

**Rapport d'évaluation du programme SOS (Safer Opioid Supply -
l'approvisionnement plus sécuritaire en opioïdes) au London
InterCommunity Health Centre**

Jeudi 20 janvier 2022 de 12 h à 13 h 30

TRADUCTION SIMULTANÉE DE LA PRÉSENTATION

Rebecca : Bienvenue à tout le monde. On va bientôt commencer.

On va commencer. Ça me fait plaisir d'être ici aujourd'hui. Je suis Rebecca Penn, et je travaille pour le LIHC, je suis gérante de projet pour le projet national d'approvisionnement à moindres risques.

On va partager les résultats de l'évaluation du programme aujourd'hui.

Nous sommes financés par le PUDS. Je vais parler d'aspects techniques, ferai une reconnaissance territoriale et passerai ensuite le micro à nos présentatrices. Il y aura ensuite une période de questions pour les intervenant-es et pour les médias. Et ensuite, on aura la rencontre avec nos participant-es. Aujourd'hui c'est le lancement pour les médias et les intervenant-es, ensuite on aura la communauté de pratique.

On a aussi les sous-titres en anglais directement sur Zoom. Il y a aussi une boîte de clavardage où vous pouvez commenter, vous présenter. Si vous avez de questions pour les panélistes, on vous invite à les mettre dans la boîte aux questions, en bas de votre écran sur Zoom. Vous pouvez poser vos questions n'importe quand, et on y répondra dans la période de question à la fin.

Cette séance est enregistrée et sera partagée sur notre site web. Pour les difficultés techniques, on vous invite à vous déconnecter et à vous reconnecter.

Je veux commencer avec une reconnaissance territoriale.

Nous reconnaissons que le London InterCommunity Health Centre se situe sur le territoire traditionnel des Nations Anishinaabek (Ah-nish-in-a-bek), Haudenosaunee (Ho-den-no-show-nee), Lūnaapéewak (Len-ah-pay-wuk) et Attawandaron (Add-a-won-da-run), sur des terres connectées aux Traités de Londres et de Sombra de 1796 et de la ceinture Wampum One Dish One Spoon. Nous souhaitons aussi reconnaître les trois communautés des Premières nations aux alentours de la ville de Londres : la Première nation des Chippewas de la Thames, la Nation Oneida de la Thames et la Nation Munsee-Delaware. Nous respectons les relations millénaires qu'entretiennent les Nations autochtones avec ce territoire, en tant que gardien·nes

originaux.

Nous nous rassemblons dans cette communauté de pratique à travers l'île de la Tortue, en tant que personnes vivant sur des terres cédées par des traités et des territoires non cédés. Nous travaillons dans un secteur dont l'objectif est d'aborder les préjugés sociaux, et nous devons reconnaître que la production de ces préjugés provient de l'histoire du colonialisme et de ses pratiques, institutions et modes de pensée persistants. Le colonialisme est toujours présent aujourd'hui, et nous devons nous engager à travailler pour transformer ces institutions et ces pratiques, pour réparer les méfaits et prévenir les dommages futurs, afin de promouvoir un avenir plus inclusif et plus juste.

Je vais introduire nos panélistes. Merci d'être là aujourd'hui.

Andrea : Merci à tout le monde d'être des nôtres aujourd'hui.

Je m'appelle Dre Andrea Sereda, et je suis chef clinique du programme d'approvisionnement d'opioïdes à moindres risques.

C'est un plaisir pour nous de partager notre évaluation, qui documente l'impact de l'approvisionnement à moindres risques sur les personnes qui consomment des drogues à Londres en Ontario, ainsi que nos apprentissages collectifs.

Mon rôle aujourd'hui est de vous partager le contexte entourant l'évolution de l'approvisionnement à moindres risques à Londres ainsi que la philosophie appliquée par notre équipe au London InterCommunity Health Centre, et comment on fait ce travail tous les jours.

Je serai brève et ma collègue Dre Gillian Kolla prendra le micro après moi pour aller dans les détails des résultats de l'évaluation.

On espère une belle période de questions à la fin.

Le programme d'approvisionnement à moindres risques du London InterCommunity Health Centre est, de ce qu'on sache, le premier programme d'approvisionnement à moindres risques pour emporter au Canada.

Il existe maintenant des programmes comme le nôtre à Toronto, à Ottawa, et dans une variété de groupes de centres de santé communautaires en Ontario, et de plus en plus au Canada.

Il y a 6 ans, le travail a commencé en janvier 2016 du besoin de maintenir les gens en vie. La crise des surdoses était intense, et je me sentais impuissante et j'ai vu beaucoup de gens mourir. J'ai aussi vu les résultats d'un médecin, qui gérait la crise des surdoses avec des opioïdes pendant que les gens étaient à l'hôpital. Et les patient·es allaient vraiment bien en sortant de l'hôpital.

Lorsque la prescription de l'hôpital tirait à sa fin, les gens retournaient à la rue et le cycle de méfaits recommençait.

J'ai commencé à prescrire de l'hydromorphine et les résultats étaient super. On a jouté des patient-es et la santé des gens s'améliorait.

Ensuite j'en ai appris sur la réduction des méfaits.

Ce que j'ai appris, c'est que l'histoire de la réduction des méfaits et un récit d'organisation de terrain sans précédent et d'actions de personnes qui consomment des drogues.

J'ai appris que la réduction des méfaits signifie centrer les voix des personnes que l'on sert.

J'ai appris que beaucoup de la consommation de drogues peut être liée à la pauvreté, au colonialisme, au classisme, au capitalisme, à la violence structurelle et au racisme.

J'ai appris qu'au Canada, le gap entre les gens qui ont des ressources et ceux qui n'en ont pas est immense. En écoutant les consommateur·rices de drogues, j'ai appris comment aller au-delà de ces paradigmes, et comme considérer que les drogues font partie de l'expérience humaine.

J'ai appris qu'à toutes les étapes, les gens qui consomment ont raison en matière de ce qui peut les maintenir en vie. Ces personnes sont au front des solutions. L'échange d'aiguilles était illégale dans les années 1980, jusqu'en 2008. Les personnes qui consomment risquaient leur vie pour créer des sites de consommation superviser pour sauver leurs pair-es.

J'ai appris que ça pris des années, des décennie aux politicien·nes et aux pros de la santé de faire ce que les personnes qui consomment demandent depuis des années.

L'approvisionnement à moindres risques est sur les lèvres des personnes qui consomment depuis des années. Avec toutes ces leçons dans ma tête, mon équipe a compris que pour élargir l'approvisionnement à moindres risques, il fallait écouter les personnes qui consomment et les considérer comme les expert-es.

À travers les années, on a continué à apprendre des leçons. On a vu l'épidémie de surdose continuer à prendre des vies et des systèmes qui ne veulent pas changer pour sauver des vies. Notre équipe se concentre à agir et à changer les paradigmes.

Les succès initiaux ont démontré à notre équipe que pour beaucoup de personnes, les méfaits proviennent et sont créés par le système médical du pays. Pour aller de l'avant dans cette crise et y pallier, il fallait faire les choses différemment, alors ça me fait plaisir de partager les résultats de l'évaluation aujourd'hui. On espère que ça montrera au gouvernement pourquoi il faut augmenter l'offre de programmes comme celui-ci et d'élargir le financement. L'approvisionnement à moindres risques, c'est beaucoup plus que prescrire des drogues. C'est offre des soins intégrés et respectueux aux personnes

qui ont été poussés dans les marges pendant trop d'années.

Gillian : Ça me fait plaisir d'être ici pour présenter les résultats de l'évaluation. J'ai travaillé sur cette évaluation en tant qu'évaluatrice externe.

Le programme a commencé en 2016 et a été élargi en 2020 à l'aide du financement de PUDS. On a mis en place une approche communautaire. On va parler des impacts.

Le programme a une approche de réduction des méfaits et le modèle de soin au LIHC pour l'ASO, est un programme holistique avec des services de soins globaux : accès à une variété de professionnel·les. Les patient·es deviennent des patient·es de toute l'équipe, pour avoir accès à des soins de santé en plus de l'ASO.

Les gens avaient beaucoup d'expérience préliminaire avec d'autres traitements à l'addiction.

Nos objectifs d'évaluation, on voulait centrer les voix et les expériences des client·es dans le programme, pour déterminer ce qui fonctionne bien pour que le programme continue à se développer. On a demandé au personnel et aux patientes de nous parler. Et on suggère des recommandations à la fin pour le système et le programme.

C'est une méthode mixte : des sondages pour des personnes qui commencent le programme et des gens qui en font partie depuis plus de 6 mois, beaucoup de groupes d'études avec les patient·es et le personnel.

On est dans un moment intéressant : les programmes d'approvisionnement à moindres risques grandissent et des projets de recherche aussi. On désire donner de l'information sur ce qui se passe dans notre programme. Il y a beaucoup de programmes intéressants en Ontario et au Canada. Voici quelques exemples.

On va commencer à avoir des données de recherche importantes qui répondront à nos questions.

Le 1 avril 2020 est la date de début du financement PUDS, il y avait 112 client·es. Il y a présentement 248 participant·es à notre programme d'approvisionnement à moindres risques. Il y avait beaucoup d'usage du programme pour les personnes inscrites.

Les impacts du programme : ça m'a touché de parler du programme avec les client·es : le programme a eu un impact extrêmement positif sur les gens, comme on peut voir dans les citations ici. Des gens parlent d'hébergement, de leur famille, de loisirs... le programme affecte positivement plein d'aspects de leur vie, répond à leur besoins et leur donne la chance d'investir leur énergie dans d'autres aspects de leur vie.

Quand on compare la consommation d'opioïdes de la rue, on voit des taux élevés pour les personnes qui commencent le programme, et ça diminue beaucoup pour les

client-es long terme. Ici encore, on va des diminution pour le fentanyl pour les client-es du programme. Je veux parle des taux d'inhalation. Les gens inhalent le fentanyl beaucoup plus, et on doit s'adapter à cette nouvelle réalité. On n'a pas d'option inhalable pour les gens en Ontario en ce moment.

La première citation parle que le fentanyl est une roulette russe. Beaucoup de surdoses, c'est une des raisons principales qui incitent les gens à participer au programme. Les gens parlent aussi de leurs dépenses qui diminuent, en plus de la quantité consommée.

Un truc qui était inattendu : le but n'est pas de faire en sort que les gens arrêtent de s'injecter s'iels n'ont pas envie. Mais quand même, 35% des client-es affirment ne plus s'injecter du tout : de prendre leur drogues oralement ou par inhalation. Ça démontre que la réduction des méfaits, les gens peuvent faire leurs propres objectifs.

Pour ce qui concerne les surdoses : le but est de réduire les surdoses. Il y a une diminution pour les personnes qui commencent comparativement aux personnes qui participent au programme depuis 6 mois ou plus. Les raisons pourquoi les risques de surdoses diminuent : c'est parce que les gens savent que la dose est sécuritaire et stable. Dans la rue, la force des drogues est instable, ce qui augment les risques de surdoses.

On a posé aussi des questions sur les déterminants sociaux de la santé. En ce moment il y a COVID aussi, l'autre urgence de santé publique dont on ne parle pas : le manque d'hébergement abordable. On voit dans la graphique ici. Comme le programme du LIHC soutient les personnes qui sont dans la rue, ce n'est pas surprenant, mais ça montre comment ça aide. Si les gens vivent dans une tente, il y a une limite sur ce que les services de santé peuvent faire pour t'aider. C'est reflété aussi dans la diapositive sur l'accès à la nourriture.

C'est reflété dans les résultats aussi : quand on pose des questions sur les impacts, les gens parlent d'être plus en mesure de prendre soins d'elle/eux, les gens parlent de prendre du poids, de ressentir de la stabilité. Les gens parlent aussi de relations améliorées avec la famille. Il n'y avait pas de question à ce sujet, mais c'est ce que les gens partageait : que ça améliore la vie sociale.

On a posé des question ssur la participation à des activités criminelles (payer pour de la drogue ou vendre), ça diminue beaucoup chez les participant-es au programme, même beaucoup rapportent ne pas participer à des activités criminelles du tout. Ici, quelqu'un parle de ne pas avoir eu à enfreindre la loi depuis sa participation au programme. Ça diminue leur participation à des activités criminelles.

Il y a aussi une diminution de l'implication dans le travail du sexe. Des gens parlaient de faire du travail du sexe pour payer leurs drogues, et donc il y a une diminution depuis le début de l'accès à l'approvisionnement à moindres risques.

Les gens qui participent au programme ont souvent plusieurs besoins de santé complexes. Les gens sont moins hospitalisés après avoir participé au programme. Les gens ont des besoins complexes, et des historiques de traumatismes et de douleurs chroniques. Une personne par d'une blessure à la colonne vertébrale et ne pouvait pas accéder à un médecin et à des antidouleurs. La santé physique aussi est améliorée, comme on voit ici, pour les participant·es au programme. Ça été reflété dans les données qualitatives : les gens racontent se sentir plus en santé, prendre contrôle de leur hépatite C.

La santé mentale aussi, il y a une amélioration, quoique moins prononcée que la santé physique, ce qui témoigne du besoin de services de soins de la santé mentale.

L'impact de soins globaux (wrap-around) : avant, c'était une mosaïque de plein de pièces de toi-même éparpillés, jusqu'à ce que les gens rejoignent le programme, qui est global et leur offre des soins de toutes sortes de la même source.

Un défi principal : le haut taux de demande pour le programme. Les gens parlent qu'il n'y avait pas assez de prescripteur·rices, ça pouvait prendre jusqu'à 2 ans avant de rejoindre le programme. On a aussi identifié le besoin d'augmenter la variété de médicaments offerts. On a besoin de plus d'options, les gens parlent d'avoir envie d'avoir de l'héroïne parmi les options.

L'autre citation parle d'une personne qui consomme encore de la fentanyl de la rue, disant que le high était meilleur. Je pense que c'est important : ça démontre comment, les gens s'habituent à l'approvisionnement de la rue et leur tolérance s'ajuste.

Une autre trouvaille dans l'étude était les expériences négatives avec les autres prestataires de soins de santé. Les médecins disaient ne pas être d'accord avec les pratiques des prestataires de soins du programme. Les gens se sentaient jugé·es par ces professionnel·les, et sentaient qu'on ne comprenait pas leur réalité. Ça parle du besoin de créer des alliances, et de combattre le stigma dans le système de santé parce que ça affecte l'accès aux soins de beaucoup de personnes.

Ça aussi mené à des enjeux majeurs : des gens rapportent être en sevrage après une opération majeure. Les gens se sentaient catégorisés comme des "junkies".

En ce qui trait au partage et à la vente de médicaments : on a entendu de beaucoup de gens, que des gens ne partagent pas. Les gens apprécient et consomment la médication, mais il y a un peu de diversion. Il faut creuser dans les enjeux systémiques : il faut offrir de la médication qui répond aux besoins et à la tolérance. Beaucoup de gens parlaient de partager avec des ami·es et de la famille. Une personne raconte que c'est impossible de ne pas partager avec sa·on partenaire s'il n'est pas dans le programme.

Un des éléments qui est ressortis, c'est le besoin d'un site de consommation supervisé au LIHC. L'autre SCS en ville est confortable pour les gens, mais on sait que différentes

recherche que les gens ne se déplaceront pas beaucoup pour un SCS. Et les gens consomment ensemble à L'extérieur, pas loin du LIHC pour être ensemble. Ce serait bien d'offrir le service à l'intérieur.

Je veux parler du personnel : les participant-es parlaient d'apprécier le soin du personnel, mais disaient aussi que le personnel est débordé. Le personnel est épuisé. Je voulais souligner cela, aussi les gens parlaient de l'importance des personnes avec de l'expérience vécue.

Recommandations

Au niveau du programme

- Augmenter le nombre de prescripteur·rices
- Fournir de l'information claire au sujet des listes d'attentes et des critères de triage
- Continuer à élargir les services globaux
- Offrir des services de consommation supervisée
- Mettre l'accent sur les stratégies de réduction des méfaits à l'aide de campagnes d'éducation
- Offrir de l'accompagnement pour aller chercher les drogues en pharmacie
- Défendre l'intérêt de l'agrandissement du programme et l'augmentation des options pharmaceutiques

Au niveau des systèmes

- Élargir la couverture pour des formules de hautes doses d'opioïdes injectables dans les formules ontariennes
- Faciliter l'accès à la diacétylmorphine
- Combattre la stigmatisation dans le système de la santé
- Fournir des soins continus et une meilleure gestion de la douleur et des sevrages pour les client·es hospitalisé·es des programmes d'ASO

Merci beaucoup! J'espère que c'était informatif. Ça me ferait plaisir de répondre à vos questions.

Rebecca : Merci beaucoup! On a beaucoup de questions. On priorise les questions des intervenant·es et des médias aujourd'hui, j'invite tous·tes les autres à rester ensuite pour continuer la conversation.

Une question méthodologique : avez-vous deux cohortes en comparaison?

Gillian : ce sont deux populations différentes. C'est important de noter qu'on ne peut pas noter des cause et des effets, c'était une question de commodité. On avait aussi pas beaucoup de réponses, surtout pour les nouvelles personnes , en raison de la covid. On va continuer à faire ce sondage à tous les 6 mois pour avoir plus de données. Il y a aussi une section sur la méthodologie dans le rapport.

Rebecca : quelles sont les apprentissages principaux du programme? Y a-t-il des personnes qui ont arrêté de consommer suite au programme?

Andrea : la réponse est complexe : ça dépend de ce qu'on considère comme arrêter de consommer des drogues. L'objectif du programme est de permettre de consommer de façon sécuritaire. Lorsque les vies des gens sont stables, et qu'ils en bénéficient, ça devient comme n'importe quelle autre soin comme le diabète par exemple.

Gillian : c'est un groupe de personnes qui ont essayé différents types de soins de santé. Les gens ont essayé la méthadone, autres choses depuis des décennies parfois. Les traitement normal n'ont pas fonctionné pour elle-eux. Et cette approche semble fonctionner pour elle-eux. C'est important de noter que c'est un groupe de personnes qui n'avait rien d'autre jusqu'à ce que ce programme démarre.

Rebecca : On va répondre, après la présentation, à toutes les questions auxquelles on n'a pas le temps de répondre en ce moment.

La prochaine question : pour la rétention du programme : pourquoi est-ce que les gens quittent?

Andrea : 16 personnes ont quitté dans les données présentées. D'autres personnes ont été déplacés vers des soins à long terme, que ce soit des hôpitaux ou ds prisons. D'Autres personnes sont allées vers d'autres traitements, on a eu quelques décès : de surdose de fentanyl et d'infections.

Gillian : cette étude ne se penchait pas sur les bouchées au niveau des patient-es, mais il y aura une étude qui sortira qui se penchera là-dessus.

Rebecca : les gens se soucient du fait que les patient-es continuent à s'approvisionner de la rue. Est-ce un problème de dose?

Andrea : Parfois, oui, c'est un problème de dose. Beaucoup de personnes consommeront l'hydromorphone et voudront quand même une dose de fentanyl une fois de temps en temps. Au début de la COVID, les gens consommaient beaucoup plus de fentanyl, et plus les gens consomment de fentanyl, plus c'est difficile de répondre à leurs besoins avec l'hydromorphone. On essaie d'ajouter d'autres médicaments, que ce soit la diacétylmorphine ou des produits inhalable. Ça aiderait pour les gens qui ont des besoins qui évoluent.

Rebecca : Comment vous voyez-vous travailler avec des médecines traditionnelles pour l'addiction?

Andrea : on espère de travailler en collaboration avec nos collègues avec une approche traditionnelle : on essaie tous-tes de régler les mêmes problèmes. L'approvisionnement sécuritaire ne cherche pas à remplacer les approches traditionnelles : chaque personne a des besoins uniques. Toutes les options doivent

être offertes. On doit considérer que ce n'est pas une solution qui fonctionne pour tout le monde et nos collègues sont d'accord avec ça. La médecine évolue, la société évolue. Des professionnel·les peuvent avoir une opinion à cause d'apprentissage qui datent un peu. Donc je laisse le bénéfice du doute à tout le monde.

Gillian : les personnes qui meurent de surdoses ont eu des rencontres avec des services de la santé quelques jours avant leur surdose. Les gens essaient d'accéder à des soins de santé : le problème, c'est que nos systèmes de santé ne sont pas adaptés aux personnes qui consomment, ou aux personnes vulnérables. On a besoin d'une approche pour tous les systèmes : des formations qui peuvent leur montrer comment gérer des personnes qui consomment. On a besoin de toutes les options disponibles : on est au milieu d'une crise de surdose qui s'est empirée pendant la pandémie, et il n'y a pas grand-chose qui bouge. Il y a des groupes tout petits qui travaillent si fort alors que ce qu'on a besoin, c'est du leadership provincial, fédéral, municipal, pour s'assurer que les gens aient accès aux soins dont ils ont besoin. Et on doit reconnaître que les soins doivent être plus variés. Et il faut agir vite parce qu'on perd des gens.

Rebecca : Merci pour le travail incroyable. Ma question concerne les soins primaires : quelle partie des bienfaits de ce programme est liée aux autres services du programme?

Gillian : ce sont les deux : toutes les cliniques de méthadone devraient aussi offrir du soutien social et des soins primaires. C'est un enjeu majeur, il faut qu'on ait ces services de disponibles. On finance beaucoup les soins en hôpitaux, pas autant les initiatives communautaires et il faut que ce soit accessibles.

Andrea : des critiques utilisent la présence des soins primaires dans l'approvisionnement sécuritaire pour critiquer notre programme, disant que ce sont les soins primaires qui font la différence et non le reste. Oui, les soins primaires aident, mais pourquoi est-ce un problème? On écoute les patient·es et on leur donne une raison de nous faire confiance. Ça va ensemble pour détruire les barrières.

Rebecca : Une autre chose : le rôle des personnes qui consomment dans ces programmes. Des questions sur comment faire de la défense des droits. Pour celle·ceux qui nous ont rejoint, les médias et les intervenant·es, merci de vous être joints à nous. Merci à Gillian et à Andrea. Merci beaucoup. On publiera le rapport et le webinaire ce soir ou demain. Le rapport se trouve sur le site web du LIHC.