D., B.F. Henry, M. Sung, E.J. Edelman, A.C. Black, M. Dawes, ... et F.R. Levin. « Well-being of health care professionals treating opioid use disorder during the COVID-19 pandemic: Results from a national survey », *Psychiatric Services*, 2021. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100080>
- Bobbette, N., Y. Hamdani, K. Thomson, M. Abou-Chacra, T. Volpe et Y. Lunsky. *Recognizing the mental health needs of an essential workforce: Being a direct support professional in the time of COVID-19*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020. <https://www.camh.ca/-/media/files/azrieliereport-dsp-covid19-pdf.pdf>
- Brand, S.L., J. Thompson Coon, L.E. Fleming, L. Carroll, A. Bethel et K. Wyatt. « Whole-system approach to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review », *PLoS One*, vol. 12, n° 12, 2017, article e0188418. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188418>
- Bronkhorst, B., L. Tummers, B. Steijn et D. Vijverberg. « Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations », *Health Care Management Review*, vol. 40, n°3, 2015, p. 254–271. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000026>

- Buselli, R., M. Corsi, S. Baldanzi, M. Chiumiento, E. Del Lupo, V. Dell'Oste, ... et C. Carmassi. « Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19) », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 17, 2020, article 6180. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- Canadian Press. « Ontario to review safe injection, overdose prevention sites, health minister says: Health Minister Christine Elliott says province looking at sites to see if they 'have merit.' », *CBC News*, 24 juillet 2018. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-safe-injection-sites-limbo-1.4760002>
- 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*, 2020a. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-COVID-19-Impacts-on-People-Who-Use-Substances-Report-2020-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Retombées – Projet Je mets fin à la stigmatisation*, 2020b. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-Impact-Story-Stigma-Ends-With-Me-Summary-2020-fr.pdf>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Is there a cost to protecting, caring for and saving others? Beware of compassion fatigue*, sans date. <https://www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/is-there-a-cost-to-protecting-caring-for-and-saving-others-beware-of-compassion-fatigue>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Workplace mental health: A review and recommendations*, 2020. <https://www.camh.ca/-/media/files/workplace-mental-health/workplacementalhealth-a-review-and-recommendations-pdf.pdf>
- Chaudhry, H.J., C. Walker-McGill et V.J. Dzau. « Coordination needed to address clinician well-being and the opioid epidemic », *JAMA*, vol. 325, n° 23, 2021, p. 2341–2342. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.6694>
- Chen, R., C. Sun, J.J. Chen, H.J. Jen, X.L. Kang, C.C. Kao et K. Chou. « A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 30, n° 1, 2021, p. 102–116. <https://doi.org/10.1111/inm.12796>
- Clough, B.A., S. March, R.J. Chan, L.M. Casey, R. Phillips et M.J. Ireland. « Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: A systematic review », *Systematic Reviews*, vol. 6, n° 1, 2017, article 144. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0526-3>
- Cocchiara, R.A., M. Peruzzo, A. Mannocci, L. Ottolenghi, P. Villari, A. Polimeni, ... et G. La Torre. « The use of yoga to manage stress and burnout in healthcare workers: A systematic review », *Journal of Clinical Medicine*, vol. 8, n° 3, 2019, article 284. <https://doi.org/10.3390/jcm8030284>
- Cocker, F. et N. Joss. « Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 13, n° 6, 2016, article 618. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>
- Cook-Cottone, C.P. et W.M. Guyker. « The development and validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS): An assessment of practices that support positive embodiment », *Mindfulness*, vol. 9, n° 1, 2018, p. 161–175. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0759-1>
- Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés. *INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : observations tirées de la recherche*, 2008. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/rapports-publications/insite-vancouver-autres-sites-injection-supervises-observations-tirees-recherche.html>
- Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, septembre 2021. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- Commission de la santé mentale du Canada. *COVID-19, bien-être mental de l'effectif travaillant auprès de personnes en situation d'itinérance*, Ottawa (Canada), Commission de la santé mentale du Canada, 2021. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2021-07/covid_mental_wellness_homelessness_workforce_fr.pdf
- Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. *S'abstenir de faire du mal : répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/Canada-Strategy-Prescription-Drug-Misuse-Report-fr.pdf>
- Cui, P.P., P.P. Wang, K. Wang, Z. Ping, P. Wang et C. Chen. « Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against COVID-19 », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 78, n° 2, 2021, p. 129–135. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106540>
- Dechman, M.K. « Peer helpers' struggle to care for "others" who inject drugs », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, n° 5, 2015, p. 492–500. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.12.010>



- De La Rosa, G.M., J.A. Webb-Murphy, S.F. Fesperman et S.L. Johnston. « Professional quality of life normative benchmarks », *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, vol. 10, n° 2, 2018, p. 225–228. <https://doi.org/10.1037/tra0000263>
- DesRoches, D.I., S.H. Deacon, L.M. Rodriguez, S.B. Sherry, R. Nogueira-Arjona, M.M. Elgendi, ... et S. Stewart. « Homeschooling during COVID-19: Gender differences in work–family conflict and alcohol use behaviour among romantic couples », *Social Sciences*, vol. 10, n° 7, 2021, article 240. <https://doi.org/10.3390/socsci10070240>
- EQUIP Health Care. *Preventing, recognizing & addressing vicarious trauma*, 2019. <https://equiphealthcare.ca/files/2019/12/EQUIP-GTV-Tool-Vicarious-Trauma-Nov-25-2019.pdf>
- Friesen, E.L., P.A. Kurydak, T. Gomes, G. Kolla, P. Leece, L. Zhu, ... et L. Mah. « The impact of the COVID-19 pandemic on opioid-related harm in Ontario », *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table*, vol. 2, n° 42, 2021. <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.42.1.0>
- Frost, M.C., E.W. Sweek, E.J. Austin, M.A. Corcorran, A.M. Juarez, N.D. Frank, ... et S.N. Glick. « Program adaptations to provide harm reduction services during the COVID-19 pandemic: A qualitative study of syringe services programs in the U.S. », *AIDS and Behavior*, 2021. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03332-7>
- Gomes, T., R. Murray, G. Kolla, P. Leece, S. Bansal, J. Besharah, ... et J. Watford. *Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic*, Toronto (Ont.), Ontario Drug Policy Research Network, 2021. https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/c/2021/changing-circumstances-surrounding-opioid-related-deaths.pdf?sc_lang=en
- Gouvernement de l'Alberta. *Expert panel to review supervised consumption sites* [communiqué de presse], 19 août 2019. <https://www.alberta.ca/release.cfm?xID=64325A908870E-CB08-8889-C1469DB961796FA8>
- Gouvernement du Canada. *Un Canada plus fort et plus résilient : discours du Trône ouvrant la deuxième session de la quarante-troisième législature du Canada*, 2020. https://www.canada.ca/content/dam/pco-bcp/documents/pm/SFT_2020_FR_WEB.pdf
- Groupe d'experts sur la consommation de substances de Santé Canada. *Rapport n° 2 -Recommandations relatives à la politique du gouvernement du Canada en matière de drogues, telle qu'elle est énoncée dans le projet de Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances (SCDAS)*, 2021. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/reports/report-2-2021/report-2-HC-expert-task-force-on-substance-use-final-fr.pdf>
- Greer, A., V. Bungay, B. Pauly et J. Buxton. « 'Peer' work as precarious: A qualitative study of work conditions and experiences of people who use drugs engaged in harm reduction work », *International Journal on Drug Policy*, vol. 85, 2020, article 102922. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102922>
- Greer, A., J.A. Buxton, B. Pauly et V. Bungay. « Organizational support for frontline harm reduction and systems navigation work among workers with living and lived experience: Qualitative findings from British Columbia, Canada », *Harm Reduction Journal*, vol. 18, n° 1, 2021, article 60 <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00507-2>
- Harm Reduction International. *The global state of harm reduction 2020 (7th ed.)*, 2020. https://www.hri.global/files/2021/03/04/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA_Web.pdf
- Harm Reduction International. *What is harm reduction?*, 2021. <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- Heimer, R., R. McNeil et D. Vlahov. « A community responds to the COVID-19 pandemic: A case study in protecting the health and human rights of people who use drugs », *Journal of Urban Health*, vol. 97, n° 4, 2020, p. 448–456. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00465-3>
- Hotchkiss, J.T. « Mindful self-care and secondary traumatic stress mediate a relationship between compassion satisfaction and burnout risk among hospice care professionals », *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, vol. 35, n° 8, 2018, p. 1099–1108. <https://doi.org/10.1177/1049909118756657>
- Hotchkiss, J.T. et R. Leshner. « Factors predicting burnout among chaplains: Compassion satisfaction, organizational Factors, and the mediators of mindful self-care and secondary traumatic stress », *Journal of Pastoral Care and Counseling*, vol. 72, n° 2, 2018, p. 86–98. <https://doi.org/10.1177/1542305018780655>

- Hunsaker, S., H.C. Chen, D. Maughan et S. Heaston. « Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 47, n° 2, 2015, p. 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Instituts de recherche en santé du Canada. *À propos de nous : l'application des connaissances : définition*, 2016. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html#2>
- Irvine, M.A., M. Kuo, J.A. Buxton, R. Balshaw, M. Otterstatter, L. Macdougall, ... et M. Gilbert. « Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic », *Addiction*, vol. 114, n° 9, 2019, p. 1602–1613. <https://doi.org/10.1111/add.14664>.
- Jozaghi, E., R. Maynard, Z. Dadakhah-Chimeh, K. Yake et S. Blyth. « The synthetic opioid epidemic and the need for mental health support for first responders who intervene in overdose cases », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 109, n° 2, 2018, p. 231–232. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0044-7>
- Kanno, H. et M.M. Giddings. « Hidden trauma victims: Understanding and preventing traumatic stress in mental health professionals », *Social Work in Mental Health*, vol. 15, n° 3, 2017, p. 331–353. <https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1220442>
- Kennedy, M.C., J. Boyd, S. Mayer, A. Collins, A. Kerr et R. McNeil. « Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 225, 2019, p. 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.014>
- Kerman, N., J. Ecker, S. Gaetz, E. Tiderington et S.A. Kidd. « Mental health and wellness of services providers working with people experiencing homelessness in Canada: A national survey from the second wave of the COVID-19 pandemic », *Revue canadienne de psychiatrie*, publication en ligne anticipée, 2021. <https://doi.org/10.1177/07067437211018782>
- Kerr, T., S. Mitra, M.C. Kennedy et R. McNeil. « Supervised injection facilities in Canada: Past, present, and future », *Harm Reduction Journal*, vol. 14, n° 1, 2017, article 28. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0154-1>
- Khorasheh, T., G. Kolla, K. Kenny et A. Bayoumi. *Impacts of overdose on front-line harm reduction workers in the City of Toronto*, Toronto (Ont.), MAP Centre for Urban Health Solutions, 2021. https://maphealth.ca/wp-content/uploads/Bayoumi_HRW_BriefReport.pdf
- King, B., R. Patel et A. Rishworth. « Assessing the relationships between COVID-19 stay-at-home orders and opioid overdoses in the state of Pennsylvania », *Journal of Drug Issues*, vol. 51, n° 4, 2021, p. 648–660. <https://doi.org/10.1177/00220426211006362>
- Kolla, G., C. Strike, T.M. Watson, J. Jairam, B. Fischer et A.M. Bayoumi. « Risk creating and risk reducing: Community perceptions of supervised consumption facilities for illicit drug use », *Health, Risk & Society*, vol. 19, n° 1-2, 2017, p. 91–111. <https://doi.org/10.1080/13698575.2017.1291918>
- Kolla, G. et C. Strike. « 'It's too much, I'm getting really tired of it': Overdose response and structural vulnerabilities among harm reduction workers in community settings », *International Journal of Drug Policy*, vol. 74, 2019, p. 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.012>
- Kolla, G. et C. Strike. « Medicalization under prohibition: The tactics and limits of medicalization in the spaces where people use illicit drugs », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 28, n° 2, 2021, p. 127–137. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1769029>
- Kriakous, S.A., K.A. Elliott, C. Lamers et R. Owen. « The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review », *Mindfulness*, publication en ligne anticipée, 2020. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>
- Kunzler, A.M., I. Helmreich, A. Chmitorz, J. König, H. Binder, M. Wessa et K. Lieb. « Interventions psychologiques pour favoriser la résilience des professionnels de santé », *Base de données d'examen systématiques de Cochrane*, vol. 7, 2020, article CD012527. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>
- Machin, L., R. Bartlam et B. Bartlam. « Identifying levels of vulnerability in grief using the Adult Attitude to Grief scale: From theory to practice », *Bereavement Care*, vol. 34, n° 2, 2015, p. 59–68. <https://doi.org/10.1080/02682621.2015.1063859>
- Madden, E.F., S. Prevedel, T. Light et S.H. Sulzer. « Intervention stigma toward medications for opioid use disorder: A systematic review », *Substance Use & Misuse*, vol. 56, n° 14, 2021, p. 2181–2201. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1975749>
- Magill, E., Z. Siegal et K.M. Pike. « The mental health of frontline health care providers during pandemics: A rapid review of the literature », *Psychiatric Services*, vol. 71, n° 12, 2020, p. 1260–1269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000274>



- Mamdani, Z., S. McKenzie, B. Pauly, F. Cameron, J. Conway-Brown, D. Edwards, ... et J. Buxton. « "Running myself ragged": Stressors faced by peer workers in overdose response settings », *Harm Reduction Journal*, vol. 8, n° 1, 2021, article 18. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00449-1>
- Maunder, R.G., N.D. Heeney, G. Strudwick, H.D. Shin, B. O'Neill, N. Young, ... et L. Mah. « Burnout in hospital-based healthcare workers during COVID-19 », *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table*, vol. 2, n° 46, 2021. <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.46.10>
- McCall, J., J.C. Phillips, A. Estafan et V. Caine. « Exploring the experiences of staff working at an opiate assisted treatment clinic: An interpretive descriptive study », *Applied Nursing Research*, vol. 45, 2019, p. 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.12.003>
- Moustaqim-Barrette, A., T. Elton-Marshall, P. Leece, C. Morissette, K. Rittenbach et J. Buxton. *Environmental scan: Naloxone access and distribution in Canada*, Vancouver, Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS), 2019. https://crism.ca/wp-content/uploads/2019/06/CRISM_Enviro-Scan_Final-Draft_June18.pdf
- Naehrig, D., A. Schokman, J.K. Hughes, R. Epstein, I.B. Hickie et N. Glozier. « Effect of interventions for the well-being, satisfaction and flourishing of general practitioners – a systematic review », *British Medical Journal Open*, vol. 11, n° 8, 2021, article e046599. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046599>
- Noyes, E., E. Yeo, M. Yerton, I. Plakas, S. Keyes, A. Obando, ... et A. Chatterjee. « Harm reduction for adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic: A case study of community care in reach », *Public Health Reports*, vol. 136, n° 3, 2021, p. 301–308. <https://doi.org/10.1177/0033354921999396>
- Olding, M., A. Barker, R. McNeil et J. Boyd. « Essential work, precarious labour: The need for safer and equitable harm reduction work in the era of COVID-19 », *International Journal of Drug Policy*, vol. 90, 2021, article 103076. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103076>
- Olding, M., J. Boyd, T. Kerr et R. McNeil. « "And we just have to keep going": Task shifting and the production of burnout among overdose response workers with lived experience », *Social Science & Medicine*, vol. 270, 2021, article 113631. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113631>
- Organisation mondiale de la Santé. *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020*, 11 mars 2020. <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organisation mondiale de la Santé. *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: Results of a rapid assessment*, 2020. <https://www.who.int/publications/item/978924012455>
- Organisation mondiale de la Santé. *Année des personnels de santé et d'aide à la personne*, 2021. <https://www.who.int/fr/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021>
- Parkes, T., H. Carver, W. Masterton, D. Falzon, J. Dumbrell, S. Grant et I. Wilson. « 'They already operated like it was a crisis, because it always has been a crisis': A qualitative exploration of the response of one homeless service in Scotland to the COVID-19 pandemic », *Harm Reduction Journal*, vol. 18, n° 1, 2021, article 26. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00472-w>
- Pauly, B., Z. Mamdani, L. Mesley, S. McKenzie, F. Cameron, D. Edwards, ... et J.A. Buxton. « "It's an emotional roller coaster ... But sometimes it's fucking awesome": Meaning and motivation of work for peers in overdose response environments in British Columbia », *International Journal of Drug Policy*, vol. 88, 2021, article 103015. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103015>
- Phillips, C.S. et H. Becker. « Systematic review: Expressive arts interventions to address psychosocial stress in healthcare workers », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 75, n° 11, 2019, p. 2285–2298. <https://doi.org/10.1111/jan.14043>
- Professional Quality of Life. *Frequently asked questions*, 2021. <https://proqol.org/faq>
- Radfar, S.R., C.A.J. De Jong, A. Farhoudian, M. Ebrahimi, P. Rafei, M. Vahidi, ... et A.M. Baldacchino. « Reorganization of substance use treatment and harm reduction services during the COVID-19 pandemic: A global survey », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12, 2021, article 639393. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.639393>
- Réseau canadien des personnels de santé et Commission de la santé mentale du Canada. *COVID-19 impacts on the mental health and substance use health workforce in Canada*, 2021 https://www.hhr-rhs.ca/images/MHSU_Infographic-FINAL_v2.pdf
- Réseau juridique canadien VIH/sida. « Rien à notre sujet sans nous » - *L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains* (2^e éd.), 2006. <http://www.hivlegalnetwork.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/Greater+Involvement+-+Bklt+-+Drug+Policy+-+FRA.pdf>

- Roxburgh, A., M. Jauncey, C. Day, M. Bartlett, S. Cogger, P. Dietze, ... et N. Clark. « Adapting harm reduction services during COVID-19: Lessons from the supervised injecting facilities in Australia », *Harm Reduction Journal*, vol. 18, 2021, article 20. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00471-x>
- Ruiz-Fernández, M.D., E. Pérez-García et Á.M. Ortega-Galán. « Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 4, 2020, article 1253. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041253>
- Russell, C., F. Ali, F. Nafeh, J. Rehm, S. LeBlanc et T. Elton-Marshall. « Identifying the impacts of the COVID-19 pandemic on service access for people who use drugs (PWUD): A national qualitative study », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 129, 2021, article 108374. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108374>
- Sansó, N., L. Galiana, A. Oliver, A. Pascual, S. Sinclair et E. Benito. « Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 50, n° 2, 2015, p. 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Santé Canada. *Explication des sites et des services de consommation supervisée*, 2018. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/precisions.html>
- Santé Canada. *Symposium sur les opioïdes : rapport Ce que nous avons entendu*, 2019a. https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/sc-hc/H14-306-2019-fra.pdf
- Santé Canada. *Opioïdes et crise des opioïdes – Obtenez les faits*, 2019b. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/obtenez-les-faits.html>
- Santé Canada. *Faire face à la crise de surdose d'opioïdes au Canada*, 2019c. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/repondre-crise-opioides-canada.html>
- Santé Canada. *Venir en aide aux personnes qui utilisent des substances pendant la pandémie de COVID-19*, 2021a. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/aide-personnes-qui-utilisent-substances-covid-19.html>
- Santé Canada. *Carte interactive : la réponse du Canada à la crise des opioïdes*, 2021b. <https://sante.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/opioides/repondre-crise-opioides-canada/carte.html>
- Shepard, B.C. « Between harm reduction, loss and wellness: On the occupational hazards of work », *Harm Reduction Journal*, vol. 10, 2013, article 5. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-5>
- Shreffler, J., M. Shreffler, J.R. Murfree et M. Huecker. « A global pandemic and substance use disorder: Healthcare professionals' viewpoints on the merging of two crises », *Substance Use & Misuse*, vol. 56, n° 10, 2021, p. 1476–1482. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1936052>
- Sim, J., L. Machin et B. Bartlam. « Identifying vulnerability in grief: Psychometric properties of the Adult Attitude to Grief Scale », *Quality of Life Research*, vol. 23, n° 4, 2014, p. 1211–1220. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0551-1>
- Sinclair, S., S. Raffin-Bouchal, L. Venturato, J. Mijovic-Kondejewski et L. Smith-MacDonald. « Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 69, avril 2017, p. 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Stamm, B.H. *Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue version 5 (ProQOL)*, 2009. <https://proqol.org/proqol-measure>
- Stamm, B.H. *The concise ProQOL manual, 2nd ed*, Pocatello (ID), ProQOL.org, 2010.
- Statistique Canada. « Nombre provisoire de décès et surmortalité, janvier 2020 à avril 2021 », *Le Quotidien*, 12 juillet 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210712/dq210712b-fra.htm>
- Taha, S., B. Maloney-Hall et J. Buxton. « Lessons learned from the opioid crisis across the pillars of the Canadian drugs and substances strategy », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 14, n° 1, 2019, article 32. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0220-7>
- Tamiolaki, A. et A.E. Kalaitzaki. « “That which does not kill us, makes us stronger”: COVID-19 and posttraumatic growth », *Psychiatry Research*, vol. 289, juillet 2020, article 113044. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113044>
- Zhang, M., B. Murphy, A. Cabanilla et C. Yidi. « Physical relaxation for occupational stress in healthcare workers: A systematic review and network meta-analysis or randomized controlled trials », *Journal of Occupational Health*, vol. 63, n° 1, janvier 2021, article e12243. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12243>



Annexe A : sondage sur les expériences des personnes qui offrent des services de réduction des méfaits

Merci d'accepter de nous faire part de vos expériences. Pour commencer, nous devons déterminer votre admissibilité au sondage. Veuillez donc répondre aux questions qui suivent.

La réduction des méfaits peut prendre plusieurs formes. Pour les besoins de ce sondage, « réduction des méfaits » signifie la réduction des conséquences négatives associées à l'usage de drogue par la prestation de services et de pratiques de santé et sociaux. Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, la distribution de naloxone, le traitement d'entretien ou de substitution aux opioïdes, le counseling, la sensibilisation à une consommation plus sûre, le dépistage du VIH/VHC ou le dépistage de drogue en sont des exemples.

QUESTIONS POUR DÉTERMINER L'ADMISSIBILITÉ

1. **Offrez-vous des services de réduction des méfaits aux personnes qui consomment de la drogue au Canada?**

Oui

Non

2. **Quel âge avez-vous?**

19 ans et plus (veuillez inscrire votre âge en années)

18 ans

Moins de 18 ans

3. **Dans quelle province ou quel territoire vivez-vous?**

Colombie-Britannique

Alberta

Saskatchewan

Manitoba

Ontario

Québec

Nouveau-Brunswick

Nouvelle-Écosse

Île-du-Prince-Édouard

Terre-Neuve-et-Labrador

Yukon

Territoires du Nord-Ouest

Nunavut

Extérieur du Canada

[Inadmissible si Q1 = NON, OU Q2 = Moins de 18 ans, OU si Q2 = 18 ans ET province ou territoire **autre que** Québec, Alberta, Ontario, Saskatchewan, Î.-P.-É. ou Manitoba, OU si Q3 = 66 (extérieur du Canada)]



RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Les premières questions visent à recueillir des renseignements généraux.

1. Quelle est la taille de la communauté dans laquelle vous offrez des services de réduction des méfaits?

Grand centre urbain de population (100 000 ou plus)

Moyen centre de population (30 000 à 99 999)

Petit centre de population (1 000 à 29 999)

Autre _____

Je ne sais pas

2. Veuillez décrire votre communauté en cochant toutes les réponses qui s'appliquent.

Secteur urbain ou suburbain (ville)

Secteur rural (à quelques minutes en voiture d'une ville)

Secteur éloigné ou isolé (à une grande distance de la ville la plus près)

3. Veuillez indiquer votre genre.

Féminin

Masculin

Divers

Préfère ne pas répondre

Autre (veuillez préciser) : _____

4. Quelle est votre origine ethnique? _____

5. Vous considérez-vous comme membre des Premières Nations, métis ou inuk (inuit)?

Oui

Non

Si oui,

6. À quel peuple autochtone vous identifiez-vous principalement?

Premières Nations

Métis

Inuk

7. Quel est votre état matrimonial?

Célibataire (jamais marié)

En union de fait

Légalement marié (non séparé)

Séparé (mais toujours légalement marié)

Divorcé

Veuf



8. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez terminé?

- Études secondaires non terminées
- Diplôme d'études secondaires
- Formation générale (FG) ou formation de base des adultes (FBA)
- Collège ou école technique (aucun certificat ni diplôme)
- Diplôme d'un collège ou d'une école technique
- Diplôme universitaire de premier cycle
- Diplôme professionnel (p. ex. droit, médecine)
- Diplôme d'études supérieures (maîtrise, doctorat)
- Autre (veuillez préciser) : _____

9. À quel titre offrez-vous des services de réduction des méfaits? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Employé à temps plein
- Employé à temps partiel
- Bénévole à temps plein
- Bénévole à temps partiel
- Autre (veuillez préciser) : _____

10. Combien d'heures en moyenne par semaine offrez-vous des services de réduction des méfaits à titre d'employé ou de bénévole

Nombre d'heures : _____

11. Quels services de réduction des méfaits offrez-vous personnellement? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Distribution de matériel ou d'équipement pour réduire les méfaits comme des seringues
- Sensibilisation à la consommation plus sécuritaire et à la réduction des méfaits
- Équipe de patrouilleurs de rue ou d'intervention en cas de surdose
- Formation sur l'intervention en cas de surdose et distribution de naloxone
- Counseling
- Traitement par agonistes opioïdes
- Services de soutien par des pairs
- Formation ou soutien des pairs avec qui je travaille
- Orientation vers un traitement
- Cheminement dans les systèmes de services, y compris de santé, de logement ou d'aide sociale
- Analyse ou vérification de drogue
- Aucun service direct, mais gestion de projets
- Aucun service direct, mais gestion d'équipes
- Pharmacie
- Autre (veuillez préciser) : _____



12. Dans quel milieu travaillez-vous? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Centre de consommation supervisée
- Centre de prévention des surdoses
- Programme de traitement des dépendances en milieu hospitalier
- Programme de traitement des dépendances en milieu communautaire
- Bureau de santé publique
- Organisation de personnes qui consomment des substances/groupes de consommateurs
- Organisme ou centre d'amitié autochtone
- Équipe d'approche communautaire ou de traitement communautaire dynamique
- Service de proximité, y compris ramassage ou échange de seringues
- Pratique familiale ou équipe de santé familiale
- Centres de santé communautaire
- Pharmacie
- Technicien ambulancier médical ou premier intervenant
- Autre (veuillez préciser) :

13. Depuis combien de temps travaillez-vous en réduction des méfaits?

Années : _____ Mois : _____

14. Y a-t-il eu des périodes d'interruption dans votre prestation de services de réduction des méfaits?

- Oui
- Non

15. Si oui, dites-nous pourquoi votre travail a été interrompu. Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Changements dans le financement des services
- Changements dans les programmes
- Décision personnelle
- Autre (veuillez préciser) : _____

16. Quel est le titre de votre rôle actuel? _____

17. Depuis combien de temps travaillez-vous à ce titre?

Années : _____ Mois : _____



QUALITÉ DE VIE PROFESSIONNELLE

Le fait d'offrir des services de réduction des méfaits à des personnes qui consomment de la drogue vous met en contact direct avec leur vie. Votre compassion et votre empathie pour les personnes que vous aidez peut vous affecter de manière à la fois positive et négative. Les questions ci-dessous concernent votre expérience, en tant que personne qui offre des services de réduction des méfaits, à un titre ou un autre. Lisez chacune des questions ci-dessous sur vous et votre situation professionnelle actuelle. Cliquez sur la réponse qui reflète honnêtement la fréquence à laquelle vous avez fait les expériences suivantes au cours des **30 derniers jours**.

18. Je suis heureux.

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

[Les questions suivantes utilisent l'échelle des options de réponse ci-dessus.]

19. Je suis préoccupé par plus d'une des personnes à qui j'offre des services.
20. Je ressens de la satisfaction à pouvoir aider les autres.
21. Je me sens lié à autrui.
22. Je sursaute ou suis surpris par des bruits inattendus.
23. Travailler avec ceux que j'aide me donne de l'énergie.
24. Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'aidant.
25. Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait des expériences traumatisantes d'une personne à qui j'offre ou j'offrais des services.
26. Je pense que j'ai pu être affecté par le stress traumatique des personnes que j'aide.
27. Je me sens pris au piège par mon travail de prestation de services de réduction des méfaits.
28. En raison de mon travail, je me suis senti « sur les nerfs » pour diverses raisons.
29. J'aime mon travail en réduction des méfaits.
30. Je me sens déprimé du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'aide.
31. J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que j'ai aidée.
32. Mes croyances me soutiennent.
33. Je suis satisfait de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles en réduction des méfaits.
34. Je suis la personne que j'ai toujours voulu être.
35. Mon travail me procure de la satisfaction.
36. Je me sens épuisé par mon travail en réduction des méfaits.
37. J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que j'aide et la façon dont j'ai pu les aider.
38. Je me sens dépassé parce que ma charge de travail semble interminable.
39. Je crois que mon travail me permet de faire une différence.
40. J'évite certaines activités ou situations, car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des personnes que j'aide.
41. Je suis fier de ce que je peux faire pour offrir des services de réduction des méfaits.
42. Du fait de mon travail en réduction des méfaits, je suis envahi par des pensées effrayantes.



43. Je me sens « coincé » par le système.
44. J'ai le sentiment de réussir dans mon travail d'aidant.
45. Je ne peux pas me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme.
46. Je suis une personne très attentionnée.
47. Je suis heureux d'avoir choisi de faire ce travail.
48. Y a-t-il autre chose concernant votre **qualité de vie professionnelle** que vous voudriez ajouter?

PRENDRE SOIN DE SOI

Nous aimerions savoir ce que vous faites pour prendre soin de vous et à quelle fréquence vous le faites. Cliquez sur la réponse qui correspond à la fréquence (combien de fois) à laquelle vous avez adopté les comportements suivants **au cours de la dernière semaine**.

20. **J'ai fait une activité intellectuelle (qui nécessite l'utilisation des facultés intellectuelles) pour m'aider à me détendre (p. ex. lire un livre ou écrire).**

Régulièrement (6 à 7 jours)

Souvent (4 à 5 jours)

Parfois (2 à 3 jours)

Rarement (1 jour)

Jamais (0 jour)

[Les questions suivantes utilisent l'échelle des options de réponse ci-dessus.]

21. J'ai fait une activité interpersonnelle pour me détendre (p. ex. bavarder avec des amis).
22. J'ai fait une activité créative pour me détendre (p. ex. dessiner, jouer d'un instrument, écrire, chanter).
23. J'ai écouté quelque chose pour me détendre (p. ex. de la musique, un balado, une émission de radio ou des sons de la forêt).
24. J'ai regardé quelque chose pour me détendre (p. ex. objet d'art, film, lèche-vitrine ou nature).
25. J'ai senti différentes odeurs pour me détendre (p. ex. lotions, nature, chandelles, encens ou cuisson au four).
26. J'ai bu au moins 6 à 8 tasses d'eau par jour.
27. J'ai mangé une variété d'aliments nutritifs (p. ex. légumes, protéines, fruits et produits céréaliers).
28. J'ai planifié mes repas et mes collations.
29. J'ai fait de l'exercice pendant au moins 30 à 60 minutes.
30. J'ai fait du sport, de la danse ou une autre activité planifiée (p. ex. équipe de sport ou cours de danse).
31. J'ai fait des activités sédentaires au lieu de faire de l'exercice (p. ex. regarder la télé ou travailler à l'ordinateur).
32. J'ai planifié ou organisé mon exercice pour la journée.
33. J'ai fait du yoga ou une autre activité qui sollicite le corps et l'esprit (p. ex. taekwondo ou tai-chi).
34. J'ai reconnu avec bienveillance mes propres défis et difficultés.
35. Je me suis soutenu et réconforté intérieurement (p. ex. je me suis dit que mes efforts valent la peine et sont importants).
36. Je me suis rappelé que l'échec et le défi font partie de l'expérience humaine.
37. Je me suis donné la permission de donner libre cours à mes sentiments (p. ex. je me suis permis de pleurer).



- 38. J'ai jugé que ma **vie professionnelle** avait un sens ou un but plus large (p. ex. pour une cause).
- 39. J'ai jugé que ma **vie privée ou personnelle** avait un sens ou un but plus large (p. ex. pour une cause).
- 40. J'ai passé du temps avec des gens qui me veulent du bien (p. ex. me soutiennent, m'encouragent, croient en moi).
- 41. J'ai passé du temps avec des personnes qui sont spéciales pour moi.
- 42. Je me suis senti soutenu par les gens qui m'entourent.
- 43. J'ai eu confiance que les personnes dans ma vie respecteraient ma décision si je disais « non ».
- 44. J'ai eu l'impression d'avoir quelqu'un sur qui compter pour m'écouter si j'étais bouleversé (p. ex. ami, conseiller ou groupe).
- 45. J'ai gardé un horaire gérable.
- 46. J'ai gardé mon aire de travail organisée pour m'aider à réaliser mes tâches.
- 47. J'ai maintenu un équilibre entre les demandes d'autres personnes et ce qui est important pour moi.
- 48. J'ai maintenu mon milieu de vie réconfortant et plaisant.
- 49. J'ai pris calmement conscience de mes pensées.
- 50. J'ai pris calmement conscience de mes sentiments.
- 51. J'ai pris calmement conscience de mon corps.
- 52. J'ai choisi avec soin les pensées et les sentiments qui allaient guider mes actions.
- 53. **Y a-t-il autre chose concernant vos habitudes à prendre soin de vous** que vous voudriez ajouter?

54. Avez-vous consommé de l'alcool ou une autre substance pour vous aider à composer avec les expériences que vous vivez en offrant des services de réduction des méfaits?

- Oui
- Non

Si oui,

55. Veuillez indiquer quelles substances vous avez consommées.

56. Veuillez indiquer dans quel cadre vous avez consommé ces substances :

- À la maison
- Au travail
- Dans un lieu public (p. ex. restaurant, bar, parc public)
- Centre de consommation sécuritaire
- Autre (veuillez préciser) : _____



57. **Le fait que votre consommation de substances pourrait être un mécanisme compensatoire vous inquiète-t-il?**

Oui

Non

Si oui,

58. **Expliquez pourquoi la consommation de substances pour composer avec les expériences que vous vivez en offrant des services de réduction des méfaits vous inquiète.**

59. **Avez-vous l'impression que la consommation de substances pour composer avec les difficultés vécues au travail a des répercussions sur des aspects de votre vie** (p. ex. santé, relations, rendement au travail, bien-être général)?

Oui

Non

Si oui,

60. **Expliquez comment le fait de consommer des substances pour composer avec des difficultés nuit à votre vie.**

DEUIL

Cette section porte sur le deuil que vous pouvez vivre à la suite du décès de personnes avec qui vous travaillez ou à qui vous offrez des services dans le contexte de la crise de surdoses. Cliquez sur la réponse qui traduit votre impression pour les énoncés ci-dessous.

61. **Je me sens capable d'affronter la douleur qui vient de pair avec un décès.**

Tout à fait en accord

En accord

Ni en accord ni en désaccord

En désaccord

Tout à fait en désaccord

[Les questions suivantes utilisent l'échelle des options de réponse ci-dessus.]

62. J'ai de la difficulté à cesser de penser à la ou aux personnes que j'ai perdues.

63. Je suis très conscient de ma force intérieure lorsque j'ai un deuil à faire.

64. Je dois être courageux face à une perte.

65. Je porterai toujours la douleur du deuil au fond de moi.

66. J'estime important de contrôler mon processus de deuil.

67. La vie est moins importante pour moi depuis ce ou ces décès.

68. La vie continue, et il ne faut pas s'attarder sur ce ou ces décès.

69. Je n'en ai peut-être pas toujours l'impression, mais je crois que je vais surmonter cette expérience de deuil.

70. Y a-t-il autre chose concernant votre **deuil** que vous voudriez ajouter?



STIGMATISATION

Cette section porte sur la **stigmatisation** que vous pouvez vivre en offrant des services de réduction des méfaits. La stigmatisation peut prendre de nombreuses formes et comporter un sentiment de désapprobation ou de honte.

71. Vous sentez-vous ou vous êtes-vous déjà senti stigmatisé à cause de votre travail en réduction des méfaits?

Oui

Non

Si oui,

72. De quelles façons?

RESSOURCES, PROGRAMMES ET SOUTIENS

Cette section porte sur les ressources, les programmes et les soutiens à votre disposition et ceux dont vous estimez avoir besoin (mais qui ne sont pas offerts) dans votre milieu professionnel.

73. Décrivez les ressources et les soutiens en place qui vous sont utiles pour assumer votre rôle.

74. Décrivez ce qui manque pour soutenir votre travail et votre bien-être dans votre milieu de travail (et proposez toute solution qui pourrait être bénéfique selon vous).

75. Y a-t-il autre chose concernant votre travail et vos expériences que vous voudriez ajouter?



Annexe B : questions ajoutées au sondage 2021

Nos expériences passées peuvent influencer sur la prestation de services de réduction des méfaits, de jour en jour. Pour mieux comprendre l'expérience du travail en réduction des méfaits de plusieurs types de travailleurs, nous voudrions savoir si vous vous identifiez comme une personne ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances.

Êtes-vous un pair aidant, un intervenant au vécu expérientiel ou un intervenant en soutien individuel ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances qui offre des services de réduction des méfaits?

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

Autre (veuillez préciser) : _____

Quelle affirmation correspond le mieux à votre emploi ou profession?

Je travaille dans une profession réglementée (qui nécessite un agrément, une autorisation, un permis ou est encadré par un organisme de réglementation)

Je travaille dans une profession non réglementée

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Autre (veuillez préciser) : _____

Vos sentiments par rapport à votre travail ou à ses répercussions sur votre qualité de vie ont-ils changé depuis le début de la pandémie de COVID-19?

Oui

Non

Si oui,

Parlez-nous de ce qui a changé et de ce qui, selon vous, a causé ces changements.

Vos habitudes à prendre soin de vous ont-elles changé depuis le début de la pandémie?

Oui

Non

Si oui,

Parlez-nous de ce qui a changé et de ce qui, selon vous, a causé ces changements.



Votre consommation de substances pour composer avec les difficultés vécues au travail a-t-elle changé depuis le début de la pandémie?

Oui

Non

Si oui,

Parlez-nous de ce qui a changé et de ce qui, selon vous, a causé ces changements.

Votre réponse au deuil et vos sentiments de chagrin ont-ils changé depuis le début de la pandémie?

Oui

Non

Si oui,

Parlez-nous de ce qui a changé et de ce qui, selon vous, a causé ces changements.

Les types de ressources, de programmes et de soutiens auxquels vous avez accès ou votre façon d’y accéder ont-ils changé depuis le début de la pandémie?

Oui

Non

Si oui,

Parlez-nous de ce qui a changé et de ce qui, selon vous, a causé ces changements.

Avez-vous intégré les soins virtuels à votre offre de services de réduction des méfaits depuis le début de la pandémie?

Oui

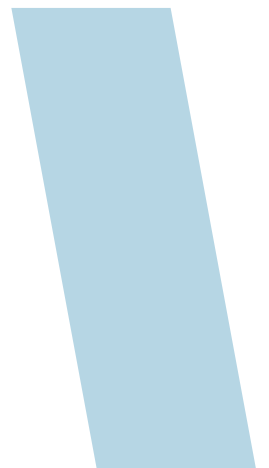
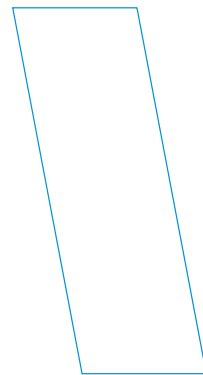
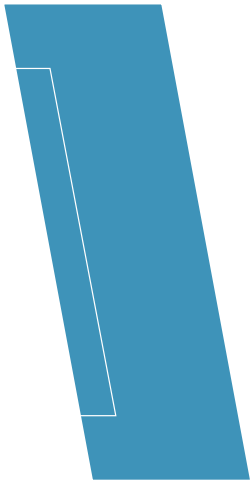
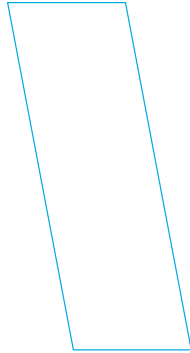
Non



Si oui,

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous souscrivez aux énoncés suivants concernant la prestation de services virtuels de réduction des méfaits :

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Ni en accord ni en désaccord	En accord	Tout à fait en accord	Sans objet ou préfère ne pas répondre
Je suis à l'aise d'accompagner un client en virtuel.						
Les clients semblent à l'aise avec un mode de prestation virtuel.						
Les services et soutiens virtuels sont tout aussi efficaces que ceux en personne.						
Les visites virtuelles sont tout aussi efficaces que celles en personne pour créer un lien avec un client.						
J'ai la formation et les aptitudes requises pour pouvoir accompagner les clients virtuellement.						
Les consultations virtuelles sont plus pratiques que les consultations en personne.						
La plupart des clients peuvent accéder facilement aux services virtuels (p. ex. ils disposent d'un appareil, d'un forfait de données ou d'une connexion Internet, et d'un endroit sûr ou privé).						
Lorsque la prestation de services et de soutiens en personne reprendra, je continuerai à utiliser les options virtuelles avec mes clients.						



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.