



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Favoriser l'équité dans les soins virtuels en usage de substances : ce que nous avons entendu

Résultats d'une étude qualitative participative

Juin 2023

Favoriser l'équité dans les soins virtuels en usage de substances : ce que nous avons entendu

Résultats d'une étude qualitative participative

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

Citation proposée : Dassieu, L., J. Harnum et C. De Moor. *Favoriser l'équité dans les soins virtuels en usage de substances : ce que nous avons entendu - résultats d'une étude qualitative participative*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ont.) K1P 5E7
613 235-4048
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:

Fostering Equity in Virtual Care for Substance Use: What we Heard - Findings from a Qualitative Participatory Research Study

ISBN 978-1-77871-093-3



Table des matières

Favoriser l'équité dans les soins virtuels en usage de substances : ce que nous avons entendu	1
Favoriser l'équité dans les soins virtuels en usage de substances : ce que nous avons entendu	2
Table des matières	1
Synthèse générale	1
Introduction	4
Contexte	4
Objectifs	5
Cadre conceptuel	6
Méthodologie	7
Approches méthodologiques	7
Approche qualitative	7
Approche participative	7
Plan de l'étude	7
Co-création	7
Guide de discussion	8
Collecte de données	8
Collecte de données participative	8
Recrutement dans la communauté	9
Participants et procédures	9
Co-conception de recommandations sur les soins virtuels avec les participants	13
Analyse des données	13
Résultats	14
Incidence des soins virtuels sur l'accès aux services	14
Incidence positive des soins virtuels sur l'accès aux services	14
Obstacles à l'accès aux services et aux soutiens virtuels	16
Incidence des soins virtuels sur les relations avec les prestataires	20
Avantages des relations virtuelles	20
Limites des relations virtuelles	22
Incidence des soins virtuels sur les expériences de stigmatisation	24



Les soins virtuels peuvent atténuer la stigmatisation associée aux soins en personne	24
Expériences de stigmatisation et problèmes de confidentialité dans les services et les soutiens virtuels	25
Recommandations des participants pour améliorer les services et les soutiens virtuels	27
Faire participer les PEPP à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services et des soutiens virtuels.....	27
Favoriser un accès équitable à l'information sur les soins virtuels pour outiller les gens par le savoir	30
Assurer un accès équitable à la technologie grâce à des politiques publiques et considérer la technologie comme un droit de la personne.....	32
Veiller à ce que les relations virtuelles répondent aux normes de qualité des soins	34
Améliorer l'accessibilité et créer des services et des soutiens virtuels faciles d'accès.....	36
Analyse	38
Assurer la pérennité des services et des soutiens virtuels en usage de substances	38
Reconnaître l'expertise pratique et favoriser la participation des PEPP.....	38
Appliquer une optique d'intersectionnalité aux politiques et aux programmes pour lutter contre les inégalités complexes en santé numérique.....	39
S'attaquer aux facteurs du système de santé qui contribuent aux inégalités en santé numérique.....	40
Élaborer des normes de qualité axées sur l'équité pour les soins virtuels et affecter des ressources à leur mise en œuvre.....	41
Points forts et limites de l'étude	42
Conclusion	44
Bibliographie	45
Annexe A : guide pour les groupes de discussion et les entrevues	49
Annexe B : questions sociodémographiques	54



Remerciements

Auteurs

Lise Dassieu, Ph.D., analyste, Recherche et politiques, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Jill Harnum, B.Sc.inf., paire chercheure avec expérience passée de l'usage de substances

Chealsea De Moor, M.A., courtière du savoir, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Le CCDUS tient à reconnaître l'expertise et le temps consacrés par ses partenaires, dont les contributions ont rendu ce projet possible (en ordre alphabétique) :

Matthew Bonn, groupe de travail du CCDUS sur l'expérience vécue passée et présente et la famille et les amis (LLEAFF)

Kim Corace, Centre de santé mentale Royal Ottawa

Frank Crichlow, groupe de travail LLEAFF du CCDUS

Patrick Maubert, groupe de travail LLEAFF du CCDUS

Kelly Suschinsky, Centre de santé mentale Royal Ottawa

Dee Taylor-John, groupe de travail LLEAFF du CCDUS

Rand Teed, groupe de travail LLEAFF du CCDUS

Sukirtha Tharmalingam, Inforoute Santé du Canada

Les auteures remercient tout particulièrement Sue Cragg, qui a contribué à la réalisation du projet en tant que courtière du savoir (mars à août 2022), et Nina Salazar, qui a contribué au projet en tant que coordonnatrice de projets.

Conflit d'intérêts

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.



Synthèse générale

Grands constats

- Malgré leur fort potentiel d'amélioration de l'accès à des services et des soutiens en usage de substances, les soins virtuels peuvent demeurer inaccessibles aux populations en quête d'équité en raison d'obstacles systémiques.
- Les prestataires de services et de soutiens virtuels devraient vérifier que les patients sont satisfaits de leur relation virtuelle et leur permettre de choisir l'option de soins qu'ils préfèrent (p. ex. virtuels, en personne ou les deux).
- Les soins virtuels peuvent représenter une solution de rechange valable aux services et aux soutiens en personne pour les gens ayant vécu de la stigmatisation dans l'accès aux soins.
- La participation de personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances et de membres de populations en quête d'équité dans la conception, la prestation et l'évaluation de services et de soutiens virtuels aide à mieux les adapter à leurs réalités, à leurs besoins et à leurs préférences.
- Pour améliorer l'équité dans l'accès et l'expérience des soins virtuels, les responsables des politiques devraient lever les obstacles intersectionnels aux soins virtuels, élaborer des normes axées sur l'équité dans la prestation de soins virtuels en usage de substances et consolider les ressources du système de santé pour appuyer les services et les soutiens virtuels en usage de substances, nouveaux comme émergents.

L'accès aux soins virtuels en usage de substances a progressé depuis le début de l'intervention d'urgence contre la COVID-19 en 2020. Des lacunes subsistent toutefois dans les connaissances concernant les expériences de membres de populations en quête d'équité qui font face à des obstacles dans l'accès aux services et aux soutiens (personnes ayant des problèmes socioéconomiques, membres de groupes raciaux et ethniques, personnes 2SLGBTQ+, femmes, personnes vivant dans des régions rurales ou éloignées). En réaction à ces lacunes, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a réalisé une étude qualitative participative auprès de membres des groupes en quête d'équité mentionnés précédemment afin de mieux comprendre l'influence des soins virtuels sur leur expérience de l'accès et de l'utilisation de services en usage de substances et de rassembler leurs recommandations pour améliorer ces soins.

Des partenaires ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances ont participé à toutes les étapes du projet. Du mois d'octobre au mois de décembre 2022, une chercheuse ayant une expérience passée a mené des groupes de discussion et des entrevues en profondeur avec 40 membres de populations en quête d'équité de Terre-Neuve-et-Labrador aux prises avec des problèmes de consommation. Le présent rapport porte sur les constats transférables ailleurs au Canada.

Le rapport s'adresse aux responsables des politiques fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux du Canada, aux prestataires de services sociaux et de santé (p. ex. médecins en soins primaires, personnel infirmier, travailleurs sociaux, travailleurs de services communautaires), aux ordres professionnels et aux organismes de santé et de technologie. Il permettra aux lecteurs d'acquérir une meilleure compréhension des principales mesures à prendre pour améliorer l'équité dans les politiques et les pratiques en matière de soins virtuels en usage de substances. Il



intéressera aussi les chercheurs, les analystes politiques et les organismes dirigés par des personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances. Enfin, le rapport souligne l'importance de la participation de personnes ayant une expérience passée ou présente à l'évolution des connaissances et des politiques dans ce domaine.

En matière d'accès aux services et aux soutiens virtuels, les résultats montrent que les soins virtuels pourraient combler des lacunes dans les services (tout particulièrement dans les régions rurales et éloignées), atténuer l'interférence du traitement de l'usage de substances avec les autres facettes de la vie des participants (p. ex. travail, garde d'enfants) et réduire les obstacles liés à la mobilité pour les personnes en situation de handicap ou souffrant de douleurs chroniques. Les participants ont cependant rapporté avoir rencontré des obstacles systémiques dans l'accès aux soins virtuels, notamment liés aux systèmes de santé, aux prestataires, à l'accès et à l'utilisation des technologies, ainsi qu'à l'obtention d'information sur les soutiens et services virtuels disponibles.

En ce qui concerne les relations avec les prestataires, les participants considéraient que les soins virtuels ont été bénéfiques pour réduire l'isolement social, particulièrement chez les personnes atteintes de troubles de santé mentale tels que l'anxiété. Ils n'étaient cependant satisfaits des relations virtuelles que si les prestataires faisaient preuve d'intérêt et de compassion. Ils ont trouvé que les consultations par vidéo offraient plus d'occasions d'établir un lien émotionnel que les consultations téléphoniques, mais préféraient toutefois des soins en personne pour les problèmes de santé physique ou psychologique sérieux nécessitant un examen ou un diagnostic.

Les participants ont signalé plusieurs expériences de stigmatisation en contexte de soins de santé qui auraient pu les empêcher de chercher de l'aide supplémentaire pour leur problème de consommation. C'est pourquoi ils croyaient initialement que des soins virtuels permettraient de réduire au minimum le risque de stigmatisation et ainsi d'accroître leur accès aux services. La stigmatisation s'y est toutefois manifestée sous une forme différente. Plusieurs participants ont également soulevé des craintes quant à la confidentialité et au respect de la vie privée concernant l'exposition à la stigmatisation en contexte virtuel (p. ex. conséquences négatives pouvant découler de la transmission de renseignements intimes en ligne).

Pour adapter les soins virtuels à leur réalité, à leurs besoins et à leurs préférences, les participants ont formulé les recommandations suivantes :

- Faire participer des personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services et des soutiens virtuels.
- Offrir un accès équitable à l'information sur les services et les soutiens virtuels au moyen d'une publicité stratégique déclinée sur des plateformes multiples.
- Offrir un accès équitable aux technologies et aux habiletés numériques par des politiques publiques et de la formation en milieu communautaire.
- Élaborer des normes de soins virtuels en usage de substances pour garantir des relations de haute qualité avec les prestataires.
- Accroître le financement, les ressources et la formation pour aider les prestataires à offrir des soins virtuels en usage de substances aux populations en quête d'équité.
- Concevoir des services et des soutiens virtuels en santé mentale et en usage de substances qui sont faciles et rapides d'accès.



La présente étude participative est innovante et fournit des observations uniques sur les expériences de soins virtuels et des recommandations émanant directement de membres de populations en quête d'équité.

Pour pérenniser l'accès équitable aux soins en usage de substances au-delà de l'intervention d'urgence contre la COVID-19, les responsables des politiques devront appliquer une optique d'intersectionnalité aux multiples défis auxquels font face les populations en quête d'équité. Ils devront également s'attaquer aux iniquités en santé numérique à l'échelle du système de santé et de la société (p. ex. mettre en place des ressources et des infrastructures adéquates dans l'ensemble des systèmes de santé du Canada, créer des campagnes d'information ciblées sur les services et les soutiens virtuels dans la collectivité).

Il faudra aussi concevoir des formations et des ressources à l'intention des prestataires pour les aider à acquérir des compétences axées sur l'équité qui leur permettront d'offrir aux membres de populations en quête d'équité vivant avec un problème de consommation des soins virtuels empreints de compassion et dénués de stigmatisation. Les prestataires doivent se rappeler que des consultations téléphoniques brèves et impersonnelles ne permettent pas d'établir un lien de confiance avec les membres de populations en quête d'équité à la recherche d'aide pour leurs problèmes d'usage de substances, et peuvent même accentuer leur perception de stigmatisation. Des lignes directrices sur la prestation de soins virtuels en usage de substances devraient garantir que les relations virtuelles respectent des normes de qualité des soins.

Une plus grande reconnaissance de l'expertise des personnes ayant une expérience passée ou présente et leur inclusion dans les processus décisionnels peuvent renforcer la conception de politiques, de programmes, de services et de soutiens liés aux soins.



Introduction

Contexte

La pandémie de COVID-19 a contraint les services et soutiens en usage de substances¹ à s'adapter rapidement à une urgence de santé publique qui évoluait rapidement. En 2020 et 2021, afin de prévenir les cas de COVID-19 parmi les prestataires de services et les clients, de nombreux services et soutiens du continuum de soins ont opéré une transition partielle ou complète vers les soins virtuels (c.-à-d. une prestation de services à distance à l'aide de technologies comme le téléphone, les applications mobiles, l'Internet, etc.) (Bruneau et coll., 2020; Perri et coll., 2021).

La transition vers les soins virtuels a entraîné des conséquences positives et négatives. En effet, l'accès à certains services s'est amélioré grâce aux mesures accélérant la prescription de traitement par agonistes opioïdes par la télémédecine et à la réduction des problèmes de transport des clients (Goodman et coll., 2022; Melamed et coll., 2022; Russell et coll., 2021). D'importants obstacles à l'accès aux services et aux soutiens virtuels ont néanmoins été notés, comme des problèmes d'accès à Internet et aux appareils, le degré d'habileté numérique, le manque d'espaces sécuritaires ou privés pour accéder à des soins virtuels et des difficultés à établir une relation virtuelle avec les praticiens (Goodman et coll., 2022). Les conséquences négatives cumulatives de la pandémie de COVID-19 et de la crise de toxicité des drogues ont aussi aggravé les méfaits liés à l'usage de substances à un moment où certains services en personne (p. ex. injections supervisées) n'étaient plus disponibles (Bonn et coll., 2020).

Le statut socioéconomique, le genre, l'âge, la race, l'origine ethnique, les conditions de logement et l'emplacement (rural ou urbain)

Principales définitions

Services et soutiens virtuels désigne « toute forme de sensibilisation, d'accès aux soins de santé ou de traitement (counseling, entraide entre pairs, etc.) fournie à l'aide de la technologie » (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021).

Les **soins virtuels** sont « toute interaction entre patients, entre personnes qui participent à leurs soins ou entre membres de ces 2 groupes ayant lieu à distance, utilisant une forme de technologie de l'information ou des communications » (Institut canadien d'information sur la santé, 2022).

La **santé numérique** est un concept élargi faisant référence au « domaine des connaissances et des pratiques associées au développement et à l'utilisation des technologies numériques pour améliorer la santé [...] avec [un] éventail plus large d'appareils intelligents et de matériels connectés (p. ex. l'intelligence artificielle, [...] et la robotique) » (Organisation mondiale de la Santé, 2021).

La **télesanté** est l'« utilisation de technologies numériques qui permettent de dispenser des soins médicaux, de l'éducation sanitaire et des services de santé publique » (Institut canadien d'information sur la santé, 2022).

La **télémédecine** est un « mode d'exercice de la médecine selon lequel le dispensateur de soins utilise des technologies de l'information et de la communication pour dispenser des soins de santé aux patients » (Institut canadien d'information sur la santé, 2022).

¹ Le terme « usage de substances » englobe l'usage de substances non réglementées (p. ex. opioïdes, stimulants,) d'alcool et de cannabis, ainsi que le diagnostic de trouble lié à l'usage de substances.



sont des déterminants sociaux qui influencent grandement l'accès aux soins et aux soutiens virtuels ainsi que l'expérience vécue (Inforoute Santé du Canada, 2021; Goodman et coll., 2022; Santé Canada, 2021; Richardson et coll., 2022). Les membres de populations en quête d'équité (personnes aux prises avec des problèmes socioéconomiques ou de logement, membres de groupes raciaux ou ethniques, membres de groupes de genre ou sexuels minoritaires, femmes, personnes vivant en milieu rural ou éloigné)² peuvent connaître des problèmes d'accès aux soins (en personne comme virtuels) liés à l'usage de substances et à la santé mentale (Adams et coll., 2022; Chaiton et coll., 2021; Harris et coll., 2022; Perri et coll., 2022). Ils sont également surreprésentés au Canada parmi les personnes subissant des méfaits liés à l'usage de substance (Milaney et coll., 2022; Wallace et coll., 2021). L'accès aux soins virtuels des membres des populations en quête d'équité a été mis de l'avant comme un indicateur clé à suivre au fil du temps pour les systèmes de santé du Canada (Institut canadien d'information sur la santé, 2022).

Avec la levée de la plupart des mesures sanitaires au Canada, certains services offerts virtuellement durant la pandémie sont revenus à une prestation en personne, alors que d'autres sont restés virtuels ou sont offerts selon un modèle hybride. Certaines incertitudes demeurent toutefois quant à la façon de lever à long terme les obstacles dans l'accès aux services et aux soutiens virtuels, et à la façon de pérenniser les améliorations offertes par les services et les soutiens virtuels dans les différents domaines des soins liés à l'usage de substances (p. ex. traitement par agonistes opioïdes, counseling, entraide entre pairs ou utilisateurs, réduction des méfaits). Des membres de populations en quête d'équité pourraient être laissés pour compte si aucune mesure axée sur l'équité n'est prise.

Dans le domaine de l'usage de substances, on dénombre trop peu d'études qualitatives sur les expériences de soins virtuels des membres de populations en quête d'équité. Il existe peu de données sur leurs préférences, leurs attentes et leurs besoins en services et en soutiens virtuels. Mieux comprendre leurs expériences et amplifier leur voix est essentiel pour adresser aux responsables des politiques et aux praticiens des recommandations visant à adapter les services et soutiens virtuels aux réalités des membres des populations en quête d'équité.

Objectifs

Pour combler les lacunes dans les connaissances, le CCDUS a mené une étude qualitative ayant deux objectifs :

- Comprendre les expériences relatives aux services et soutiens virtuels en usage de substances chez les membres des populations en quête d'équité; plus précisément, l'étude a exploré les effets des services et des soutiens virtuels sur les expériences et l'accès aux soins en usage de substances du point de vue des membres de populations en quête d'équité;
- Offrir aux membres de populations en quête d'équité la possibilité d'émettre des recommandations sur les pratiques et les politiques pour améliorer les expériences et l'accès aux services et aux soutiens virtuels en usage de substances; le projet visait à favoriser des soins virtuels axés sur l'équité en veillant à ce qu'ils soient adaptés aux réalités, aux préférences et aux besoins des membres de populations en quête d'équité.

² L'expression « populations en quête d'équité » fait référence à des groupes confrontés à des iniquités systémiques en lien avec le genre, la race, le statut socioéconomique ou d'autres facteurs sociaux. Pour notre étude, cette catégorie inclut des personnes vivant en régions rurales ou éloignées, puisqu'elles vivent parfois des difficultés systémiques particulières au moment d'accéder à des services de santé, y compris à des services et soutiens virtuels.



L'étude est l'une des premières dans le domaine de l'usage de substances à soumettre des recommandations sur les politiques et les pratiques en matière de soins virtuels émanant directement de membres de populations en quête d'équité.

Cadre conceptuel

L'étude utilise des cadres conceptuels sur les iniquités en santé et l'intersectionnalité (Braveman, 2006; Hankivsky, 2011) pour étudier l'interrelation entre les répercussions découlant de désavantages systémiques sur les plans de la richesse, du pouvoir ou du prestige (p. ex. selon le genre, la race, l'ethnicité et le statut socioéconomique) qui contribuent à de moins bons résultats cliniques chez les membres de populations en quête d'équité (Braveman et Gruskin, 2003; Hankivsky, 2011). L'approche aide à comprendre de quelles façons les déterminants sociaux de la santé peuvent influencer les expériences de soins virtuels. L'équité en matière de santé numérique se définit comme un accès équitable à des soins de santé numérique, une expérience et des résultats cliniques équitables dans le cadre de soins de santé numérique et l'équité dans la conception de solutions de santé numérique (Richardson et coll., 2022).



Méthodologie

Approches méthodologiques

Approche qualitative

Nous avons utilisé des méthodes qualitatives pour rassembler les points de vue de membres de populations en quête d'équité. Pour nous adapter dans la mesure du possible aux réalités et aux défis des participants, particulièrement ceux faisant face à des obstacles dans l'accès aux technologies, nous avons proposé diverses options pour participer à l'étude : en personne ou en ligne, dans le cadre de groupes de discussion ou d'entrevues individuelles. Nous avons animé six groupes de discussion (cinq en personne et un en ligne) et mené huit entrevues en personne semi-structurées, sur le territoire de l'île de Terre-Neuve.

Approche participative

L'expertise de personnes ayant une expérience passée ou présente (PEPP) de l'usage de substances a été intégrée à toutes les étapes du projet, de la définition du plan et des objectifs de l'étude à la collecte et à l'analyse de données, en passant par la rédaction du présent rapport (Vaughn et Jacquez, 2020).

Plan de l'étude

Co-création

Nous avons conçu l'étude en nous fondant sur les conseils de partenaires ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances (partenaires ayant une EPP) des groupes de travail du CCDUS sur l'expérience vécue passée et présente. À la phase de planification, nous avons aussi consulté des membres d'organismes ayant déjà pris part à des travaux du CCDUS sur les soins virtuels (c.-à-d. Inforoute Santé du Canada et Centre de santé mentale Royal Ottawa).

Six membres des groupes de travail sur l'expérience vécue passée et présente du CCDUS ont participé aux décisions concernant le plan de l'étude. Nous les avons rencontrés individuellement ou en paires pour discuter des objectifs et des méthodes. Nous avons aussi sollicité leur opinion sur les approches les plus appropriées pour établir le contact avec des membres de populations en quête d'équité pouvant faire face à des obstacles dans l'accès aux soins virtuels.

Il était essentiel d'obtenir des commentaires de partenaires ayant une EPP pour intégrer une expertise et des points de vue diversifiés sur les soins en usage de substances. Quelques partenaires ayant une EPP étaient membres d'organismes dirigés par des PEPP, certains occupaient des rôles comme pairs ou travailleurs communautaires, et d'autres encore avaient une expérience antérieure de collaboration avec des chercheurs. Tous venaient d'horizons divers et avaient habité dans différentes provinces du Canada. Plusieurs d'entre eux se sont identifiés comme membres de minorités sexuelles, de genre, raciales ou ethniques.

Pour orienter le plan et la méthodologie de l'étude, ils ont offert les conseils suivants :

- Embaucher un ou une responsable de l'animation ayant une expérience passée ou présente pour mener les groupes de discussion et les entrevues, de même que pour analyser les données.



- Rencontrer des membres de populations en quête d'équité dans les établissements de services communautaires qu'ils utilisent (p. ex. services de réduction des méfaits) et tirer parti d'un réseau local de prestataires de services pour aider à entrer en contact avec eux et faciliter la participation.
- Offrir différentes options de participation pour rendre l'étude accessible et l'adapter aux défis propres à chaque participant.
- Recruter des participants parmi les membres de diverses populations en quête d'équité et recueillir des données sociodémographiques.
- Créer un espace accueillant et convivial lors des groupes de discussion à l'aide d'activités pour briser la glace et mettre les participants à l'aise.
- Veiller à ce que tous les participants aux groupes de discussion et aux entrevues soient rémunérés justement en argent pour assurer l'accessibilité et la confidentialité.

Les partenaires ayant une EPP ont aussi contribué à élaborer ou à réviser la documentation du projet (p. ex. aspects éthiques du protocole de l'étude, guides de discussion, documentation pour le recrutement, formulaires de consentement).

Guide de discussion

Le guide pour les groupes de discussion et les entrevues (voir l'annexe A) a été élaboré à partir d'une analyse de la littérature, des résultats de sondages quantitatifs antérieurs du CCDUS sur les perceptions entourant les soins virtuels (Goodman et coll., 2022) et de discussions avec des partenaires ayant une EPP. Toutes les questions ont été formulées de façon à être non stigmatisantes et faciles à comprendre. Le guide comprenait deux ensembles de questions :

1. Des questions sur l'expérience passée et présente des participants en matière de soins virtuels en usage de substances, y compris les aspects positifs et négatifs de l'accès aux services et aux soutiens virtuels.
2. Des propositions et des recommandations des participants pour améliorer les services et les soutiens virtuels en usage de substances et pour les adapter à leurs réalités, à leurs préférences et à leurs besoins.

Collecte de données

Collecte de données participative

Sur les conseils de partenaires ayant une EPP, l'équipe a adopté une conception participative; une paire chercheuse ayant une expérience passée (chercheuse ayant une EP) a été embauchée par le CCDUS pour mener les groupes de discussion et les entrevues, et co-analyser les données.

Les groupes de discussion et les entrevues ont été réalisés sur l'île de Terre-Neuve, par l'une des partenaires du projet ayant une EPP qui y habitait (J. Harnum), d'octobre à décembre 2022. L'étude a grandement profité de sa connaissance approfondie des services locaux pour faciliter la collaboration avec les prestataires et veiller à ce que le recrutement des participants et la collecte de données soient réalisés de manière respectueuse et appropriée. De plus, la présence d'une chercheuse ayant une EP a grandement contribué à ce que les participants se sentent en confiance, à l'aise et en sécurité pendant les groupes de discussion et les entrevues. Plusieurs participants ont mentionné avoir éprouvé de l'anxiété concernant de possibles jugements négatifs, qui s'est



immédiatement évaporée lorsqu'on leur a dit que l'intervieweuse avait une expérience passée et pouvait comprendre ce qu'ils vivaient.

Afin de compléter son expérience antérieure dans l'animation de groupes, la chercheuse ayant une EP a reçu une formation supplémentaire sur l'animation et sur l'analyse de groupes de discussion et d'entrevues ainsi qu'un soutien régulier de l'équipe de recherche et de partenaires ayant une EPP tout au long du processus.

Recrutement dans la communauté

Considérant la méthodologie qualitative et participative, il était essentiel pour cette étude que le recrutement des participants et la collecte de données soient effectués dans le cadre d'une approche communautaire. Ce type d'étude exclut donc par nature une extrapolation à l'échelle du pays, car elle doit s'enraciner dans une collectivité locale. Dans l'ensemble, la province de Terre-Neuve-et-Labrador a fait l'objet de moins de recherches sur l'usage de substances que les autres provinces et territoires du Canada. De plus, bien que nous ayons envisagé la possibilité de reproduire l'étude (voir ci-dessous), il semble que la plupart des constats décrivent des expériences générales de soins virtuels qui ne sont pas associées directement au contexte local et qu'elles seraient donc transférables ailleurs.

Pour englober une variété d'expériences, les participants ont été recrutés dans différentes régions rurales, semi-urbaines (villes de petite à moyenne taille) et urbaines de Terre-Neuve³. Les groupes de discussion et les entrevues se sont déroulés dans les différents services communautaires utilisés par des membres de populations en quête d'équité (p. ex. services de réduction des méfaits, services de proximité, réseau d'entraide entre pairs, services de repas, refuges). Pour diversifier au maximum l'échantillon, la chercheuse ayant une EP s'est assurée d'une représentation de services diversifiée. Mener les groupes de discussion et les entrevues directement dans les services a aussi contribué à accroître l'accessibilité de l'étude pour les participants et leur degré de confort. Les prestataires de service ont contribué au recrutement des participants par des affiches, des dépliants ou en communiquant directement avec leurs clients. Les participants avaient aussi la possibilité de téléphoner à la chercheuse ayant une EP pour planifier une entrevue.

Participants et procédures

Pour être admissibles, les participants devaient être majeurs (être âgés d'au moins 19 ans à Terre-Neuve-et-Labrador), s'identifier comme des personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances (p. ex. drogues illicites, alcool, cannabis) et avoir fait l'expérience des services et soutiens virtuels en usage de substances ou souhaiter les utiliser. Ils devaient également s'identifier comme appartenant à une ou plusieurs des populations en quête d'équité suivantes :

- Personnes éprouvant des problèmes socioéconomiques ou de logement (p. ex. itinérance, faible revenu, chômage, « difficultés à joindre les deux bouts »);
- Membres d'une minorité raciale ou ethnique;
- Femmes;
- Membres de la communauté 2SLGBTQ+;

³ Malgré nos efforts, nous n'avons pu recruter de participants du Labrador.



- Personnes vivant en milieu rural ou éloigné.

La chercheuse ayant une EP a déterminé l'admissibilité des participants avant chaque groupe de discussion ou avant de planifier une entrevue. Dans la mesure du possible, elle a cherché à recruter des membres de différentes populations en quête d'équité pour assurer une représentation adéquate de divers points de vue et réalités. Toutefois, en raison des réalités régionales, les membres de minorités raciales et ethniques étaient moins représentés.

Les groupes de discussion comprenaient entre trois et six participants et ont duré en moyenne 60 minutes (étendue : 50 à 83 minutes). Les entrevues individuelles ont duré en moyenne 30 minutes (étendue : 13 à 44 minutes). Les groupes de discussion et les entrevues ont été enregistrés et transcrits mot à mot. À la fin, nous avons demandé aux participants de remplir un bref questionnaire sociodémographique anonyme (voir l'annexe B) et leur avons remis un montant de 100 \$.

L'étude a été approuvée par le Newfoundland and Labrador Health Research Ethics Board [Comité d'éthique de la recherche en santé de Terre-Neuve-et-Labrador] (numéro de référence 2022.166). Tous les participants ont donné leur consentement verbal éclairé avant de participer et ont reçu un exemplaire du formulaire de consentement ainsi qu'une liste de ressources au cas où ils auraient besoin de soutien après le groupe de discussion ou l'entrevue. Pour protéger au maximum l'anonymat et la confidentialité, nous avons demandé aux participants d'utiliser des pseudonymes. De plus, pour éviter toute possibilité d'identification des participants cités dans ce rapport, nous avons remplacé les numéros des groupes de discussion par des couleurs et les numéros des entrevues par des noms de fruits.

Pour garantir que l'échantillon final représente un vaste éventail d'expérience de soins virtuels, nous avons évalué en continu la redondance des données et leur capacité informationnelle avant de décider de cesser de recruter de nouveaux participants. En recherche qualitative, l'évaluation de la capacité informationnelle permet de prendre des décisions sur l'échantillonnage en fonction de la qualité de l'information recueillie et de son potentiel d'atteindre concrètement les objectifs de l'étude (Malterud et coll., 2016).

Au total, 40 personnes ont participé à l'étude. Leurs caractéristiques sociodémographiques sont résumées au tableau 1. En plus de ces caractéristiques, plusieurs participants ont rapporté être atteints d'un trouble lié à l'usage de substances ou d'un trouble de santé mentale. La plupart des participants ont également mentionné avoir une expérience passée ou présente d'usage d'opioïdes ou de traitement par agonistes opioïdes.



Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques	Participants aux groupes de discussion	Participants aux entrevues	Total
Nombre total de participants	32	8	40
Genre (plusieurs identités possibles)	Participants aux groupes de discussion	Participants aux entrevues	Total
Femme	15	5	20
Homme	13	3	16
Identité de genre diverse	3	0	3
Je préfère me définir	1	0	1
Je préfère ne pas répondre	0	0	0
Inconnu*	1	0	1
Intervalle d'âges	Participants aux groupes de discussion	Participants aux entrevues	Total
19 à 29 ans	8	3	11
30 à 39 ans	6	4	10
40 à 49 ans	10	1	11
50 à 59 ans	4	0	4
60 à 69 ans	3	0	3
Je préfère ne pas répondre	0	0	0
Inconnu*	1	0	1
Identification à une minorité raciale ou ethnique	Participants aux groupes de discussion	Participants aux entrevues	Total
Oui	2	0	2
Non	28	8	36
Je préfère ne pas répondre	1	0	1
Inconnu*	1	0	1

(suite)



Tableau 1. (suite)

Membre des Premières Nations, Inuk ou Métis	Participants aux groupes de discussion	Participants aux entrevues	Total
Oui	2	0	2
Non	28	7	35
Je préfère ne pas répondre	1	1	2
Inconnu*	1	0	1
Problèmes de logement dans les 2 dernières années	Participants aux groupes de discussion	Participants aux entrevues	Total
Oui	17	5	22
Non	14	3	17
Je préfère ne pas répondre	0	0	0
Inconnu*	1	0	1
Difficultés économiques dans les 2 dernières années	Participants aux groupes de discussion	Participants aux entrevues	Total
Oui	27	8	35
Non	4	0	4
Je préfère ne pas répondre	0	0	0
Inconnu*	1	0	1
Milieu de vie	Participants aux groupes de discussion	Participants aux entrevues	Total
Région urbaine	15	7	22
Région semi-urbaine	8	1	9
Région rurale	7	0	7
Je préfère ne pas répondre	1	0	1
Inconnu*	1	0	1
Expérience avec l'usage de substances	Participants aux groupes de discussion	Participants aux entrevues	Total
Expérience présente	11	8	19
Expérience passée	15	0	15
Je préfère ne pas répondre	5	0	5
Inconnu*	1	0	1

* Un participant aux groupes de discussion n'a pas répondu à toutes les questions, alors ses caractéristiques sociodémographiques sont inconnues.



Co-conception de recommandations sur les soins virtuels avec les participants

Les participants ont été invités à prendre part activement à l'élaboration de recommandations sur les politiques et les pratiques pour améliorer les services et soutiens virtuels en usage de substances. Nous leur avons demandé de proposer de nouveaux services et soutiens virtuels et de formuler des recommandations sur la façon dont les politiques et les pratiques en matière de soins virtuels pourraient mieux s'adapter à leurs réalités, à leurs préférences et à leurs besoins. Les recommandations décrites dans le présent rapport (voir Recommandations des participants pour améliorer les services et les soutiens virtuels, dans la section Résultats) représentent les priorités principales des participants pour faire progresser l'équité dans les futurs services et soutiens pour les personnes qui consomment des substances.

Analyse des données

Une approche de réflexion thématique a été adoptée pour l'analyse des données (Braun et coll., 2019). Les analystes ont utilisé une approche interprétative et inductive pour dégager des thèmes à partir des groupes de discussion et des entrevues, ce qui leur a permis d'exposer les principales dimensions des expériences des participants (Braun et Clarke, 2016). L'approche inductive a permis d'enraciner l'analyse dans le vécu des participants plutôt que dans des concepts théoriques (Braun et coll., 2019), un élément essentiel pour garantir que les thèmes finaux s'ancraient dans les points de vue des participants.

La chercheure ayant une EP (J. Harnum), l'analyste en recherche et politiques (L. Dassieu) et la courtière du savoir (C. De Moor) ont analysé ensemble le contenu des groupes de discussion et des entrevues. Tout au long du processus d'analyse, elles ont régulièrement échangé sur leurs interprétations et les thèmes principaux des groupes de discussion et des entrevues à faire ressortir. La diversité des antécédents des trois membres a enrichi l'analyse et la réflexion en permettant d'étudier les données selon différents prismes (Barry et coll., 1999; Berends et Johnston, 2005). L'analyste en recherche et politiques a utilisé le logiciel MAXQDA 2022 pour faciliter la gestion des données (p. ex. analyse thématique, récupération de citations sur des sujets précis) et a rédigé le présent rapport en se fondant sur les analyses collectives de l'équipe.



Résultats

Incidence des soins virtuels sur l'accès aux services

Incidence positive des soins virtuels sur l'accès aux services

Les soins virtuels pourraient combler des lacunes dans les services

Les soins virtuels ont amélioré l'accès aux services et aux soutiens en usage de substances en comblant certaines lacunes dans les services en personne. Dans les régions rurales manquant de services en personne, des participants ont eu la possibilité de consulter des prestataires exerçant dans d'autres régions et d'accéder à des options thérapeutiques qui n'existaient pas sur place. Des participants ont aussi souligné que les soins virtuels ont permis la continuité des services après leur déménagement ou celui de leur prestataire, ce qui leur a évité d'avoir à trouver un nouveau prestataire avec qui il aurait fallu tout reprendre depuis le début.

À l'époque, j'avais un autre médecin. Elle n'était pas toujours disponible, elle voyageait partout, aux États[-Unis], à l'autre bout du pays, ou ailleurs, cela changeait chaque mois. Alors, plutôt que de consulter un autre médecin pour renouveler mon ordonnance, je pouvais continuer à la voir. Et je me disais que je n'avais pas besoin de tout recommencer. Nous reprenions les conversations du rendez-vous précédent, et c'était bien qu'elle puisse quand même me voir, vous comprenez. Donc, oui, j'aime bien la télésanté en cas d'absence de mon médecin. (Groupe de discussion jaune)

Plusieurs participants ont aussi mentionné que les services virtuels en réduction des méfaits et en prévention des surdoses étaient essentiels, car ils permettent aux personnes qui consomment des substances seules de recevoir du soutien. Ces services étaient informels ou proposés par des organismes dirigés par des PEPP, comme le service national de réponse aux surdoses.

Les soins virtuels peuvent aussi favoriser l'accès aux services en réduisant les temps d'attente, ce qui accélère l'intervention, en particulier pour les services de counseling.

Du jour au lendemain, les délais d'attente ont raccourci, le [service de counseling sans rendez-vous] est devenu accessible cinq jours par semaine en mode virtuel. C'était génial. Tous les conseillers étaient contents... Cela faisait environ 36 mois que j'étais sur une liste d'attente pour obtenir un conseiller régulier. Quand [les rendez-vous] en personne étaient limités, ils pouvaient intercaler des consultations virtuelles entre deux plages. (Groupe de discussion vert)

Avec les soins virtuels, certains participants qui avaient du mal à accéder aux soins en personne (p. ex. les personnes sans médecin de famille ou non inscrites à un programme de traitement) ont eu un accès partiel à des services et soutiens. Cela dit, plusieurs de ces personnes estimaient que la continuité des soins était insuffisante, disant que les soins virtuels étaient « mieux que rien ».

Il y en a qui disent que c'est mieux d'entendre une voix, n'importe quelle voix, sauf la nôtre, parce qu'elle pourrait nous tuer. Alors, au moins, vous parlez à quelqu'un de temps en temps, par téléphone ou autrement, c'est mieux que rien. (Groupe de discussion vert)



J'ai frappé à toutes les portes, partout où j'avais déjà eu du soutien, etc. Je prends ce qui est disponible, si vous voyez ce que je veux dire. Je ne vais pas dire non alors qu'il y a très peu d'options sur la table. (Entrevue canneberge)

Les soins virtuels atténuent le fardeau du traitement au quotidien

Pour la majorité des participants, les soins virtuels ont réduit grandement l'interférence des rendez-vous avec leurs activités quotidiennes, en particulier en cas de traitement par agonistes opioïdes (TAO). Le renouvellement des ordonnances par téléphone ou en ligne était jugé pratique et très compatible avec l'horaire de travail, la garde d'enfants et les autres activités. Grâce aux options virtuelles, le renouvellement d'une ordonnance mensuelle ne demandait plus de réorganiser sa journée pour se rendre à un rendez-vous ou de s'absenter de son travail pour passer plusieurs heures dans une salle d'attente. Les personnes pouvaient se consacrer à d'autres aspects de leur vie tout en recevant les soins qu'il leur fallait. Pour cette raison, plusieurs participants préféraient les soins virtuels aux soins en personne.

L'avantage des soins virtuels, pour moi, c'est qu'ils prennent moins de temps au quotidien. Quand j'étais au travail, je pouvais m'éclipser aux toilettes pour répondre au téléphone, plutôt que de prendre congé pour aller au rendez-vous. C'est un gros avantage pour le transport, qui me prenait beaucoup de temps. Alors, je trouve que c'est mieux d'avoir des soins virtuels que des rendez-vous en personne. (Entrevue framboise)

Les options de soins virtuels étaient aussi jugées avantageuses en cas de problèmes de transport ou d'événements imprévus (p. ex. les tempêtes hivernales) empêchant de se rendre à un cabinet médical, d'autant plus que certains programmes de traitement ont une politique stricte concernant les rendez-vous manqués. En outre, le non-renouvellement du TAO entraîne souvent des symptômes de sevrage. Les soins virtuels ont permis la continuité des services pour les participants qui ne pouvaient pas se déplacer, en particulier pour ceux qui résidaient loin des services.

Ils sont disponibles dès que nous en avons besoin. Les problèmes de météo, de transport ou de garde d'enfants ne risquent plus de restreindre notre accès à ce qu'il nous faut, comme nos médicaments ou du counseling. (Groupe de discussion bleu)

Les participants ont aussi souligné que les soins reçus depuis leur domicile demandaient moins d'efforts de présentation, et généraient donc moins de stress.

Pour moi, pour sortir voir [mon médecin], je dois prendre une douche, me coiffer et enfiler une robe. À la maison, il suffit de dire allô! (Groupe de discussion jaune)

Les soins virtuels atténuent l'incidence de certains obstacles à l'accès aux services et aux soutiens virtuels qui sont liés à la santé

Des participants ont décrit les services et les soutiens virtuels comme une modalité plus accessible pour les personnes vivant avec de la douleur chronique, en situation de handicap ou à mobilité réduite.

Le bon côté des soins virtuels, une fois qu'ils sont devenus une habitude, c'est qu'ils étaient plus accessibles pour moi, parce que je souffre de douleurs chroniques au quotidien – je consulte pour savoir pourquoi. (Groupe de discussion rose)



Les soins virtuels ont aussi rendu les services accessibles pour les personnes souffrant d'anxiété ou de troubles de santé mentale qui avaient du mal à sortir de chez elles. Elles pouvaient ainsi poursuivre leur traitement sans quitter leur « zone de confort ».

J'avais des problèmes d'anxiété. Pouvoir parler, comme avec mes consultations médicales téléphoniques, sans avoir à sortir et à voir des gens, c'est vraiment bien parfois. (Groupe de discussion violet)

Les participants ont également insisté sur l'importance des soins virtuels pour les personnes réticentes à faire appel aux services en personne en raison des risques liés à la COVID-19.

La plupart des réseaux de soutien ont basculé sur Internet pendant deux ou trois ans. Tout redevient doucement comme avant. Mais je pense que les soins virtuels devraient rester, parce que certaines personnes ne sont pas encore prêtes à sortir. (Entrevue canneberge)

Obstacles à l'accès aux services et aux soutiens virtuels

Malgré plusieurs effets positifs sur l'accès des participants aux services en usage de substances, différents types d'obstacles font que les soins virtuels demeurent parfois hors de portée pour les populations en quête d'équité. L'accès des participants était inégal, certains ayant peu d'occasions d'y recourir ou ignorant même leur existence. Les obstacles pour accéder aux services et aux soutiens virtuels entravaient parfois l'accès aux soins en usage de substances dans leur ensemble.

Obstacles liés au système de santé

Des facteurs du système de santé, comme les problèmes de financement, d'infrastructure et de personnel dans les hôpitaux publics et les services de santé communautaires, nuisaient parfois à l'accessibilité des soins virtuels pour les participants. Certaines personnes vivant dans une région rurale ont indiqué que la disponibilité des soins virtuels fluctuait, alors qu'ils avaient été mis en place en théorie. Cela donnait l'impression à ces participants que les prestataires et l'administration de la santé les avaient « laissés tomber ».

On nous dit que c'est une option, mais cela doit faire deux ou trois ans que je n'ai eu aucune consultation en télésanté. (Groupe de discussion jaune)

D'autres participants ont fait état de longs délais d'attente pour accéder aux services virtuels, en particulier au counseling et à la psychothérapie. L'attente était souvent moins longue que pour les services en personne, mais beaucoup de participants étaient mécontents de devoir attendre plusieurs mois pour consulter un psychologue à distance.

On vous oriente vers un psychologue, mais il faut un temps fou pour que quelqu'un vous rappelle ou vous écrive un message virtuel, appelez ça comme vous voulez. Je comprends qu'il ne puisse voir qu'un certain nombre de personnes dans son cabinet en une journée, mais ça prend combien de temps de rappeler quelqu'un dans un délai raisonnable et de lui parler cinq, dix ou quinze minutes, puis de passer à la personne suivante? Sept ou huit mois, c'est beaucoup trop. (Groupe de discussion vert)

Animatrice : De quel service virtuel parlez-vous?

Participant : De counseling. C'est pour aider à se relever, il y a de l'aide à la recherche d'emploi, avec la dépendance et tout ça, mais c'est compliqué de trouver un groupe, il y a entre six mois et un an d'attente. (Groupe de discussion rouge)



Obstacles liés aux prestataires

Les participants ont décrit des disparités dans les options proposées par les prestataires, influençant directement l'accès aux services et aux soutiens virtuels. Selon les prestataires, les consultations étaient proposées par vidéo, par téléphone uniquement ou en personne uniquement, et les patients n'avaient pas toujours le choix.

J'avais seulement une consultation téléphonique avec le médecin une semaine sur deux. Pas de consultation vidéo. Rien d'autre. Mon ancien conjoint était aussi inscrit au programme, mais avec un autre médecin. Lui, il avait une application et tout ça, avec des consultations vidéo et tout ça. Même maintenant. (Entrevue framboise)

Pour plusieurs participants, les modalités de soins étaient imposées, ce qui leur donnait l'impression que certains prestataires privilégiaient leur confort aux dépens des besoins de leurs patients.

D'après mon expérience, ce sont eux qui choisissent. Donc, quand mon médecin, enfin, mon infirmière praticienne, était là, elle décidait que je devais venir au cabinet. Mais si elle n'était pas là, on ne me demandait pas si je préférais une consultation téléphonique ou sur place. Et il n'y avait pas d'option de télésanté. C'était par téléphone ou en personne, on me disait « le prochain rendez-vous se fera par téléphone » en me donnant un papier qui indiquait si la consultation serait en personne ou par téléphone. (Groupe de discussion jaune)

Quand aucun choix n'était proposé, les participants étaient parfois obligés de recourir à une modalité qui ne leur convenait pas pour maintenir une relation à long terme avec leur prestataire.

Je préfère les soins virtuels. Mais, comme je le disais, je connais mieux l'autre [médecin]. Donc, je consulte en personne, aussi parce que l'attente était moins longue. J'ai pu consulter mon médecin plus tôt qu'avec l'autre médecin à distance. (Entrevue framboise)

Le faible niveau d'habileté numérique des prestataires représente parfois un obstacle supplémentaire à la disponibilité des soins virtuels. Les prestataires de certains participants n'avaient pas le temps ou les compétences et la formation nécessaires pour mettre en œuvre les soins virtuels.

J'ai utilisé la télésanté pour parler avec un médecin; c'était chaotique. Le médecin avait du mal à s'installer, était dans une pièce différente à chaque fois, je devais attendre longtemps pour que l'ordinateur démarre et tout ça. Quand cela fonctionnait, c'était mieux que par téléphone, mais c'était compliqué pour le médecin. (Groupe de discussion jaune)

Obstacles liés à la technologie

L'accès à Internet et aux appareils, ainsi que les connaissances pour les utiliser, étaient des déterminants importants pour l'accès des participants aux soins virtuels. Souvent, les obstacles technologiques étaient étroitement liés à des facteurs socioéconomiques et au lieu de résidence (région rurale ou urbaine).

Certains participants n'avaient pas de téléphone cellulaire ou d'ordinateur, ce qui perturbait leur accès aux services, en particulier quand de nombreux services en personne étaient fermés en raison des mesures sanitaires. Par ailleurs, il était fréquent que les participants partagent un téléphone avec leur partenaire, un proche ou un voisin. Cela s'accompagnait souvent de restrictions comme



une durée d'utilisation limitée ou l'interdiction d'utiliser les données pour les rendez-vous vidéo. Les pertes ou les vols d'appareils étaient aussi monnaie courante et pouvaient entraîner l'interruption de l'accès aux services et aux soutiens virtuels. Des écoles ou des services communautaires ont donné ou prêté des appareils à certains participants, mais généralement pour une période limitée, et ce, uniquement pendant les mesures d'urgence contre la COVID-19.

J'ai eu beaucoup de chance... À mon inscription [au service d'éducation des adultes] pendant la pandémie, j'ai reçu un Chromebook dont 300 \$ étaient subventionnés par le soutien du revenu. J'ai seulement donné 300 \$ à l'école et elle m'a donné un Chromebook... Mais, maintenant, c'est fini, tout est revenu à la normale. (Groupe de discussion bleu)

En outre, certains participants avaient l'équipement, sans pour autant avoir un accès régulier à un abonnement téléphonique, à un forfait de données ou à une connexion Internet. Le coût et la qualité des services de télécommunication restreignaient fortement l'accès aux soins virtuels. Dans les régions rurales, l'accès à Internet, s'il existait, était souvent plus cher et plus lent que dans les régions urbaines, ce qui représentait un obstacle économique et technique à l'accès aux soins virtuels pour les participants concernés.

L'accès intermittent à Internet ou au réseau téléphonique et la mauvaise qualité de la connexion étaient aussi susceptibles de réduire les avantages des soins virtuels et d'entraîner des problèmes de communication avec les prestataires.

En ce moment, je n'ai pas d'abonnement téléphonique, donc j'utilise l'application TextNow... Et je pense que c'est aussi un obstacle pour les soins virtuels... À cause de TextNow, mon téléphone coupe peu à peu quand je parle à des gens. Donc, j'ai cru sentir de la frustration chez le médecin, avant que je le mentionne. Mais je peux m'exprimer et faire valoir mon point de vue. Certaines personnes ne sont pas à l'aise avec ça, alors je dois les informer : « Vous devez parler plus lentement pour que ça ne coupe pas de mon côté, et il va falloir faire preuve de patience parce que vous allez aussi avoir des coupures. » (Groupe de discussion rose)

En raison de problèmes techniques, des participants ont renoncé aux services virtuels ou les ont interrompus, parfois au détriment de leur usage de substances.

On n'entend pas toujours la personne qui parle parce que le son est déformé ou ne fonctionne pas, ou l'image ne fonctionne pas, ou... Donc j'ai arrêté d'assister aux rencontres des NA [Narcotiques Anonymes] en ligne, mais c'était une mauvaise idée parce que j'ai plus ou moins replongé dans [l'usage de substances]. (Entrevue fraise)

Chez moi, je n'ai pas un bon Wi-Fi et tout ça, donc ce n'est pas idéal pour accéder à des choses en ligne. Donc je ne le fais pas. (Entrevue bleuets)

Plusieurs personnes ont expliqué qu'elles étaient abonnées à des forfaits Internet pour les familles à faible revenu. Néanmoins, certains participants ignoraient leur existence ou n'y avaient pas recours, car elles doutaient de la qualité du service. D'autres avaient aussi une dette envers un fournisseur de service Internet qui les privait de toute option abordable.

Je crois que Rogers et Bell ont un [abonnement] pour les personnes à faible revenu, mais il est inaccessible en cas de facture impayée... J'avais un abonnement à mon nom, et mon ex-partenaire a endommagé le matériel, alors je dois 4 000 \$ à Rogers pour le matériel non rendu qui est cassé. Donc, maintenant, je n'ai plus accès au service. (Entrevue fraise)



Certains participants ont dit qu'ils utilisaient Internet ou des appareils disponibles dans des lieux publics tels que des hôpitaux, des bibliothèques ou des restaurants, mais qu'ils n'étaient pas à l'aise avec les soins virtuels dans ces environnements pour des raisons de confidentialité et de protection de la vie privée (p. ex. on pourrait les entendre, la connexion n'est pas forcément sécurisée).

L'habileté numérique (connaissances et compétences technologiques) inégale était un autre obstacle majeur à l'accès aux soins virtuels. Par exemple, certains participants ont connu un fossé technologique à leur sortie de prison.

J'ai encore besoin que quelqu'un vienne chez moi pour le faire [configurer la connexion aux rencontres Zoom]. Je n'y arrive pas. À ma libération, j'ai cherché un bipeur, tout le monde s'est moqué de moi. Maintenant, c'est le téléphone cellulaire, vous savez, mais j'apprends petit à petit. (Groupe de discussion violet)

Les participants ont expliqué qu'il fallait du temps pour apprendre à utiliser la technologie et que l'accès aux soins virtuels était plus difficile pendant cette période. Dans certains cas, des professionnels ou des pairs leur ont appris à utiliser les appareils et les logiciels.

Je crois que c'est un membre d'un groupe de soutien qui me l'a montré... Il m'a expliqué comment faire par téléphone, ou alors c'était mon enseignant – l'un ou l'autre. Après avoir compris, j'ai pu le refaire facilement. C'est simple comme bonjour. C'est l'une des choses les plus faciles que je fais [sur] mon ordinateur, les rencontres Zoom. (Groupe de discussion bleu)

Iniquités dans l'accès aux renseignements sur les soins virtuels

Si vous demandiez à dix personnes dans ce bâtiment si elles connaissent la ligne de crise en santé mentale, la moitié répondrait que non. (Groupe de discussion rouge)

Le manque d'information sur les services existants était l'une des raisons principales de l'accès limité aux soins virtuels, en particulier pour les personnes isolées socialement à cause de la marginalisation. Plusieurs participants n'avaient jamais entendu parler de services de soins virtuels et ne savaient pas comment obtenir l'information, malgré leur capacité à utiliser la technologie. Certains ressentait de l'impuissance et de l'injustice et pensaient que les responsables des politiques et les prestataires ne cherchaient pas à transmettre l'information aux personnes qui en avaient le plus besoin.

Il existe de nombreuses méthodes pour diffuser rapidement des renseignements. Mais... personne n'en parle. Ce n'est pas bien. C'est injuste pour les personnes qui cherchent de l'aide sans savoir où aller, à qui s'adresser. C'était mon cas. Je ne savais pas où aller, comment accéder à quoi que ce soit, qui contacter, quoi faire. (Entrevue pomme)

On n'en entend pas parler. J'ai été partout. Personne n'en parle. Même pas le personnel des pharmacies... On n'en parle jamais, à moins que je ne sois pas au bon endroit au bon moment. (Entrevue citron)

En fait, les groupes de discussion et les entrevues ont souvent été l'occasion de découvrir de nouveaux services virtuels grâce à l'échange de ressources entre les participants ou avec la personne menant l'entrevue.

Les participants ont décrit leurs difficultés plus générales à s'orienter dans le système de santé pour trouver des services, soulignant que le processus exigeait des connaissances, la capacité de défendre ses intérêts et de la persévérance. C'était parfois encore plus difficile pour les personnes



issues d'une région, d'une province ou d'un pays différent. Souvent, les personnes qui cherchaient à combiner des soins virtuels et en personne rencontraient des obstacles, comme le manque de liens entre les services, des orientations inappropriées ou des critères d'admission restrictifs, qui pouvaient avoir des effets néfastes sur leur santé mentale et leur usage de substances.

Exiger que les personnes en rétablissement ou qui ont une dépendance active assument toute la responsabilité, s'orientent toutes seules et continuent de défendre leurs intérêts, cela s'ajoute à la pression de la sobriété. (Groupe de discussion vert)

Quelques personnes ont relaté avoir fait appel à un intervenant-pivot, qui les a très bien informées sur les services. Cependant, l'intervenant-pivot a des capacités restreintes (une personne pour toute la province), et certains participants ne savaient pas que ce service existait.

Incidence des soins virtuels sur les relations avec les prestataires

Avantages des relations virtuelles

Avantages pour l'isolement social et la santé mentale

Les participants estimaient que les soins virtuels étaient un outil indispensable pour briser l'isolement social et recevoir du soutien à distance de prestataires ou de pairs de confiance. Cela a favorisé la santé mentale des participants, qui ont ainsi pu recevoir du soutien dans de nombreux aspects de leur vie pendant le confinement.

Je leur [service communautaire pour les jeunes sans-abri] parle beaucoup par téléphone. Pour m'accompagner dans une procédure, par exemple m'inscrire à l'école ou quelque chose comme ça, quand j'ai besoin d'aide. Donc ils peuvent m'accompagner, ou m'écouter si j'ai seulement besoin de vider mon sac, vous voyez? Je n'ai personne [d'autre] à qui parler, mais je peux sortir mon cellulaire et ils sont là... Et depuis le début de la pandémie, beaucoup de choses en personne se sont arrêtées, alors j'ai vraiment compté sur ce service. (Entrevue bleuet)

Les options virtuelles ont également élargi le cercle d'entraide entre pairs des participants. Les rencontres d'entraide virtuelles (p. ex. les rencontres des NA) leur permettaient d'échanger à toute heure du jour ou de la nuit avec des personnes dans le monde entier.

J'ai participé à des rencontres Zoom 24 heures sur 24 pendant les jours les plus sombres de ma dépendance, quand j'allais très mal. Je passais la nuit à assister à des rencontres, je laissais mon ordinateur allumé. Je me réveillais devant une rencontre. J'en ai parfois besoin pour briser ma solitude. (Groupe de discussion bleu)

L'accès virtuel augmentait leurs chances de rencontrer des pairs comprenant leurs difficultés, étant donné que ce soutien n'existait pas forcément sur place.

Maintenant, je peux appeler ma marraine, ou quelques autres personnes. Il y en a une à Long Island et deux à New York. Ces quatre femmes, je leur parle... quand mon esprit devient une prison et que la maladie mentale prend le dessus... Quand quelque chose m'insupporte, que je dois parler à quelqu'un qui ne va pas aggraver la situation. Grâce à cette plateforme virtuelle, j'ai la chance de connaître des gens qui peuvent me tirer de cet état mental. (Groupe de discussion bleu)



Les participants ont déclaré que les rencontres virtuelles d'entraide entre pairs leur offraient un endroit sûr et empathique où chacun pouvait être soi-même.

Dans l'ensemble, le groupe de pairs a eu des effets positifs : il m'a permis de rencontrer des personnes aux expériences semblables et d'être moi-même sans faire semblant. On peut être soi-même à un instant T. On n'a pas besoin de mettre [ce masque] totalement hypocrite où tout est beau, tout va bien. C'est possible d'être honnête et de dire « c'est vraiment compliqué en ce moment ». Les autres le comprennent réellement. Quand je parle de ma fatigue, la plupart des gens pensent que je ne dors pas bien. Mais c'est mon âme qui est fatiguée. Je n'en peux plus de militer, de me battre... Je répète que mon cerveau fonctionne mal. Bref, je souffre de fatigue généralisée, ce que les gens ne comprennent pas. Évidemment, je ne me lance pas dans une longue explication dès qu'on me demande comment je vais, mais ces personnes comprennent que ma fatigue ne se résume pas à de simples problèmes de sommeil. (Groupe de discussion rose)

Une relation virtuelle bénéfique demande du temps et de la compassion

Les participants se sentaient satisfaits des relations virtuelles quand les prestataires montraient de l'intérêt et de la compassion pour leur situation, prenaient le temps de poser des questions et donnaient des explications détaillées. Ils appréciaient les relations virtuelles avec des professionnels de la santé dont l'approche de soins était holistique et centrée sur la personne, plutôt que sur les médicaments uniquement.

Les soins virtuels m'ont apporté une grande aide avec mon psychiatre, parce que j'arrive un peu mieux à m'ouvrir. Il remarque si quelque chose me perturbe et me rappelle toujours sur le clavardage que ce n'est pas son objectif de me perturber. Il me donne des explications, qui sont peut-être plus détaillées que pendant une consultation en personne, donc c'est un aspect que je trouve super... J'avais une consultation prévue de 15 minutes, mais qui a finalement duré 1 h 40 parce qu'il a abordé mon passé. Et il a tout de suite réagi à ma voix ou à d'autres signes en m'expliquant précisément pourquoi il faisait ça et en m'aidant à me calmer. (Groupe de discussion violet)

Dans de nombreux cas, les relations virtuelles avec des prestataires décrites comme positives l'étaient déjà avant d'avoir lieu à distance.

Dans l'ensemble, les participants étaient plus souvent satisfaits des rendez-vous vidéo que des rendez-vous téléphoniques. Ils trouvaient que les patients et les prestataires avaient plus d'occasions de créer des liens affectifs quand ils voyaient le visage de l'autre. En général, les participants étaient plus à l'aise de parler de leurs difficultés de santé mentale et d'usage de substances par vidéo que par téléphone.

Une fois que mon counseling est devenu virtuel, nous avons eu quelques rendez-vous téléphoniques, puis nous avons commencé à utiliser Zoom, et c'était un peu mieux. Parce qu'on pouvait se voir... Si on ne peut pas voir le langage corporel et les yeux de quelqu'un, quand on essaie d'accéder à des services en étant extrêmement vulnérable... Même si c'est seulement sur Zoom, Teams ou autre, ça apporte un côté plus personnel de voir la personne à qui l'on demande de l'aide... J'avais l'impression que le téléphone mettait notre humanité à distance. (Groupe de discussion rose)



Néanmoins, comme indiqué précédemment, les consultations par vidéo étaient rarement disponibles; la plupart des prestataires n'offraient des soins à distance que par téléphone.

Limites des relations virtuelles

« Parfois, on a vraiment besoin d'un câlin » : moins d'occasions de créer des liens affectifs

Pour la plupart des participants, il était plus difficile d'établir des liens affectifs à distance avec les prestataires, en particulier par téléphone.

Les consultations téléphoniques ont souvent été dépeintes comme « froides » et « impersonnelles », similaires à « une conversation avec un robot » et dénuées de l'aspect humain de la relation prestataire-patient. Plusieurs personnes ont expliqué que les interactions par téléphone étaient généralement plus courtes qu'en personne. Par téléphone, les prestataires posaient des questions prédéterminées, souvent axées uniquement sur les médicaments (p. ex. TAO), sans donner le temps aux participants de soulever de nouvelles préoccupations. Certains participants se sont ainsi désinvestis de la relation.

Participant 1 : Par téléphone, c'est une conversation d'environ vingt secondes.

Participant 2 : Oui, et c'est la même chose chaque semaine... Je connais le texte par cœur. « Vous prenez ça? Oui. Oui, oui, oui. Très bien, vous continuez. Et votre médicament le samedi? Tout va bien? Parfait. »

Participant 1 : Oui, j'entends [Participant 2] au téléphone, « Oui, oui, oui ». Ah, c'était le médecin!

Participant 2 : C'est ça, on ne se parle pas vraiment. (Groupe de discussion jaune)

Plusieurs participants déploraient la qualité souvent minimale des soins offerts. Certains soupçonnaient que quelques prestataires n'enchaînent de nombreuses consultations téléphoniques de courte durée que pour des raisons financières.

Par ailleurs, les éléments non verbaux étaient plus difficiles à détecter par téléphone, ce qui pouvait entraîner des problèmes de communication. Les prestataires étaient parfois incapables de remarquer que quelque chose n'allait pas et de soutenir les personnes qui n'arrivaient pas à verbaliser un problème. Des participants ont aussi mentionné que le téléphone compliquait la communication et augmentait le risque de malentendu.

Pour moi, un point négatif, c'est que j'ai des séances de counseling par téléphone et, très souvent, j'ai l'impression qu'on ne m'écoute pas, ou qu'on ne comprend pas ce que j'essaie de dire. Donc je préfère de loin les séances en personne. On peut voir les expressions faciales, comment l'autre se sent, le langage corporel, ce genre de choses. (Groupe de discussion rose)

Les participants atteints de TDAH et de trouble du spectre de l'autisme ont fait état de problèmes de communication propres aux soins virtuels (p. ex. difficultés à se concentrer sur la conversation ou à exprimer ses besoins au prestataire).

C'est difficile pour moi de communiquer à cause du trouble du spectre de l'autisme. Donc j'ai parfois beaucoup de mal à parler de mes besoins et des obstacles que je rencontre avec de nouvelles personnes, et encore plus à distance. (Groupe de discussion rose)



Plusieurs participants estimaient également que les relations par vidéo ou par téléphone ne pourraient jamais remplacer les interactions en personne, qui offrent de nombreuses façons non verbales de donner du soutien affectif.

Avec Zoom, on perd l'interaction sociale, entre autres. Cela a vraiment aggravé mes tendances antisociales. C'est loin d'être bénéfique. Nous sommes des êtres humains, nous avons besoin d'interactions humaines. Parfois, on a vraiment besoin d'un câlin. C'est totalement impossible sur Zoom. Il y a des avantages à se rencontrer en personne, à ressentir l'énergie de l'autre. (Groupe de discussion bleu)

Les soins virtuels compliquent l'examen clinique, le diagnostic et l'intervention

Plusieurs participants jugeaient les soins virtuels pratiques pour les problèmes de santé bénins et les renouvellements d'ordonnances, sans pour autant penser que ce mode de prestation pourrait remplacer une consultation en personne pour des problèmes de santé plus graves. Les soins en personne étaient préférés pour les problèmes nécessitant un diagnostic, un examen physique ou une intervention en urgence, par exemple en cas de crise de santé mentale ou d'infection associée à l'injection de drogue. Certains participants trouvaient qu'il était difficile d'évaluer les symptômes par téléphone, ce qui pouvait entraîner une erreur du diagnostic et augmenter les méfaits.

Les consultations téléphoniques sont bénéfiques, mais pas toujours. Surtout pour les infections. Comment est-ce qu'un médecin peut prescrire le bon traitement sans voir où se trouve l'infection? Ou de quel type d'infection il s'agit? Par exemple, je connais quelques personnes qui ont eu la *cotton fever*. Elles appellent leur médecin pour dire « je ne me sens pas bien, je suis à tel endroit, je vais mal ». Mais le médecin ne peut rien faire, parce qu'elles ne sont pas sur place. Donc on leur prescrit des antibiotiques, qui ne servent à rien, car c'est du coton qui contamine leur sang. Elles doivent être hospitalisées pour recevoir une perfusion intraveineuse afin de nettoyer leur système sanguin. Mais certaines personnes ne réalisent pas la situation. Elles se piquent et elles se sentent mal le lendemain, sans savoir pourquoi. Et elles appellent un médecin qui ne voit pas le point d'injection, qui ne les voit pas, qui ne peut pas prendre leur température. Le thermomètre pourrait se tromper de 20 degrés, c'est impossible à vérifier. Donc, oui, c'est bien pour les renouvellements d'ordonnance. Mais pour les infections, il devrait y avoir plus d'options vidéo pour les médecins, les psychiatres et les thérapeutes. Les personnes devraient pouvoir les appeler par vidéo pour dire « voilà ce qui m'arrive, est-ce que c'est une infection? », et leur montrer sans avoir à s'expliquer. Certaines personnes ne savent pas comment décrire l'aspect ou la sensation de quelque chose. Elles savent seulement qu'elles se sentent mal. Bref, j'ai un avis mitigé. C'est bien, mais cela a aussi de mauvais côtés. Beaucoup de légères modifications pourraient améliorer un grand nombre de programmes. (Entrevue pomme)

Certains participants ont effectivement déclaré qu'un grand nombre de personnes consommant des substances n'avaient pas suffisamment de connaissances médicales pour décrire précisément leurs symptômes par téléphone. Les soins virtuels pourraient aggraver les iniquités en santé dues au niveau de culture médicale des patients.

En cas de crise, ou de situation inhabituelle, je pense qu'il faut absolument consulter en personne, parce que nous ne sommes pas des spécialistes. Nous ne sommes pas médecins. Avec un rendez-vous téléphonique, le médecin écoute simplement les



symptômes, alors que, au cabinet, il observe les patients, les pèse, analyse le comportement, remarque s'il y a autre chose, comme une fréquence cardiaque anormale, et fait la liste des symptômes... Nous n'avons pas les connaissances nécessaires pour nous examiner et donner les résultats au médecin. C'est le médecin qui a le diplôme et l'expérience. Il devrait avoir une vue d'ensemble des patients pour les soigner de façon sûre. (Groupe de discussion vert)

Incidence des soins virtuels sur les expériences de stigmatisation

Selon plusieurs participants, les soins virtuels peuvent être une façon efficace d'éviter la stigmatisation ressentie avec les services en personne. Certains participants se sont toutefois sentis plus vulnérables à la stigmatisation avec les modalités virtuelles.

Les soins virtuels peuvent atténuer la stigmatisation associée aux soins en personne

Expériences de stigmatisation multiples dans les soins en personne

Les participants ont fait état d'expériences de stigmatisation systématique dans leurs interactions en personne avec des prestataires de santé. Les situations décrites avaient de graves conséquences : mauvais traitements, discrimination sous forme de refus de soins ou divulgation publique et non consentie de l'usage de substances. À cause de la stigmatisation, les participants ont souvent renoncé à demander de l'aide pour leur usage de substances ou d'autres problèmes, ce qui a nui à leur trouble lié à l'usage de substances et à leur santé mentale.

Quand j'ai dû aller à l'urgence, j'ai reçu un traitement indigne, parce que j'étais [sous l'influence de] substances. J'avais l'impression d'être [le paria] de l'hôpital. Le personnel refusait de me regarder. C'est injuste, j'essayais de demander de l'aide, et on m'a fait me sentir [minable] pour cela. Ça ne donne pas envie de recommencer. (Entrevue pomme)

La stigmatisation peut prendre de nombreuses formes, parfois subtiles. Les participants ont décrit des expériences très variées, comme les commérages (en particulier dans les petites communautés telles que les régions rurales), les étiquettes (p. ex. estimer qu'une personne « recherche des drogues » alors qu'elle demande des soins en santé mentale ou pour soulager une douleur), le manque d'empathie ou du jugement dans le choix des mots, dans l'attitude ou dans les comportements (p. ex. personnes qui dévisagent dans la salle d'attente d'un médecin ou à la pharmacie).



Les soins virtuels, une modalité atténuant la stigmatisation

Plusieurs participants percevaient les soins virtuels comme une option efficace pour accéder aux services sans craindre la stigmatisation associée à l'usage de substances. Un grand nombre de participants étaient notamment préoccupés par la confidentialité et par l'anonymat à la suite d'expériences stigmatisantes et ne voulaient pas qu'on les voie recevoir des services en usage de substances en personne. Par exemple, plusieurs personnes étaient coupées des services et recevaient du matériel d'injection par l'intermédiaire de leurs proches, qui accédaient à des services de réduction des méfaits à leur place. Les soins virtuels garantissaient la confidentialité du recours au service.

Participant : Ça ne serait pas plus mal de voir [un service de réduction des méfaits] en ligne. Pour l'aide et tout ça, je réalise que je n'ai pas envie d'aller quelque part pour recevoir de l'aide parce que, quand je l'ai fait à 17 ans, cela a fait les manchettes...

Animatrice : Si je comprends bien, vous préféreriez accéder aux services virtuels?

Participant : Oui, plutôt que d'aller quelque part et de risquer le jugement des gens. (Entrevue mangue)

Parfois, les soins virtuels empêchaient aussi les prestataires de se rabattre sur les biais fréquents associés aux personnes qui consomment des substances (p. ex. le stéréotype de la « recherche de drogues »), ce qui donnait l'occasion aux participants d'avoir accès à des options thérapeutiques qui leur auraient peut-être été refusées en personne à cause de la stigmatisation.

J'ai connu tout cela avec les opioïdes dans le système [de dossier médical], etc., la « recherche de drogues », oui. Mais à distance, ce que je trouve intéressant, c'est que, quand je cherchais de l'aide après mon accident de voiture et que je faisais partie d'un programme d'abstinence et de méthadone, on a d'abord essayé de me donner de la morphine pendant une consultation virtuelle, car j'imagine que le médecin n'avait pas mon dossier médical. (Groupe de discussion rose)

Expériences de stigmatisation et problèmes de confidentialité dans les services et les soutiens virtuels

Expériences de stigmatisation dans les services et les soutiens virtuels

Les participants ont relaté des expériences de stigmatisation particulières survenues dans des milieux de soins virtuels à cause du jugement et du manque de compassion de certains prestataires. Plusieurs personnes ayant contacté une ligne d'aide en santé mentale se sont heurtées à du jugement et à un manque de compassion après avoir mentionné leur usage de substances. Ces attitudes stigmatisantes pouvaient les laisser sans aucun soutien face à de graves problèmes, comme des pensées suicidaires.

Participant : Au moment où j'ai appelé la ligne d'aide, j'étais dans une impasse. Je me sentais suicidaire. Mais quand j'ai essayé de lui parler, elle s'intéressait plus à ma consommation de cocaïne qu'à ma santé mentale. Je lui disais qu'il fallait qu'on vienne me chercher. Et elle n'était pas très bienveillante... Dès que j'ai prononcé le mot *cocaïne*, elle a refusé de m'aider... Je lui ai expliqué que je prenais de la méthadone et j'ai compris sa réponse au ton de sa voix. Je n'en revenais pas. Je



n'arrivais pas à y croire.

Animatrice : Qu'avez-vous fait ensuite? Pouvez-vous faire appel à un autre service?

Participant : Non, non. J'ai passé quelques jours dehors, dans un accès de folie furieuse. (Groupe de discussion rouge)

Les participants ont expliqué que, par téléphone, la stigmatisation des prestataires s'exprimait à travers leurs mots, mais aussi à travers un ton méprisant.

Participant 1 : Ce ne sont pas tant les mots, c'est le ton de leur voix qui change... C'est bien mieux de s'ouvrir à une voix compatissante qu'à une personne méprisante... Vous voyez ce que je veux dire?

Participant 2 : Évitez d'avoir un ton plein de sarcasme ou de jugement, répondez normalement. (Groupe de discussion rouge)

Certains participants ont aussi fait état de situations où les prestataires avaient raccroché brutalement sans aucune explication. Ces situations, tout comme les conversations téléphoniques brèves et impersonnelles décrites précédemment, ont renforcé le sentiment que les prestataires se préoccupaient peu de leur situation et, plus globalement, des personnes qui consomment des substances. Cela a exacerbé la stigmatisation et la dévalorisation ressenties par les participants. Selon un participant, les soins virtuels déshumanisaient les personnes qui consomment des substances aux yeux des prestataires.

Il existe un énorme fossé. Comme ils ne nous voient pas, ils ne nous considèrent plus comme des personnes. Peut-être que ce n'est pas nouveau. Mais il y a vraiment cet énorme fossé vis-à-vis de notre humanité. Je trouve que c'est encore pire parce que c'est à distance, il suffit de raccrocher le téléphone pour nous faire disparaître. (Groupe de discussion rose)

Problèmes de confidentialité et stigmatisation virtuelle

Plusieurs participants se sont dits préoccupés par la confidentialité et par la protection de leur vie privée en cas de stigmatisation potentielle dans le cadre des services et des soutiens virtuels, en particulier pour le counseling et les groupes d'entraide entre pairs. L'inquiétude majeure était de ne pas savoir si une autre personne était dans la pièce avec leur interlocuteur et pouvait entendre des informations personnelles. Des personnes à proximité des participants pouvaient aussi entendre une conversation privée avec un conseiller.

J'ai fait du counseling par téléphone, ça a été correct. Mais ce n'est pas facile d'avoir un sentiment d'intimité quand on n'est pas dans une salle avec seulement le conseiller ou quelque chose dans le genre. Tout le monde autour peut entendre la conversation. Donc je me sens beaucoup moins à l'aise qu'en personne. (Groupe de discussion rose)

Dans les groupes d'entraide entre pairs en ligne, plusieurs participants étaient inquiets de ne pas savoir exactement qui était présent, en particulier quand des membres du groupe utilisaient des pseudonymes et n'allumaient pas leur caméra. L'anonymat de certains groupes était perçu comme une lame à double tranchant : cela améliorait la confidentialité du recours à ces services, mais faisait craindre de parler de sujets intimes sans voir clairement les interlocuteurs. Plusieurs participants étaient en faveur d'une obligation stricte d'allumer la caméra. Voir les visages des autres favorisait la confiance et était rassurant pour les nouveaux arrivants.

Participant 1 : Je pense qu'avoir la caméra éteinte a du bon et du mauvais. Au début, pour les personnes qui tiennent vraiment à rester anonymes, je pense que c'est



super. Je suis vraiment pour. Mais pour les membres réguliers... Ça m'est arrivé de regarder un écran avec quatre personnes et vingt écrans noirs, vous comprenez?

Participant 2 : Sans savoir qui se trouve derrière l'écran. Parfois, je me demande –

Participant 1 : Personne ne sait qui est derrière l'écran.

Participant 2 : Ces personnes sont-elles là pour la bonne raison? Parce que je connais des gens qui ont rejoint des rencontres seulement pour suivre quelqu'un, pour trouver quelqu'un. Elles peuvent se connecter avec n'importe quel pseudonyme, sans montrer leur visage. Elles ne sont pas là pour le soutien ni pour le rétablissement. Ce sont seulement des trolls, et c'est une pente très glissante. (Groupe de discussion bleu)

Pour ce qui est des consultations virtuelles avec des professionnels de la santé, certains participants ont déclaré que des prestataires contrevenaient à leur confidentialité en ligne en publiant des informations stigmatisantes sur leurs patients sur les réseaux sociaux. Ce comportement était susceptible d'accroître la réticence des participants à utiliser des outils de soins en ligne.

En plus, ils publient sur Facebook, cela devrait entraîner le licenciement de publier des informations sur des patients sur Facebook, en les traitant de toxicos, d'accros aux médicaments et de drogués⁴... Elle a pris un égoportrait dans le cabinet, avec nos dates de naissance sur l'écran de son ordinateur en arrière-plan, etc. Elle a dû le supprimer, mais il n'y a eu aucune répercussion. (Groupe de discussion jaune)

Recommandations des participants pour améliorer les services et les soutiens virtuels

Faire participer les PEPP à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services et des soutiens virtuels

Les participants ont recommandé une participation plus systématique des PEPP dans leur propre trajectoire de soins, de même que dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des services et des soutiens virtuels.

Permettre aux gens de choisir leur mode d'accès aux soins

À l'échelle individuelle, les participants voulaient pouvoir choisir la manière dont ils accèdent à des soins en usage de substances ou en santé mentale. Ils ont recommandé que les prestataires proposent systématiquement des options en personne, par téléphone et par vidéo à long terme, au-delà des mesures d'urgence contre la COVID-19.

Il faudrait que les consultations virtuelles soient toujours une option, au lieu d'être seulement liées à la COVID-19 ou offertes dans des circonstances particulières. (Groupe de discussion violet)

De nombreux participants ont affirmé qu'ils souhaitaient aussi se voir offrir des consultations vidéo au lieu d'avoir une seule option à distance, c'est-à-dire les rendez-vous téléphoniques.

⁴ Les termes « toxicos, accros aux médicaments et drogués » sont utilisés ici, puisque c'est ainsi que s'est exprimé le participant. Le CCDUS sait que ces termes sont empreints de stigmatisation.



Il faudrait que les médecins utilisent Skype et FaceTime au lieu des courriels et du téléphone, pour qu'on puisse se voir et non seulement s'écouter. (Entrevue fraise)

Les participants aimeraient pouvoir choisir les options de soins qui répondent le mieux à leurs besoins et contraintes selon la situation (p. ex. avoir la possibilité de voir leur médecin en personne ou par vidéo pour des problèmes de santé graves, mais continuer d'avoir l'option téléphonique pour les renouvellements d'ordonnance habituels, qui ne nécessitent aucun examen supplémentaire). Ils aimeraient pouvoir prendre cette décision pour eux-mêmes, dans le cadre d'une prise de décisions partagée avec les prestataires, au lieu de se conformer aux choix de ces derniers. La possibilité de choisir entre les soins virtuels et les soins en personne a été décrite comme un facteur important qui améliorerait l'expérience des services et des soutiens en usage de substances et l'accès à ceux-ci.

Reconnaître l'expertise pratique et engager des PEPP dans les services pour faire tomber les préjugés

Les participants voulaient prendre part à la mise en place de services et de soutiens virtuels et, plus largement, voir les PEPP y participer. D'après eux, l'embauche de personnes ayant une expérience vécue de l'usage de substances comme prestataires de service (p. ex. intervenants d'une ligne d'écoute, conseillers) était le meilleur moyen de faire tomber les préjugés et de faire des services des espaces sûrs basés sur la confiance, la solidarité et l'empathie.

Un grand nombre de participants ont indiqué qu'ils seraient plus à l'aise d'utiliser un service virtuel si le prestataire avait une expérience vécue de l'usage de substances, car ainsi ils ne craindraient pas d'être jugés pour leur consommation.

Animatrice : Qu'est-ce qui devrait changer selon vous?

Participant 1 : Avoir des intervenants... [qui] pourraient même avoir des problèmes [d'usage] de substances eux-mêmes? Ce serait possible. Ils sauraient de quoi nous parlons et ce à quoi nous sommes confrontés, parce que les gens qui ne consomment pas de drogue ne savent pas vraiment ce que nous vivons.

Participant 2 : C'est assez difficile de leur expliquer. Surtout lorsqu'ils vous jugent par-dessus le marché. (Groupe de discussion rouge)

Les participants ont réclamé une meilleure reconnaissance de leur expertise pratique (les connaissances et compétences acquises avec l'expérience physique et sociale de l'usage de substances). Selon eux, les connaissances acquises avec leur expérience passée ou présente étaient essentielles pour comprendre les besoins uniques des personnes qui consomment (p. ex. le besoin urgent de soutien durant le sevrage). Le fait d'être employé dans les services d'aide était perçu comme une reconnaissance importante de leur expertise. Même si c'est le cas à la fois pour les services virtuels et en personne, les participants ont souligné l'importance d'engager des PEPP dans les services et soutiens virtuels pour améliorer leurs expériences des soins virtuels.



Inclure des PEPP dans les décisions pour concevoir, évaluer et améliorer les services et les soutiens virtuels

Sur le plan des politiques et du système de santé, les participants ont fait ressortir la nécessité d'inclure plus de PEPP dans l'élaboration et l'évaluation des services et des soutiens virtuels pour qu'ils correspondent aux réalités et aux besoins des membres des populations en quête d'équité. Ils ont aimé être officiellement consultés sur les manières d'améliorer les services existants et voyaient cela comme un signe de respect et de reconnaissance de leur expertise.

Rien pour nous sans nous. Il ne faut pas que les personnes qui créent les programmes et les protocoles qui sont censés nous aider n'aient aucune expérience de l'usage de substances. Elles ne comprennent pas ce que c'est. Peu importe qu'elles aient été sur les bancs d'école pendant des années ou qu'elles détiennent une maîtrise, je n'en ai rien à faire. En fait, ce n'est pas que je n'en ai rien à faire, mais plutôt que ce n'est pas aussi pertinent que mon expérience ou celle des autres personnes qui créent les ressources. (Groupe de discussion rose)

En matière de conception de services, les participants ont échangé de nombreuses idées sur de nouveaux services virtuels et hybrides qui répondraient à leurs besoins. Certains exemples de leurs suggestions sont résumés dans la boîte de texte bleue à la fin de cette section.

En particulier, les participants d'un des groupes de discussion ont réfléchi ensemble à un nouveau service hybride dirigé par des pairs qu'ils ont nommé le Virtual Hug Pub. Les personnes ne disposant pas d'un appareil ou n'ayant pas accès à Internet pourraient se joindre au Virtual Hug Pub, et on leur prêterait l'appareil de leur choix (ordinateur, tablette) pour la durée de leur consultation. Elles pourraient accéder à des soins virtuels (p. ex. rendez-vous avec leur médecin de soins primaires ou un conseiller) dans des cabines séparées et confidentielles au sein du service. Des premiers soins pourraient aussi être prodigués en personne pour des problèmes de santé mineurs, et il pourrait y avoir des occasions d'interaction et des discussions autour d'un café avec d'autres PEPP. Tous les membres du personnel du Virtual Hug Pub auraient une expérience passée ou présente de l'usage de substances et auraient reçu une formation appropriée. Ils pourraient également aider les personnes ayant de la difficulté à utiliser la technologie. Les participants ont décrit le Virtual Hug Pub comme un espace sûr et accueillant, exempt de stigmatisation et de jugement et guidé par les valeurs du libre choix, de l'autonomie, de la confidentialité, du respect de la vie privée, de la compétence professionnelle et de l'empathie. Cet exemple fait ressortir certains éléments essentiels qui devraient faire partie des services destinés aux personnes qui consomment des substances, surtout aux membres des populations en quête d'équité.



Services et soutiens virtuels suggérés par les participants

- Applications mobiles pour consulter des médecins, des conseillers en dépendance et des services de réduction des méfaits
- Services par texto ou clavardage
- Ligne d'écoute en dépendance avec des PEPP comme intervenants
- Groupes virtuels d'entraide entre pairs pour les membres de la communauté 2SLGBTQ+
- Services virtuels visant à aider les familles à guérir des traumatismes intergénérationnels
- Ligne téléphonique permettant d'obtenir de l'aide pour s'orienter dans le système de santé
- Ressources virtuelles à télécharger et à consulter hors ligne pour les personnes n'ayant pas accès à Internet
- Espaces sûrs en ligne pour discuter de n'importe quel sujet (conversations ne portant pas nécessairement sur les substances)
- Plus d'options de counseling et de soutien psychologique en virtuel
- Ligne téléphonique permettant de signaler les comportements stigmatisants des prestataires et de déterminer leurs besoins potentiels en formation

Favoriser un accès équitable à l'information sur les soins virtuels pour outiller les gens par le savoir

Promouvoir les services et les soutiens virtuels pour que l'information se rende aux personnes qui en ont le plus besoin

Les participants ont expliqué que l'élaboration de services pertinents ne suffit pas. Une meilleure promotion des services et des soutiens virtuels auprès des membres des populations en quête d'équité est essentielle pour réduire les inégalités dans l'accès aux services. Ce dernier ne devrait pas être déterminé par la capacité d'une personne à s'orienter dans le système de santé et à trouver de l'information. La promotion des services et des soutiens virtuels est aussi cruciale pour donner aux membres des populations en quête d'équité les moyens de trouver et de choisir les services qui répondent le mieux à leurs besoins. Les participants ont recommandé que les gouvernements et les autorités sanitaires locales prennent des mesures plus concrètes pour leur transmettre de l'information.

Il n'y a aucune publicité. Un aspect à améliorer pourrait donc être la publicité, c'est-à-dire le fait d'annoncer aux gens qu'il existe des options de soins virtuels... Parce qu'en ce moment, la promotion des soins virtuels est faible ou nulle. Nous savons que les soins virtuels existent, mais comment les trouver? Comment y accéder? Comment en bénéficier? Comment communiquer avec une personne qui en fournit? Il y a toutes ces questions. Oui, d'accord, vous faites des démarches pour lancer ces applications. Mais vous n'annoncez pas qu'elles existent. Vous n'annoncez pas que ce groupe est là cette fois, qu'on n'a qu'à télécharger l'application, puis envoyer un message et quelqu'un nous appellera. C'est comme pour les services de counseling



offerts le jour même : il a fallu presque six mois avant que les gens connaissent réellement ces services, car ils n'ont pas été annoncés. (Entrevue pomme)

Les participants ont souligné qu'une meilleure diffusion des services et des soutiens virtuels constituerait une approche préventive qui permettrait aux gens de demander de l'aide avant d'être en crise, au lieu d'accéder à l'information trop tard.

Il y a tellement de petites choses qui pourraient être faites, mais que personne ne fait. C'est comme pour notre ligne de crise en santé mentale; la plupart du temps, on en entend parler seulement si on appelle la police ou l'hôpital, ou si on se trouve à l'hôpital. On nous dit : « Oh, eh bien, vous savez, il existe une ligne de crise en santé mentale. » « Non, non, je ne le savais pas. » Pourquoi ne fait-elle pas l'objet d'une plus grande publicité? (Entrevue pomme)

Utiliser plusieurs stratégies promotionnelles récurrentes

Les participants ont suggéré diverses techniques publicitaires pour que les personnes ayant besoin de services et de soutiens virtuels en usage de substances soient au fait des ressources à leur disposition. Parmi les stratégies publicitaires recommandées, mentionnons les affiches et les prospectus dans les services de santé et les services communautaires (pharmacies, cliniques, services de réduction des méfaits, services sociaux communautaires pour les personnes itinérantes), les dépliants dans les trousseaux de réduction des méfaits, les prospectus dans les boîtes aux lettres, les affiches dans les espaces publics (autobus, poteaux électriques), de l'information dans les journaux, à la télévision et à la radio, ainsi que des publicités sur des médias sociaux comme Facebook ou YouTube.

Les participants ont souligné l'importance d'employer une stratégie publicitaire globale pour diffuser le message sur différentes plateformes afin de maximiser sa portée auprès des membres des populations en quête d'équité marginalisées, isolées ou qui n'utilisent pas les moyens traditionnels pour consulter de l'information.

Animatrice : Comment pensez-vous que l'information devrait être communiquée?

Participant 1 : Je n'aime pas dire cela, mais d'une façon qui permettrait à des gens comme nous de la voir. Nous ne lisons pas le journal.

Participant 2 : Certaines personnes la verraient aux nouvelles. Certaines personnes l'entendraient à la radio. D'autres non. Les personnes qui viennent ici, qui vivent avec une dépendance, n'ont pas toutes un téléphone ou accès à Internet. On pourrait aussi utiliser Google Hangouts, ou publier un message sur Twitter...

Participant 1 : [Anonymisé : nom de service ou soutien communautaire local pour les personnes itinérantes et sans emploi].

Participant 2 : Oui, comme les [anonymisé : services sociaux communautaires pour les personnes ayant des démêlés avec la justice pénale]. Il faudrait même diffuser le message [dans] des cliniques de méthadone et autres... Oui, et coller des affiches.

Participant 1 : Mais il faut les mettre aux bons endroits. (Groupe de discussion rouge)

Animatrice : Quels moyens permettraient aux prestataires de services d'améliorer leur publicité?

Participant : Facebook. Facebook est le média le plus populaire en ce moment. Diffusez du contenu sur Facebook, à la radio, aux nouvelles, dans des prospectus. Il y a tellement de petites choses qui pourraient être faites, mais que personne ne fait. (Entrevue pomme)



Fait notable, plusieurs participants étaient d'avis que Facebook serait un moyen efficace de faire connaître en ligne les services virtuels, puisqu'il s'agit du média social le plus connu et utilisé.

Je n'utilise pas Facebook, mais la plupart des gens, si. Il pourrait donc y avoir une petite publicité qui s'affiche dans le fil d'actualité. (Entrevue canneberge)

Mettez des affiches [sur] de petits babillards et autres types de tableaux, et même en ligne sur Facebook et ailleurs. Pourquoi ne pas créer une page? Tout est tellement en ligne maintenant... Sur Facebook et les autres médias sociaux, on peut créer une page portant précisément sur le service [disponible] — à moins qu'il y en ait déjà une, et que je ne la connaisse pas. Je ne sais pas, je lance des idées comme ça. (Entrevue citron)

Les participants ont ajouté que la promotion des services et des soutiens virtuels sur diverses plateformes ferait en sorte que les PEPP dépendraient moins de leurs prestataires et de leur entourage pour se renseigner sur les services, ce qui les rendrait mieux outillées et favoriserait leur autonomie.

Le plus important, c'est de passer le message. Mais si on le diffuse seulement auprès des consommateurs de substances, il ne se répandra pas, puisque ceux-ci ne parleront pas des programmes à leurs amis, vu qu'ils souhaitent continuer à consommer avec eux. En l'annonçant à la radio, sur les autobus [et] dans des prospectus, on le verra davantage. On l'entendra davantage. Les gens sont toujours en train d'écouter la radio, de regarder la télévision et de [passer du temps sur] Facebook. Il y a tellement de façons de diffuser le message et de le faire circuler davantage. YouTube est rempli de publicités. Donc quand une personne dit qu'il n'y a rien à faire, alors qu'il y a plein de moyens potentiels, c'est seulement qu'elle est trop paresseuse pour se poser la question : « Comment puis-je diffuser ce message? ». Parce que oui, vous pouvez le diffuser. Vous ne voulez simplement pas le faire. Et ça, ce n'est pas juste pour les personnes qui ont besoin de cette aide. Vous essayez de dire : « Oh, oui, il existe de l'aide. » Mais comment pouvons-nous le savoir? Comment n'importe qui pourrait savoir qu'ils sont disponibles? (Entrevue pomme)

Pour certains participants, une exposition répétée à l'information était essentielle pour atteindre chaque personne selon sa situation et lui laisser le temps de réfléchir et de décider si elle souhaitait utiliser les services. En ayant l'information toujours à disposition, les gens pourraient accéder aux services lorsqu'ils sont prêts.

Il y a beaucoup de place dans cette trousse de [réduction des méfaits]. Un dépliant, c'est mince... On pourrait en mettre deux ou trois de plus avec différentes options. Et même si les gens les mettent de côté quelques fois, ils pourraient finir par les survoler. Ils les remettent ensuite de côté, puis les relisent, et, on ne sait jamais, ils pourraient appeler le service après une dure journée. (Entrevue mangue)

Assurer un accès équitable à la technologie grâce à des politiques publiques et considérer la technologie comme un droit de la personne

Fournir un accès universel à Internet et aux ordinateurs

Les participants ont recommandé que les gouvernements aident les populations en quête d'équité à avoir davantage accès à la technologie. Ils ont avancé que les politiques publiques devraient être



conçues de façon à faciliter l'accès à Internet et à des appareils pour les personnes ayant le plus besoin de soins virtuels. Par exemple, le fait d'avoir des frais à payer à des entreprises privées ne devrait pas empêcher l'accès à des forfaits Internet pour personnes à faible revenu. Les participants ont souligné que l'accès à la technologie devrait être considéré comme un droit de la personne, puisqu'il est nécessaire pour accéder aux services de santé.

Selon moi, avoir accès à un téléphone et à Internet, ce n'est pas un privilège. C'est plutôt un droit de la personne. Ce sont certaines des personnes les plus vulnérables qui ont le plus besoin de ces types de services, mais comme ils sont de plus en plus souvent en ligne, elles en sont complètement coupées puisqu'elles ne peuvent pas y accéder... Ce serait bien si le gouvernement pouvait mettre en place un forfait offrant un service téléphonique et un service Internet de base, pour que tout le monde puisse au moins avoir, vous savez, un minimum de connectivité. (Groupe de discussion rose)

Certains participants ont aussi suggéré que les services en usage de substances distribuent ou prêtent des appareils à leurs clients.

On pourrait peut-être adopter une politique qui prévoit que les personnes ayant un budget ou un revenu inférieur à un certain seuil peuvent profiter d'un téléphone cellulaire contre une certaine somme... Si une personne suit un traitement de l'usage d'opioïdes ou d'autres substances et qu'elle choisit l'option virtuelle, on pourrait lui fournir un appareil à retourner. (Entrevue framboise)

Offrir une formation adaptée à l'utilisation d'outils virtuels

Les participants ont exprimé le besoin d'offrir plus de formation pour réduire les inégalités liées à l'habileté numérique et aider les membres des populations en quête d'équité à apprendre comment utiliser la technologie et les outils en ligne.

Animatrice : Parlons maintenant de recommandations. Comment pouvons-nous améliorer les services virtuels en usage de substances? Quels sont les éléments manquants, selon vous?

Participant : Je suppose que [nous avons besoin de] plus de groupes [de soutien]... pour apprendre comment [utiliser la technologie]. Parce que la plupart des gens... ne savent même pas ce qu'est Zoom, ou ce qu'est une rencontre Zoom, même si [on peut y accéder avec] un numéro de téléphone. (Entrevue canneberge)

Certains participants ont suggéré que la formation ait lieu dans des services communautaires et qu'elle soit donnée par des prestataires de services de confiance ou d'autres PEPP.

Les organismes communautaires pourraient intégrer de la formation à leurs programmes. Ils pourraient éduquer leurs invités sur l'utilisation d'appareils et d'autres outils. Les gens pourraient alors profiter des soins virtuels s'ils le souhaitent. (Entrevue framboise)

Une autre suggestion importante était la mise en place d'ateliers sur la sécurité et la confidentialité des services en ligne pour aider les gens à protéger leurs renseignements privés (p. ex. prévention de la fraude). De telles formations pourraient aussi rassurer les personnes préoccupées par la confidentialité des soins virtuels.

Je crois qu'il faut informer davantage les gens ou fournir plus d'ateliers pour qu'ils comprennent comment utiliser les services et sachent qu'ils sont sécuritaires et



confidentiels. N'est-ce pas? Je ne crois pas que ces connaissances sont mises à la disposition du public, et surtout des personnes qui consomment des substances et qui n'ont pas vraiment de contacts avec la société, même si je préférerais utiliser un autre mot que « contacts » vu que ce n'est pas le bon mot... C'est à cela que je voulais en venir avec la confidentialité et la sécurité des soins virtuels, et ce qu'on croit que des tiers peuvent voir. Je crois que les gens se font beaucoup de [suppositions à propos de] ces tiers. Est-ce qu'un tiers peut voir la consultation? Je pense qu'il y a une certaine stigmatisation autour de cette question, et nous pouvons seulement y remédier grâce à la mise en place d'ateliers et de séminaires où l'on explique aux gens que les consultations sont confidentielles et que s'ils ont une rencontre Zoom avec un conseiller, il n'y aura personne d'autre à l'écoute. Il me semble que si beaucoup de gens se méfient des soins virtuels, c'est une question de confidentialité, non? (Entrevue canneberge)

Veiller à ce que les relations virtuelles répondent aux normes de qualité des soins

Fournir des services misant sur des ressources durables pour garantir des soins virtuels de qualité

En matière de politiques et de changements dans le système de santé, les participants ont souligné l'importance de consacrer un financement suffisant à long terme aux services de santé communautaires et publics pour offrir des soins virtuels en usage de substances au-delà de la lutte contre la COVID-19.

Maintenant que la pandémie est terminée, il n'y a plus de grosses sommes à consacrer à ce genre de choses. (Groupe de discussion violet)

Pour les participants, un financement approprié est essentiel à la qualité des services et des soutiens virtuels et permet de veiller à ce que les populations en quête d'équité soient bien servies.

Cela complique la situation des soins de santé partout dans le monde, qui est déjà complexe, selon ce que je vois à la télévision. On ne fournit pas assez d'argent avec nos taxes pour entretenir le système de santé dont nous avons décidé que nous avons besoin. Quelqu'un va passer entre les mailles du filet. C'est ça qui est ça. (Groupe de discussion vert)

Les dirigeants doivent arrêter d'avoir peur d'investir dans les soins. Ils ne veulent pas consacrer de l'argent au système de soins. (Groupe de discussion rouge)

Les participants ont aussi recommandé que la prestation de services soit assurée par du personnel suffisamment qualifié pour que les services et les soutiens virtuels soient disponibles en tout temps et fournis de façon appropriée. Cette recommandation a été répétée dans les régions rurales et semi-urbaines.

Je crois qu'il y a un manque de personnel, et que certaines personnes ne souhaitent pas vraiment être là. Elles sont là parce que... la clinique est désespérée et a besoin de personnel. (Groupe de discussion jaune)

Ce que j'ai compris ici, en particulier dans cette communauté, c'est qu'il y a deux psychiatres qui servent des milliers de patients. (Groupe de discussion vert)



Savez-vous combien de personnes ont travaillé pour une ligne d'écoute au même moment? Non? Peut-être qu'il faut plus de gens. (Groupe de discussion rouge)

Veiller à ce que les prestataires de services reçoivent de la formation sur les soins virtuels, l'usage de substances et la stigmatisation

Les participants considéraient que la formation des prestataires était l'un des moyens les plus importants pour mettre fin à la stigmatisation liée à l'usage de substances dans les soins de santé. Ils ont recommandé une formation obligatoire sur la stigmatisation pour tous les prestataires pouvant interagir virtuellement ou en personne avec des gens qui consomment des substances, surtout pour les professionnels de la santé et des services sociaux non spécialisés (p. ex. les étudiants en médecine et en soins infirmiers, les médecins et les infirmières en soins primaires, les intervenants de lignes de crise en santé mentale et les psychiatres).

Les participants voulaient aussi que les prestataires soient tenus responsables de leurs comportements stigmatisants. Une personne a suggéré la mise en place d'un numéro de téléphone qui permettrait aux gens consommant des substances de signaler des comportements stigmatisants pour que les prestataires puissent possiblement suivre d'autres formations de sensibilisation sur le sujet.

Il devrait y avoir un numéro de téléphone auquel on peut appeler pour signaler à quelqu'un comment un médecin nous a fait sentir. Puis, après plusieurs appels, par exemple trois ou quatre, le médecin pourrait recevoir un appel ou un message lui disant : « Est-ce que vous allez bien? Pourquoi faites-vous en sorte que les patients se sentent ainsi? » Cette petite vérification peut être utile, parce que certains médecins ne voient pas qu'ils nous donnent l'impression d'être [un minable]. Il suffirait parfois d'une petite tape sur l'épaule ou le bras et de demander : « Est-ce que vous vous rendez compte que vous n'affichez pas une bonne attitude ou un langage corporel approprié? ». Mais lorsqu'il n'y [a] aucune politique ni personne pour faire comprendre aux médecins que leurs comportements sont problématiques, ils pensent qu'ils peuvent s'en tirer à bon compte. Ils continuent, encore et encore. Il faudrait que quelqu'un puisse leur dire : « Vous devez respecter chaque personne que vous traitez. » Si les policiers doivent traiter tout le monde de façon respectueuse, pourquoi pas les médecins? (Entrevue pomme)

Les participants ont aussi fait ressortir la nécessité de former les prestataires sur l'utilisation d'outils de soins virtuels, comme les logiciels et applications de vidéoconférence, pour qu'ils puissent prodiguer des soins virtuels appropriés à leurs clients.

Je pense qu'il faut former plus de gens, notamment les médecins, sur les soins virtuels et sur la façon dont ils peuvent les mettre en œuvre dans leur pratique. (Entrevue framboise)

Je suppose que les prestataires ne sont pas formés pour se servir du système. Il y a tellement d'infirmières différentes, et ce n'est pas tout le monde qui peut utiliser la machine. Ils ont besoin de formation. Ils doivent tous savoir comment utiliser la machine pour pouvoir offrir ce service... Il devra y avoir beaucoup de formation à cette fin. (Groupe de discussion jaune)



Élaborer des normes de qualité pour les soins virtuels en usage de substances

La plupart des participants prônaient l'instauration d'un règlement gouvernemental et de normes pour veiller à ce que les prestataires offrent des soins virtuels de haute qualité en usage de substances. Leurs points de vue divergeaient toutefois en ce qui a trait à la teneur de ces normes. Par exemple, certains participants ont suggéré une quantité obligatoire de temps de consultation en personne pour renforcer la relation entre un patient et son prestataire, tandis que d'autres souhaitaient des options vidéo obligatoires, une durée minimale pour les rendez-vous vidéo et par téléphone ou des politiques énonçant les situations qui ne devraient pas être gérées virtuellement.

Les recommandations des participants convergeaient vers l'idée qu'il devrait y avoir des politiques veillant à ce que les soins virtuels favorisent des interactions authentiques avec les prestataires pour qu'ils puissent nouer des relations de qualité avec leurs patients et traiter leurs problèmes de santé de façon adéquate. Les normes de soins virtuels pourraient réduire autant que possible la variabilité des soutiens virtuels fournis par les prestataires et stipuler que les prestataires ne doivent pas être les seuls à décider du type de soins offert.

Je n'arrive pas à établir une relation avec [mon médecin]... Si un médecin prescrit un traitement à son patient, les deux devraient avoir une certaine relation professionnelle, qui aidera le patient à aller mieux. Pour moi, notre relation représente seulement... un appel rapide pour obtenir mes médicaments. (Entrevue citron)

Améliorer l'accessibilité et créer des services et des soutiens virtuels faciles d'accès

Accroître l'accessibilité des services

Concernant la question de l'équité de l'accès aux services et aux soutiens virtuels, plusieurs participants ont mentionné la nécessité d'améliorer l'accessibilité des services virtuels pour les personnes en situation de handicap, y compris les personnes ayant un trouble de l'audition, de la vue et de la parole.

Il faut des formats accessibles, par exemple l'ASL [American Sign Language]. Certains services pourraient aussi être offerts en braille, si nécessaire, ou dans d'autres types de formats, et il pourrait y avoir des transcriptions en direct. Ou bien, quels sont les autres types de besoins en matière d'accessibilité qu'il reste à combler? (Groupe de discussion rose)

L'un des participants a expliqué que les services de messagerie seraient l'option la plus utile pour accéder à des soins virtuels en raison de son trouble de la parole. Il a indiqué que les services virtuels vocaux sont susceptibles de l'exposer à plus de stigmatisation, étant donné que les prestataires peuvent confondre ses symptômes avec les effets de substances.

Sur le sujet de l'accessibilité, j'aimerais ajouter que j'ai souffert de paralysie de Bell à un très jeune âge. J'ai donc parfois quelques difficultés d'élocution, comme des zéziements et un trouble de la parole, surtout si je suis en proie à la nervosité ou à l'excitation. Et j'ai remarqué que je bégaye davantage quand je reçois des soins virtuels, surtout si je consulte un nouveau médecin... En fait, un médecin m'a déjà



demandé si j'avais consommé, mais ce n'était pas pour cette raison que je bégayais, c'était seulement par nervosité. Parfois, je préférerais pouvoir écrire au médecin ou à la personne à laquelle je parle, parce qu'il se peut que je passe une journée difficile avec mon bégaiement. Peut-être que je prends un nouveau médicament qui nuit à ma capacité de parler. J'aimerais pouvoir seulement écrire au médecin, même lors d'une consultation en direct avec évaluation. Je pense que cette option devrait être offerte. Certaines personnes souffrent de phobie sociale, ce genre de truc. Parfois, c'est vraiment plus facile d'écrire que de parler. (Groupe de discussion rose)

Le fait de pouvoir assister à un rendez-vous virtuel avec quelqu'un d'autre (p. ex. un ami, un proche aidant ou un membre de la famille) faisait aussi partie des options potentielles mentionnées pour améliorer l'accessibilité des soins virtuels pour les personnes composant avec l'anxiété ou en situation de handicap.

Concevoir des soins virtuels permettant un soutien immédiat

De façon plus générale, les participants aimeraient qu'il y ait des améliorations quant à la disponibilité des services et des soutiens virtuels. La création de services faciles d'accès sans critères d'admission précis en limitant l'accès ferait en sorte que tout le monde obtienne du soutien quand il en a besoin.

La nécessité de mettre sur pied des services flexibles et disponibles rapidement était un thème récurrent dans les recommandations des participants. Ces derniers aimeraient pouvoir accéder à des services et à des soutiens virtuels 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour qu'on réponde à leurs besoins urgents sans liste ni temps d'attente. Cette recommandation concernait surtout le counseling et les services et soutiens psychologiques.

Il faudrait qu'on puisse parler à des psychiatres au téléphone – qu'on ait accès rapidement à des psychiatres et à des psychologues. (Groupe de discussion vert)

J'aimerais, à l'avenir, que le counseling me permette de consulter un conseiller immédiatement. Les conseillers ne peuvent pas toujours nous voir ou nous parler au moment où nous avons besoin d'eux. Avoir quelqu'un à qui parler de ce qui se passe à l'instant même serait donc très utile. (Groupe de discussion rose)

Il faudrait qu'un médecin généraliste puisse nous appeler pour discuter avec nous, ou que nous puissions appeler quelqu'un en tout temps pour lui poser des questions. (Entrevue abricot)

Les participants ont fourni des recommandations essentielles pour adapter les services et les soutiens virtuels à leur réalité et concevoir des politiques et des pratiques plus équitables. Il est toutefois essentiel de comprendre qu'en raison de la stigmatisation intériorisée et d'expériences négatives antérieures, plusieurs participants n'étaient guère convaincus que leurs opinions étaient importantes ou seraient écoutées. Certains d'entre eux trouvaient difficile ou intimidant de formuler des recommandations en matière de politiques ou de pratiques. D'autres trouvaient cela inutile, avaient peu d'espoir qu'un changement positif se produise et faisaient peu confiance aux responsables des politiques en raison d'expériences antérieures de stigmatisation et de discrimination. Les iniquités systémiques peuvent influencer la capacité d'une personne à ajouter sa voix à la conversation et à la faire entendre. Il est essentiel de lutter contre la stigmatisation pour donner aux membres des populations en quête d'équité les moyens de contribuer aux changements dans les politiques et les pratiques.



Analyse

Notre étude qualitative participative a permis de générer de nouvelles connaissances quant aux expériences positives et négatives que les personnes qui consomment des substances vivent lorsqu'elles ont recours aux services et aux soutiens virtuels. Nos résultats ont montré que de nombreux membres de populations en quête d'équité sont disposés à recourir aux soins virtuels, puisque ceux-ci pourraient réduire la stigmatisation et améliorer leur expérience des services et des soutiens en usage de substances. Cependant, plusieurs obstacles systémiques subsistent, ce qui peut entraîner un accès inégal aux services et aux soutiens virtuels, des relations virtuelles de qualité variable avec les prestataires et une exposition potentielle à la stigmatisation.

L'étude comprend des recommandations en matière de soins virtuels provenant directement de membres des populations en quête d'équité. Les recommandations des participants offrent des occasions importantes pour commencer à changer les politiques et les pratiques en vue de favoriser l'équité dans les expériences de soins virtuels et de donner aux membres des populations en quête d'équité les moyens d'accéder aux services et aux soutiens virtuels.

Assurer la pérennité des services et des soutiens virtuels en usage de substances

Notre étude a montré que les soins virtuels ont le potentiel d'outiller les membres des populations en quête d'équité en leur donnant plus de pouvoir décisionnel concernant leur traitement et leurs activités quotidiennes. Ces soins allègent le fardeau du traitement qui pèse sur leur quotidien, améliorent l'accès aux services et permettent d'éviter la stigmatisation vécue avec les services en personne. Plusieurs participants ont mentionné que les services et les soutiens virtuels en usage de substances devraient être offerts à long terme, au-delà des mesures d'urgence contre la COVID-19.

Selon une étude canadienne récente, les soins virtuels sont aussi hautement susceptibles d'améliorer le continuum des soins pour les personnes qui consomment des substances, de soutenir les efforts de lutte contre la crise de toxicité des drogues (Perri et coll., 2021) et de favoriser une offre de services en usage de substances adaptés au genre qui répondent aux besoins des femmes et des personnes d'identités de genre diverses (Perri et coll., 2022). Perri et ses collaborateurs (2021) ont recommandé l'élaboration d'une stratégie de santé numérique durable pour l'usage de substances en élargissant les programmes émergents et en en mettant de nouveaux sur pied. Les partenariats avec des membres de la communauté et des PEPP sont essentiels pour créer une stratégie à long terme qui traite des questions juridiques, éthiques et relatives à l'équité (p. ex. protection contre la transmission de renseignements sur la santé aux forces de l'ordre) (Perri et coll., 2021).

Reconnaître l'expertise pratique et favoriser la participation des PEPP

Notre étude montre que la participation des PEPP à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services et des soutiens virtuels est un élément clé pour adapter les soins virtuels aux réalités des membres des populations en quête d'équité. Les recommandations des participants témoignent de l'expertise de ces populations pour décider ce qui leur convient le mieux, de même que de leur désir de prendre part davantage aux changements dans les pratiques et les politiques.



Notre étude fait ressortir l'expertise pratique des PEPP, qui leur permet de comprendre les défis uniques de leurs pairs et de leur apporter un soutien approprié. Leur participation à la prestation de soins virtuels a un grand potentiel d'amélioration de l'accès aux services et de création d'espaces sûrs qui favorisent la confiance chez les personnes stigmatisées. Certaines études récentes ont mis en lumière le rôle des PEPP dans la conception d'innovations virtuelles en réduction des méfaits, comme la surveillance à distance des surdoses (Mamdani et coll., 2022; Matskiv et coll., 2022; Olding et coll., 2023; Perri et coll., 2023). Ces études appuient nos conclusions en démontrant l'expertise unique qui découle de l'expérience de l'usage de substances ainsi que sa valeur dans l'élaboration de moyens appropriés pour mettre en relation et soutenir les personnes qui consomment des substances.

Cependant, les témoignages et les recommandations des participants montrent aussi qu'en raison de la stigmatisation persistante, l'expertise pratique des PEPP est encore insuffisamment reconnue et mise à profit dans la mise en place de politiques et de pratiques relatives aux soins virtuels en usage de substances. Le concept d'« injustice épistémique » (Fricker, 2007) désigne les formes de traitement injuste qui se rapportent aux connaissances, à la compréhension et à la participation dans les pratiques de communication (Kidd et coll., 2017). Il décrit la dévalorisation systématique du savoir des personnes subissant des inégalités de pouvoir et leur capacité inégale à gagner la confiance d'autrui (Fricker, 2007; Kidd et coll., 2017). Selon nos constats, l'injustice épistémique est une composante fondamentale des inégalités dans l'accès aux soins virtuels, et contribue de ce fait à une inadéquation entre les pratiques existantes et les besoins des membres de populations en quête d'équité ayant des problèmes de consommation. Pour favoriser l'équité et le renforcement de l'autonomie, il est essentiel de mieux reconnaître l'expertise pratique des PEPP et de leur permettre de participer aux décisions en matière de soins de santé qui les concernent, à la prestation de soins virtuels et aux décisions stratégiques sur les services et les soutiens virtuels.

Appliquer une optique d'intersectionnalité aux politiques et aux programmes pour lutter contre les inégalités complexes en santé numérique

Les participants à l'étude ont décrit de multiples obstacles structurels qui les empêchent d'accéder aux services et aux soutiens virtuels et de nouer des relations virtuelles authentiques avec les prestataires. Ils se trouvaient dans des situations complexes, faisant face à des défis communs relatifs à certains enjeux sociaux (p. ex. logement, garde des enfants, justice pénale), à la santé physique et mentale, à l'usage de substances et à la discrimination structurelle. Certains de ces défis étaient exacerbés par des déterminants sociaux de la santé, notamment la situation socioéconomique, l'identité et l'expression de genre, la race et l'origine ethnique, le lieu de résidence (en milieu rural ou urbain), les handicaps et le niveau de scolarité. Les déterminants sociaux de la santé ont influencé :

- L'accessibilité et l'acceptabilité des services virtuels en usage de substances pour les participants;
- Les préoccupations des participants relativement à la confidentialité et leur exposition à la stigmatisation;
- Leur accès à la technologie et leur niveau d'habileté numérique;



- Leur capacité à s'orienter dans le système de santé et à s'informer sur les services et les soutiens virtuels.

Selon la perspective intersectionnelle (Collins et Bilge, 2020; Crenshaw, 1989; Hankivsky, 2011), il faut comprendre que les inégalités ayant trait aux déterminants sociaux de la santé sont étroitement liées et interdépendantes (Bauer, 2014; Bowleg, 2008).

Pour faire avancer l'équité dans l'accès aux soins virtuels et les expériences connexes, les approches d'élaboration de politiques et de pratiques devraient intégrer les multiples inégalités touchant les membres des populations en quête d'équité, au lieu de tenir compte de chaque déterminant social de la santé isolément (Hankivsky et coll., 2014). Par exemple, les recommandations des participants ont fait ressortir le besoin de présenter sur plusieurs plateformes des campagnes promotionnelles ciblées sur les services virtuels offerts. On augmenterait ainsi la probabilité que les membres des populations en quête d'équité consultent de l'information qui correspond à leurs multiples réalités et à leurs difficultés à accéder à l'information. De telles initiatives devraient adopter une approche intersectionnelle pour tenir compte des situations complexes et uniques de ces membres.

Le cadre d'analyse des politiques basé sur l'intersectionnalité (Hankivsky et coll., 2014) fournit un modèle applicable pour intégrer l'intersectionnalité dans l'élaboration, l'évaluation et la transformation des politiques de santé. Ce cadre pourrait aider les responsables des politiques à faire en sorte que les politiques de soins virtuels en usage de substances et en santé mentale atténuent les facteurs intersectionnels qui empêchent les membres des populations en quête d'équité d'accéder aux soins virtuels.

S'attaquer aux facteurs du système de santé qui contribuent aux inégalités en santé numérique

Certains des plus grands défis décrits par les participants à notre étude étaient liés aux systèmes et aux politiques de santé. Les effets néfastes des obstacles du système de santé peuvent aggraver les expériences de soins virtuels des membres des populations en quête d'équité. Les ressources humaines, les infrastructures et le financement insuffisants, tout comme d'autres obstacles, peuvent restreindre l'accès aux services et aux soutiens virtuels, entraîner de moins bonnes relations avec les prestataires et accroître l'exposition à la stigmatisation. Ces facteurs peuvent à leur tour avoir une incidence négative sur les participants, notamment en ce qui a trait à leur usage de substances, à leur santé mentale et à leur santé globale.

Dans leur cadre pour l'équité en santé numérique, Richardson et ses collaborateurs (2022) ont souligné le besoin urgent d'aller au-delà d'une approche axée seulement sur les obstacles individuels à l'équité et de prendre des mesures stratégiques qui luttent contre les inégalités en santé numérique à l'échelle de la communauté, du système de santé et de la société. Selon leur étude, les populations victimes de disparités sont moins susceptibles de bénéficier d'interventions ciblant les déterminants individuels, car les obstacles, y compris les ressources limitées et les priorités concurrentes, sont plus importants chez ces populations (Richardson et coll., 2022).



Richardson et ses collègues décrivent des niveaux d'influence à la fois communautaires et sociétaux à utiliser pour favoriser l'équité en santé numérique (Richardson et coll., 2022) :

- Infrastructure de la communauté (p. ex. accès de qualité aux services Internet à large bande, particulièrement dans les milieux ruraux et éloignés)
- Infrastructure du système de santé (p. ex. équipement numérique dans les services et soutiens locaux en santé)
- Normes communautaires relatives à la technologie (p. ex. préférences pour certains outils virtuels dans une communauté en particulier)
- Partenaires communautaires (p. ex. groupes participant à la promotion de l'équité en santé numérique à l'échelle communautaire)
- Politiques en matière de technologie (p. ex. politiques fédérales, provinciales et territoriales régissant la conception, l'adoption et la sécurité des technologies dans les soins de santé)
- Normes de données et de conception (p. ex. normes pour l'accès des personnes en situation de handicap aux outils virtuels)
- Normes et idéologies sociales (p. ex. croyances sociales influençant les personnes qui conçoivent et utilisent les services virtuels)

On devrait se servir des facteurs liés à la communauté et à la société pour entamer des changements dans les politiques et les programmes en usage de substances et en santé mentale de façon à favoriser l'équité dans l'accès aux soins virtuels et les expériences connexes.

Élaborer des normes de qualité axées sur l'équité pour les soins virtuels et affecter des ressources à leur mise en œuvre

Les participants à notre étude étaient en faveur de l'instauration de règlements additionnels encadrant les consultations virtuelles avec des prestataires qui permettraient de garantir des soins virtuels de grande qualité et de répondre à leurs besoins de soutien en matière d'usage de substances et de santé mentale. De telles normes se sont révélées essentielles dans d'autres pays comme l'Australie pour concevoir une stratégie de santé numérique nationale (Australian Digital Health Agency, 2020; Perri et coll., 2021). Au cours des dernières années, des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux et des organisations nationales de la santé ont déployé des efforts notables pour mettre en place des directives et des pratiques exemplaires en matière de soins de santé pour les prestataires de soins (Collège des médecins du Québec, 2023; College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, 2021; Newfoundland and Labrador Medical Association, 2020), notamment dans le domaine de l'usage de substances (Bruneau et coll., 2020) et de la santé mentale (McGrath et coll., 2018). Toutefois, les programmes ne tiennent souvent pas suffisamment compte des enjeux liés à l'équité. La création de normes canadiennes qui favorisent l'équité dans la prestation de soins virtuels en usage de substances et responsabilisent les prestataires quant à l'utilisation de ces normes favoriserait la constance de la qualité des options de soins virtuels et aiderait à faire en sorte qu'on réponde aux besoins des populations en quête d'équité. Basé sur les principes de la sécurité culturelle, des soins sensibles aux traumatismes et de la réduction des méfaits, le cadre de soins axés sur l'équité (EQUIP Health Care et Instituts de recherche en santé du Canada, 2017) pourrait ouvrir la voie à la conception de normes de



prestation de soins virtuels en usage de substances adaptés aux membres de populations en quête d'équité.

Pour garantir la pérennité et l'équité des soins virtuels en usage de substances partout au Canada, il faudra également fournir aux prestataires de services la formation et les ressources appropriées. Plusieurs participants à l'étude ont recommandé que la formation des prestataires aborde la stigmatisation liée à l'usage de substances. Ces prestataires devraient être informés des effets néfastes de la stigmatisation sur la santé et le bien-être des personnes qui consomment des substances. La formation devrait particulièrement cibler les prestataires qui ne travaillent pas dans le domaine de l'usage de substances, mais qui interagissent avec des personnes qui consomment des substances dans le cadre de leur travail (p. ex. les médecins en soins primaires, les infirmières, les conseillers). Elle pourrait être incluse dans les programmes d'études en médecine, en psychologie et en soins infirmiers, et faire partie de la formation continue obligatoire des prestataires. Bien que le besoin de formation en sensibilisation à l'usage de substances et à la stigmatisation ne concerne pas seulement les soins virtuels, notre étude montre que cette sensibilisation est encore plus importante dans les milieux de soins virtuels pour empêcher la prestation de soins médiocres dans le cadre de consultations téléphoniques de piètre qualité. Par ailleurs, il est à la fois possible et essentiel d'intégrer la compassion à la prestation des soins virtuels et à la formation sur le sujet (Kemp et coll., 2020).

Enfin, pour créer des conditions propices à la prestation de soins virtuels de qualité, il est essentiel de régler la crise du financement et des ressources humaines dans les systèmes de santé publics du Canada. Le renforcement des ressources pour les services et les soutiens virtuels dans les services de santé publics et communautaires est impératif pour assurer des soins virtuels cohérents, appropriés et accessibles. À cette fin, un financement fédéral à long terme pourrait être versé aux autorités sanitaires provinciales et territoriales et aux services communautaires, qui le consacreront aux services et aux soutiens virtuels en usage de substances.

Points forts et limites de l'étude

En employant des méthodes qualitatives et participatives, notre étude fournit une exploration approfondie des expériences et des recommandations des membres de populations en quête d'équité en ce qui concerne les services et les soutiens virtuels en usage de substances. Les populations en quête d'équité sont souvent sous-représentées dans les sondages quantitatifs s'appuyant sur un vaste échantillon, ce qui fait qu'il n'y a souvent pas assez d'attention accordée aux questions d'équité dans les recherches comme dans les politiques.

Néanmoins, comme n'importe quelle autre étude, celle-ci comporte des limites. En effet, malgré tous nos efforts, ce ne sont pas toutes les populations en quête d'équité qui ont pu être adéquatement représentées dans notre étude. Par exemple, en raison de la composition de la population de Terre-Neuve, les membres des minorités raciales et ethniques sont moins représentés. Il est donc difficile de dire dans quelle mesure nos conclusions peuvent s'appliquer à eux. De futures études pourraient être axées sur les membres de ces populations pour que les soins virtuels en usage de substances tiennent compte de leurs besoins et des défis qu'ils rencontrent. Des études explorant les expériences et les recommandations en matière de soins virtuels qui portent précisément sur les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuits devraient également être réalisées en partenariat avec des organismes menés par des Autochtones.

Par ailleurs, notre processus de recrutement ne nous permettait pas toujours de former des groupes de discussion comprenant des membres de différentes populations en quête d'équité. De plus, comme la composition des groupes de discussion était mixte, il était difficile de cibler les difficultés



se rapportant à l'une des populations en quête d'équité en particulier. Toutefois, comme le montre l'approche intersectionnelle, les facteurs contribuant aux inégalités en santé sont complexes et étroitement liés. Comme un grand nombre de participants de notre étude faisaient partie de multiples populations en quête d'équité, une analyse séparée serait partiellement non pertinente.

Enfin, nous avons mené notre étude dans la même région d'une seule province pour pouvoir collaborer étroitement avec un réseau local de services communautaires. Par conséquent, les caractéristiques du système de santé provincial peuvent avoir influencé certaines des données recueillies. Nos conclusions vont toutefois dans le sens d'études récentes menées ailleurs. Cela nous permet donc de garantir la validité et la transférabilité générales de nos résultats, ce qui fait qu'on peut utiliser les recommandations des participants ailleurs au Canada et dans le monde.



Conclusion

Notre étude qualitative participative a fait ressortir la nécessité de favoriser l'équité dans les soins virtuels en usage de substances et de mieux tenir compte des réalités des membres de populations en quête d'équité. À cette fin, il faudra s'efforcer de revoir les politiques et les pratiques. Les autorités sanitaires fédérales, provinciales et territoriales du Canada devraient assurer un accès durable et équitable aux services et aux soutiens virtuels en usage de substances. Cela peut passer par :

- des politiques qui tiennent compte des obstacles intersectionnels aux soins;
- l'élaboration de normes de qualité pour la prestation de soins virtuels en usage de substances dans une optique d'équité;
- le renforcement du financement et des ressources humaines en santé pour soutenir les services et les soutiens virtuels en usage de substances nouveaux et émergents.

La participation des PEPP à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services et des soutiens virtuels est essentielle pour qu'on réussisse à améliorer l'expérience des membres des populations en quête d'équité et à déstigmatiser davantage l'usage de substances dans ces services et soutiens.



Bibliographie

- Adams, E.A., J. Parker, T. Jablonski, J. Kennedy, F. Tasker, D. Hunter, ... et S.E. Ramsay. « A qualitative study exploring access to mental health and substance use support among Individuals experiencing homelessness during COVID-19 », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n° 6, 2022, article 6. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063459>
- Australian Digital Health Agency. *Australia's national digital health strategy. Safe, seamless and secure: Evolving health and care to meet the needs of modern Australia*, gouvernement australien, 2020. <https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/2020-11/Australia%27s%20National%20Digital%20Health%20Strategy%20-%20Safe%2C%20seamless%20and%20secure.pdf>
- Barry, C.A., N. Britten, N. Barber, C. Bradley et F. Stevenson. « Using reflexivity to optimize teamwork in qualitative research », *Qualitative Health Research*, vol. 9, n° 1, 1999, p. 26–44. <https://doi.org/10.1177/104973299129121677>
- Bauer, G.R. « Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity », *Social Science & Medicine*, vol. 110, 2014, p. 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
- Berends, L. et J. Johnston. « Using multiple coders to enhance qualitative analysis: The case of interviews with consumers of drug treatment », *Addiction Research & Theory*, vol. 13, n° 4, 2005, p. 373–381. <https://doi.org/10.1080/16066350500102237>
- Bonn, M., A. Palayew, S. Bartlett, T.D. Brothers, N. Touesnard et M. Tyndall. « Addressing the syndemic of HIV, hepatitis C, overdose, and COVID-19 among people who use drugs: The potential roles for decriminalization and safe supply », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 81, n° 5, 2020, p. 556–560. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.556>
- Bowleg, L. « When Black + lesbian + woman ≠ Black lesbian woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research », *Sex Roles*, vol. 59, n° 5, 2008, p. 312–325. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9400-z>
- Braun, V. et V. Clarke. « (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis », *International Journal of Social Research Methodology*, vol. 19, n° 6, 2016, p. 739–743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>
- Braun, V., V. Clarke, N. Hayfield et G. Terry. « Thematic analysis ». Dans P. Liamputtong (éd.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, Singapour, Springer, 2019, p. 843–860. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Braveman, P. « Health disparities and health equity: Concepts and measurement », *Annual Review of Public Health*, vol. 27, n° 1, 2006, p. 167–194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Braveman, P. et S. Gruskin. « Defining equity in health », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 57, n° 4, 2003, p. 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Bruneau, J., J. Rehm, T.C. Wild, E. Wood, A. Sako, J. Swansburg et A. Lam. *Télémedecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives – guide de pratique national*,



- Montréal (Qc), Initiative canadienne de recherche en abus de substances, 2020. <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/08/COVID19-LDPN-Telemedecine-01072020.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Considérations relatives aux services et soutiens virtuels pour l'usage de substances et les troubles concomitants* [document d'orientation], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2021. <https://www.ccsa.ca/fr/considerations-relatives-aux-services-et-soutiens-virtuels-pour-lusage-de-substances-et-les>
- Chaiton, M., I. Musani, M. Pullman, C.H. Logie, A. Abramovich, D. Grace, R. Schwartz et B. Baskerville. « Access to mental health and substance use resources for 2SLGBTQ+ youth during the COVID-19 pandemic », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, n° 21, 2021, article 11315. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111315>
- Collège des médecins du Québec. *Télé médecine*, Montréal (Qc), chez l'auteur, 2023. <http://www.cmq.org/page/fr/telemedecine.aspx>
- College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. *Professional standards regarding virtual care*, Bedford (N.-É.), chez l'auteur, 2021. <https://cpsns.ns.ca/resource/virtual-care>
- Collins, P.H. et S. Bilge. *Intersectionality* (seconde édition), John Wiley & Sons, 2020.
- Crenshaw, K.W. « Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics », *University of Chicago Legal Forum*, vol. 139, 1989. https://scholarship.law.columbia.edu/faculty_scholarship/3007
- EQUIP Health Care et Instituts de recherche en santé du Canada. *Key dimensions of equity-oriented care: 10 strategies to guide organizations in enhancing capacity for equity-oriented health care*, Vancouver (C.-B.), EQUIP Health Care, 2017. <https://equiphealthcare.ca/files/2020/11/Key-Dimensions-1.pdf>
- Fricker, M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Clarendon Press, 2007.
- Goodman, A., S. Cragg, K. Corace, K. Suschinsky et S. Tharmalingam. *Expériences et perceptions de la clientèle et des intervenants à l'égard des services et soutiens virtuels en matière d'usage de substances ou de troubles concomitants pendant la pandémie de COVID-19*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022. <https://www.ccsa.ca/fr/experiences-et-perceptions-de-la-clientele-et-des-intervenants-legard-des-services-et-soutiens>
- Hankivsky, O. *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*, University of British Columbia Press, 2011.
- Hankivsky, O., D. Grace, G. Hunting, M. Giesbrecht, A. Fridkin, S. Rudrum, O. Ferlatte et N. Clark. « An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity », *International Journal for Equity in Health*, vol. 13, n° 1, 2014, article 119. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0119-x>
- Harris, M.T.H., A.M. Lambert, A.D. Maschke, S.M. Bagley, A.Y. Walley et C.M. Gunn. « “No home to take methadone to”: Experiences with addiction services during the COVID-19 pandemic among survivors of opioid overdose in Boston », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 135, 2022, article 108655. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108655>
- Inforoute Santé du Canada. *Analyse de l'équité en santé numérique : accès aux services de santé électroniques*, Inforoute Santé du Canada, 2021. <https://www.infoway->



inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/evaluation-des-avantages/3884-analyse-de-l-equite-en-sante-numerique-acces-aux-services-de-sante-electroniques?Itemid=107

- Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins virtuels au Canada : renforcement des données et de l'information*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/virtual-care-in-canada-strengthening-data-information-report-fr.pdf>
- Kemp, J., T. Zhang, F. Inglis, D. Wiljer, S. Sockalingam, A. Crawford, ... et G. Strudwick. « Delivery of compassionate mental health care in a digital technology-driven age: Scoping review », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, n° 3, 2020, article e16263. <https://doi.org/10.2196/16263>
- Kidd, I.J., J. Medina et G. Pohlhaus Jr. *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, Londres, Routledge, 2017. <https://doi.org/10.4324/9781315212043>
- Malterud, K., V.D. Siersma et A.D. Guassora. « Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power », *Qualitative Health Research*, vol. 26, n° 13, 2016, p. 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Mamdani, Z., J.P. Loyal, J. Xavier, B. Pauly, E. Ackermann, S. Barbic, J.A. Buxton et A. Greer. « 'We are the first responders': Overdose response experiences and perspectives among peers in British Columbia », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2022. <https://doi.org/10.1080/09687637.2022.2132134>
- Matskiv, G., T. Marshall, O. Krieg, D. Viste et S.M. Ghosh. « Virtual overdose monitoring services: A novel adjunctive harm reduction approach for addressing the overdose crisis », *JAMC*, vol. 194, n° 46, 2022, p. E1568–E1572. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220579>
- McGrath, P., L. Wozney, S.S. Rathore, M. Notarianni et M. Schellenberg. *Trousse d'outils pour l'adoption de services de cybersanté mentale*, Ottawa (Ont.), Commission de la santé mentale du Canada, 2018. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2018-09/Trousse_doutils_adoption_cybersante_%20mentale_2018_fr.pdf
- Melamed, O.C., W.K. deRuiter, L. Buckley et P. Selby. « Coronavirus Disease 2019 and the Impact on Substance Use Disorder Treatments », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 45, n° 1, 2022, p. 95–107. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.11.006>
- Milaney, K., R. Haines-Saah, B. Farkas, O. Egunsola, L. Mastikhina, S. Brown, ... et F. Clement. « A scoping review of opioid harm reduction interventions for equity-deserving populations », *Lancet Regional Health Americas*, vol. 12, 2022, article 100271. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100271>
- Newfoundland and Labrador Medical Association. *Virtual Care Toolkit*, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador), chez l'auteur, 2020. <https://nlma.nl.ca/site/uploads/2022/11/nlma-virtual-care-toolkit-2020-04-30.pdf>
- Olding, M., J. Boyd, T. Kerr, A. Fowler et R. McNeil. « (Re)situating expertise in community-based overdose response: Insights from an ethnographic study of overdose prevention sites (OPS) in Vancouver, Canada », *International Journal of Drug Policy*, vol. 111, 2023, article 103929. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103929>
- Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025*, Genève, chez l'auteur, 2021. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240020924>



- Perri, M., A. Guta, M. Gagnon, M. Bonn, P. Leece, A.M. Bayoumi, ... et C. Strike. « Developing a digital health strategy for people who use drugs: Lessons from COVID-19 », *Digital Health*, vol. 7, 2021. <https://doi.org/10.1177/20552076211028404>
- Perri, M., A. Guta, N. Kaminski, M. Bonn, G. Kolla, A. Bayoumi, ... et C. Strike. « Spotting as a risk mitigation method: A qualitative study comparing organization-based and informal methods », *International Journal of Drug Policy*, vol. 111, 2023, article 103905. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103905>
- Perri, M., R.A. Schmidt, A. Guta, N. Kaminski, K. Rudzinski et C. Strike. « COVID-19 and the opportunity for gender-responsive virtual and remote substance use treatment and harm reduction services », *International Journal of Drug Policy*, vol. 108, 2022, article 103815. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103815>
- Richardson, S., K. Lawrence, A.M. Schoenthaler et D. Mann. « A framework for digital health equity », *NPJ Digital Medicine*, vol. 5, 2022, article 119. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00663-0>
- 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>
- Santé Canada. *Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : recommandations fondées sur des principes en matière d'équité*, Rapport de l'équipe spéciale sur l'accès équitable aux soins virtuels, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2021. https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2021/21-38/publications.gc.ca/collections/collection_2021/sc-hc/H22-4-25-2021-fra.pdf
- Vaughn, L.M. et F. Jacquez. « Participatory research methods – Choice points in the research process », *Journal of Participatory Research Methods*, vol. 1, n° 1, 2020, article 13244. <https://doi.org/10.35844/001c.13244>
- Wallace, B., K. MacKinnon, H. Strosher, C. Macevicius, C. Gordon, R. Raworth, ... et B. Pauly. « Equity-oriented frameworks to inform responses to opioid overdoses: A scoping review », *JBI Evidence Synthesis*, vol. 19, n° 8, 2021, p. 1760–1843. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00304>



Annexe A : guide pour les groupes de discussion et les entrevues

Directives d'animation générales

- Les questions peuvent être reformulées, et leur ordre peut être modifié selon la discussion.
- Dans la mesure du possible, posez toujours des questions ouvertes. Essayez de ne pas suggérer des réponses. Posez des questions d'approfondissement lorsque des sujets ne sont pas spontanément abordés ou pour encourager les participants à approfondir certains sujets d'intérêt.
- N'hésitez pas à revenir sur une question déjà posée ou à reformuler une question si une personne croit qu'elle n'a rien à dire sur un certain sujet.
- Laissez aux participants le temps de réfléchir pour qu'ils puissent répondre aux questions. N'essayez pas de combler les silences.
- Si un participant s'éloigne du sujet principal, essayez de ne pas l'interrompre, mais plutôt de réorienter la discussion vers l'une des questions lorsque l'occasion se présente (p. ex. quand quelqu'un mentionne un élément qui pourrait se rapporter à l'une des questions, ou lorsqu'il y a un silence).
- Groupes de discussion : Pour rendre la discussion plus interactive, n'hésitez pas à demander aux participants s'ils constatent des similitudes ou des différences entre leurs expériences et celles de la personne qui vient de parler.
- N'hésitez pas à faire des résumés de la discussion; cela peut aider les participants à donner plus de détails, vous aider à vérifier que vous les avez bien compris et leur confirmer qu'ils ont été entendus.
- Employez les termes que les participants connaissent le mieux. Évitez le plus possible les termes scientifiques, à moins qu'une personne en utilise spontanément lors d'une entrevue. Évitez aussi les mots stigmatisants (p. ex. abus, mésusage, toxicomane), même si un participant en utilise.



Introduction

Merci de vous joindre à cette discussion aujourd'hui. Je m'appelle Jill [ajoutez des détails sur vous, si vous le souhaitez]. Je collabore avec le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances dans le cadre de cette étude. Nous sommes ici aujourd'hui pour discuter de vos expériences des soins virtuels pour l'usage de drogue ou d'alcool. J'aimerais aussi entendre vos idées et vos suggestions pour rendre les services et les soutiens virtuels plus accessibles et mieux adaptés à vos préférences et à vos besoins.

Parmi les exemples de services et de soutiens virtuels se trouvent les rendez-vous par vidéoconférence ou par téléphone avec un prestataire, les applications mobiles, les groupes d'entraide entre pairs en ligne, les ordonnances de méthadone ou de buprénorphine en ligne ou téléphoniques, etc. Vous pouvez parler des services auxquels vous avez accédé ou de ceux auxquels vous aimeriez recourir. Je vous invite à utiliser le pseudonyme de votre choix durant la discussion.

Formulaire de consentement

- Remettez aux participants une copie du formulaire de consentement verbal et donnez-leur le temps de le lire attentivement.
- Après vous être assurée que les participants ont eu le temps de lire le formulaire de consentement, expliquez-en chaque section.
- Demandez aux participants s'ils ont des questions à propos du formulaire de consentement et répondez-y s'il y a lieu.
- Dites aux participants que s'ils ont besoin de plus de temps avant de décider s'ils souhaitent participer ou non, ils peuvent attendre et participer plus tard.
- Lisez la section du formulaire sur le consentement verbal pour demander aux participants s'ils donnent leur consentement verbal.
- Si les participants répondent par l'affirmative, commencez l'enregistrement.

Questions

Questions d'amorce

Veillez nous dire votre pseudonyme et répondre en une ou deux phrases à la question suivante :

[L'animatrice pose l'une des questions d'amorce suivantes]

- Si vous pouviez être un animal, lequel seriez-vous, et pourquoi?
- Qui est votre héros? (Une personne qui vous inspire)
- Quel est le meilleur film que vous ayez vu, et pourquoi?
- Pouvez-vous nous dire un mot qui vous représente en ce moment?
- Quelle est votre saison préférée de l'année?

[L'animatrice commence la discussion en mentionnant son prénom, puis répond à la question d'amorce]



Sujet 1 : Votre expérience des services et des soutiens virtuels en usage de substances

1. Pouvez-vous nous décrire **comment vous avez accédé à des services** pour usage de drogue ou d'alcool ces deux dernières années? En particulier : comment la transition vers les soins virtuels a-t-elle influé sur votre accès à ces services?

Questions d'approfondissement (facultatives, selon les discussions)

- Comment votre accès aux services pour usage de drogue ou d'alcool a-t-il été **modifié** lors du confinement ou de l'application des mesures sanitaires? Qu'en est-il **maintenant**?
- Votre accès aux services a-t-il déjà été **interrompu**? Quelles ont été pour vous les **répercussions** de cette interruption?
- Comment avez-vous trouvé le récent **retour aux services en personne**? Quel mode préféreriez-vous (virtuel ou en personne)?
- Comment avez-vous discuté du choix de soins virtuels ou en personne avec vos prestataires? Avez-vous pu **choisir les options** qui vous convenaient? (*Si c'est pertinent : demandez-leur s'ils peuvent donner un exemple des discussions qu'ils ont eues avec leurs prestataires*)

2. Pouvez-vous nous décrire **comment vous avez accédé à des services virtuels** pour usage de drogue ou d'alcool et comment vous les **avez utilisés**? (*À noter que ce peut être avant, pendant ou après la mise en place des mesures sanitaires*)

Questions d'approfondissement (facultatives, selon les discussions)

- Si vous avez continué ou arrêté de recourir aux soins virtuels ou n'y avez jamais recouru, pouvez-vous expliquer pourquoi?
- Selon vous, quels sont les **aspects positifs et négatifs** des soins virtuels ou les **bonnes et les mauvaises expériences** pouvant en découler?
- Avez-vous déjà eu des **difficultés à accéder** aux soins virtuels? Comment y avez-vous remédié (avez-vous eu de l'aide)?
- Avez-vous **accès à Internet, à un téléphone intelligent ou à un ordinateur**? Quelles difficultés rencontrez-vous ou avez-vous rencontrées lorsque vous utilisez ces technologies pour les soins virtuels (p. ex. apprendre comment les utiliser)?
- Quelles relations avez-vous ou aviez-vous avec vos prestataires? Pouvez-vous ou pouviez-vous **tisser un lien (affectif)** avec eux? Quels sont les **obstacles** dans un contexte virtuel **qui empêchent l'établissement d'un tel lien**?

3. Comment les soins virtuels ont-ils influencé **votre quotidien** (positivement et négativement)?

Questions d'approfondissement (facultatives, selon les discussions)

- La transition vers les soins virtuels a-t-elle eu une incidence sur votre **usage de substances** et vos risques connexes (p. ex. surdose ou intoxication)?
- La transition vers les soins virtuels a-t-elle eu une incidence sur vos **traitements**?



- La transition vers les soins virtuels a-t-elle eu une incidence sur votre **vie sociale, familiale et professionnelle**?
- La transition vers les soins virtuels a-t-elle eu une incidence sur votre **santé mentale**?

Sujet 2 : Vos recommandations pour améliorer les services et les soutiens virtuels en usage de substances

4. **À quels services virtuels** aimeriez-vous accéder **à l'avenir**? (réduction des méfaits, traitement, entraide entre pairs, counseling, etc.)

Question d'approfondissement (facultative, selon les discussions)

- À quels services préférez-vous accéder en personne, et à quels services préféreriez-vous accéder virtuellement à l'avenir? Pourquoi?

5. Pouvez-vous penser à des **circonstances** où les services et les soutiens virtuels ne **devraient** pas être utilisés ou pourraient causer « plus de mal que de bien »? Que pourrait-on faire pour changer la situation?

6. Comment les soins virtuels pourraient-ils **vous être utiles**?

Question d'approfondissement (facultative, selon les discussions)

- Comment pourrait-on **accroître** l'accessibilité des **services** virtuels pour vous?

7. Comment les soins virtuels pourraient-ils mieux répondre à vos besoins et à vos préférences?

Questions d'approfondissement (facultatives, selon les discussions)

- Comment pourrions-nous améliorer votre **accès** aux soins virtuels?
- Comment pourrions-nous améliorer votre **sentiment d'aisance ou de sécurité** lorsque vous recourez aux soins virtuels?
- Comment pourrions-nous améliorer la qualité des soins virtuels?

8. Que suggèreriez-vous aux **décideurs** de faire pour rendre les services virtuels plus **accessibles** et **adaptés** à votre situation?

9. Que suggèreriez-vous aux **prestataires de services** de faire pour améliorer les **relations** en contexte virtuel?

10. Que suggèreriez-vous aux **prestataires de services** de faire pour **vous aider à recourir** aux soins virtuels **à long terme**?

Question d'approfondissement (facultative, selon les discussions)

- Qu'est-ce qui vous aiderait à **rester** investi et motivé?

Questions finales

11. Avez-vous quelque chose à ajouter qui nous aurait échappé?



12. Quels sont les aspects les plus importants de la discussion d'aujourd'hui dont vous voulez qu'on se souvienne?



Annexe B : questions sociodémographiques

1. À quel genre vous identifiez-vous?

- Femme
- Homme
- Identité de genre diverse
- Je préfère me définir : _____
- Je préfère ne pas répondre

2. Quelle est votre tranche d'âge?

- 19 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 à 69 ans
- 70 ans ou plus
- Je préfère ne pas répondre

3. Vous identifiez-vous comme un membre d'une minorité raciale ou ethnique (Noir, Asiatique de l'Est ou du Sud-Est, Moyen-oriental, Asiatique du Sud, etc.)?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

4. Vous identifiez-vous comme un membre des Premières Nations, un Inuk/Inuit ou un Métis?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

5. Au cours des 2 dernières années, avez-vous eu des problèmes de logement (itinérance, conditions de logement précaires, etc.)?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre



6. Au cours des 2 dernières années, avez-vous eu des difficultés financières (« difficultés à joindre les deux bouts », etc.)?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

7. Vivez-vous dans...

- Une région urbaine
- Une région semi-urbaine
- Une région rurale ou éloignée
- Je préfère ne pas répondre

8. Quelle expérience avez-vous avec l'usage de substances?

- Expérience présente ou actuelle
- Expérience passée
- Je préfère ne pas répondre