

Comprendre l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site
de consommation supervisée

Par
Brienne Dorval

Mémoire déposé à
L'École de service social
En vue de l'obtention de la maîtrise en service social

sous la direction de Lilian Negura

Université d'Ottawa
Septembre 2020

REMERCIEMENTS

C'est avec grand enthousiasme et fierté que je dépose ce mémoire marquant la fin de ma maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa. L'obtention de ce grade a été possible grâce à l'appui de plusieurs personnes qui méritent ma gratitude. Je tiens d'abord à remercier mon superviseur de mémoire Lilian Negura. Merci pour ton encadrement, tes paroles d'encouragement, ta flexibilité et ton ouverture d'esprit. Je suis reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour moi et pour tous les apprentissages que j'ai acquis sous ta supervision. Je tiens aussi à remercier Claire Forcier qui a généreusement révisé mon mémoire. Merci à ma cohorte pour ces deux dernières années ensemble. Les amitiés que j'ai formées avec vous sont précieuses dans mon cœur. Mes remerciements s'adressent également à mon meilleur ami, que j'ai eu la chance d'épouser pendant la réalisation de ce mémoire. Dènik Dorval, tu as toujours su bien me soutenir dans mes projets et m'encourager vers ma réalisation de soi afin d'atteindre mon plein potentiel. Merci à ma famille, ma belle-famille et mes amis pour le soutien et l'amour inconditionnel que vous me donnez. J'aimerais aussi remercier l'organisme qui m'a permis d'effectuer du recrutement auprès de ses employés. Merci pour votre intérêt dans ma recherche et pour votre dévouement à offrir des services de réduction des méfaits dans la ville d'Ottawa. Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements aux personnes qui se sont portées volontaires pour participer à cette recherche. C'est grâce à vous que ce mémoire est possible. Merci pour votre temps et pour votre confiance en partageant votre vécu et vos expériences de travail. Vos témoignages m'ont grandement touchée. Je tiens aussi à vous remercier pour le travail extraordinaire que vous faites dans la communauté auprès de personnes qui consomment des drogues. Vous êtes des personnes avec des cœurs en or !

RÉSUMÉ

Il y a beaucoup de recherches sur la réduction des méfaits comme méthode d'intervention, mais peu d'entre elles s'intéressent à l'expérience des intervenants, notamment dans les sites de consommation supervisée. Notre question de recherche est la suivante : Quelle est l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée? Nous avons utilisé le cadre théorique des représentations sociales ainsi que le concept d'expérience pour étudier la dimension subjective de l'expérience de travail des intervenants en réduction des méfaits. Une méthodologie qualitative a été utilisée pour cette étude. Au total, quatre entrevues semi-dirigées ont été menées, en mai 2020, auprès d'intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée à Ottawa. Une analyse de contenu a été effectuée. Les catégories thématiques qui en sont ressorties sont les suivantes : la nature du travail, l'effet sur le travail de la consommation de substances des intervenants, les représentations sociales de la consommation de drogues ainsi que les conséquences du travail sur la vie personnelle. Notre recherche a révélé que les représentations sociales de la consommation de substances sont façonnées par l'expérience des intervenants avec la consommation de ces substances. Cette expérience guide la manière dont ils interviennent avec les clients et leur procure de la facilité à créer des relations de confiance authentique avec les clients. Notre recherche a aussi révélé les besoins en termes de soutien psychologique pour les intervenants, afin de prévenir leur épuisement professionnel.

Mots-clés: expérience, représentation sociale, intervenant, réduction des méfaits, site de consommation supervisée, consommation de substances, relations de confiance, défis, stress, épuisement professionnel.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES.....	6
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	11
1.1 Survol historique.....	11
1.2 Réduction des méfaits.....	15
1.3 Sites de consommation supervisée.....	19
1.4 Revue systématique des écrits.....	21
1.4.1 Importance de la relation de confiance.....	22
1.4.2 Respect du rythme de la personne.....	24
1.4.3 Défis.....	26
1.4.3.1 Ambiguïté.....	26
1.4.3.2 Impacts négatifs sur le bien-être des intervenants.....	28
1.4.3.3 Dilemmes éthiques.....	28
1.5 Question de recherche.....	29
1.6 Pertinence sociale et scientifique.....	30
1.7 Cadre théorique.....	32
1.7.1 Théorie des représentations sociales.....	32
1.7.2 Expérience.....	34
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	36
2.1 Description de la méthodologie.....	36
2.2 Population à l'étude et méthode d'échantillonnage.....	38
2.3 Méthode de recrutement.....	39
2.4 Méthode de collecte de données : entrevue semi-dirigée.....	40
2.4.1 Les participants.....	45
2.5 Méthode d'analyse des données : analyse de contenu thématique.....	47
2.6 Éthique.....	49
2.6.1 Dimensions éthiques lors de la collecte de données.....	50
2.6.2 Dimensions éthiques lors de l'analyse des données.....	53
2.6.3 Dimensions éthiques lors de la conservation des données.....	53
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....	55
3.1 Nature du travail.....	58
3.1.1 Sens attribué aux interventions.....	58
3.1.1.1 Surdoses.....	58
3.1.1.2 Interventions de crise.....	60
3.1.1.3 Besoins de base.....	62
3.1.1.4 Bâtir des relations de confiance.....	63
3.1.1.5 Liaison avec d'autres services.....	64

3.1.2 Défis.....	65
3.1.2.1 Ambiguïté.....	65
3.1.2.2 Dilemmes éthiques.....	66
3.1.2.3 Cohérence/consistance.....	69
3.1.2.4 Police.....	70
3.1.2.5 Deuil.....	71
3.1.2.6 Sentiment d'impuissance.....	72
3.1.2.7 Épuisement professionnel.....	75
3.2 Effet sur le travail de la consommation de substances des intervenants....	77
3.2.1 Compréhension.....	78
3.2.1.1 Compréhension de l'effet des drogues.....	79
3.2.1.2 Compréhension de la dépendance.....	80
3.2.1.3 Avantages de la compréhension.....	80
3.2.1.3.1 Empathie.....	81
3.2.1.3.2 Relation de confiance.....	82
3.2.2 Désir de redonner.....	82
3.2.3 Ouverture d'esprit.....	83
3.3 Représentations sociales de la consommation de drogues.....	85
3.3.1 Deux types de consommation de drogues.....	85
3.3.1.1 Consommation récréative/occasionnelle.....	86
3.3.1.2 Dépendance.....	87
3.3.1.2.1 Mécanisme d'adaptation.....	88
3.3.2 Une personne avant le comportement.....	89
3.3.2.1 Respect et dignité.....	90
3.3.2.2 L'intervenant et son pouvoir.....	91
3.3.2.3 Décriminalisation.....	92
3.4 Conséquences du travail sur la vie personnelle.....	93
3.4.1 Difficulté à se déconnecter du travail.....	93
3.4.1.1 Alerte constante.....	93
3.4.1.2 Prendre les choses personnellement.....	94
3.4.2 Effets sur la relation des intervenants avec des personnes de leur entourage.....	96
3.4.3 Effet sur leur propre consommation de drogues.....	98
CHAPITRE 4 : DISCUSSION.....	99
4.1 Représentations sociales de la consommation de substances.....	99
4.2 Relations de confiance.....	100
4.3 Défis du travail.....	102
4.3.1 Ambiguïté.....	102
4.3.2 Dilemmes éthiques.....	103
4.3.3 Police.....	104
4.3.4 Être témoin de la souffrance humaine.....	106
4.3.5 Sentiment d'impuissance.....	107
4.4 Épuisement professionnel.....	108

CONCLUSION	112
5.1 Implications pour l'intervention sociale.....	115
5.1.1 Recommandations.....	115
5.2 Pistes de recherches futures.....	116
BIBLIOGRAPHIE	118
ANNEXE A : Affiche de recrutement.....	125
ANNEXE B : <i>Recruitment Poster</i>	126
ANNEXE C : <i>Recruitment Email</i>	127
ANNEXE D : Guide d'entretien.....	128
ANNEXE E : <i>Interview Guide</i>	131
ANNEXE F : Fiche de renseignements.....	134
ANNEXE G : <i>Information Sheet</i>	135
ANNEXE H : Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa.....	136
ANNEXE I : Formulaire de consentement.....	138
ANNEXE J : <i>Consent Form</i>	141

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants

Tableau 2 : Aperçu des thèmes émergents

Tableau 3 : Association de mots

Annexe A : Affiche de recrutement

Annexe B : Recruitment Poster

Annexe C : Recruitment Email

Annexe D : Guide d'entretien

Annexe E : Interview Guide

Annexe F : Fiche de renseignements

Annexe G : Information Sheet

Annexe H : Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa

Annexe I : Formulaire de consentement

Annexe J : Consent Form

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CTS : Consumption treatment service

HIV : Human immunodeficiency viruses

SCS : Site de consommation supervisée

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

À Ottawa, comme ailleurs, le nombre de surdoses lié à la présence de fentanyl dans les drogues est problématique. Des programmes de réduction des méfaits ont été implémentés dans la ville pour remédier à cette situation, notamment par des sites de consommation supervisée. De janvier à septembre 2019, 84223 visites ont été enregistrées parmi les quatre sites de consommation supervisée dans la ville d'Ottawa (Santé publique Ottawa, 2020). Beaucoup d'attention est portée à l'efficacité des sites de consommation supervisée dans cette crise des opioïdes. Toutefois, peu d'attention est mise sur les professionnels qui interviennent dans cette crise. Les intervenants en réduction des méfaits qui travaillent dans un site de consommation supervisée opèrent dans un contexte spécifique puisqu'ils interviennent auprès de personnes qui consomment activement des drogues, ce qui au Canada est une activité illégale. Effectivement, les sites de consommation supervisée ont reçu des exemptions aux lois entourant la consommation de drogues permettant ainsi d'offrir des services autour de la consommation active de drogues. Il existe une grande quantité de données probantes quant aux avantages des services offerts par les sites de consommation supervisée pour la santé des personnes qui consomment des drogues, ainsi que pour la société en général (Ontario HIV Treatment Network, 2014). Cependant, cela n'empêche pas que les intervenants font face à des situations délicates qui se retrouvent souvent dans des zones grises. Il est donc pertinent de s'intéresser à l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée.

Nous constatons que l'expérience des intervenants en réduction des méfaits demeure à ce jour peu étudiée. C'est à partir de ces constats que la présente étude

s'intéresse à comprendre l'expérience des intervenants en réduction des méfaits, notamment dans des sites de consommation supervisée. Pour ce faire, ce mémoire sera divisé en quatre chapitres.

Le premier chapitre traite de la problématique de notre recherche. Nous ferons d'abord un survol historique de la consommation de drogues ainsi que de la mise en place des lois règlementant la consommation. Ensuite, il sera question de la réduction des méfaits puis des sites de consommation supervisée. Nous poursuivrons avec une revue de littérature sur l'expérience des intervenants travaillant dans une approche de la réduction des méfaits, et nous présentons notre question de recherche ainsi que nos objectifs. La pertinence sociale et scientifique y est aussi discutée. Enfin, nous terminons le chapitre en exposant notre cadre théorique, soit celui de la théorie des représentations sociales et en décrivant le concept d'expérience qui guidera ce mémoire.

Le second chapitre porte sur les aspects méthodologiques de notre recherche. Nous présenterons la méthodologie de recherche qualitative, la stratégie d'échantillonnage et de recrutement, la méthode de collecte des données, l'analyse des données et les considérations éthiques.

Au cours du troisième chapitre, les résultats de notre recherche seront présentés. Ils seront divisés par thématiques afin de répondre à la question de recherche. D'abord, c'est la nature du travail des intervenants en réduction des méfaits qui sera examinée, en explorant le sens attribué aux interventions et les défis de celles-ci. En second lieu, la consommation de substances passée et présente des intervenants sera explorée afin de mettre en lumière comment l'expérience avec la consommation de substances façonne l'expérience de travail des intervenants. Ensuite, les représentations sociales de la consommation de drogues

seront mises de l'avant pour comprendre comment elles façonnent l'expérience de travail des intervenants. Enfin, nous parlerons des conséquences du travail sur la vie personnelle des intervenants.

Le quatrième chapitre est celui de la discussion. Les résultats de notre recherche y seront confrontés à ce que la littérature mentionne concernant les thèmes abordés dans ce mémoire. Le chapitre se concentre sur les représentations sociales de la consommation de substances, les relations positives et de confiance entre intervenants et clients, les défis du travail ainsi que l'épuisement professionnel.

La conclusion offrira un sommaire récapitulatif des éléments ressortant de cette recherche. L'implication pour l'intervention sociale y sera présentée ainsi que nos recommandations. De plus, les limites de cette recherche seront discutées afin de proposer quelques pistes de recherches futures.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous explorerons la littérature portant sur l'approche de la réduction des méfaits. Nous commencerons avec un survol historique de la consommation de substances psychoactives en Amérique du Nord. Nous poursuivrons avec un état des lieux de la consommation de drogues de nos jours. Par la suite, nous examinerons les principes de l'approche de la réduction des méfaits. Nous ferons une revue de littérature concernant la mise en pratique de la réduction des méfaits. Nous continuerons avec la pertinence sociale et scientifique de notre recherche. Finalement, nous présenterons notre question de recherche ainsi que nos objectifs de recherche. Nous terminerons ce chapitre avec notre cadre théorique de la théorie des représentations sociales ainsi que le concept d'expérience.

1.1 Survol historique

Depuis le début de l'humanité, l'être humain est fasciné par les substances psychoactives qui modifient sa perception de la réalité (Csiernik et Rowe, 2003). Toutes les civilisations ont développé des traditions autour de la consommation de substances. Depuis, elle n'a pas cessé et, de nos jours, la consommation de certaines substances fait partie de traditions et d'activités sociales. En effet, il y a plusieurs raisons pour lesquelles les substances psychoactives peuvent être prises, par exemple pour réduire la douleur, la souffrance, l'agitation, l'anxiété et augmenter le plaisir. Les raisons de la consommation de

substances et de l'usage excessif varient selon la substance, la personne, la culture ainsi que le contexte (Ibid.).

Avant le 20^e siècle, il n'y avait aucune restriction quant aux substances psychoactives au Canada. La consommation de drogues n'était pas reconnue comme étant un problème social ou un acte criminel, mais plutôt comme une faiblesse morale. Toutefois, la peur, les conflits sociaux et le racisme ont créé un portrait négatif lié à la consommation de drogues, ce qui par conséquent a conduit à des initiatives politiques. Par exemple, l'opium a été étiqueté comme étant dangereux et son utilisation était restreinte et criminalisée en raison de son association avec une population ethnique visible. Alors que l'opium était considéré comme une indulgence de la classe supérieure vers la fin des années 1800 et au début des années 1900, elle est devenue associée à la population chinoise socialement défavorisée. En 1907, il y a eu une énorme émeute à Vancouver, motivée par le racisme. Des militants blancs craignaient de perdre leur emploi au profit de travailleurs chinois. Le premier ministre Laurier a envoyé son sous-ministre du Travail, Mackenzie King, pour enquêter sur la situation. Dans son rapport, King écrit que la consommation d'opium était en augmentation chez les jeunes femmes et hommes blancs dont les profits allaient aux marchands d'opium chinois. Il craignait aussi que l'utilisation de l'opium par les femmes blanches les conduise à la prostitution, toujours au profit des hommes chinois. Ainsi, King revendiquait l'interdiction de cette substance (Csiernik, 2003).

Ce processus a mené directement à l'adoption de la Loi sur l'opium en 1908, qui demeure le fondement de la politique sociale actuelle du Canada concernant les substances psychoactives. Il s'agissait de la première loi entourant la consommation de substances

psychoactives autres que l'alcool. Par la suite, plusieurs substances ont été ajoutées à cette loi (Csiernik, 2003).

Le prochain évènement important quant aux politiques sur les drogues n'a eu lieu qu'à la fin des années 1960, lorsque le gouvernement Pierre Elliot Trudeau a mis sur pied la Commission royale d'enquête sur l'usage non médical de drogues (la Commission Le Dain). Celle-ci avait pour but d'examiner l'augmentation de la consommation de drogues au Canada. Les travaux de la commission n'ont entraîné aucune révision majeure de la politique canadienne en matière de drogues. Toutefois, elle a ouvert le débat et a fourni la première perspective scientifique de grande taille sur l'historique des politiques sociales entourant les drogues au Canada (Csiernik, 2003).

À la suite d'une hausse du nombre de consommateurs de drogues illicites dans les années 1960 à 1970, le Canada, à l'instar d'autres États du monde qui renforcent leur politique sur la drogue, a créé une politique très sévère avec une criminalisation de la possession et de l'utilisation de stupéfiants (Csiernik, 2003 ; Riley, 1998). Plusieurs utilisateurs de drogues illicites se retrouvent au lendemain de l'adoption de ces modifications comme des criminels, avec des peines d'emprisonnement et des casiers judiciaires, ce qui cause des conséquences importantes dans leur fonctionnement en société. Cette modification a donc grandement transformé la législation de la drogue au Canada et les répercussions sur les utilisateurs.

En 1980, le gouvernement reconnaît l'impact de ses modifications et tente de les assouplir par la prise de mesures éducatives et préventives auprès de la population. En 1996, le Canada rassemble la *Loi sur les stupéfiants* (réglementant le cannabis, la cocaïne et l'héroïne) et la *Loi sur les aliments et les drogues* (réglementant les amphétamines, le LSD et

les stéroïdes anabolisants) en nommant la nouvelle loi *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Lafrenière & Spicer, 2002). Cette loi a l'objectif de protéger la santé publique et de maintenir la sécurité publique par la réglementation et l'autorisation de substances en contexte médical, scientifique ou industriel qui sont légitimes. Cette loi propose une restriction entourant les activités liées aux drogues telles que la possession, le trafic, l'importation, l'exportation et la production (Gouvernement du Canada, 2018a).

En 1987, le Canada présente sa Stratégie canadienne antidrogue qui reconnaît que la consommation de substances constitue un problème de santé, mais elle continue à utiliser une approche coercitive provenant de la *Loi de l'opium* de 1908 (Collin, 2006). Cette méthode visait à diminuer l'offre et la demande de drogues. La stratégie était composée de six volets : sensibilisation et prévention ; traitement et réadaptation ; application de la loi et contrôle ; information et recherche ; coopération internationale ; et portée nationale (Gouvernement du Canada, 2018a). En 1998, la *Stratégie canadienne antidrogue* a été renouvelée selon quatre piliers : sensibilisation et prévention ; traitement et réadaptation ; réduction des méfaits ; application de la loi et contrôle (Gouvernement du Canada, 2018a). L'apparition de la réduction des méfaits dans la *Stratégie canadienne antidrogue* a permis l'établissement de divers programmes de réduction des méfaits. Toutefois, la réduction des méfaits a fait l'objet de grands débats politiques. En 2006, le gouvernement conservateur a tenté de réorienter la politique canadienne sur les drogues en s'éloignant des objectifs de santé publique, en faveur de la prohibition. En 2007, Steven Harper a retiré la réduction des méfaits des piliers de la *Stratégie canadienne antidrogue*. De plus, le gouvernement conservateur s'est grandement opposé au site de consommation supervisée *Insite* et a aussi, à plusieurs fois, tenté d'intensifier « la guerre contre les drogues » au Canada. La politique

canadienne d'intensification de la lutte antidrogue est motivée par les principes idéologiques de punition et de rétribution envers les consommateurs de drogue. En 2011, la Commission mondiale sur la politique des drogues a publié un rapport très médiatisé dénonçant la guerre contre la drogue et recommandant aux dirigeants politiques du monde entier d'adopter des politiques en matière de drogue fondées sur des preuves empiriques et scientifiques solides (Hyshka et collab., 2012). En 2015, la réduction des méfaits redevient un pilier dans la *Stratégie canadienne antidrogue* avec l'arrivée du gouvernement libéral de Justin Trudeau (Gouvernement du Canada, 2018a). Malgré l'ajout de la réduction des méfaits en tant que pilier dans la *Stratégie canadienne antidrogue*, les politiques sociales du Canada entourant la consommation de drogues demeurent fondamentalement punitives. Les efforts du gouvernement d'imposer ses lois punitives n'ont pas diminué l'offre et la demande des drogues psychoactives (Hyshka et collab., 2012). Toutefois, depuis quelques années, on voit apparaître plus de programmes de réduction des méfaits partout au Canada.

1.2 Réduction des méfaits

L'approche de la réduction des méfaits est un mouvement qui vient de l'Angleterre et des Pays-Bas (Marlatt et Witziewitz, 2010). Elle prend racine dans les années 1920, en Angleterre, lorsqu'un professionnel de la santé décide qu'il est occasionnellement avantageux de maintenir une personne sur des drogues afin de l'aider à mener une vie productive (Souleymanov et Allman, 2016). Des mouvements de réduction des méfaits ont commencé dans les Pays-Bas comme réponse aux problèmes de santé publique liés aux drogues. La réduction des méfaits est apparue au Canada dans les années 1950 avec les programmes de méthadone. Les discours contemporains de la réduction des méfaits

peuvent être retracés à l'épidémie du VIH/SIDA dans les années 1980 et 1990 (Souleymanov et Allman, 2016). Cette épidémie, notamment en Colombie-Britannique, a été liée aux partages de seringues infectées (Csiernik, 2003 ; Shoveller, DeBeck et Montaner, 2010). C'est à partir de cette épidémie que débute la mise en place de programmes en réduction des méfaits au Canada, notamment avec l'ouverture d'*Insite*, le premier site de consommation supervisée à Vancouver (Souleymanov et Allman, 2016). Les initiatives de programmes d'échange de seringues ont été adoptées au Canada depuis l'activisme et la pression de personnes ayant le VIH/SIDA et de professionnels de la santé (Csiernik, 2003).

Cette approche repose sur deux principes : le pragmatisme et l'humanisme (Brisson, 1997 ; Marlatt, 1998). La réduction des méfaits se base sur le principe du pragmatisme puisqu'elle reconnaît que l'usage des drogues est là pour de bon. Il y a donc une rupture avec l'idéalisme d'une société sans drogue et de la pression à pratiquer l'abstinence. L'autre principe de la réduction des méfaits est l'humanisme, c'est-à-dire que les usagers de drogues sont des personnes dignes de respect et possèdent des droits ainsi qu'un pouvoir d'agir. La réduction des méfaits s'appuie sur des valeurs humanistes étant donné qu'elle ne porte aucun jugement moral quant aux décisions des individus de consommer des substances psychoactives. Il y a donc une rupture avec le paternalisme, soit la propagande antidrogue et la répression. Bref, cette approche est une réponse à la consommation fondée sur la justice sociale plutôt que sur la justice pénale (Ibid.). L'approche de la réduction des méfaits reflète les valeurs du travail social, soutenant que chaque individu est digne et est unique, ainsi qu'a le droit à la justice et à la liberté (Watkin, Rowe et Csiernik, 2003).

Pensée comme réponse à la propagation du VIH auprès d'usagers de drogues (Stimson et O'Hare, 2010), l'approche de la réduction des méfaits vise à changer les pratiques entourant la consommation au lieu de les condamner. Nous pouvons donc dire que c'est une démarche de santé publique qui cherche à réduire les conséquences négatives liées à la consommation de substances sur le plan physique, psychologique et social (Carrier, 2003 ; Marlatt, 1996). Cette approche fondée sur des preuves (Beirness et collab., 2008) a surtout pour but de réduire les risques sanitaires (Thomas, 2005) de la consommation de substances psychoactives. Les programmes d'échange de seringues, les programmes de méthadone, la distribution de naloxone et les sites de consommation supervisée permettent de diminuer les décès, les surdoses, les visites à l'urgence et les hospitalisations liées aux surdoses, mais également de réduire le taux de maladies transmissibles par le sang et la stigmatisation des utilisateurs de substances psychoactives (Beirness et collab., 2008). La réduction des méfaits est un mouvement de justice sociale qui fait la promotion d'une rupture avec l'idéalisme d'une société sans drogue. Les programmes de réduction des méfaits sont qualifiés de bas seuils d'exigences et de haute tolérance (Beirness et collab, 2008 ; Harm Reduction Coalition, 2020 ; Marlatt, 2011).

Dans son sens large, la réduction des méfaits est un concept visant à amoindrir les conséquences sur la santé de certains comportements (Carrier, 2003). Tout individu pratique la réduction des méfaits quotidiennement dans le but de diminuer les risques associés à ses activités, sans toutefois attribuer le nom de ses actions à ce concept. Les ceintures de sécurité et de coussins gonflables rendent les voitures plus sécuritaires afin que les entreprises garantissent la santé de leur clientèle, cependant leur utilisation est un choix. Les gens portent aussi des casques pour faire certaines activités, comme de la

bicyclette, pour protéger leur cerveau en cas d'accident. Avoir un conducteur désigné lors d'une soirée ou même prendre un taxi quand tout le groupe a consommé de l'alcool sont des moyens de réduire les risques. Les gens utilisent aussi de la crème solaire pour réduire les risques de développer un cancer de la peau sans devoir s'empêcher de passer du temps au soleil. Les exemples énoncés ne sont pas anodins ; un long processus de recherche, de prototypage, de tests et d'actions ont permis de développer ces dispositifs de protection qui n'ont pas toujours été parfaits et qui ne le sont pas encore aujourd'hui. La baignade, la conduite et les vélos n'ont pourtant jamais été interdits ou criminalisés malgré le haut taux de risque et même de mortalité. Même la consommation d'alcool ou le fait qu'on ne porte pas sa ceinture de sécurité, ce qui a été criminalisé, n'empêche pas l'humain de faire ces actions. Tous ces moyens sont des outils en continuel développement, qui permettent de réduire les risques associés à certaines activités en permettant aux gens de continuer à faire les choses qu'ils doivent faire ou qu'ils aiment faire (Beirness et collab., 2008).

Le concept de la réduction des méfaits est toutefois plus reconnu comme étant associé au domaine de la toxicomanie. En effet, la réduction des méfaits est une approche fondée sur des preuves, qui permet de centrer le client au cœur du processus afin de réduire les risques sanitaires et sociaux associés à la consommation de substances psychoactive sans aucune obligation de s'en tenir à l'abstinence (Thomas, 2005). Cette approche comprend une série de programmes, de services et de pratiques qui offrent aux utilisateurs de substances psychoactives un choix de stratégies qu'ils souhaitent entreprendre pour réduire les risques, sans jugement ou tactiques coercitives. Cette pratique permet d'améliorer les compétences et les connaissances des utilisateurs afin de

mener une vie plus saine et plus sécuritaire, en réduisant les risques (Beirness et collab., 2008).

1.3 Sites de consommation supervisée

Selon le gouvernement du Canada (2020b), il y a présentement 27 sites de consommation supervisée dans neuf différentes communautés ontariennes, dont quatre se situent dans la ville d'Ottawa. Au Canada, ces sites opèrent à des fins médicales et doivent donc obtenir une exemption à l'article 56.1 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, validée par Santé Canada (Gouvernement du Canada, 2020b). Selon le lieu, les sites de consommation supervisée peuvent autoriser la consommation de substances par injection, inhalation, par voie orale ou intranasale (Gouvernement du Canada, 2018b).

Les sites de consommation supervisée (SCS) aussi connus comme des sites d'injection supervisée (SIS) font partie de l'approche de la réduction des méfaits dans le cadre de la *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances* (Gouvernement du Canada, 2018b). Les sites de consommation supervisée font donc partie d'une approche globale et à long terme afin de remédier aux effets nocifs liés à la consommation de substances puisque ceci est un enjeu complexe pour lequel il n'existe pas de solution simple.

Le Gouvernement du Canada (2018b) reconnaît que les données probantes canadiennes et internationales démontrent que les sites de consommation supervisée permettent de sauver des vies et d'améliorer la santé des individus qui consomment des substances. De plus, les recherches démontrent que les sites de consommation supervisée

sont économiques et n'accroissent pas la consommation de drogues. D'ailleurs, les sites de consommation supervisée servent de point d'entrée de traitement et de services sociaux pour les personnes qui consomment des substances. Les sites de consommation supervisée offrent aux personnes qui consomment des drogues : d'un lieu sûr et propre pour la consommation de substances illégales avec moins de risque de violence ou d'affrontement avec la police ; des services de vérification de drogues ; des soins médicaux d'urgence (surdose, arrêt cardiaque) ; des services de santé de base (soin de plaies) ; des tests de dépistage de maladies infectieuses (le VIH, l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement) ; de l'accès à du matériel stérile de consommation de drogues et à un endroit pour en disposer en toute sécurité ; de l'éducation ; de l'aiguillage vers des services sociaux et de santé (Gouvernement du Canada, 2018b).

Les multiples services offerts par les sites de consommation supervisée permettent : de réduire le nombre de décès à la suite de surdoses ; d'améliorer l'accès aux services de traitement, services sociaux et santé de base ; de réduire les risques de transmission de maladies par le partage de seringues ; de diminuer l'impact sur les services médicaux d'urgence notamment avec les surdoses ; de diminuer le nombre de personnes s'injectant de la drogue dans la rue ; de diminuer le nombre d'aiguilles jetées dans la rue (Gouvernement du Canada, 2018b).

Les sites de consommation supervisée sont établis dans des endroits où la consommation de drogues en public est importante. Ils sont souvent aussi situés à proximité de marchés de drogues illégales déjà existants permettant ainsi d'atteindre la population cible telle que les consommateurs de drogues illégales, notamment ceux qui consomment dans la rue ainsi que des individus ayant des contacts limités avec le système

de soins de santé et de services sociaux. Ils ciblent des populations marginalisées. Ainsi, il peut s'agir, entre autres, de personnes sans abris, de personnes vivant dans des logements précaires ou des refuges, de travailleuses et travailleurs du sexe et de personnes impliquées avec le système judiciaire (Gouvernement du Canada, 2018b).

Le personnel des sites de consommation supervisée varie selon le site, mais comprend généralement du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des travailleurs communautaires ou de proximité.

1.4 Revue de littérature

Nous avons effectué une revue de littérature portant sur l'expérience des intervenants travaillant dans une approche de la réduction des méfaits. Puisque les sites de consommation supervisée sont relativement nouveaux au Canada, il existe très peu d'études quant à l'expérience des intervenants dans les sites de consommation supervisée. Donc, pour la revue de littérature, nous avons élargi notre sujet à l'expérience des intervenants travaillant dans une approche de la réduction des méfaits, donc sans se limiter à des sites de consommation supervisée.

Notre revue de littérature a révélé que l'expérience des intervenants travaillant selon la réduction des méfaits tourne autour de l'établissement des relations de confiance et du respect du rythme des usagers. De plus, la réduction des méfaits comporte aussi des défis avec lesquels les intervenants sociaux doivent composer, dont l'ambiguïté de la mise en pratique de l'approche, l'impact négatif sur le bien-être des intervenants devant la souffrance et les décisions des usagers ainsi que les dilemmes éthiques et moraux.

1.4.1 Importance de la relation de confiance

L'aspect le plus important de la réduction des méfaits, d'après les intervenants, est l'importance de développer des relations positives et faire preuve d'acceptation et de tolérance avec les consommateurs de drogues (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014 ; Mancini et collab., 2008 ; Mancini et Wyrick-Waugh, 2013 ; O'Leary, et collab., 2018 ; Paumier, 2017 ; Suissa et Bélanger, 2001 ; Tiderington, Stanhope et Henwood, 2011 ; Watkin, Rowe et Csiernik, 2003). Un des buts primaires en réduction des méfaits est d'engager les clients. Cette relation peut être la première connexion significative qu'un client a avec des services sociaux ou de santé (Watkin, Rowe et Csiernik, 2003). La relation de confiance et son maintien sont même plus importants que d'éventuelles démarches (Paumier, 2017). En effet, une relation de confiance entre l'utilisateur et l'intervenant doit être présente pour qu'une conversation sur la consommation et sur la réduction des méfaits puisse avoir lieu (O'Leary, et collab., 2018). Les intervenants apprécient l'approche de la réduction des méfaits puisque celle-ci permet d'éviter de recourir à des pratiques paternalistes dans le but de punir et de contrôler les usagers (Mancini et Wyrick-Waugh, 2013). Cependant, accepter que les personnes aient la capacité de prendre des décisions est la première étape pour bâtir cette relation de confiance. Il est donc préférable de maintenir une position neutre quant à la consommation de substances (Vakharia et Little, 2007). De plus, percevoir les individus en ayant une relation avec des drogues et non de dépendance permet de s'éloigner d'un discours pathologisant (Vakharia et Little, 2017).

Les relations honnêtes avec les clients rendent le travail des intervenants moins stressant puisqu'ils ne doivent pas pousser le client vers l'abstinence (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014). La réduction des méfaits aide les intervenants à engager les clients,

étant sonné que la consommation de substances et les rechutes ne sont pas perçues comme des échecs ou des faiblesses, mais plutôt comme faisant partie du processus de rétablissement (Mancini et collab., 2008). Les intervenants aiment avoir de la liberté dans la façon dont ils peuvent intervenir auprès des consommateurs de drogues parce que l'intervention repose sur les objectifs du client (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014).

Une relation de confiance permet d'avoir une communication ouverte sur la consommation de substances, ce qui vient renforcer cette relation positive, permettant plus de possibilités pour des conversations autour du thème de la réduction des méfaits, d'identifier des objectifs et de les mettre en place. Même si l'utilisateur n'exprime pas un engagement à réduire sa consommation, le fait même d'avoir eu cette conversation est un point de départ (Tiderington, Stanhope et Henwood, 2011). Il est aussi reconnu qu'une ouverture sur la consommation de substances n'est pas toujours un signe de relation de confiance, notamment lorsque cette discussion a lieu dès le début de la rencontre. En effet, cette ouverture peut être due à une habitude des clients ayant suivi plusieurs traitements où la consommation de drogues est le point central de l'intervention. Peu importe la nature de cette ouverture, une discussion au sujet de la consommation de substances permet à l'intervenant d'aborder la réduction des méfaits (Ibid.). Lorsque les usagers ne s'ouvrent pas sur leur consommation, s'engager dans une conversation directe sur la réduction des méfaits se fait difficilement sans être perçue comme étant accusatoire. Cette sorte de conversation semble pour les intervenants sociaux mettre en danger la relation avec le client (Tiderington, Stanhope et Henwood, 2011).

Les intervenants reconnaissent la nature délicate des conversations au sujet de la consommation des usagers puisqu'ils tentent de maintenir la relation de confiance et

d'encourager les clients à contrôler leurs consommations. Toutefois, les intervenants reconnaissent que les discussions entourant la consommation des clients ne se font pas immédiatement, car une relation de confiance prend du temps à se développer. En effet, lorsque les clients s'ouvrent sur leurs consommations, les intervenants attribuent cela à une relation positive qu'ils ont bâtie avec leurs clients (Ibid.). De plus, c'est aussi à partir de relations positives avec des intervenants que les clients accéderont potentiellement à d'autres services reliés à la consommation (Watkin, Rowe et Csiernik, 2003).

1.4.2 Respect du rythme de la personne

Un autre aspect très important de l'intervention dans l'approche de la réduction des méfaits, selon les intervenants, c'est de respecter le rythme des usagers (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014 ; Mancini et collab., 2008 ; Mancini et Wyrick-Waugh, 2013 ; Paumier, 2017 ; Tiderington, Stanhope et Henwood, 2011). Paumier (2017) parle d'une « double personnalisation de l'intervention » (p.76), d'une part une « personnalisation du contenu concret de l'intervention » (p.76), c'est-à-dire si la personne souhaite changer ou non les pratiques associées à sa consommation, et d'autre part d'une « personnalisation des temporalités de l'intervention » (p.76), c'est-à-dire de respecter le rythme individuel des clients. Toutefois, respecter le rythme de la personne peut aussi être un défi chez les intervenants sociaux, mais arriver à le faire évite que l'intervention soit intrusive. Il est donc primordial de distinguer les moments d'intervention et ceux où il faut prendre des pauses (Paumier, 2017).

Une relation de confiance permet de fournir un soutien inconditionnel en respectant l'autodétermination et les choix des usagers. La décision d'arrêter ou de réduire sa consommation est une décision personnelle du client qui requiert du temps et de la patience (Mancini et Wyrick-Waugh, 2013). L'approche de la réduction des méfaits améliore la capacité des intervenants sociaux à accepter leurs clients et à approuver la prise de décision dirigée par le client (Tiderington, Stanhope et Henwood, 2011). L'approche donne aussi l'occasion aux intervenants de positionner l'abstinence dans un continuum, leur permettant ainsi d'élargir ce qu'ils perçoivent comme étant des objectifs acceptables (Mancini et collab., 2008). En effet, la réduction des méfaits fait en sorte que les intervenants peuvent travailler sur des objectifs à court terme avec leurs clients, mais n'empêche pas les clients de vouloir atteindre et maintenir l'abstinence dans le futur (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014). Cette démarche favorise une certaine flexibilité et permet aux intervenants sociaux de prendre une position de non-jugement par rapport à la consommation de leurs clients. La réduction des méfaits se concentre sur l'identification d'objectifs et du soutien dont le client a besoin pour avancer dans le processus de rétablissement à son propre rythme, afin qu'il puisse maintenir sa dignité et par conséquent améliorer sa qualité de vie (Mancini et collab., 2008). L'intervention, en réduction des méfaits, sera plus légitime si elle provient d'une demande venant de l'utilisateur (Paumier, 2017). Laisser le temps aux usagers de s'ouvrir sur leur consommation a pour effet de créer un espace sécuritaire, ce qui démontre l'engagement des intervenants à respecter l'autodétermination des clients.

Ce que les intervenants apprécient de la réduction des méfaits, c'est qu'elle n'impose pas l'abstinence pour recevoir des services. Par exemple, pour le programme logement

d'abord, on offre un hébergement au client, ensuite on lui suggère des ressources. Au lieu d'être une condition, les intervenants ont la flexibilité de travailler ou non vers l'abstinence, toujours en respectant l'autodétermination des clients (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014). La réduction des méfaits respecte l'autodétermination des individus par le fait même de ne pas imposer des conditions pour accéder aux services (Tiderington, Stanhope et Henwood, 2011). Toutefois, certains intervenants disent que d'imposer des conditions est approprié pour assurer la sécurité des clients et du personnel, et qui selon eux peut être qualifiée d'une certaine forme de réduction des méfaits (Eversman, 2010).

1.4.3 Défis

Malgré l'efficacité et l'utilité de l'approche de la réduction des méfaits, les intervenants rencontrent aussi des limites, des défis et des effets négatifs dans la mise en pratique de l'approche. Dans cette section nous explorerons l'ambiguïté, les impacts négatifs sur le bien-être des intervenants et les dilemmes éthiques.

1.4.3.1 Ambiguïté

Le plus grand défi de la réduction des méfaits, selon les intervenants, semble être l'ambiguïté de la mise en pratique de l'approche (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014 ; Mancini et collab., 2008 ; Mancini et Wyrick-Waugh, 2013 ; O'Leary, et collab., 2018). L'utilisation de l'approche de la réduction des méfaits dans des contextes communautaires vient avec ses défis. Parfois, la réduction des méfaits est perçue comme étant une stratégie

spécifique, par exemple la distribution de matériel pour une consommation plus sécuritaire, et dans d'autres cas elle est plutôt vue comme une approche générale, c'est-à-dire, dans la manière de percevoir la toxicomanie et de la façon de l'aborder. Il n'y a pas de ligne directrice en travaillant avec cette approche, ce qui permet aux intervenants d'être flexibles, mais cela produit aussi de l'ambiguïté dans sa mise en pratique (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014). En effet, le manque de méthodes concrètes en ce qui concerne la mise en œuvre de cette approche peut être une source de frustration pour les intervenants, notamment par rapport à l'ambiguïté des résultats à long terme (Mancini et collab., 2008). De plus, lorsque l'approche est intégrée dans les pratiques d'un organisme, les intervenants doivent déterminer comment elle entre dans leurs idéologies professionnelles (Mancini et Wyrick-Waugh, 2013). Il est important de fournir de la formation et d'entreprendre des dialogues pour que les employés puissent comprendre et accepter la perspective de la réduction des méfaits (Mancini et collab., 2008).

Afin de réduire l'ambiguïté liée à la mise en pratique de l'approche de la réduction des méfaits, les organismes doivent développer des procédures claires. Avec du soutien, des l'évaluation des besoins et de la formation continue, les intervenants seraient en mesure de mieux gérer les problèmes complexes liés à la réduction des méfaits et de réduire l'ambiguïté de la mise en pratique de l'approche (O'Leary, et collab., 2018).

1.4.3.2 Impacts négatifs sur le bien-être des intervenants

Les intervenants peuvent vivre une détresse mentale et émotionnelle liée à l'établissement de relations de confiance avec les clients, tout en étant témoin de leur souffrance et des effets néfastes de la consommation de drogues (Mancini et Wyrick-Waugh, 2013 ; O'Leary, et collab., 2018). Nul doute que les intervenants peuvent ressentir une certaine forme de colère et de frustration par le fait d'être témoin d'une dégradation continue de leurs clients sur le plan physique, psychologique et social. Les intervenants peuvent ainsi se sentir frustrés par leur impuissance devant les choix que prennent les clients (Mancini et Wyrick-Waugh, 2013). La santé mentale des intervenants est donc compromise en voyant les effets négatifs liés à la consommation de drogues, ce qui peut être difficile lorsqu'une relation de confiance a été instituée.

1.4.3.3 Dilemmes éthiques

L'ambiguïté de l'approche de la réduction des méfaits et la haute tolérance des comportements liés à la consommation de substances peuvent causer chez les intervenants des dilemmes moraux et éthiques (Mancini et collab., 2008 ; Mancini et Wyrick-Waugh, 2013). L'une des plus grandes préoccupations éthiques concernant la réduction des méfaits est liée aux limites imposées à l'autodétermination des clients, car certains reprochent à la réduction des méfaits que celle-ci entraîne des risques pour les clients (MacMaster, 2004). D'ailleurs, on rapproche aux intervenants d'offrir des services à des personnes engagées dans une consommation de substances à haut-risque (Vakharia et Little, 2017). En effet,

certaines intervenants sentent parfois qu'ils permettent à leurs clients de consommer puisqu'ils ne leur disent pas d'arrêter ou même que les intervenants se sentent comme s'ils les protègent de conséquences naturelles de la consommation (Mancini et collab., 2008 ; Mancini et Wyrick-Waugh, 2013). Toutefois, une grande proportion des clients ne considèrent pas l'abstinence comme leur objectif, donc si l'intervenant ne parvient pas à respecter leurs droits à l'autodétermination, ceci serait considéré comme du paternalisme. Certains peuvent se demander si les interventions en réduction des méfaits perpétuent ou permettent les actions des clients qui posent des risques. Les services de réduction des méfaits peuvent combler le vide pour les personnes qui ne sont pas au stage de l'action et qui, par définition, ne sont pas éligibles ou appropriées pour les services basés sur l'abstinence (MacMaster, 2004). Pour conclure, cette approche permet aux populations les plus marginalisées d'accéder à des services et d'être traitées par des professionnels (Vakhraria et Little, 2017).

1.5 Question de recherche

Notre question de recherche se pose comme suit : **Quelle est l'expérience des intervenants travaillant dans une approche de la réduction des méfaits dans un site de consommation supervisée ?** Nous n'avons pas fait d'hypothèses à priori puisque notre recherche est de type exploratoire. De plus, notre recherche s'inscrit dans une démarche inductive, c'est-à-dire que nous allons nous inspirer du discours des intervenants pour tenter de comprendre leur expérience. Il y a quatre composantes à notre question de recherche : 1) identifier le sens que donnent les intervenants à la nature du travail en

réduction des méfaits ; 2) comprendre comment la consommation de substances façonne l'expérience de travail des intervenants ; 3) explorer comment les représentations sociales de la consommation de drogues façonnent l'expérience de travail des intervenants ; 4) saisir comment l'expérience de travail façonne la vie personnelle des intervenants.

1.6 Pertinence sociale et scientifique

Notre sujet de recherche nous semble pertinent pour plusieurs raisons sur le plan social et scientifique. Premièrement, notre question de recherche est pertinente socialement puisque les sites de consommation supervisée abordent efficacement la crise des opioïdes, un problème social d'actualité au Canada. Entre janvier 2016 et septembre 2019, il y a eu 14700 décès liés à la consommation d'opioïdes au Canada (Ibid.). Seulement en 2018, il y a eu 4588 décès au Canada liés à la consommation d'opioïdes, ce qui équivaut à une vie perdue toutes les deux heures (Gouvernement du Canada, 2020a). En 2019, il y a eu 17000 surdoses suspectées d'être liées aux opioïdes survenues entre janvier et septembre, selon les données des services médicaux d'urgence au Canada (Ibid.). De janvier à septembre 2019, 2913 décès étaient liés à la consommation d'opioïdes au Canada, dont 1163 en Ontario (Gouvernement du Canada, 2020a). De plus, 78 % des surdoses mortelles en 2019 impliquent du fentanyl ou des analogues du fentanyl. Ces chiffres nous démontrent la réalité de cette crise alarmante.

Depuis quelques décennies, les sites de consommation supervisée ont émergé en tant que réponse simple et pragmatique devant les aspects flagrants de la consommation de drogues par injection, notamment la consommation publique, les surdoses et les infections

transmissibles par le sang. Les sites de consommation supervisée opèrent en Europe depuis les années 1970, et plus récemment des sites à Vancouver au Canada et à Sydney en Australie ont connu beaucoup de succès. En effet, le site de consommation supervisée *Insite* à Vancouver s'est établi en tant que leader en réduction des méfaits et a recueilli un vaste ensemble de preuves qui continuent de renforcer l'argument selon lequel les sites de consommation supervisée constituent une intervention de santé publique clé dans un continuum de services de santé publique et de traitement pour les personnes qui s'injectent des drogues. Les recherches démontrent que les sites de consommation supervisée diminuent le taux d'injection public, diminuent les décès liés aux surdoses, augmentent le taux de personnes accédant à des services de traitement ainsi que des services de santé et des services sociaux, réduisent les comportements nocifs liés aux drogues, augmentent le sentiment de sécurité chez les clients et n'augmentent pas le taux de crime. De plus, les recherches démontrent que les sites de consommation supervisée sont utiles dans une analyse de cout-efficacité. En effet, les services offerts dans les sites de consommation supervisée permettent de prévenir la transmission des infections transmissibles par le sang, ce qui par conséquent diminue le fardeau sur le système de santé dû au haut cout associé à ces infections. De même pour les surdoses, les sites de consommation supervisée diminuent le fardeau des surdoses sur les soins d'urgence (Ontario HIV Treatment Network, 2014). Il nous parait donc pertinent de mettre de l'avant l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans les sites de consommation supervisée.

En ce qui concerne la pertinence scientifique de notre recherche, nous croyons que cette dernière peut combler la lacune dans la littérature existante quant à l'expérience des

intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits, notamment dans un site de consommation supervisée. Notre recherche contribuera à de nouvelles connaissances à partir de l'expérience des participants de notre étude. Il est donc pertinent d'utiliser le cadre théorique des représentations sociales, qui offre les outils conceptuels pertinents pour analyser la dimension à la fois subjective et sociale de l'expérience des intervenants en réduction des méfaits.

1.7 Cadre théorique

La théorie des représentations sociales nous semble la plus convenable pour mener une recherche qui s'attarde à comprendre l'expérience des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits.

1.7.1 Théorie des représentations sociales

La théorie des représentations sociales provient de multiples disciplines, notamment la sociologie, la psychologie sociale, l'anthropologie et l'histoire. Ces disciplines ont toutes contribué à l'avancement de la théorie des représentations sociales (Pouliot, Camiré et Saint-Jacques, 2013). Bien que l'étude des représentations sociales tire son origine des travaux de Durkheim à la fin du 19^e siècle, ce n'est qu'à partir du 20^e siècle que de nombreux chercheurs s'intéressent aux représentations sociales. Parmi les principaux chercheurs de cette théorie, on retrouve Moscovici, Jodelet, Doise, Herzlich, Moliner et Abric (Ibid.).

Le concept de représentation sociale est difficile à cerner et à définir principalement à cause de sa « position mixte au carrefour d'une série de concepts sociologiques et d'une

série de concepts psychologiques » (Moscovici, 1976, p. 39). De plus, les représentations sociales sont polysémiques, c'est-à-dire qu'elles peuvent avoir plusieurs sens et différentes structures (Moscovici, 1989). Ainsi, nous explorerons la compréhension de ce concept à partir des travaux de plusieurs auteurs. D'abord, Moscovici affirme que les représentations se construisent à travers les interactions sociales. L'auteur définit les représentations sociales comme suit :

« Un système de valeurs, de notions et de pratiques ayant une double vocation. Tout d'abord, d'instaurer un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social, matériel et de le dominer. Ensuite d'assurer la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective » (Moscovici, 1969, p. 7).

Selon Moscovici, l'étude des représentations sociales doit intégrer les éléments affectifs, sociaux et cognitifs en tenant compte des rapports sociaux affectant les représentations. De plus, une représentation sociale est une manière de se situer dans le monde externe et permet une conceptualisation d'un phénomène par un groupe de personnes. Moscovici suggère ainsi que la représentation sociale est importante parce que notre perception de la réalité est déterminée et influencée par les relations que nous pouvons entretenir avec autrui (Moscovici, 1984).

De son côté, Jodelet définit les représentations sociales en considérant différentes dimensions associées au concept. Elle définit la représentation sociale comme suit :

« Une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Également désignée comme "savoir de sens commun" ou encore "savoir naïf", cette forme de connaissance est distinguée de la connaissance scientifique. [Elles agissent en tant que] systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales » (Jodelet, 1997, p. 53).

Ainsi, Jodelet voit la représentation sociale comme une forme de connaissance qui se construit à partir des expériences, des informations, des savoirs, des modèles de pensée que l'on reçoit et transmet. D'un autre côté, Doise et Palmonari (1986) perçoivent les représentations sociales comme étant des produits de l'action et de la communication ayant une existence propre ; elles sont donc des réalités symboliques et dynamiques. Selon Abric (2011), la représentation sociale est « l'étude de la pensée naïve, du sens commun » (p.15). Pour cet auteur, les représentations sociales sont le produit de l'interaction entre l'individu, le monde social et sa position, donc c'est cette « vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place » (Abric, 2011, p. 17).

La définition de la représentation sociale de Roussiau et Bonardi permet de joindre plusieurs composantes :

« Une organisation d'opinions socialement construites relativement à un objet donné, résultant d'un ensemble de communications sociales, permettant de maîtriser l'environnement et de se l'approprier en fonction d'éléments symboliques proposés à son ou ses groupes d'appartenance » (Roussiau et Bonardi, 2001, p. 19).

1.7.2 Expérience

Pour enrichir notre description de la théorie des représentations sociales, nous allons explorer la notion d'expérience vécue de Jodelet. Selon l'auteure, l'expérience est sociale et socialement construite puisqu'elle « comporte une dimension cognitive dans la mesure où elle favorise une expérimentation du monde et sur le monde et concourt à la construction de la réalité selon des catégories ou des formes qui sont socialement données

» (Jodelet, 2006, p. 14). À partir du concept d'expérience, nous pouvons comprendre les aspects de connaissance ainsi que les dimensions émotionnelle, langagière et discursive. La notion d'expérience nous permet aussi de comprendre les pratiques, les actions et les contextes. Or, l'expérience peut mettre en lumière la subjectivité et le sens qui lui est donné. Jodelet (2006) explique les dimensions de ce concept lorsqu'elle dit que c'est « la façon dont les personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent » (p. 11). En effet, l'expérience est modelée par les représentations sociales.

Selon Jodelet (2006), la relation entre la représentation sociale et l'expérience est dialectique puisqu'elle

« met en jeu des instances différentes de chacune d'elles. D'un côté, sur le plan cognitif, le système global de représentations fournit les ressources et les outils pour interpréter ce dont on fait l'expérience. Cette expérience donne sens au vécu qui structure en termes de pertinence les éléments constituant l'état du monde visé dans un espace et un temps particuliers de la vie quotidienne. La notion d'expérience et de vécu nous permet de passer du collectif au singulier, du social à l'individuel, sans perdre de vue la place qui revient aux représentations sociales ni les différentes formes de leur fonctionnement » (Jodelet, 2006, p. 28).

C'est à partir de cette notion que nous analysons l'expérience comme connaissance et comme vécu pour comprendre comment du sens se produit dans des contextes particuliers en utilisant les représentations sociales pour en faire l'interprétation. À cet égard, nous nous intéressons à l'expérience des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous aborderons les aspects méthodologiques de recherche afin de répondre à notre question de recherche : Quelle est l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée ? Pour ce faire, nous démontrerons notre choix méthodologique de procéder avec une approche qualitative pour cette étude. Ensuite, nous présenterons les techniques méthodologiques que nous avons utilisées pour cette étude, telles que la population à l'étude, la méthode d'échantillonnage, la méthode de recrutement, la méthode de la collecte des données et la méthode d'analyse des données. Nous terminerons en examinant les dimensions éthiques de notre recherche.

2.1 Description de la méthodologie

Nous avons choisi d'utiliser une méthodologie qualitative pour notre recherche. Notre question de recherche demande une méthodologie qualitative étant donné que nous voulons comprendre l'expérience des intervenants travaillant dans une approche de la réduction des méfaits. En fonction de l'objectif de la recherche, il est pertinent et approprié d'opter pour une méthodologie qualitative, car nous nous intéressons à la subjectivité des personnes à l'étude. Notre méthodologie qualitative est préservée tout au long du processus de recherche afin de maintenir une cohérence puisque les objectifs de recherche, le cadre théorique, la posture épistémologique, la question et les méthodes de recherche doivent être interreliés (Gaudet et Robert, 2018).

Pour notre recherche qualitative, nous privilégions une démarche inductive. La démarche inductive fait référence à « un processus du bas vers le haut. Mener ce type de recherche signifie d'observer et de décrire des tendances pour tenter d'établir des interprétations qui pourraient s'appliquer à des cas semblables » (Ibid., p. 10). En ce sens, nous tenterons de comprendre l'expérience des intervenants sociaux. La recherche qualitative nous restreint à un échantillon de plus petite taille, mais nous permet toutefois d'étudier le sujet en profondeur (Gill, Stewart, Treasure et Chadwick, 2008). Les méthodes qualitatives donnent la possibilité, entre autres, d'accéder aux discours des personnes. Selon Coenen et collab. (2012) « *qualitative methods allow individuals to respond in their own words to express their personal categorizations and perceived associations* » (p. 359). Ainsi, les données obtenues par les recherches qualitatives sont dotées d'une richesse que nous privilégions pour notre étude.

Un cadre méthodologique qualitatif nous permet d'explorer notre sujet d'étude en tenant compte aussi du contexte social. Selon Gaudet et Robert (2018), « la recherche qualitative permet de saisir plus facilement l'historicité et la complexité du social ainsi que son caractère subjectif » (p. 8). Gill (2011) ajoute même que c'est un aspect qui est négligé dans les autres méthodologies de recherche : « *qualitative research emphasizes the social context and highlights the power of the social that is too often neglected when we narrowly focus on individual behaviour and conduct experiments and interventions that strive to eliminate the context* » (p. 307). La méthode qualitative est idéale lorsqu'il est question d'examiner les interactions entre les personnes et leur environnement (Shelton et Smith, 2015), dans notre cas les participants et leur travail.

Cependant, il est important de mentionner les limites d'une méthodologie qualitative. D'abord, la recherche qualitative ne permet pas d'établir des liens de causalité et les résultats de la recherche sont difficilement généralisables (Gaudet et Robert, 2018). En effet, avec notre recherche nous pourrions décrire un sujet plutôt que le mesurer. D'autre part, notre recherche sera aussi difficile à répliquer puisque l'analyse de l'étudiante-chercheuse est restreinte à un certain temps et contexte précis. Finalement, le caractère inductif de notre démarche méthodologique peut potentiellement être associé, pour certains, à un manque de rigueur en ce qui a trait à la place que l'on accorde aux données recueillies sur le terrain et en considérant le cadre théorique comme un élément influençant la prise de décisions. En effet, le caractère inductif laisse place à une grande ouverture de la chercheuse face au phénomène étudié et lui permet une certaine latitude en ce qui concerne les idées novatrices. Toutefois, afin d'éviter une interprétation trop subjective des données, nous demanderons à une autre étudiante de notre programme de maîtrise de lire l'analyse d'un échantillon de notre matériel afin de la valider. Trois thèmes seront choisis au hasard pour effectuer cet exercice de validité.

2.2 Population à l'étude et méthode d'échantillonnage

La population à l'étude dans la présente recherche se réfère aux intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site d'injection supervisée à Ottawa. Nous avons entrepris une technique d'échantillonnage non probabiliste. Nous nous sommes fixé comme objectif de recruter quatre participants. Le nombre de participants constituant notre échantillon est justifié par la nature exploratoire de notre recherche, mais aussi de notre

restriction dans le temps pour réaliser ce mémoire.

2.3 Méthode de recrutement

Afin de recruter nos participants, nous avons élaboré des affiches (voir annexe A et annexe B). Les affiches de recrutement contiennent toutes les informations nécessaires pour participer à l'étude. En raison de la pandémie actuelle de la COVID-19 et afin de respecter les règlements de distanciation sociale et de confinement, nous avons envoyé un courriel (voir annexe C) au directeur d'un programme de réduction des méfaits à Ottawa. Dans ce courriel, nous demandons à l'organisme de partager les affiches de recrutement, attachées en pièce jointe, avec ses employés.

Les affiches de recrutement invitent les intervenants sociaux à nous contacter, par courriel ou par téléphone, afin de participer à notre recherche. Nous avons donc utilisé une méthode de recrutement volontaire. À partir du premier contact avec les participants, soit par courriel ou par téléphone, nous avons été en mesure d'évaluer leur admissibilité à notre étude, de décrire l'objectif de l'étude et de planifier un temps pour l'entretien. Le processus de sélection s'est effectué selon un système de premier arrivé premier traité jusqu'à ce que notre cible de quatre participants soit atteinte. L'annonce de recrutement mentionnait explicitement ce système de sélection afin de ne pas causer de préjudice.

La période de recrutement a eu lieu du 15 au 20 mai 2020. Au total, cinq personnes se sont portées volontaires à participer dans l'étude. Nous avons retenu les quatre premières personnes qui nous ont contactés.

2.4 Méthode de collecte de données

Afin de recueillir nos données, nous avons effectué des entretiens semi-dirigés auprès d'intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée à Ottawa. La durée des entretiens varie en fonction des besoins des participants et de la quantité d'informations qui est partagée. Les entretiens réalisés ont été d'une durée de trente-cinq minutes à une heure et demie. Avec la permission des participants, les entretiens ont été enregistrés sur bande audio pour être en mesure d'en faire la transcription. Ces entrevues ont été menées par plateforme audiovisuelle pour respecter les normes de distanciation sociale en raison de la pandémie de la COVID-19. Ainsi nos entretiens ont été réalisés soit par Skype, FaceTime ou par Messenger, selon la préférence des participants. Le moment auquel la collecte des données a été effectuée a été déterminé selon la disponibilité des participants. Puisque les rencontres ont eu lieu par l'entremise d'une plateforme audiovisuelle, nous avons demandé aux participants d'être seul dans une pièce lors de l'entrevue, pour des fins de confidentialité ainsi que pour l'enregistrement audio. La période de la collecte des données a eu lieu du 25 mai au 27 mai 2020. De plus, les quatre entrevues ont été effectuées en anglais, selon la préférence linguistique de nos participants.

Les termes « entrevue » ou « entretien » désignent des types d'interaction verbale utilisés dans divers contextes tels que les embauches, la thérapie, le journalisme et la recherche (Laroui et de la Garde, 2017 ; Savoie-Zajc, 2010). L'entretien dans le contexte de la recherche peut être considéré comme un instrument qui permet d'explorer des faits par la parole des individus (Blanchet et Gotman, 2007). Selon Gaudet et Robert (2018), « les

entretiens donnent accès à des pratiques individuelles et collectives, à des habitudes, à des trajectoires, à des processus et à des dynamiques, à des raisonnements, à des valeurs, à des opinions et à des représentations » (p. 95). Nous croyons donc que les entretiens nous permettent de recueillir des données riches.

Parmi les différents types d'entretien, nous avons choisi de mener des entretiens semi-dirigés. Ceux-ci se situent au milieu du continuum de la directivité, c'est-à-dire entre l'entretien dirigé et l'entretien non dirigé. Savoie-Zajc (2010) définit l'entretien semi-dirigé comme étant :

« une interaction verbale animée de la façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé » (p. 340).

Le but de l'entretien semi-dirigé est de permettre de rendre explicite, de comprendre et d'apprendre au sujet du monde de l'interviewé. L'entretien semi-dirigé a aussi une fonction émancipatrice, car les questions peuvent enclencher une réflexion et peuvent stimuler une prise de conscience et de transformation des interlocuteurs, notamment chez l'interviewé (Savoie-Zajc, 2010). De plus, le caractère souple et rigoureux de l'entretien semi-dirigé permet de travailler avec les interviewés plutôt que « sur eux » (Laroui et de la Garde, 2017). Ce type d'entretien fait en sorte que les interlocuteurs peuvent partager le contrôle dans la production du récit. Enfin, les entretiens semi-dirigés permettent d'amener les participants à décrire leur expérience en profondeur, d'explorer des représentations et de documenter les trajectoires de vie (Gaudet et Robert, 2018).

L'approche méthodologique de l'entrevue comporte de nombreux avantages. D'abord, les données recueillies à partir d'entretien sont riches en détail (Savoie-Zajc, 2010 ; Van Campenhoudt et Quivy, 2011). L'entretien permet de comprendre l'expérience des personnes concernées (Savoie-Zajc, 2010) et « les participants qui prennent part à des entretiens retirent parfois des avantages du fait de parler d'eux-mêmes pour une longue durée à un auditoire réceptif » (Gaudet et Robert, 2018, p. 98). D'autre part, l'entretien semi-dirigé permet au chercheur et à l'interviewé de partager le contrôle dans la production du récit, donc les données recueillies sont le produit d'une coconstruction des interlocuteurs lors de l'entrevue (Gaudet et Robert, 2018). De plus, l'entretien semi-dirigé offre la possibilité d'une souplesse dans le déroulement de l'entrevue ce qui permet au chercheur de s'adapter au cadre de références de l'interviewé et ainsi faire ressortir la perspective de l'interviewé (Savoie-Zajc, 2010 ; Van Campenhoudt et Quivy, 2011).

Toutefois, le chercheur fait face à plusieurs défis lors de l'utilisation des entretiens. La première limite de l'entrevue est que celle-ci prend place dans un espace-temps spécifique. Il est donc important de comprendre que l'expérience de la personne dépasse son discours lors de l'entretien (Savoie-Zajc, 2010). La deuxième limite de l'entretien porte sur le savoir produit grâce à cette approche méthodologique. Il peut y avoir une limite quant à la crédibilité des informations recueillies lors des entretiens, notamment quant à la désirabilité sociale, c'est-à-dire que l'interviewé dit ce que le chercheur veut entendre, voulant lui rendre service ou pour bien paraître devant lui (Laroui et de la Garde, 2017 ; Savoie-Zajc, 2010). Ainsi, on reproche à l'entretien des défis au niveau de la fiabilité, la validité et la transférabilité des résultats des analyses (Laroui et de la Garde, 2017). La troisième limite porte sur la qualité de l'interaction entre l'interviewé et le chercheur, car la

crédibilité du savoir peut en dépendre (Laroui et de la Garde, 2017; Savoie-Zajc, 2010). Le processus de recherche peut placer le chercheur et l'interviewé dans un rapport de pouvoir. C'est par un lien de confiance établi entre les deux interlocuteurs que ceux-ci peuvent parvenir à dépasser ce rapport de pouvoir (Laroui et de la Garde, 2017). Selon Savoie-Zajc (2010), il y a trois types de compétences pour créer un climat de confiance lors de l'entretien : des compétences affectives, professionnelles et techniques.

Comme le dit Savoie-Zajc (2010), « organiser une recherche en choisissant l'entrevue semi-dirigée comme mode de collecte de données indique une intention claire de la part du chercheur de se situer dans un paradigme de recherche qui privilégie le sens donné à l'expérience » (p. 357). En effet, les entretiens semi-dirigés sont utiles pour amener les interviewés à partager leurs expériences, représentations et trajectoires de vie (Gaudet et Robert, 2018), nous permettant de répondre à notre question de recherche. De plus, l'entretien semi-dirigé s'avère être complémentaire et pertinent pour notre cadre théorique des représentations sociales (Abric, 2011 ; Blanchet et Gotman, 2007 ; Demoncy, 2016).

Comme il a été mentionné précédemment, les entrevues ont été réalisées par l'entremise d'une plateforme audiovisuelle en raison de la pandémie du coronavirus. Il est donc pertinent d'explorer les implications de mener des entrevues par des moyens technologiques. Les avancés technologiques de l'information permettent aux chercheurs de faire des entretiens de nouvelles manières, notamment par téléphone, par courriel, par des forums de discussion en ligne ou par vidéoconférence. La médiation technologique permet parfois de recruter plus facilement des participants, mais également un différent niveau d'anonymat lorsque l'entretien n'est pas mené face à face (Gaudet et Robert, 2018).

Notre outil de collecte des données est un guide d'entretien (voir annexe D et annexe E) semi-dirigé structuré de manière à faire dégager les expériences et les représentations sociales des intervenants en réduction des méfaits. L'entretien débute avec une association de mots. Nous demandons aux participants : « Quels sont les mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit quand vous pensez à la consommation de drogues ? ». Cette amorce permet d'aborder le sujet tranquillement et de commencer à comprendre les représentations sociales du participant. L'exercice permet aussi de créer un climat de confiance afin de favoriser une conversation authentique avec les participants. Par la suite, nous enchainons avec les thèmes de notre guide d'entretien : représentation sociale de la consommation de drogues, nature du travail, vie personnelle et consommation de substances. Nos questions servent à répondre à nos quatre objectifs: 1) identifier le sens que donnent les intervenants à la nature du travail en réduction des méfaits ; 2) comprendre comment la consommation de substances façonne l'expérience de travail des intervenants ; 3) explorer comment les représentations sociales de la consommation de drogues façonnent l'expérience de travail des intervenants ; 4) saisir comment l'expérience de travail façonne la vie personnelle des intervenants.

À la suite de l'entretien, nous avons demandé à nos participants de remplir une fiche de renseignements (voir annexe F et annexe G). Les renseignements recueillis dans la fiche ont trait aux caractéristiques sociodémographiques.

2.4.1 Les participants

Dans cette section, nous présentons les participants de notre recherche, constituant notre échantillon. Le tableau 1 affiche les données sociodémographiques de nos participants. Ensuite, nous traçons brièvement le profil de chaque participant. Il est à préciser que des pseudonymes ont été attribués aux participants pour des mesures de confidentialité.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants

Participant	Louis	Claire	Sophie	Nick
Âge	36	45	23	24
Genre	Homme	Femme	Femme	Homme
Durée d'emploi au lieu du recrutement	6 mois	1 an	1 an	9 mois

Ci-dessous se trouve le profil des participants à notre recherche :

Louis

Notre premier participant est Louis, un homme âgé de 36 ans. Il est un immigrant de première génération, originaire de l'Amérique du Sud. Il a fait un retour aux études au début de sa trentaine. Il a obtenu deux diplômes collégiaux : un diplôme en santé mentale et en toxicomanie ainsi qu'un diplôme en service social. Avant son emploi actuel, il a été travailleur de proximité offrant des services de réduction des méfaits.

Claire

Claire, notre deuxième participante, est une femme âgée de 45 ans. Elle est une mère de jeunes enfants. Claire possède un diplôme collégial d'enfance en difficulté. En plus d'œuvrer dans son domaine d'étude, elle occupe deux emplois offrant des services en réduction des méfaits à Ottawa. Elle travaille depuis un an au lieu du recrutement et depuis deux ans à un autre endroit.

Sophie

Notre troisième participante se nomme Sophie. Elle est une femme âgée de 23 ans. Sophie est présentement étudiante au baccalauréat en service social. Elle détient aussi un diplôme collégial en technique de travail social. Sophie travaille en réduction des méfaits depuis un an.

Nick

Notre dernier participant est Nick, un homme âgé de 24 ans. Il a un baccalauréat en criminologie. Nick travaille en réduction des méfaits depuis neuf mois.

2.5 Méthode d'analyse des données

La technique d'analyse des données choisie dans le cadre de cette étude est l'analyse de contenu. Les données de notre étude proviennent des verbatims, soit des transcriptions des entretiens semi-dirigés, qui sont considérés comme des sources primaires. Sabourin (2010) définit l'analyse de contenu comme suit :

« L'analyse de contenu a pour but de connaître la vie sociale à partir de cette dimension symbolique des comportements humains. Elle procède de traces mortes, de documents de toutes sortes, pour observer les processus vivants : la pensée humaine dans sa dimension sociale. Cette pensée peut être appréhendée à l'échelle individuelle ou collective et conceptualisée, notamment, dans une théorie des idéologies ou encore, une théorie des représentations sociales » (p.416).

L'analyse de contenu est une technique d'analyse des données largement utilisées dans la recherche sociale puisqu'elle « offre la possibilité de traiter de manière méthodologique des informations et des témoignages qui représentent un certain degré de profondeurs et de complexités » (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 207), telles que les entretiens semi-dirigés.

L'analyse de contenu nous permet d'être cohérents dans notre processus de recherche avec notre objectif de recherche, de notre cadre théorique des représentations sociales et de notre méthode de collecte des données, dont l'entretien. Selon Negura (2006), « l'analyse de contenu est une méthode riche et élaborée qui peut témoigner de la complexité d'une réalité nuancée et subtile qu'est la représentation sociale » (paragraphe 48).

Nous avons déterminé que notre analyse de données sera l'analyse de contenu thématique pour effectivement mettre en évidence les représentations sociales des

participants (Van Campenhoudt et Quivy, 2011). Alors que notre méthode de recherche est de nature qualitative, l'analyse de contenu thématique est définie « comme une technique de recherche objective, systématique et quantitative de description du contenu manifeste de la communication » (Sabourin, 2010, p. 423). Elle est essentiellement quantitative puisqu'elle « consiste à calculer et à comparer les fréquences de certaines caractéristiques (le plus souvent des thèmes évoqués) préalablement regroupées en catégories significatives » (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 208). La démarche de l'analyse de contenu est essentiellement quantitative, car les thèmes émergent à partir de la fréquence des caractéristiques similaires dans le discours des participants. Toutefois, le contenu de chacun des thèmes est de nature qualitative.

L'analyse de contenu nous semble comme une méthode d'analyse des données avantageuse puisqu'elle oblige « le chercheur à prendre beaucoup de recul à l'égard des interprétations spontanées, et, en particulier, des siennes propres » (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 209). En effet, les analyses se font sur l'organisation interne du discours des participants et non à partir des repères idéologiques du chercheur. Toutefois, il nous semble important de tenir en compte du fait que l'analyse de contenu thématique est difficilement répliquée. Selon Sabourin (2010),

« la réalisation d'expériences d'analyse de contenu thématique a montré que, malgré des efforts de rigueur dans la définition des catégories thématiques et dans les règles de classification des extraits, les analystes d'un même texte ne segmentent pas et ne classifient pas les extraits d'une façon identique ou s'en rapprochant, bien qu'il puisse y avoir des recoupements entre les lectures » (p.424).

Ainsi, il nous semble important que notre analyse des données soit révisée par d'autres personnes, en particulier notre superviseur de mémoire, afin de nous assurer d'avoir été rigoureuse lors de cette étape. Lors de l'analyse de contenu, nous avons suivi deux règles majeures pour déterminer où débute et finit l'unité d'analyse.

« Règle 1 : Une unité débute avec le repérage d'un thème ou d'un sujet se rapportant à l'objet d'une recherche. Règle 2 : Une unité se termine lorsque l'un des éléments de sa codification change, que ce soit le thème, le dossier, l'intervenant, l'orientation, etc. En somme, dès que le code d'une variable de l'unité change, il en naît une nouvelle » (Leray, 2008, p. 56).

Cette étape a été faite après une première lecture de l'ensemble des entretiens et après avoir pris des notes sur les aspects importants. Une relecture des verbatims nous a permis d'identifier des sections à coder. Par la suite, il a été possible de regrouper les énoncés selon les codes qui font ressortir les thèmes. La thématisation a été faite de manière ouverte et inductive, c'est-à-dire que les thèmes ont été construits selon les résultats obtenus de notre recherche.

2.6 Éthique

Puisque notre recherche implique des êtres humains, il est impératif d'évaluer les considérations éthiques de notre étude. Nous avons fait une demande éthique auprès de l'Université d'Ottawa. Nous n'avons commencé notre collecte de données qu'à partir du moment que nous avons reçu l'approbation éthique de l'institution (voir annexe H).

2.6.1 Dimensions éthiques lors de la collecte de données

D'abord, nous avons informé les participants de notre recherche des retombées positives et négatives potentielles de leur participation en leur remettant un formulaire de consentement libre et éclairé. L'entretien peut s'avérer pour le participant une occasion privilégiée de partager, dans le respect et la confidentialité, ses réflexions personnelles quant à son expérience de travail dans une approche de la réduction des méfaits. En ce sens, l'entretien est un moyen de valoriser sa parole à titre d'expert de sa propre représentation. Cette recherche donne au participant l'occasion de faire entendre sa voix et de la valider.

En ce qui concerne les retombées négatives, d'abord il est possible que ce soit la première fois pour les participants de réfléchir concrètement au sujet, pouvant créer chez eux un malaise. Même si notre recherche s'intéresse aux intervenants sociaux, nous ne pouvons pas tenir pour acquis que les participants ont déjà entrepris un processus de réflexion quant à leur travail en réduction des méfaits. De plus, le sujet de la recherche peut potentiellement susciter un certain inconfort émotionnel, notamment quant à l'observation de la souffrance des usagers. L'inconfort émotionnel pourrait être dû à la consommation passée ou présente du participant. Il se peut aussi que le participant éprouve un inconfort émotionnel en partageant des histoires de la consommation d'une personne de son entourage. Ceci est susceptible de créer un risque d'inconfort et de malaise psychologique, ainsi les participants pourraient nécessiter du support émotionnel relatif à la divulgation d'informations lors de l'entretien. Nous avons fait notre possible pour gérer les questions potentiellement sensibles en tenant compte des éventuelles conséquences négatives possibles pour les personnes impliquées. Nous avons aussi fourni des ressources

disponibles aux participants de notre recherche afin de mitiger les retombées négatives. Ces ressources sont mentionnées dans le formulaire de consentement (voir annexe I et annexe J) que les participants auront rempli avant l'entretien. De plus, l'étudiante-chercheuse qui dirige les entretiens a été en mesure d'atténuer les risques potentiels en se rendant disponible après l'entretien, dans le but d'offrir du soutien.

Selon Gaudet et Robert (2018), mener des entretiens auprès de personnes vulnérables peut causer des déséquilibres de pouvoir, ce qui est donc un enjeu éthique en recherche. Puisque la présente recherche s'intéresse à l'expérience des intervenants sociaux et non aux usagers, nous diminuons cet enjeu éthique. Toutefois, nous n'échappons pas entièrement à cette dimension éthique puisqu'il y a toujours un déséquilibre de pouvoir en portant le statut social de chercheur (Carey, 2012). L'enjeu de la relation de pouvoir est d'autant plus présent dans les entretiens étant donné qu'il est plus difficile de créer un lien de confiance lors d'une seule rencontre. D'ailleurs, il est important de se rappeler que « la personne ou l'organisme qui s'aventure à explorer ces phénomènes s'expose à la critique » (Crête, 2010, p. 288). Ainsi, nous nous sommes assuré que l'entretien ne soit pas construit de sorte à être perçu comme un interrogatoire ou une évaluation.

Alors que l'entretien peut être la source d'une relation de pouvoir, il permet aussi de mitiger le déséquilibre de pouvoir en considérant la personne comme experte de la situation (Alshenqeeti, 2014). L'entretien est l'occasion d'explorer la perspective du participant selon ses propres termes, allouant un degré de contrôle relativement élevé au volontaire (Frith et Gleeson, 2011). Il y a donc un partage du pouvoir lors des entretiens, donnant lieu à une certaine interactivité et flexibilité (Britten, 2006). Ainsi, nous nous

sommes efforcés d'équilibrer cette dynamique de pouvoir. Nous avons cherché à créer un environnement sécuritaire en promouvant un espace de respect, d'égalité et de non-jugement. Nous avons rassuré les participants, en leur disant que les connaissances/expériences qu'ils partagent avec nous sont valides et essentielles pour la recherche.

Nous avons demandé aux participants de lire et de signer le formulaire de consentement avant que l'entretien ait lieu, pour garantir une transparence avec les gens qui participent à notre recherche. Nous considérons qu'il est primordial que notre recherche respecte les valeurs du Code de déontologie des travailleuses et des travailleurs sociaux (ACTS, 2005). Ainsi, notre formulaire de consentement encourage les participants à prendre des décisions éclairées. Ceci nous permet donc de respecter la dignité et la valeur inhérente de la personne, en favorisant l'autodétermination et l'autonomie chez les participants (Ibid.) Pour ce faire, nous avons informé les participants de leurs droits de participation à la recherche et à l'enregistrement en garantissant la confidentialité des données fournies, l'anonymat et le libre consentement.

La protection de la vie privée de nos participants est une autre dimension éthique qui nous paraît essentielle à prendre en compte lors de notre recherche. Nous protégeons les informations identificatoires en attribuant des prénoms fictifs aux participants dans nos données afin qu'il ne soit pas possible de les identifier. De plus, toutes les informations identificatoires, telles que les formulaires de consentement, les coordonnées des participants et les informations sociodémographiques sont conservées dans un lieu sûr pendant la rédaction de ce mémoire. La chercheuse principale (Brienne Dorval) et son

superviseur (Lilian Negura) sont les seuls à avoir accès à ces informations confidentielles.

2.6.2. Dimensions éthiques lors de l'analyse des données

Il nous semble important de respecter le savoir des participants de notre recherche, ce qui, selon Paillé et Mucchielli (2008), est la priorité lors de l'analyse des données. Ainsi, nous nous sommes engagés à respecter la perspective des participants lors de cette étape de la recherche. Nous avons vu à ce que « la logique essentielle mise de l'avant par l'acteur est dégagée le plus fidèlement possible. Le texte produit doit permettre de faire l'expérience intime de la perspective émique [des participants à la recherche] » (Ibid., p. 92). De plus, lors de l'analyse des données, il nous a été important de prendre en compte que les données ont été recueillies dans un contexte et temps spécifique, ce qui nous permet de minimiser la déformation des propos des participants de cette recherche.

2.6.3. Dimensions éthiques lors de la conservation des données

À la fin de ce projet de recherche, l'ensemble des documents électroniques ont été transférés par Google Drive au directeur de mémoire. Les documents sont dotés d'un mot de passe chiffré que seuls la chercheuse et son superviseur connaissent. Les copies originales que la chercheuse avait en sa possession ont été supprimées de son ordinateur. Les données sont conservées dans l'ordinateur du directeur de mémoire pendant une période de cinq ans et seront détruites par la suite. L'ordinateur du superviseur de mémoire est la propriété de l'Université d'Ottawa et est muni d'un mot de passe.

L'obtention du diplôme de l'étudiante est prévue pour le mois d'octobre 2020, donc les données seront détruites au mois d'octobre 2025, constituant la période de conservation des données. Les documents papier tels que les formulaires de consentement et les fiches de renseignements seront déchiquetés par un déchiqueteur. Les données électroniques telles que les transcriptions des entretiens et les enregistrements audios seront entièrement effacées de l'ordinateur de la chercheuse.

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les principaux thèmes et sous-thèmes que nous avons identifiés au cours de l'analyse des données. Un sommaire explicatif de ces thèmes se trouve dans le tableau 2 (voir ci-dessous). Nos thèmes sont les suivants : 1) nature du travail ; 2) effet sur le travail de la consommation de substances des intervenants ; 3) représentations sociales de la consommation de drogues ; 4) conséquence du travail sur la vie personnelle. Les résultats présentés dans ce chapitre nous permettront de répondre à notre question de recherche : Quelle est l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée ?

Tableau 2 : Aperçu des thèmes émergents

<p>Thème 1 : Nature du travail Objectif de l'analyse : Identifier le sens que donnent les intervenants à la nature du travail en réduction des méfaits</p>
<p>Sous-thème : Sens attribué aux interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Surdose ○ Intervention de crises ○ Besoins de base ○ Bâtir des relations de confiance ○ Liaison avec d'autres services
<p>Sous-thème : Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ambiguïté ○ Dilemmes éthiques ○ Cohérence/consistance ○ Police ○ Deuil ○ Sentiment d'impuissance ○ Épuisement professionnel
<p>Thème 2 : Effet sur le travail de la consommation de substances des intervenants Objectif de l'analyse : Comprendre comment la consommation de substances façonne l'expérience de travail des intervenants en réduction des méfaits</p>
<p>Sous-thème : Compréhension</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Compréhension de l'effet des drogues ○ Compréhension de la dépendance ○ Avantages de la compréhension <ul style="list-style-type: none"> • Empathie

<ul style="list-style-type: none"> • Relation de confiance
Sous-thème : Désir de redonner
Sous-thème : Ouverture d'esprit
Thème 3 : Représentations sociales de la consommation de drogues Objectif de l'analyse : Explorer comment les représentations sociales de la consommation de drogues façonnent l'expérience de travail des intervenants en réduction des méfaits
Sous-thème : Deux types de consommation de drogues <ul style="list-style-type: none"> ○ Récréatif/occasionnel ○ Dépendance <ul style="list-style-type: none"> • Mécanisme d'adaptation
Sous-thème : Une personne avant le comportement <ul style="list-style-type: none"> ○ Respect de la dignité ○ L'intervenant et son pouvoir ○ Décriminalisation
Thème 4 : Conséquence du travail sur la vie personnelle Objectif de l'analyse : Saisir comment l'expérience de travail façonne la vie personnelle des intervenants en réduction des méfaits
Sous-thème : Difficulté à se déconnecter du travail <ul style="list-style-type: none"> ○ Alerte constante ○ Prendre les choses personnellement
Sous-thème : Effet sur la relation des intervenants avec des personnes de leur entourage
Sous-thème : Effet sur leur propre consommation de drogues

Les résultats de notre section d'association de mots ont été analysés ensemble avec les réponses aux autres questions de l'entrevue. Nous voudrions néanmoins souligner quelques aspects intéressants de cet exercice. Les quatre participants ont produit au total 22 mots qu'ils ont associés à la consommation de drogues. Les mots et les explications sont reliés soit à leur expérience de consommation de drogues et/ou leur expérience de travail. En effet, cet exercice nous a permis d'obtenir un premier aperçu concernant les représentations sociales de la consommation de drogues des participants.

De manière générale, lorsque les participants pensent à la consommation de drogues, celle-ci a une connotation majoritairement négative même si certains aspects peuvent avoir un côté positif. Les mots qui ont émergé ainsi que leurs valeurs sont les suivants :

Tableau 3 : Association de mots

<i>Casual</i>	+
<i>Harm reduction</i>	
<i>Naloxone</i>	
<i>Recreational</i>	
<i>Trauma</i>	-/+
<i>Numbing</i>	
<i>Escaping</i>	
<i>Pain</i>	
<i>Homelessness</i>	-
<i>Abandonment</i>	
<i>Struggling</i>	
<i>Trauma</i>	
<i>Stress</i>	
<i>Death</i>	
<i>Fentanyl</i>	
<i>Purple</i>	
<i>Dependency</i>	
<i>Fitting in</i>	
<i>Coping mechanism</i>	Neutre
<i>Complicated</i>	
<i>Partying</i>	
<i>Intravenous</i>	

Les participants ont affirmé que l'association de mots était un bon défi et qu'ils ont aimé l'activité : « *I liked the word association thing. I think that's a really great idea cause it's kind of unconscious I realized (...)* » (Nick) ; « *Ouff that was though! (...) I've never like thought to match words to my head like that in this realm (...) it got me thinking, and then that just kind of made the rest of the questions a little bit more easier to answer* » (Louis).

Bref, les résultats de l'association de mots offrent un premier aperçu lié aux résultats de notre recherche qui sont détaillés dans les prochaines sections de ce chapitre. Toutefois, nous pouvons déjà voir que les représentations sociales de la consommation de drogues sont façonnées par l'expérience de travail ainsi que l'expérience de la consommation de substances passées et présentes des intervenants.

3.1 Nature du travail

Notre premier objectif de recherche consistait à identifier le sens que donnent les intervenants à la nature du travail en réduction des méfaits. Les résultats présentés dans cette section répondront donc à cet objectif en explorant le sens attribué aux interventions ainsi qu'en identifiant les défis de ce travail.

3.1.1 Sens attribué aux interventions

Cette section sert à décrire le sens que les intervenants attribuent à leur intervention en réduction des méfaits. Les intervenants en réduction des méfaits effectuent une grande variété de tâches et d'interventions au quotidien. Dans cette section, nous présenterons le sens qu'accordent les intervenants à certaines de leurs tâches. Il est important de noter que cette section n'est pas exhaustive et ne rend pas compte de tout ce qu'un intervenant en réduction des méfaits fait pendant son travail. Certaines de ces interventions ont trait à la consommation de drogues, mais la plupart vont au-delà de la consommation et s'intéressent aux besoins des clients.

3.1.1.1 Surdoses

La tâche principale des intervenants en réduction des méfaits est d'intervenir dans des situations de surdoses : « (...) *deal with overdoses very often (...)* » (Louis). Effectivement, le site de consommation supervisée est un endroit sécuritaire pour consommer des drogues puisqu'il y a des intervenants qui observent l'état des individus qui consomment des drogues: « (...) *we bring them in and watch them, observe them use their drugs (...)* *Um monitor them, ensure that they are safe to leave, that their oxygen is fine (...)* *make sure people aren't dying* » (Claire).

Les intervenants expliquent qu'ils se sentent comme si leur travail est simplement de garder les clients en vie :

« (...) it's almost like you're a lifeguard because you're just there literally saving...keeping people alive (...) for the most part, day in and day out, people are coming in, they come into the room and they use and they overdose and you don't really...what you give to them for the most part doesn't stick to them and that's ok it's just that you're in that part of the harm reduction bubble, active use, you're literally just keeping people alive » (Louis).

En situation de surdoses, les intervenants ont des outils tels que l'oxygène et la naloxone pour inverser les surdoses :

« The daily interventions would be overdose interventions um most often we can deal with most overdoses using just oxygen so using the SAT monitor to see where their oxygen level is and giving them oxygen through a nasal prongs or a mask um if needed Narcan is obviously our big tool um calling 911 happens but I wouldn't say regularly. » (Nick)

Les intervenants sont reconnaissants des outils qu'ils ont pour sauver la vie des clients: *« They're great. They're fabulous. They're life saving » (Claire); « Oh the miracle... the miracle of naloxone yeah I just ... we ah I've... it reverse uh opioid overdoses and its um brought back a lot of really amazing people and it's just such a cool, cool thing to have and I'm just so grateful for it » (Sophie).*

Les intervenants sont conscients du risque que prennent les clients pour atteindre le degré de sobriété recherché :

« Uh some of them are fine with it others are just like you know "I wanna die" you know? So like they have to do a certain amount to get the rush that they want, you know? If they do less, it doesn't give them what they want they need just enough, right before they overdose that's the rush, any more and they're gone and any less they don't feel it so a lot of them don't care, but at least they're here so we can save them after » (Claire).

Toutefois, les intervenants doivent parfois gérer des réactions intenses des clients à la suite d'une surdose, ce qui est émotionnellement difficile pour eux:

« I get frustrated (giggle) because if they want to die their coming in here and they know we have to save your life and then we get yield at, I've been called all...I've narcaned people cause they where blue they just stopped breathing and then I've been yelled at called every name under the sun because they came here to get better and now there leaving sick, right? But they don't understand that it's my job, I can't let you just die right here, you know, so I tell them "you were blue, you weren't breathing" but they don't know that they don't see that so they get mad » (Claire).

Alors que l'intervention en situation de surdose peut générer de multiples émotions chez les intervenants, il semble que ce soit tout de même un aspect qu'ils apprécient de leur travail, d'être en mesure de sauver la vie des clients : *« Short term you know when someone's not breathing and you get them breathing again (...) Yeah they're alive, they didn't die...this time » (Claire).*

3.1.1.2 Interventions de crise

Les intervenants en réduction des méfaits rapportent aussi effectuer des interventions de crise :

« Okay um we do a lot of crisis intervention a lot of people that come in have a lot of traumatic things that have happened to them and thankfully we are that safe space for them so they feel safe coming into the centre to look for support um cause a lot of times people don't have homes or don't have anywhere else to turn to so um as their health care provider a lot of people feel safe coming to us so often we provide informal crisis counselling cause as harm reduction workers its not necessarily part of our job description, I'm not too sure » (Sophie).

Les intervenants interviennent auprès de plusieurs personnes ayant des troubles de santé mentale. Ils effectuent des interventions en santé mentale, notamment pour le suicide : *« Um all sorts of interventions, like a lot of suicide interventions, a lot of contracts to ensure that they come back, that we see them the next day » (Claire);*

L'intervention de crise la plus courante pour les intervenants en réduction des méfaits est de gérer des comportements problématiques. Voici des exemples de situations que doivent gérer les intervenants et comment elles les affectent :

« Uh behavioural challenges, client behaviours. (...) Um well if a client is in great distress and um mentally not well or they haven't taken their medication and they can become violent, yell at you, spit at you, you know. They tell us that we're only here for the money, we don't really care...um that's harsh » (Claire).

« By law people can't buy or transfer drugs inside the building but that doesn't mean that right outside on public property that they can't do it there so it's all walks of life that show up in the afternoons and you know depending on what time of the month it is, if people have money or if, if they don't um drug quality, you can see people getting super, super intoxicated outside the building, inside the building, you can see fights happening, you know? There can be assaults, there can be all types of things happening in the day, it's really a place of work where not one day is similar to the next. Um you know one day you'll have people making a sex transaction in the washroom so that they can score drugs, the next you'll be in the washroom because someone overdosed in there. Um you'll have people three or four people overdosing at the same time inside the safe injection room, you know? You'll have to have all hands on deck dealing with that so you won't be able to regulate people dealing drugs or you know, potentially overdosing out on our lobby area or outside in our main foyer or outside in the street area um it can be though some days you know » (Louis).

Les intervenants ont signalé que les clients font souvent des demandes irréalistes auxquelles les intervenants essaient de répondre comme ils peuvent et avec les moyens qu'ils ont :

« Um there are the challenges that just come with what we do, I mean we're dealing with people that can be very high which means that they're not completely reasonable or demanding things that we can't do. Um because we are a lot of people's first contact and because there's just a lack of resources for homeless people and for people who use drugs in general a lot of times clients are asking us things that we're simply not here for or can't provide or shouldn't provide » (Nick).

Les intervenants utilisent la désescalade pour gérer les comportements problématiques des clients. La désescalade semble être plus efficace lorsqu'une relation de confiance est déjà établie :

« (...) I've gotten to know a lot of people they got to know me, my style and how I operate so there's like a mutual respect that I have with a lot of uh people that access our services so a lot of the time I don't have to do much when...if they do get agitated or have something going on because I'm... we've kinda been working to building trusting relationships with people so they, they kind of trust our judgment (...) there's been a lot of time I've been able to provide a calming presence for people and I think that sometimes that can de-escalate cause a lot of these folks have like a bunch of different things going on, along with their substance use, sometimes people have different mental health issues that may or may not be diagnosed or may or may not be managed at that time so like I was saying before the ongoing trauma that people experienced a lot so there's just like a lot of things going on in people's lives day to day that they just need a lot of care... a lot of the people just need a lot of care and listen and hangout, treat them like people and yeah that's what I try to do yeah I just try to talk to them like their humans and uh it's amazing what that does it's quite a positive experience » (Sophie).

La désescalade est même une force pour certains intervenants, comme Louis :

« I find it fulfilling to be able to go into a situation where a lot of people might think that "shit this is going to turn into something ugly" and being able to talk it down. I find that, that comes with a lot of practice of, instead of talking to people or talk or talking at people, it's talking to them and listening to them. A lot of times when people are super escalated, if you just look into their eyes and tell them to...that you're listening to them or that you hear them, their demeanour changes (...) So that's definitely, yeah, my place, my place is the more high conflict, more high intensity places I like being there and just, just being real » (Louis).

3.1.1.3 Besoins de base

Les tâches principales des intervenants en réduction des méfaits, en particulier dans un site de consommation supervisée, sont reliées à la consommation de drogues. Cependant, les intervenants ayant participé à cette étude ont aussi signalé qu'ils s'intéressent aux clients de manière holistique et, dans ce sens, veillent à combler les besoins de base des personnes qui utilisent les services :

« Um, people come in, you know, having bad days because they haven't slept or haven't eaten in days. You know, you sit and talk with someone and you find them food, you find them shelter. Um, someone might not have been wearing shoes or adequate clothing. So you get, you

know, on the phone or you go and look into the donation closet and you find, you know, find people, you know, clothing or footwear so that they can get on with their lives (...) » (Louis).

Puisque les intervenants voient les clients sur une base régulière, ils peuvent avoir des discussions au sujet de leurs besoins et essayer du mieux qu'ils peuvent à les combler : « (...) *Asking if they've gotten sleep, have a place to stay, checking in with them cause we see them so often you get a sense of their baseline, if they need some help, safety concerns, food, water, anything » (Nick).*

3.1.1.4 Bâtir des relations de confiance

Une autre partie importante du travail des intervenants en réduction des méfaits est de bâtir des relations de confiance avec les clients : « (...) *building relationships with those clients is the biggest thing » (Nick).* Pour ce faire, les intervenants pratiquent avec les clients de l'écoute active : « *I do a lot of listening (...) » (Claire) ; « (...) my primary focus is to just listen to the people, which I think is just what harm reduction is (...) » (Sophie).* Les intervenants essaient aussi de rencontrer les clients là où ils sont :

« (...) we really try to engage people in like positive connexion and connecting them to health care and medical stuff but really trying to meet people were there at. So if someone is in a bad mood and they need to get wound care done because of a prior conversation we had the day before, I'm gonna try to take that into consideration and not poke and prowl and you know just listen to where people are at um so a lot of my job is just talking to them, talking to people, listening to them (...) » (Sophie).

Les intervenants considèrent qu'il est important de fournir du soutien et de l'amour aux clients : cela permet d'instaurer une relation de confiance authentique. Par conséquent, les clients savent que les intervenants en réduction des méfaits sont là pour eux et prêts à

les écouter : « (...) *and provide them with the love and support that they need to go out and be there for them if they need to come back for treatment... we're here, you know?* » (Claire).

Les intervenants ont aussi rapporté que bâtir ces relations de confiance avec les clients est l'un des aspects les plus satisfaisants de leur travail :

« I'm given the gift of sitting down with people in the CTS and getting to hear some like amazing stories and I get to see the best and worst parts of people cause they come in everyday usually um in good moods and in bad moods, after terrible things have happened or just having a regular day so... yeah it's opened my eyes a lot to um what's really going on in people's lives on the streets right now and people like, the people I get to meet I just feel really lucky because um I get like the inside scoop almost because I get to know them » (Sophie).

3.1.1.5 Liaisons avec d'autres services

Alors que le rôle des intervenants en réduction des méfaits est très diversifié, il y a aussi des limites dans ce qu'ils peuvent offrir aux clients. Dans ce sens, les intervenants rapportent qu'ils servent de ponts entre les clients et d'autres services :

« (...) a lot of them are frequent users so coming in contact with us often we can offer to be a very good point of contact with the system, if you will, like just in general, so if they need housing, if they want...just information on detox programs, how to get there, how to get to the hospital, how to get ID's done, a lot of it can be so random but were you know their only point of contact or at least their most comfortable point of contact so its an easy spot for people who use drugs to take steps whatever they need to get in order in their life » (Nick).

Les participants à notre étude ont dit que le fait d'être en mesure d'offrir de l'aide concrète, tel que d'aider un individu à recevoir un service est l'un des aspects les plus satisfaisants de leur travail :

« My biggest satisfaction would be when I get to help someone kinda move forward. Our role here is not to help them get off drugs but that's something that comes up, where the people that they come up to regularly if they are using drugs daily and some of the satisfying thing is when someone is getting off drugs or if it's getting them housing or meeting other basic needs, when someone realizes 'look I really need help with this' and I'm able to actually help them whether it last or not at least I can show them that someone is caring and help them out and go from

there, sometimes it's just that first step that some people need to get some stuff back in order » (Nick).

Les intervenants apprécient aussi lorsque d'anciens clients leur rendent visite et leur disent que leur aide a été bénéfique pour eux : « *When someone's come back to me and say they're clean and they've gone through treatment and they say thank you so much for making me feel worthy, listening to me, telling me that I'm good enough, that I can do whatever I want, that's the best* » (Claire).

3.1.2 Défis

Le travail des intervenants en réduction des méfaits est constitué de défis. Les défis qu'ont rapportés les participants sont présentés ci-dessous.

3.1.2.1 Ambiguïté

Puisque le rôle des intervenants en réduction des méfaits est relativement nouveau, notamment dans les sites de consommation supervisée à Ottawa, les intervenants doivent gérer avec de l'ambiguïté dans leur travail :

« (...) because safe injection site because the harm reduction worker role is so new that a lot of stuff just hasn't been like worked out or thought of cause then ground breaking rule so we're left to kinda fill in those gaps which can be fun or you know lack...you kinda have to make your own rule but then that comes with a lot of stress and if your colleagues or everyone is not on the same page between staff and management there's like a lot of things to work out. So it takes a lot of patience to go through those things and not get too frustrated and focus on working them out rather than frustrated with them » (Nick).

Pour certaines situations, il y a des règlements clairs et précis. Par contre, plusieurs situations se trouvent dans une zone grise :

« That one there is a ruling on it but there's a lot of small things like that, sometimes there is a rule for or for some reason like the dealing one has to do with

our ability to get a permit from health Canada, there's other small things kinda just grey zones um sometimes staff just have to come up with decisions on like these ethical dilemmas um driving is one that came up recently » (Nick).

Lorsqu'une nouvelle situation se présente, l'équipe doit la gérer du mieux qu'elle peut.

Cette ambiguïté est à la fois une source de stress et peut causer des conflits entre les intervenants :

« The stress... I mean the biggest one is if everyone is not on the same page or there's just a situation that's kinda new and we're trying... different people have different opinions, so if more people are pushing towards what you think is wrong or ethically or personal safety, employee safety or just being managing to continue doing whatever sustainably, that can cause a lot of stress and like conflict between the coworkers or like between workers and management so you have to be able to deal with that and not let it get to you or take it personally » (Nick).

3.1.2.2 Dilemmes éthiques

Les dilemmes éthiques peuvent être une source d'ambiguïté et d'incertitude pour les intervenants. Les participants à cette étude ont donné des exemples de dilemmes éthiques qu'ils ont vécus et continuent de gérer dans leur milieu de travail. D'abord, il y a des dilemmes éthiques reliés à la consommation de substances, puisqu'il y a de la consommation active dans le site. Nick a parlé d'un dilemme, soit d'entendre des clients parler entre eux au sujet des substances :

« (...) there's an ethical line of if I just hear them talking is that a problem, well there's no crime being committed just talking, if I say 'I'm really uncomfortable with you guys just talking about that' does that make them uncomfortable and makes them not want to come back cause they feel I'm judging them, the point of this it's supposed to be kinda a judgment-free zone we're here to help you. So that's just like one ethical dilemma on what's okay to talk about what am I okay with hearing about on property again we're all here because we understand people who use drugs and we want to make sure they use them safely, well by nature to use drugs you have to acquire drugs but we don't permit drug dealing anywhere on the property or in the room it's a big no for us if you're caught dealing drugs by any staff or suspected of we ask you to leave and you're paused of service and can't access services here so that's like another ethical dilemma » (Nick).

De sont côté, Claire a abordé le défi que posent les règlements par rapport à l'aide que les intervenants et les infirmiers peuvent donner au site de consommation supervisée :

« Yeah um yeah we can't touch the substances so sometimes the nurses will flag but like we can't inject it, right? But if someone needs help we can't really touch it or if they can't cook it properly, that's hard because technically were not allowed to but it would be helping them if we could just, you know, help cook it, if they're blind right, or only have one arm or one hand, you know, they can put the needle in [the nurses] but we can't push it down so it has to be a spot where that person can reach and push the syringe in so if the person is disabled it makes it a little more difficult » (Claire).

Un autre dilemme éthique que rapportent les intervenants est relié aux besoins humains des clients. Sophie a exprimé qu'elle trouve ça difficile d'empêcher les personnes d'entrer dans l'édifice, par exemple lorsqu'il fait trop froid ou trop chaud dehors :

« Well, my least favourite one is when it is winter and same goes for summer time and people don't have anywhere else to go and it is either freezing cold or at risk of heat stroke and we don't have the ability to like help everybody or save everybody from that and um like in the winter we can only have a certain amount of people in the building (...) so like having to balance the policies and protocols and also like not feel like a terrible human being for saying 'no you have to wait outside in the cold', you know? Um when you know that that's just going to deter people and they're probably just going to leave because they rather just go somewhere else to use » (Sophie).

Claire a déclaré qu'elle trouve ça difficile de refuser l'accès aux salles de toilettes, puisque c'est un besoin humain et que les clients n'ont pas tous un logement : *« So it's hard um when it comes to human needs that's where it's difficult like if we don't have bathrooms working, which often is the case, it's hard to say no I'm sorry you just have to go on the streets, you know? » (Claire).*

Un autre dilemme éthique que rapportent les intervenants est relié à la consommation à l'extérieur de l'édifice où se situe le site de consommation supervisée. Nick a expliqué qu'il y a souvent une demande plus grande que la capacité du site. Les

intervenants se questionnent parfois, à savoir s'ils devraient surveiller la consommation à l'extérieur de l'édifice :

« (...) we have a limited resource so you can only have five people using drugs at a time...well if it's a nice day and there's lots of drugs around and you have fourteen people outside that want to use drugs at one time, we cant accommodate them all so a conflict would be well do we monitor people outside and do we respond to emergency outside. If we do what effect does that have on the clients, I mean it's a good thing obviously like if they need help you want to help them but then that might set a precedent that we are monitoring outside or that might send a false sense of security for the clients that will say 'oh we'll just use outside, there's no point of coming in the building' when realistically it really isn't as safe outside, we don't have the same capacity to monitor, we don't have the same [inaudible] as inside so finding that balance, okay we want to help as many people as we can but we also don't want to overextend ourselves so and I mean that directly affects what kind of service the clients are getting » (Nick).

De son côté, Sophie affirme recevoir des commentaires de clients qui peuvent susciter chez elle des dilemmes éthiques :

« I've had a lot of times where I tried to have a discussion with somebody um because of like their behaviour or something like that and if I end up deciding with the team that we need to pause that person from services for day or something, sometimes they will say stuff like 'ok I'll go use outside and overdose and that's gonna be your fault because you're not letting me come in' or something like that. And that's a HUGE moral ethical dilemma in my heart because I'm just like okay well I would rather you use in here regardless of how you behave but I understand the rules and I understand there's a reason for that stuff so it sucks cause um there's not much you can do for that kind of stuff and people are hurting and people are in pain and stressed out and it's um you can't really do much about it (...) » (Sophie).

Bref, les dilemmes éthiques sont pour les intervenants une grande source de stress, plus précisément quand ils doivent gérer l'ambiguïté quant aux frontières entre les besoins des clients et les règlements du site.

3.1.2.3 Cohérence et consistance

Les intervenants rapportent que l'ambiguïté et les dilemmes éthiques ont des effets négatifs sur la cohérence et la consistance dans l'offre des services. L'équipe d'intervenants en réduction des méfaits est très grande et est constituée de personnes ayant diverses expériences de vie et divers niveaux d'éducation. Puisqu'il y a de l'ambiguïté dans ce type de travail, les intervenants doivent souvent prendre des décisions spontanées, ce qui vient affecter la consistance dans l'offre des services. Cet aspect est vu négativement par les intervenants, car ils veulent être en mesure d'offrir un espace sécuritaire et de l'encadrement pour les clients :

« Um I find it affects not only the staff but also the client. And the number one thing it affects is consistency. Um we are supposed to be very consistent. Uh because we are dealing with populations who don't have consistency we are kinda known as a hub for being a safe spot or you know giving people a safe place um but that being said if that safe place isn't consistent it goes from being safe to being unsafe once again. Uh one worker might allow somebody to do something and another worker might not and that in turn can be negative for the workers just as much as it can be for the clients (...) our role is a very interesting and difficult one because we are to balance in between that fine line between being approachable and professional. At the end of the day, um, we're, we're at work. Um, we're not at home, we're not socializing, we're not hanging out. Um, in order for our program to work there are mandates that we are to follow and if we're not following them to a T, I think we're putting all of ourselves at jeopardy, so staff and, and clients. So that's why I think it's so important to have consistency » (Louis).

Cette consistance est d'autant plus importante puisque les intervenants travaillent dans un milieu où il y a de la consommation ouverte. Les clients méritent un endroit sécuritaire et consistant :

« (...) especially considering that you're also dealing with people that are high at, or their minds, like within feet of you. So it's a very challenging environment. Um, but I do think that consistency is so key. Um, these people, yeah, these clients that we serve have the most inconsistent unstable lives. If we could give them anything to make them feel safe, I think that consistency is that. Um, and, and you know what, like from having spoken with many clients, clients would rather have someone who is strict to them all the time than have someone who can be nice

some days and not so nice some other days, because that's not fair. They're not into our place for a friend they're coming into our place for someone who they can rely on and they can depend on. And I think that that's where consistency is so important » (Louis).

3.1.2.4 Police

Un autre défi qui est aussi un facteur de stress pour les intervenants en réduction des méfaits est la présence de la police. Offrant des services pour les personnes qui consomment des drogues, les intervenants ont souvent observé des interactions inappropriées entre des policiers et des clients. Par exemple, les intervenants ont remarqué des comportements inadéquats de la part des policiers, tel que l'utilisation de la force alors que ce n'est pas nécessaire. Les intervenants peuvent donc se sentir mal à l'aise de faire appel à la police, car ils ne veulent pas que ces mauvaises expériences se reproduisent. Les intervenants font donc appel à la police avec prudence :

« Um, a lot of issues with policing as well um we've had issues with police were when they do show up, um... I've experienced or witnessed um an officer um, using force towards a client when it was very uncalled for and that makes me feel wary to call the police now even if we need to, you know? Um which is something I've tried to figure out with my supervisor because like you have to call it for people's safety and there's a lot of people to consider instead of just the one person but then also like the police should be doing their job and not putting the people at risk and you know there's just a lot of that kind of stuff. You think you should be able to count on the police to show up and help and they do the complete opposite. And then I always have like second thoughts because I'm like well what if that same police officer shows up, you know? And what if someone gets hurt because we called and they happened to be here and they show up and they get arrested for something you know? Because sometimes it's not even the people that are involved in the incident that your calling the police for who get kind of um spoken to by the police it's sometimes just whoever is in that area, so yeah » (Sophie).

Comme le but des services en réduction des méfaits est d'offrir des services à des populations difficiles à rejoindre, la présence de la police éloigne les clients. Pour cette raison, les intervenants ne veulent pas attirer les policiers dans les lieux :

« (...) because of the pandemic at the moment... we can only have a certain amount of people in the building at one time so obviously those people would have been inside but a lot of them are hanging out outside cause it's nice outside and they don't have homes. So people have been calling the police and they've just been hanging out in their cruisers and telling people to leave um from these spaces where they normally spend time in right across from our centre which is really important to be at so we can respond if we need to. Anyway, we've had a really low traffic for the last week because of the increase in police presence because people are scared and people don't want to get charged for small drug possessions and they're supposed to be able to access supervised consumption services and harm reduction services and there's police right outside I don't think anybody would want to go...intentionally go to a space where police are located if they're going for something drug related, you know? » (Sophie).

La police est donc une source de stress pour les intervenants en raison de la manière dont certains policiers interagissent et traitent les clients ainsi que le fait que la présence de la police éloigne les clients du site de consommation supervisée.

3.1.2.5 Deuil

Un autre défi que rapportent les intervenants en réduction des méfaits est celui de faire face au décès de clients. Alors que les intervenants observent la consommation de substances dans le site de consommation supervisée pour être en mesure d'intervenir dans des situations de surdose, les surdoses surviennent quand même à l'extérieur du site. Les intervenants doivent donc composer avec la mort :

« Yeah, yeah...um yeah working in this field, I don't think I was really prepared for the amount of death I was going to experience. Um because regardless of having supervised consumption sites not all of them are open 24/7 and not all of them are accessible to everybody so there's like... there's people that fall through the cracks, you know? » (Sophie).

Il est d'autant plus difficile de composer avec le décès de clients que les intervenants connaissaient, ayant établi avec eux des relations de confiance : *« So there's a lot of people*

that have passed away that are really special and that we got to know and that were really well loved in the community and it leaves a huge hole in the community (...) » (Sophie).

Les intervenants rapportent qu'ils n'ont pas le temps de vivre le deuil des clients puisqu'ils doivent continuer à répondre à des situations de surdose :

« (...) there's not really much time to stop and grieve or even think about it because you have to keep responding, you know? So I think the community is feeling that and all the people who use drugs are losing their friends and don't have time to stop and grieve and think about it because their lives are so fast paced and there's just so much to worry about all the time and then they lose another friend, you know? So there's been a lot of times that death is associated with drugs that are going around right now and yeah it doesn't need to be that way so it's very frustrating » (Sophie).

Les intervenants rapportent que cet aspect du travail est difficile émotionnellement, en particulier avec les pertes cumulatives : *« So that's a really tough part of it cause it's not just oh this person is having a bad day, that's not where all the stress is coming from its like getting an email 'notice client's death' and you get them like a few times a week sometimes, you know? » (Sophie).* Les intervenants ont aussi rapporté qu'il y a eu une augmentation de décès de clients lors de la COVID-19: *« (...) Unfortunately we work in an environment where people pass away and um now with Covid more recently than not we've had more clients passing away so that can be emotionally draining to the workers, right? » (Louis).*

3.1.2.6 Sentiment d'impuissance

Les intervenants ont rapporté vivre un sentiment d'impuissance dans leur milieu de travail. Ils espèrent que les personnes qui consomment des drogues, surtout par voie intraveineuse, viennent se servir des services offerts par le site de consommation supervisée et espèrent que les clients reviennent. Toutefois, comme les surdoses

surviennent aussi à l'extérieur du site et des heures de services, les intervenants ne sont pas en mesure d'intervenir dans ces situations :

« (...) it's kinda a powerless position to be in cause you just sit in there hoping for the best and hoping that people show up and making a safe place for people to come to but you can't force them uh and I can't do anything to impact the outside forces that impact the people that access our services either so I can't save them from the rest of the world you know? (...) there's a lot of stuff that happens beyond the hours of when our CTS is open um that we don't have control over so [sigh] it's quite overwhelming, uh yeah, haha » (Sophie).

Les intervenants disent partager ce stress et ce sentiment d'impuissance avec d'autres personnes présentes dans la vie de consommateurs de drogues. Comme il n'y a pas beaucoup de solutions viables pour les personnes qui consomment des drogues, les décès se multiplient dans la société. En intervenant en situation de surdose au quotidien, les intervenants signalent qu'ils se sentent comme si leur contribution est minime devant l'ampleur du problème de la crise des opioïdes :

« There's a lot of stress for everybody who uses drugs, who love people who use drugs, related to them, live with them, know them or impacted by drugs at all um because there's just not a lot of positive solutions out there, it just seems very bleak because people keep dying um (sigh) there's a lot of stress especially reversing overdoses frequently...cause it feels like never ending (...) the stress that we feel or that I feel um just trying to make a tiny dent in this massive, massive issue of the overdose crisis right? So there's just a lot of different factors that contribute to it but there's a heck of lots of stress » (Sophie).

Le sentiment d'impuissance des intervenants provient aussi du fait qu'ils voudraient sauver tout le monde. Ils tiennent à cœur leur rôle et sont dédiés à leur mission d'aider, sauver et protéger leurs clients :

« So I think that the work we do is really important in trying to like take care of them and make people safe and make them feel loved and supported but like where only a tiny little centre and can only do so much in people's lives when they're not in here all the time and where only open for so long, you know? So like, like I've said many times I can't keep people safe from the rest of the world but try to do

your best to let people know that they're loved and appreciated cause a lot of the time I don't think they feel that way » (Sophie).

Le sentiment d'impuissance provient aussi du fait que les intervenants sont limités dans ce qu'ils peuvent faire pour les clients. Étant donné que les clients viennent pour consommer, les intervenants sont principalement là pour offrir du soutien pendant leur consommation et durant les effets adverses que peut entraîner la consommation :

« (...) I find myself usually being a floater or being in the injection room and I find that being in those two environments is really seeing people in active use and there really is nothing one can do about it you're just there to support them in their brief crisis and in their overdoses (...) » (Louis).

Les intervenants sont avec les clients pour une courte période de temps donc ils se sentent limités dans les services qu'ils peuvent fournir. Ils aimeraient être en mesure d'offrir plus de services sur les lieux pour les clients et avoir plus de temps avec eux pour les connaître davantage et pour mieux les aider concrètement :

« Uh rather than just being kinda come in and do your thing and go out cause I, I, I appreciate and love the idea of keeping people alive and safe but I would also be nice to get to know people on a more one on one basis where you can really get things done for them that they can really benefit from » (Louis).

Les intervenants défendent la cause de la réduction des méfaits ainsi que les droits des personnes qui consomment des drogues. Quand leurs revendications ne donnent pas de résultats, ils ressentent de l'impuissance. Ils ont l'impression que le reste du monde est contre ce type d'intervention, que les gens ne comprennent pas. Ceci est donc vécu comme une situation accablante, qui est une source supplémentaire de stress pour les intervenants :

« I think a lot of the challenges come from trying to advocate for the existence of harm reduction and trying to advocate for people who use drugs and their right to survive and to have a decent quality of life (...) it kind just feels like the rest of the world is against them almost and it's really unfortunate because I just wish that everybody could just be like a fly on the wall and just like sit in the CTS and just get

to like experience what we experience everyday um but I know that's not going to happen so yeah that's a source of stress, it's just feeling like um nobody cares basically and kinda a huge uphill battle to fight um constantly reversing overdoses and making sure people have Narcan, you do all you can to keep people safe but ultimately there's a lot of different factors that um come into play that lead to people passing away a lot of the time and um there's not a hole lot you can do to stop all of that which I was saying before. But I think that... it's just like an overwhelming like structural issues that individual frontline workers can't fix so uh that's a major stressor for sure » (Sophie).

3.1.2.7 Épuisement professionnel

Comme il a été mentionné précédemment, la nature du travail des intervenants en réduction des méfaits est une source de stress. Il est important de reconnaître que ce travail peut mener à l'épuisement professionnel. Les intervenants signalent très peu d'aspects positifs dans la vie des clients :

« Unfortunately we don't see a lot of the positives because when people are doing well they don't show up often because people who do show up are showing up so they can use um which is awesome because I'm glad that they're accessing our services. However, if people are reducing their use or they stopped using anything like that, that's good for them but we don't really get to know that haha most of the time because we don't get to see them so we don't know what's going on so we just hope for the best really. So yeah... there's a lot um there are a lot of positives but we don't see them super often to be honest » (Sophie).

Les intervenants trouvent leur travail difficile, notamment quand ils sont témoins de la souffrance humaine au quotidien :

« Things like vicarious trauma things like that you experience them a lot more often cause you're really with people at their toughest and the their best moments in their life you know because some people will get their good high where they will be having a great time and the you also have people that are depressed and will purposefully overdose repeatedly in one day » (Louis).

Les intervenants rapportent qu'il y a un roulement du personnel au sein de l'équipe. Ils n'ont pas le temps de gérer les fortes émotions vécues au travail, ce qui peut avoir des effets négatifs sur leur bien-être :

« (...) a lot of people are like loosing steam and we've had a lot of people move on to different jobs um because there's a lot of like grief and a lot of pain and not a lot of time to deal with that. Um and I think even for management, I think management has a lot of things to do and stuff on their plate that they have time to focus on that... makes it so that frontline workers don't get um like the relief that they might need or like the check-ins that they might need and I think that probably happens at a lot of different agencies. It just uh kinda feels like you're thrown into the trenches sometimes and um that can leave to like people bickering, all the frontline workers bickering at each other and misplacing their grief and their anger at each other or um that's also impacts how people interact with the clients too » (Sophie).

Les intervenants ne reçoivent pas assez de soutien au travail et doivent donc gérer les émotions fortes par eux-mêmes :

« (...) it feels kind of isolating actually cause there's a lot of um like compounding grief and a lot of stress that kinda just sits inside of you and you just have to find a way to distract yourself from it and move along from it whatever that means um yeah, yeah it's quite...it's an emotional job haha it's definitely an emotional job » (Sophie).

De plus, les intervenants se sentent seuls dans leur douleur puisque ce n'est pas un sujet qui est discuté ouvertement au travail : *« Well I think it just like...everyone it's, it's hard to talk about because nobody really talks about it because people get upset or it's like not the right time and place cause it's like the workplace and you don't want to get all emotional or uh there's no time (...) » (Sophie).*

Les intervenants croient qu'il serait nécessaire qu'ils aient accès à du soutien afin de diminuer l'épuisement professionnel et le roulement du personnel :

« Uh I just wanted to emphasize the importance of like support for people who work in front lines um the uh majority of people I know who work in any of the sites in the city um aren't provided with like free or low cost counselling services other than the Employee Assistance Program which is not quite the same but um I think it's very necessary to keep this line of work going uh um is to like make it sustainable and provide support for people who are doing the work (...) Because a lot of people burnout and it's really hard to keep seeing people die you know and then just like continue with your work » (Sophie).

3.2 Effet sur le travail de la consommation de substances des intervenants

Notre deuxième objectif de recherche est de comprendre comment la consommation de substances façonne l'expérience de travail des intervenants en réduction des méfaits. Les résultats présentés dans cette section répondront donc à cet objectif. Pour commencer, nous présenterons un profil sommaire de la consommation de substances des participants.

En tant que vendeur de drogues, Louis vivait une vie de fête puisqu'il avait beaucoup d'argent. Il consommait différentes drogues, dont la cocaïne. Dans un moment de sa vie, il s'est retrouvé sans abri. À la suite d'un événement traumatisant, il a développé des troubles de santé mentale : le stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression. Louis a travaillé dans le domaine de la construction. Il dit avoir vécu la vie typique d'un gars en construction : « *For me, it was just go to bed drunk, wake up, smoke a joint, go to work and...like I had just that simple routine. And that's what I thought life was* » (Louis). Par la suite, il a rencontré une intervenante qui a changé sa destinée. Il a travaillé avec elle durant trois ans. Louis a arrêté de consommer et a décidé de retourner aux études.

Claire est devenue dépendante aux opioïdes à la suite d'un accident, car elle prenait des médicaments antidouleurs pour sa blessure au dos. Sa dépendance l'a menée à vivre en tant que sans abri et elle a développé des troubles de santé mentale. À l'aide de la méthadone et d'un programme de réadaptation, elle s'est remise sur pieds. Aujourd'hui, Claire continue de fumer de la marijuana pour gérer son anxiété.

Sophie est en rétablissement d'une dépendance à l'alcool. Elle est sobre depuis cinq ans. Sophie a grandi avec des parents en rétablissement et ayant des troubles de santé mentale. Elle a consommé de l'alcool pour la première fois à l'âge de douze ans : « *I remember just like loving it (...)* ». Il y avait beaucoup de stress au sein de la famille et ses

parents étaient très préoccupés par leurs propres problèmes. Sophie souffrait de solitude et de dépression. L'alcool lui permettait de s'échapper de sa réalité et de se sentir mieux dans sa peau. Elle s'est mise à consommer de l'alcool seule et durant la journée. Sa dépression s'est aussi aggravée, elle s'automutilait et a fait quelques tentatives de suicide. Sophie rapporte avoir été prise dans le cercle vicieux de la consommation d'alcool. Quelques années passées, elle a joint un groupe des 12 étapes et a pris la décision d'entreprendre un processus de rétablissement. Sophie a réussi à maintenir l'abstinence depuis ce moment, avec beaucoup de travail sur soi et de la thérapie.

Nick considère sa consommation de substances comme étant récréative. Il a commencé à consommer des drogues, telles que l'alcool et la marijuana, pendant ses années à l'école secondaire. Au courant de ses études universitaires, il a expérimenté d'autres drogues en format de pilules, notamment des hallucinogènes. Selon son expérience, les drogues peuvent être plaisantes et permettent de changer l'état physique et mental positivement.

Bref, les participants à notre recherche ont vécu beaucoup d'expériences, que ce soit de la dépendance, la consommation récréative, des troubles de santé mentale ou du rétablissement.

3.2.1 Compréhension

Les participants à cette recherche ont connu l'expérience de consommation de substances. La consommation passée ou présente leur permet une meilleure compréhension de l'effet de la drogue et de la dépendance, ce qui façonne leur manière d'intervenir.

3.2.1.1 Compréhension de l'effet de la drogue

Or, Nick considère sa consommation de drogues comme étant récréative. Selon lui, la compréhension de l'effet de la drogue est bénéfique pour son travail puisqu'il comprend mieux ce que vivent les clients :

« So I think that um drug use is an asset to working in harm reduction not a requirement because I know some harm reduction workers that have almost no drug use history that are great harm reduction workers but having the knowledge of what it's like to be high, what you feel, what it kinda brings out in you is just a great way to relate to what people are experiencing when they are in our facility using drugs. So when you see a specific behaviour it becomes easier to attribute it to the drug or maybe mental health state or something else » (Nick).

Alors que Nick considère sa consommation de drogues comme un atout pour son travail, il rapporte que ce n'est pas une nécessité, car quelqu'un qui ne consomme pas de drogues peut quand même être un très bon intervenant. Il faut cependant que les intervenants soient à l'aise avec la consommation active des drogues pour travailler dans ce milieu. D'ailleurs, il se considère privilégié d'avoir une consommation légère comparativement à d'autres intervenants :

« I think that my drug use... I think it's also a benefit compared to some other workers of not having too much of a history of drug use, um cause I think that at some point it can be hard if you see yourself too much in the clients just like any job that you kinda personalize it can be hard to draw some boundaries » (Nick).

Toutefois, il admet que ce n'est pas aussi clair que ça, car il connaît aussi des intervenants avec un historique de dépendance qui sont des intervenants fantastiques. Bref, la compréhension de l'effet des drogues peut être bénéfique pour le travail en réduction des méfaits, mais ce n'est pas une condition nécessaire.

3.2.1.2 Compréhension de la dépendance

Trois de nos participants ont vécu la dépendance d'une substance à un moment de leur vie. Donc, en ayant une expérience de dépendance, ils sont mieux en mesure de comprendre ce que les clients vivent. Claire soutient qu'avant d'avoir vécu la dépendance, elle n'avait pas la compréhension du vécu des consommateurs de drogues : « (...) *I didn't understand, I didn't realize, I didn't know until I went through it myself and then I realized that you can really get sucked in and it's not easy to get out* » (Claire).

Les participants ont aussi une meilleure compréhension de ce qui vient avec la dépendance, par exemple le rejet et le sans-abrisme : « *so that's why I have compassion and understanding of why I went into this field because I know what it's like to be on that side I've been homeless and I've been addicted to drugs and I've been rejected (...)* » (Claire). C'est donc par cette compréhension et cette expérience de consommation de substances que certains décident de travailler auprès de personnes qui consomment des drogues.

D'ailleurs, quelqu'un avec de l'expérience vécue et ayant passé par le rétablissement s'entoure de gens ayant un cheminement similaire. Donc, cette compréhension provient aussi de nombreuses personnes de l'entourage :

« Um it's changed a bit, however, I'm somebody who is in recovery from substance use myself and I'm pretty open about that um so for quite some time I've gotten to know people who have had issues with substances and that's kinda been a really big part of my life so I've been lucky to have that experience » (Sophie).

3.2.1.3 Avantages de la compréhension

La consommation de substances passée ou présente des intervenants fait en sorte qu'ils peuvent mieux comprendre l'effet des drogues et de ce que vivent les clients. Cette

compréhension permet d'être plus empathique et facilite la création des relations de confiance.

3.2.1.3.1 Empathie

La compréhension de ce que vivent les clients permet aux intervenants de faire preuve d'empathie. En effet, grâce à leur expérience de la consommation de substances, les intervenants sont davantage en mesure de faire preuve d'empathie envers des personnes qui vivent une situation similaire. Pour sa part, Claire n'avait pas cette compréhension avant qu'elle passe par la dépendance elle-même : « *Yeah, I guess I didn't have the understanding and compassion that I do know* » (Claire). Selon elle, ceci lui permet de mieux offrir de l'aide aux clients : « *I am able to provide better for the clients uh with my experience and with knowing this about them, I'm somebody they can count on and somebody who gives them warmth and respect* » (Claire).

En faisant preuve d'empathie, les intervenants sont aptes à comprendre que les clients ont besoin de se sentir écoutés, compris, respectés et en sécurité.

« *(...) you have to be a certain type of person to want to work there and in that type of environment but if you get what it's like to be on the other side and just understand that they're just folks that want a little safety and little bit of compassion and humane service, I find it's a good place to be, it really is* » (Louis).

D'ailleurs, les intervenants signalent que l'expérience de la consommation de substances facilite l'authenticité de l'empathie:

« *I think if you're going to work in harm reduction especially in consumption treatment services um you have to uh be willing to listen and not just because it's in your job description but because you want to and because you value what the people who are accessing services have to say and how they feel and cause you want to do right by them um cause people...people know the difference between genuineness and the opposite so I think um I think those are really important being teachable and being caring for people (...)* » (Sophie).

Cette empathie mène les intervenants à vouloir aider à améliorer la vie des clients : « *You learn that the reason that your at work is because of how you want other people's lives to be better. And you'll learn that everybody's there for the same reason* » (Louis).

3.2.1.3.2 Relations de confiance

La compréhension facilite aussi la création des relations de confiance avec les clients. Le fait de partager son expérience de consommation de substances et de rétablissement permet de créer une connexion avec les clients :

« And some clients know that I had an opiate addiction and so therefore they're comfortable speaking with me about things that they may not want to say to somebody else who's never, who has never gone through that experience. (...) I can connect with clients that way and it does make a big difference and some people come in and specifically ask for me (...) » (Claire).

Certains intervenants disent même que les clients se sentent plus à l'aise de demander de l'aide ou de s'informer auprès de ceux qui ont de l'expérience avec la consommation de substances :

« (...) I would've wanted people to take care of me and care about my well-being and um give me the option for help if I wanted it. So that's what I try to do at work um I try... that kinda relates to me trying to have therapeutic relationships with people is if people trust you and like can talk to you about things that are personal then I think that that's really benefited me and the people who come in because a lot of us do have lived experience and do know where they're coming from so people...there's been some people more apt to like talk about treatment or talk about getting a housing worker or something like that with those of use with lived experience cause they know that we kinda walked in their shoes somewhat (...) » (Sophie).

3.2.2 Désir de redonner

Les intervenants ayant de l'expérience avec la consommation de substances ont décidé de travailler en réduction des méfaits afin de redonner à la cause, en apportant de

l'aide à des personnes aux prises avec la consommation de substances : « (...) *so that's why I and you know what actually it was a community centre that saved my life, um, so I want to give back* » (Claire).

Il y a un fort désir d'offrir du soutien à des personnes dans des situations similaires et d'être la personne qui tend la main à ceux qui en ont besoin : « (...) *I would've wanted people to take care of me and care about my well-being and um, give me the option for help if I wanted it. So that's what I try to do at work (...)* » (Sophie) ; « *It was, yeah, it was a community centre that saved my life. One person reached out you know went the extra mile and now because of her here I am today helping other people* » (Claire).

Les intervenants ont le sentiment qu'ils peuvent être utiles à d'autres personnes aux prises avec la consommation : « (...) *I started really realizing that I was my strongest tool and that I could be a really strong tool to a lot of people like me* » (Louis). En effet, l'expérience avec la consommation de substances est valorisée en réduction des méfaits :

« Uh, I feel super blessed and fortunate to have found harm reduction and to have found a job and a title like the one that I work at. Who would think you know being an ex-partier, someone who's dealt with mental health and addictions for lost of their life, um, would be able to go to school in their 30s after feeling that they were not going to have any type of career? You can use your experience and with a combination of education to support people in all aspects of their life during drug use... I think it's really great that you can do that you know? » (Louis)

3.2.3 Ouverture d'esprit

Notre participante, Sophie, a souligné lors de son entrevue qu'elle est en rétablissement sur une base d'abstinence. Elle explique que les conseils qu'elle offre au travail, aux clients, sont différents de ceux qu'elle donne à des personnes dans sa vie personnelle en raison de son expérience avec la dépendance et le rétablissement. Elle doit donc composer avec une dualité :

« Okay, um, well it's interesting because like I mentioned earlier I'm in recovery myself and but my recovery is from more of an abstinence-based setting um so trying to juggle that and harm reduction is really interesting because I offer services in one way to some people um and then in my personal life when I'm talking to somebody in terms of substance use I might have totally different advice, you know? So that's been a really interesting thing to juggle even just for myself at work, being surrounded by substances all the time and people who are intoxicated, um yeah, yeah, having to know what hat to wear, you know? » (Sophie).

Sophie réussit à faire cette distinction en gardant une ouverture d'esprit et en se rappelant que chaque personne a un cheminement différent. Cette ouverture d'esprit lui permet de bâtir des relations avec les clients, car même si le parcours de rétablissement n'est pas le même, les gens partagent des expériences similaires de consommation de substances :

« Mm-hmm...um, yeah so I think, I can go one of two ways, I think a lot of people... I think the difference is being open-minded, I think as long as I remain open-minded I can like, um, understand that not everyone is able to get sober and not everybody wants to and regardless of their like recovery or sobriety or like their relationship with substances people shouldn't be dying, um, and there's absolutely no way for people to recover if they die so that's kinda where I come from when I work in harm reduction. Like I would've wanted people to take care of me and care about my well-being and um, give me the option for help if I wanted it. So that's what I try to do at work um, I try... that kinda relates to me trying to have therapeutic relationships with people is if people trust you and like can talk to you about things that are personal then I think that that's really benefited me and the people who come in because a lot of us do have lived experience and do know where there coming from so people... there's been some people more apt to like talk about treatment or talk about getting a housing worker or something like that with those of use with lived experience, cause they know that we kinda walked in their shoes somewhat » (Sophie).

D'ailleurs, Sophie ne croit pas que l'abstinence et la réduction des méfaits devraient être en opposition. Selon elle, l'abstinence est une forme de réduction des méfaits. Elle souhaite enlever cette dichotomie :

« And aren't there to judge them or evaluate them so um, I think that yeah remaining open-minded has given me the ability to kinda balance both, cause I really think that abstinence and harm reduction shouldn't be like two opposite ends of the spectrum. It should be able to like co-exist, you know? Um I think that

abstinence is harm reduction because you're reducing the harm to yourself by like realizing that you just can't safely use these substances cause I know that I can't safely drink and then also have a good quality of life and um so I choose not to. I choose to drink sparkling water instead or whatever just to do other things with my life and my time and um yeah there's often this dichotomy of like us versus them in terms of abstinence-based recovery and harm reduction and I really don't like that and I want to help get rid of that » (Sophie).

3.3 Représentations sociales de la consommation de drogues

Notre troisième objectif de recherche est d'explorer comment les représentations sociales de la consommation de drogues façonnent l'expérience de travail des intervenants en réduction des méfaits. Les résultats présentés dans la présente section répondront donc à cet objectif. Notre étude a révélé que les intervenants considèrent qu'il y a différents types de consommation de drogues. Ils mettent la personne avant son comportement de consommation de drogues. Ainsi, ces représentations sociales de la consommation de drogues guident la manière dont les intervenants interviennent auprès de cette clientèle.

3.3.1 Deux types de consommation de drogues

Le premier élément de la représentation sociale de la consommation de drogues des intervenants est celui selon lequel les personnes consomment des drogues pour diverses raisons : « (...) *I think the reason people use drugs differs for every single person who uses drugs (...)* » (Sophie). Puisqu'il y a différentes raisons qui entraînent la consommation de drogues, les participants considèrent qu'il y a des types de consommation spécifiques : « *Um, I feel, I feel like a kinda have like different categories as to why people use drugs (...)* » (Louis). Les intervenants ont distingué deux types de consommation de substances, soit la consommation récréative/occasionnelle et la dépendance.

3.3.1.1 Consommation récréative/occasionnelle

De manière générale, les intervenants considèrent la consommation de drogues récréative comme étant positive : « *Yeah like I said, as a kid...stage 1 I feel like you are experimenting, it doesn't have to be a kid it can also be an adult as well. But you're just experimenting, you're using it in a way that is more like positive (...)* » (Louis). La consommation de drogues récréative est aussi perçue comme étant une source de plaisir : « *So people use drugs because they're fun, drugs can be really fun* » (Nick).

Dans ce type de consommation, n'importe qui peut expérimenter les substances : « *I think casual is where the general, like generally anybody or everybody...it's trying something new* » (Louis). Toutefois, il se peut qu'il y ait des circonstances qui mènent certains individus à recourir aux substances, par exemple le manque d'amour et d'affection parentale pendant l'enfance : « *and then um, depending where that child is in their lifetime or like if they have a supporting loving family or like affection in their life or lots of attention, they might not be as interested in using drugs as often (...)* » (Louis).

L'expérimentation est suscitée par la curiosité des individus à essayer des substances : « *(...) Um just like through my own personal lived experience, like I know that as a young person people might use drugs out of curiosity, out of you know starting something new (...)* » (Louis). La consommation de drogues récréatives peut aussi être générée par l'ambiance d'une fête : « *Partying I feel like in, in a lot of peoples, you know, young adolescence, adolescence, young adulthood, people start maybe using substances more recreationally at partys.* » (Louis). Les participants considèrent que la consommation de drogues récréatives se distingue notamment par son caractère social.

Toutefois, les participants jugent que la consommation de drogues est négative si elle est faite dans le but de se conformer au groupe ou à la pression des pairs : « *I feel like lots of time people will use substances at the beginning of their career of substances to fit in* » (Louis) ; « *(...) either peer pressure or they are risk takers (...)* » (Claire).

3.3.1.2 Dépendance

Les participants ont aussi identifié la dépendance comme un type de consommation de drogues. Les quatre participants ont associé une valeur négative à la dépendance : « *Um and then dependency that's the other side of drugs that comes to mind a lot um cause drugs do have that negative side to it too that can take over someone's life* » (Nick).

La majorité des personnes qui viennent au site de consommation supervisée prennent leurs drogues par voie intraveineuse. Aux dires des intervenants, cette voie d'administration est la manière la plus intense de consommer des drogues :

« *Uh, just the root that a lot of people that I work with use their drugs, often it's also the last ditch effort because all the other methods have been worn out. A lot of people I've spoken with have gone from I don't know like... orally ingesting pills to then smoking and then when their options are exhausted or when it's not doing anything for them, people will often start to inject, and use drugs intravenously so in the veins, um yeah, and there's not much you can do past that, that's more intense in terms of consuming substances* » (Sophie).

Selon les participants, la dépendance est caractérisée par le fait que la consommation n'est plus un choix, mais plutôt une nécessité pour l'individu :

« *I feel like at the point of dependency where it's no longer an activity that you do because you want to it becomes something that you have to do because you are now hooked/addicted, dependent and that just... that's the more challenging time in someone's drug use because you're not in control of yourself anymore. The substance now has control of you and that just becomes a really big challenge in someone's life* » (Louis).

3.3.1.2.1 Mécanisme d'adaptation

Selon les participants, la consommation des personnes dépendantes de substances peut être vue comme un mécanisme d'adaptation. Dans ce sens, la consommation de drogues permet de s'échapper de la réalité, qu'elle soit physique ou mentale. La consommation de drogues permet donc de changer la situation de l'individu dans l'immédiat : « *Um yeah, people use drugs to escape reality, sometimes it's their physical reality, their mental reality to change their circumstance.* » (Nick) ; « *I guess, drug use to me means a mean of escape* » (Louis) ; « *(...) from what I've seen a lot has to do with um, escapism and pain (...)* » (Sophie) ; « *They're using the drugs to be able to cope so they can escape and not think about what they really need to be focused on. It's trauma, they can't handle thinking about things so they just do drugs to forget about it, hold it off, postpone it for a while, the feelings, you know?* » (Claire).

Certaines personnes consomment des drogues pour s'échapper de leurs traumatismes et gérer cette douleur : « *Well uh, a person goes through trauma and it's hard to deal with so they are coping by the use of drugs, to escape their traumatic past and their realities* » (Claire); « *Um, a lot of times, people when they experience the euphoric of substance they then realize they can use it to deal with and cope with things such as pain* » (Louis).

La consommation de drogues permet aussi d'échapper au sentiment d'abandon que ressentent les individus : « *Didn't get the support that they needed, be it because they didn't have family, they didn't have support, you know, they just didn't have those social constructs that people take for granted* » (Louis) ; « *Abandonment, a lot of people are abandoned and which again goes to trauma and um, you know the same thing they're coping. They're coping* » (Louis).

with drugs and then they're even more abandoned, you know, so nobody cares about them, they're like worthless, you know » (Claire).

La consommation de drogues permettrait donc aux individus de s'échapper de la réalité. Toutefois, la consommation de drogues masque également les causes sociales sous-jacentes de la consommation aux yeux de la société :

« Drug addicts are people who, you know, have a lot of pain, a lot of things going on. Sometimes, a lot of times, its mental health oriented too, right. You can have a dual diagnosis usually and it's um, it's... I feel a lot of times drug addicts are people who are using drug daily are people who are forgotten about and mis...misunderstood like they're not seen for the actual issues they have, they are just seen as people who are, you know, crazy or junkies or whatever, when they are just people like me and you » (Louis).

Utilisée comme mécanisme d'adaptation, la consommation de drogues a des effets positifs dans l'immédiat. Il peut cependant être facile de tomber dans ce cercle vicieux et par conséquent, il est très difficile de s'en sortir :

« (...) being caught in that ring of like a vicious cycle of getting what you need and then running out and then you're like... just all the chaos that goes along with drug use for people who are street-involved, um, I think it's something that people get stuck in and has a lot to do with poverty and has a lot to do with capitalism and um, trauma that people experienced and continue to, so not even just childhood stuff but um, when you're caught in street involvement and going in and out of shelters and buying street level supplies and getting caught in all the violence (...) » (Sophie).

3.3.2 Une personne avant le comportement

Selon leur représentation sociale, les intervenants consultés pensent que les consommateurs de drogues sont des personnes avant tout : *« Um, as a blanket statement I think that they are people (...) »* (Sophie). Ils sont d'avis que n'importe qui peut commencer à consommer des drogues et que ça ne diminue pas sa valeur en tant que personne : *« I see drug users as anybody else. I see a drug user as someone down on their luck »* (Louis) ; *« (...) it*

doesn't lessen the person; I just think that people get stuck. So I don't think they're bad. I just think that they're like everybody else (...) » (Claire).

Les intervenants comprennent qu'il y a toutes sortes de personnes qui consomment des drogues, donc qu'il n'y a pas une image spécifique représentant une personne qui consomme des drogues : « *Some drug users can be regular drug users that you wouldn't even know it's just their baseline and it could be fine people. There's all sorts of people that use drugs* » (Nick). Le fait de travailler auprès de personnes qui consomment des drogues permet aussi aux intervenants de comprendre que la consommation n'est qu'un comportement de la personne et ne réduit pas l'individu à ce comportement seulement. Nick a témoigné du fait que sa représentation sociale de la consommation de drogues a changé après avoir commencé à travailler en réduction des méfaits :

« It's definitely changed over time. Um, I grew up in a family where drugs weren't really something that was talked about, not that it was something that it was negatively talked about but it's kinda like you know the awkward thing in the room you know, drug users... you shouldn't do that. Um, then growing up at some point drug users were... depending on the kind of drug probably had a big effect on how I perceived people. But I also didn't really personally know anyone that used a harder drug and then since I've started working, a lot of people who use harder drugs are no different people that use different drugs. I've really come to see that there's all sorts of people, drug use is just one part of a person, it doesn't really encompass who they are as a person » (Nick).

3.3.2.1 Respect et dignité

Le fait de voir les consommateurs de drogues comme des personnes avant le comportement régit la façon dont les intervenants interviennent auprès des clients. Les intervenants reconnaissent que, généralement, les clients ne se font pas traiter avec respect et dignité par la société :

« And need... and are lacking respect and are lacking care, quality care and they're lacking the... like Maslow's hierarchy of needs, they're missing everything, they're

missing the compassion, and everything... human connection (...) And there's not a lot of help out there. And then once you are classified as having a mental illness or a drug user, you don't get a lot of help and you get stigmatized and so you're just like a lower class of person, you know, when really, when in reality you're really not (...) you could be brilliant! (...) But you're just struggling with coping from past traumas » (Claire).

Les intervenants croient que peu importe la consommation de drogues, ces personnes méritent le respect et la dignité : « (...) *I think that they deserve the same amount of health care and access to things that non-drug users have » (Sophie). Donc, ils font des efforts supplémentaires afin d'être une source de confort pour les clients : « (...) *I'm somebody they can count on and somebody who gives them warmth and respect. It makes them feel safe » (Claire).**

3.3.2.2 L'intervenant et son pouvoir

Puisque les intervenants voient les clients comme des personnes qui méritent du respect et de la dignité, ils essaient de diminuer la relation de pouvoir entre eux et les clients, en utilisant une approche humaniste :

« They know me by name I know them by name, you know? And there's not this weird um, or I try to lessen this hierarchy of like 'I'm your worker and you're my client' but more humanistic approach and just getting to know people as people and they're here to access health services (...) » (Sophie).

Ce désir de diminuer la relation de pouvoir entre intervenant et client provient de la manière dont les intervenants voient les clients, leur désir de bâtir des relations de confiance et d'apprendre à les connaître :

« (...) I think that there's a lot of potential for really amazing relationship building in this line of work and I'm grateful to have that experience, um, and I think that a lot of it has to do with my willingness to like... learn from the people that I work with, like the clientele that I work with, rather than coming across that 'I'm the professional and I know all the rules and I know how things work' um so my, um yeah, like my experience has definitely shaped how I work with people and um, it's changing all the time but like I continue to learn um, but I think that

my primary focus is to just listen to the people which I think is just what harm reduction is, I think it's important to give power to the people who are suffering the most and like give them a voice and not always talk over them (...) » (Sophie).

3.3.2.3 Décriminalisation

Les quatre participants à notre étude ont mentionné au courant de l'entrevue que les lois criminalisant les personnes qui consomment des drogues ne sont pas utiles : *«...In my opinion, I mean criminalizing people for having drugs, using drugs, is not a solution to any of the problems that come along with drugs » (Nick).*

Ainsi, les participants croient qu'il serait préférable de changer les structures qui encadrent les drogues au Canada, c'est-à-dire décriminaliser les drogues : *« I think decriminalization would be better and easier and safe access to drugs would be healthier and safer for everybody » (Claire) ; « So in a perfect world for me it would be decriminalizing at least... it's more of a health... it's a social problem. I don't think it's something that the criminal system fixes by any means » (Nick).*

Les participants croient que la décriminalisation aurait des effets bénéfiques pour les personnes qui consomment des drogues, comme au Portugal : *« (...) so if we were like to, like for example, like ease the laws and restrictions like they have done in Portugal, I think that that only creates opportunity for positive change (...) » (Louis) ;*

« (...) Portugal were drugs are decriminalized since... I wanna say 2001, for quite some time. And their rate of infections has gone down, obviously people in jail has gone down, but even the amount of people using drugs has changed so it's not like decriminalizing makes people take drugs when I see that at home, when we legalized pot, people are more open about smoking pot, but I don't really think there are more people smoking pot. I don't think it's something that now everybody is doing it. I think that people who want to use drugs will find a way to use drugs. And so, what the laws around them do is how are they going to use drugs » (Nick).

3.4 Conséquence du travail sur la vie personnelle

Notre quatrième objectif de recherche consiste à saisir comment l'expérience de travail façonne la vie personnelle des intervenants en réduction des méfaits. Les résultats présentés dans cette section répondront donc à cet objectif. L'expérience de travail façonne la vie personnelle de nos participants de trois manières, soit relative à la déconnexion du travail, à la relation qu'ils entretiennent avec les personnes de leur entourage ainsi qu'à leur consommation de drogues.

3.4.1 Difficulté à se déconnecter du travail

Les intervenants rapportent avoir de la difficulté à se déconnecter du travail, car ils sont en alerte constante et peuvent être affectés personnellement par des commentaires ou des situations.

3.4.1.1 Alerte constante

Les intervenants en réduction des méfaits sont en alerte constante même lorsqu'ils ne sont pas au travail, puisque les surdoses n'arrêtent pas de se produire à l'extérieur des heures du travail. Les intervenants transportent des trousse de naloxone avec eux pour être prêts à intervenir si nécessaire : « *Um, and I think even when I'm off and I'm walking around I'm always carrying Narcan and always like on high alert looking around to see if anyone is down, if everyone is okay* » (Sophie).

Il peut aussi être difficile de se déconnecter du travail lorsque le lieu de travail est dans le même secteur que son logement, ce qui empêche de créer une séparation claire entre le travail et la vie personnelle : « *I think uh, working... I also live in the same, roughly*

the same area that I work in and so I don't really get a big separation from like work and personal life. I don't really know what that's really like I've never really had that » (Sophie).

De plus, les intervenants observent des situations dans leurs milieux de travail qui les rendent très vigilants dans leur vie personnelle, et leur vie personnelle en est affectée :

« And um, or if I see like police interacting with somebody I always stop and watch and make sure that they're doing their job properly, so there's just like you know things that I witness at work or through this line of work that have made me kind of hypervigilant in the rest of my life to um trying to like prevent terrible things from happening um, so there's not a lot of work/life balance cause it's quite hard to turn it off in your brain when the people who access your services don't really get to turn it off and go home, you know » (Sophie).

La distinction entre le travail et la vie personnelle des intervenants peut même être plus difficile à discerner pour ceux ayant de l'expérience avec la consommation de drogues :

« (...) like even when I'm off work I'm not really off work or if I run into somebody that accesses our services and they say hi to me, it's just like...you're kinda always at work especially if you're somebody with lived experience because there's not the same like, separation, um so yeah that's been interesting thing. It hasn't caused a lot of issues for me, so far, um but it definitely is tiresome to always feeling like you are always wearing your like work hat everywhere, you know » (Sophie).

3.4.1.2 Prendre les choses personnellement

Les intervenants peuvent parfois avoir de la difficulté à ne pas prendre des commentaires personnellement lorsque ceux-ci les visent directement, et davantage quand ils s'accumulent. Les intervenants n'ont pas toujours le temps de digérer la situation étant donné la nature du travail :

« (...) sometimes there's like behavioural issues that people uh, who use drugs that access our services, not all of them, and not all of them in the world, but just like some of the ones we get to work with um, are just having terrible days and we get to be the authoritative figure that they get to take it out on sometimes, and sometimes there's not really time to step away and decompress after being yelled at or something like that and I think that comes with a lot of front-line jobs, but that weighs on people too. Um, and sometimes things that people say to you will

kinda stick with you even if you know that they're just saying it to get under your skin and get a reaction because of the whole 'hurt people, hurt people' » (Sophie).

Les intervenants comprennent d'où viennent les comportements et les commentaires problématiques des clients, mais ceci n'enlève pas le fait que ce n'est pas plaisant d'être récipiendaire de cette frustration :

« I understand where it's coming from but it still doesn't feel very good but, I think people get frustrated with some of our rules that we have in order to stay running and they don't get that or they don't like them, so they take it out on whoever is working and uh, not in the nicest words and yeah I've had some um pretty terrible things haha said to me that I uh, definitely have to try to take a step back and be like 'ok that could have been anybody that they were saying that to and it just happened to be me right there' » (Sophie).

De plus, il est d'autant plus difficile de ne pas prendre les commentaires personnellement lorsque des relations de confiance sont formées avec les clients :

« Um, it depends on the day but normally it... normally I can just roll it off my back, but like I was saying I think the double edge sword of trying to do a more humanistic approach and less of an authoritarian approach for me is that I sometimes struggle because I take things a little bit personally because I do form these nice relationships with people um, while understanding that I'm in a position of power and I have a role and I'm at a job um, I think that I've been trying to find a balance there and sometimes... sometimes it like... it's hard not take those things personally when you do grow these relationships with people um, but they often...it often doesn't like last past that day, people usually come in and apologize the next day but um, it's uh... it's a lot... it's hard because we don't really have anybody to talk to about it » (Sophie).

D'ailleurs, il est important que les intervenants aient déjà pris conscience de leurs besoins, puisque le travail en réduction des méfaits est demandant et peut avoir des conséquences sur le bien-être personnel :

« I think that you have to be honest with yourself, first of all, I think that you have to work in this, uh, environment, you need to have already done your own work. Um, this isn't a place for somebody who's dealing a lot with their own things because work can become all of a sudden, very personal and subjective and you get challenged every day at this type of environment » (Louis).

Tout compte fait, la difficulté de séparer le travail de leur vie personnelle semble provoquer la fatigue, le stress ainsi que l'épuisement professionnel des intervenants en réduction des méfaits.

3.4.2 Effets sur la relation des intervenants avec des personnes de leur entourage

Le travail en réduction des méfaits a aussi une influence sur les relations qu'entretiennent les participants avec des personnes de leur entourage, notamment partenaire, famille et amis.

Nick a expliqué, lors de l'entrevue, qu'il n'a pas d'expérience négative avec son entourage par rapport à son travail :

« I think my personal life it's kinda the same, there are some uh... working here is kinda interesting cause it's so specific, it targets a very specific behaviour. In my life, I've had no problems. All my friends and family all understand what this job is. I've had no bad feedback so to speak. People are more so interested nowadays in this type of work, I find, um, and just curious even though they don't necessarily understand or agree with it (...) » (Nick).

Toutefois, telle n'est pas l'expérience de tous nos participants. Deux d'entre eux ont mentionné que les personnes de leur entourage expriment des valeurs et des opinions différentes ce qui rend difficile de parler de leur emploi avec ces gens :

« I work in an environment that most people don't understand or care to understand. Ignorance is bliss and I get that. It started off with my family. It quickly moved onto my friends. Um, people are people, we all have different thoughts. We all have different values. Um, so working in an environment that is very tolerant of a lot of behaviour that some might find disgusting, absurd (...) » (Louis).

« That it's um, kinda hard to do your job and talk openly about your job at like a family reunion when people are like full of stigma and full of miseducation and don't really know what it is that you do, but they see one headline one day and think that they are an expert on harm reduction, you know? (...) So that's been really hard to deal with because it's almost like I live in two different worlds (...) » (Sophie).

Par conséquent, les intervenants rapportent qu'ils ne reçoivent pas le soutien souhaité de leur entourage, principalement de leur partenaire :

« And a lot of people...I've talked to some of my coworkers about this before too, but a lot of our partners don't really know how to respond because they don't work in the field and don't have any ideas because they never experienced the things that we do. So they don't offer the support that we need a lot of the time, or like the comfort, and that's really frustrating too because you wanna go to your partner when you're upset and when you need some loving and they're not able to respond in a way that's helpful at all, so then you just have to figure it out by yourself. I found and some of my coworkers have the same experience as me for that um, so yeah... it feels kind of isolating (...) » (Sophie).

Certains préfèrent même ne pas parler du travail avec leur entourage, voyant bien que certaines personnes ne sont pas prêtes à discuter de cette réalité ni équipées pour la comprendre. D'ailleurs, de cette façon, la confidentialité des clients est respectée :

« I now choose not to speak of certain things around personal relationships, um, for the same reasons as, um, some of my friends might have not opened up to me about personal things that they don't talk about. If I might talk about something in particular, it could trigger somebody unknowingly, I would not want to do that either. Um, also for the confidentiality of the clients that I serve, um, some things you hear about at work or see at work are things you would love to tell people, because they're so far out of this world that you're like, 'you wouldn't like... you have to hear this' because no one would believe me, but then you're taking someone else's story and telling it as your own and I don't think that that's fair either » (Louis).

Cependant, il est important d'être capable de parler de son expérience de travail avec d'autres personnes :

« Like, we deal with a lot of extreme stuff and you can't really just dump that on somebody, let alone someone who isn't trained for or prepared for it. So I feel like everybody has to have somebody, um, some of us have really good friends that we can dump onto, but having someone that is a professional that like to dump onto you too, I think, is really important so that you're not, you know, dumping and ruining people, coworkers, friends, relationships, because of excessive trauma » (Louis).

Somme toute, travailler dans le domaine de la réduction des méfaits peut avoir des répercussions sur les relations avec les personnes de son entourage.

3.4.3 Effet sur leur propre consommation de drogues

La consommation de drogues récréative de Nick a été influencée par son expérience de travail. Lorsqu'il a commencé son emploi, il a remarqué que sa consommation de drogues a diminué étant exposé aux méfaits de la consommation :

« So when I started working, my drug use went down quite a bit. Um, I think when I started working I really started noticing... you're exposed to the downside of drug use. I didn't have any experience working with this population or the homeless population. So starting on that did kind of put into perspective 'oh well here's the downside of drugs' and it wasn't a conscious effort to reduce my drug use, it just kinda happened » (Nick).

Toutefois, la diminution de sa consommation de drogues n'a duré qu'une courte période, Nick explique qu'elle est de retour à ce qu'il considère comme normal pour lui : « *Since then, I think it's probably back to what's probably my normal » (Nick).*

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Dans le présent chapitre, les principaux éléments de l'analyse thématique sont discutés selon notre cadre théorique, soit les représentations sociales. Nous nous proposons ainsi d'expliquer l'expérience des intervenants en réduction des méfaits.

Dans un premier temps, nous aborderons les représentations sociales de la consommation de drogues des intervenants en réduction des méfaits. Dans un second temps, nous traiterons de l'importance de la création de relations positives et de confiance entre intervenants et clients. Troisièmement, nous examinerons certains défis du travail en réduction des méfaits comme source de stress pour les intervenants. Enfin, nous terminerons ce chapitre en examinant l'épuisement professionnel des intervenants en réduction des méfaits et en nous penchant sur le besoin de soutien pour gérer le stress et la détresse mentale chez les intervenants.

4.1 Les représentations sociales de la consommation de substances

Les représentations sociales de la consommation de substances des intervenants sont façonnées par leur propre expérience de consommation et évaluées en fonction de leur vécu. Les intervenants ne voyaient pas la consommation de drogues de la même manière avant d'avoir développé eux-mêmes une dépendance. En même temps, l'expérience de travail en réduction des méfaits dans le domaine de la toxicomanie a également façonné les représentations sociales de la consommation de drogues chez les intervenants.

Selon nos données, les représentations sociales de la consommation de substances des intervenants influencent la manière dont ceux-ci interviennent auprès des clients. Les intervenants considèrent qu'il y a deux types de consommation de substances, soit celui de

la consommation récréative et celui de la dépendance. Selon eux, la dépendance est un mécanisme d'adaptation permettant aux personnes de s'échapper de la réalité et d'engourdir la douleur émotionnelle provenant de traumatismes. Donc, les intervenants de notre recherche perçoivent la consommation de substances comme un moyen de gérer une certaine souffrance émotionnelle.

De plus, les intervenants de notre étude reconnaissent d'abord les clients comme des individus. Cette attitude influence leur manière de desservir les clients. Premièrement, les intervenants respectent la dignité des clients. Ils croient que les personnes qui consomment des substances méritent les mêmes droits et l'accès à la même qualité de services sociaux et de santé que le reste de la société. Ainsi, les intervenants sont respectueux et chaleureux avec les clients. De plus, les intervenants reconnaissent que n'importe qui peut consommer des substances et que ce comportement ne définit pas une personne. Les intervenants ne réduisent donc pas les individus à la consommation. Deuxièmement, les intervenants essaient aussi de diminuer la relation de pouvoir qui peut exister entre intervenants et clients afin de favoriser des relations positives et de confiance. Enfin, les intervenants reconnaissent que la criminalisation de personnes qui consomment des substances n'est pas une solution viable. Ils croient que la décriminalisation des drogues permettrait de respecter la dignité des individus et de mieux desservir cette population marginalisée par la société.

4.2 Relation de confiance

Le travail en réduction des méfaits, précisément dans un site de consommation supervisée, implique différentes interventions, notamment dans des situations de surdoses,

de distribuer du matériel de consommation, d'offrir de l'éducation et d'aiguiller les clients à d'autres services. Ces interventions se font dans le respect du rythme et de l'autodétermination des clients.

L'un des aspects les plus importants de la réduction des méfaits est de développer des relations positives et de confiance avec les clients (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014 ; Mancini et collab., 2008 ; Mancini et Wyrick-Waugh, 2013 ; O'Leary, et collab., 2018 ; Paumier, 2017 ; Suissa et Bélanger, 2001 ; Tiderington, Stanhope et Henwood, 2011 ; Watkin, Rowe et Csiernik, 2003). En accord avec ce constat, les participants de notre recherche ont affirmé à plusieurs reprises l'importance de bâtir des relations positives et de confiance avec les clients. Les intervenants sont heureux de développer des relations avec les clients, ce qu'ils considèrent comme étant le côté social et humain de leur travail. Les services en réduction des méfaits permettent ainsi de rejoindre les personnes là où elles sont dans leur consommation de substances.

Les relations de confiance établies avec les clients ont aussi d'autres fonctions, selon les répondants. Par exemple, elles permettent aux intervenants de mieux gérer certaines situations et facilitent souvent la désescalade de crises. De plus, les relations de confiance permettent aux intervenants de mieux aider les clients à combler des besoins de base.

D'ailleurs, c'est l'expérience avec la consommation de substances qui leur permet de créer d'une manière authentique des relations positives et de confiance avec leurs clients . L'empathie des intervenants est réelle étant donné qu'ils ont vécu des situations similaires, que ce soit pour comprendre l'effet euphorique et réconfortant des drogues ou les défis liés à la dépendance. Les intervenants savent comment il est facile d'être pris dans le cercle vicieux de la consommation de substances et comment c'est difficile de s'en sortir. En

effet, cette expérience avec la consommation de substances est la raison pour laquelle les intervenants travaillent en réduction des méfaits, car il y a un désir de redonner. En plus d'avoir les savoirs professionnels, les intervenants peuvent aussi se servir de leur expérience avec la consommation de substances comme outils pour intervenir auprès de personnes qui consomment des substances. Cette compréhension de ce que les clients vivent est donc une force que les intervenants détiennent, leur permettant de mieux rejoindre les clients.

Selon l'étude de Kennedy et collab. (2019), les pairs aidants dans des sites de consommation supervisée à Vancouver augmentent le sentiment de confort et facilitent la création d'un lien entre intervenants et clients. L'expertise des pairs aidants a favorisé les pratiques de réduction des méfaits et la promotion d'un mode de vie en santé (Kennedy et collab., 2019). Notre étude vient rejoindre les résultats de cette recherche en confirmant que l'expérience de la consommation de substances permet de mieux rejoindre les clients et favorise des relations de confiance.

4.3 Les défis du travail

Selon les résultats de notre recherche, les intervenants en réduction des méfaits font face à plusieurs défis en raison de la nature du travail.

4.3.1 Ambigüité

Selon nos participants, l'un des plus grands défis du travail en réduction des méfaits est l'ambigüité (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014 ; Mancini et collab., 2008 ; Mancini et Wyrick-Waugh, 2013 ; O'Leary, et collab., 2018). En effet, les intervenants de notre

recherche ont rapporté qu'il y a de nombreuses situations d'ambiguïté dans leur travail. Même s'il existe des règlements, une foule de situations tombent dans des zones grises. Les intervenants doivent prendre des décisions dans l'immédiat en essayant d'équilibrer les besoins des clients et les possibilités du site. Selon les intervenants, il s'agit là d'une source de stress qui peut causer des conflits entre eux. En effet, la réduction des méfaits permet une certaine flexibilité, mais l'ambiguïté constitue une source de frustration (Henwood, Padgett et Tiderington, 2014 ; Mancini et collab., 2008). Les intervenants ont indiqué que pour certaines situations, il existe des politiques et procédures précises comme, par exemple, l'obligation de zéro tolérance envers des échanges de drogues sur le territoire du site. Toutefois, l'ambiguïté provient des zones grises qui ne sont pas règlementées. Selon O'Leary, et collab. (2008), des procédures claires, du soutien, des évaluations de besoins et de la formation continue permettraient aux intervenants de mieux gérer les problèmes complexes liés à la réduction des méfaits et de diminuer l'ambiguïté.

4.3.2 Dilemmes éthiques

La nature du travail, et spécifiquement son ambiguïté, est une source de dilemmes moraux et éthiques (Mancini et collab., 2008 ; Mancini et Wyrick-Waugh, 2013). Les résultats de notre recherche démontrent que les intervenants doivent gérer une variété de dilemmes éthiques au travail. Selon Vakharia et Little (2017), l'une des plus grandes critiques qu'on fait aux intervenants en réduction des méfaits est liée à leur volonté de travailler auprès de personnes qui consomment activement des substances. Cet aspect est perçu comme étant fondamentalement immoral et non éthique, en raison de la volonté des intervenants d'offrir des services à des personnes engagées dans une consommation de

substances à haut-risque au lieu de les guider vers la sobriété. Selon certaines recherches, les intervenants se sentent parfois comme s'ils permettaient à leurs clients de consommer, puisqu'ils ne leur disent pas d'arrêter, ou même que les intervenants se sentent comme s'ils protégeaient les gens des conséquences naturelles de la consommation (Mancini et collab., 2008; Mancini et Wyrick-Waugh, 2013). Toutefois, cette perception n'est pas reflétée dans les résultats de notre recherche. Les intervenants ayant participé à notre recherche ont témoigné du fait que les dilemmes éthiques qu'ils ont vécus sont en lien avec la tension entre les besoins des clients et les directives de l'organisme. Par exemple, devoir empêcher des clients d'entrer dans l'édifice lorsqu'il fait très chaud ou très froid dehors, empêcher les clients d'accéder aux toilettes alors que c'est un besoin humain, de surveiller ou non la consommation à l'extérieur de l'édifice. De plus, les intervenants ont mentionné qu'il est difficile de ne pas offrir d'aide à une personne en situation de handicap à s'injecter. Or, selon les politiques et procédures du site, les intervenants ne peuvent pas toucher les substances lors de la préparation et de l'injection. De leur côté, les intervenants croient qu'il serait bénéfique pour certains clients de recevoir l'assistance nécessaire. Bref, les intervenants doivent prendre des décisions devant les dilemmes éthiques pour équilibrer les besoins des clients et les demandes de l'organisme.

4.3.3 Police

Un autre facteur de stress pour les intervenants en réduction des méfaits est la présence de la police. Les intervenants rapportent avoir observé des comportements inadéquats de la part des policiers lors d'interaction avec des personnes qui consomment des substances. Par conséquent, les intervenants hésitent à faire intervenir la police dans

certaines situations, ne voulant pas que de mauvaises expériences se reproduisent. Ils font donc appel à la police avec prudence. D'ailleurs, le but des services en réduction des méfaits est d'offrir des services à des populations difficiles à rejoindre, telles que les consommateurs de substances, particulièrement les personnes qui s'injectent. Toutefois, les intervenants de notre recherche rapportent que la présence de la police dans les environs du site de consommation supervisée détourne les clients. Il en est ainsi, car pour consommer des substances, les gens doivent s'en procurer et aux yeux de la loi canadienne ces individus sont des criminels. Finalement, les intervenants considèrent que la police est une source de stress dans leur milieu de travail, pour eux et pour les clients.

Plusieurs études examinant comment la police interagit avec les programmes d'échange de seringues et des clients rapportent que certaines pratiques policières telles que le harcèlement, la détention et la confiscation du matériel pour la consommation de substances peuvent effectivement interférer avec l'accès aux services et leur utilisation (Blankenship et Koester, 2002 ; Davis et collab., 2005 ; Kerr, Small et Wood, 2005 ; Small et collab., 2006). En effet, les consommateurs de drogue peuvent être moins enclins à aller vers des services de réduction des méfaits lorsqu'ils perçoivent que l'utilisation de stupéfiants peut les exposer au contrôle policier et au harcèlement (Aitken, et collab. 2002). Par conséquent, les personnes qui s'injectent des drogues peuvent être plus susceptibles d'utiliser des seringues non stériles, de s'injecter rapidement et d'être plus réticentes à transporter du matériel de consommation stérile lorsqu'ils craignent l'intervention de la police (Aitken, et collab. 2002 ; Cooper, Moore, Gruskin et Krieger, 2005 ; Pollini et collab., 2008 ; Small et collab., 2006).

L'historique des interactions de la police avec des programmes de la réduction des méfaits donne un aperçu de la culture et des opinions régnant au sein du corps policier. Le soutien et la tolérance de la police sont nécessaires pour que les clients se sentent à l'aise d'accepter ces types de services (Fischer et Allard, 2007). Par exemple, à Vancouver, environ 17 % des clients de sites de consommation supervisée disent avoir été référés à ce service par la police (DeBeck et collab., 2008). Cette attitude démontre que la police est plus tolérante à Vancouver par rapport à la consommation de substances.

Avant la mise en place des sites de consommation supervisée à Ottawa, Watson et collab. (2012) ont mené une étude qualitative auprès de policiers à Ottawa et à Toronto sur leurs connaissances et opinions des sites de consommation supervisée. Cette étude a révélé que les policiers étaient contre la mise en place des sites de consommation supervisée dans les deux villes. Les policiers participants à cette étude ont exprimé une forte perspective antidrogue, rejetant ainsi les sites de consommation supervisée (Watson et collab., 2012).

4.3.4 Être témoin de la souffrance humaine

Un autre défi vécu par les intervenants en réduction des méfaits est de faire face à la souffrance humaine au quotidien. Les intervenants peuvent vivre une détresse psychologique et émotionnelle liée à l'établissement de relations de confiance avec les clients en étant témoin de leur souffrance et des effets néfastes de la consommation de drogues (Mancini et Wyrick-Waugh, 2013 ; O'Leary, et collab., 2018). D'une part, les intervenants en réduction des méfaits côtoient la souffrance humaine dans les sites de consommation supervisée. D'autre part, ils apprennent à connaître les clients, entendent leur histoire de vie, sont au fait des traumatismes qu'ils ont vécus ainsi que des conditions

dans lesquelles ces gens vivent. Les intervenants sont aussi confrontés à la souffrance humaine lors des interventions en cas de surdose.

Selon Mancini et Wyrick-Waugh (2013), les intervenants peuvent ressentir une certaine forme de colère et de frustration quand ils sont témoins d'une dégradation continue des clients sur le plan physique, psychologique ou social. Une participante à notre recherche a fait part de sa frustration lors des interventions de surdose. Parfois, les clients sont trop préoccupés par le fait qu'ils ne ressentent plus l'effet euphorique de la drogue. Dans ces situations, ils n'apprécient pas nécessairement que les intervenants aient sauvé leur vie. Ce constat est difficilement accepté par les intervenants puisqu'ils vivent des émotions fortes lors des interventions de surdose.

4.3.5 Sentiment d'impuissance

Les intervenants peuvent se sentir frustrés par leur impuissance à cause des choix que font les clients (Mancini et Wyrick-Waugh, 2013). En effet, les intervenants de notre recherche ont rapporté vivre un sentiment d'impuissance, car ils doivent espérer que les clients reviennent aux sites pour des services. De plus, ils se sentent impuissants face à l'ampleur de la crise des opioïdes : leur travail peut sembler tellement minime devant ce grand problème.

D'ailleurs, selon les résultats de notre recherche, les intervenants se sentent impuissants, car ils sont limités dans ce qu'ils peuvent faire pour leurs clients. Ainsi, les intervenants croient qu'il serait essentiel qu'il y ait davantage de services offerts à cette population, au même endroit, afin de favoriser les relations de confiance et pour mieux desservir cette population.

Finalement, les participants à notre recherche ressentent de l'impuissance quand leurs revendications pour la réduction des méfaits et pour les droits des personnes qui consomment des drogues restent sans réponse de la part des autorités.

Cagle et collab. (2017) ont mené une étude auprès du personnel infirmier travaillant dans un établissement pour personnes âgées. Comme les infirmiers qui prennent soin de patients mourants, les intervenants en réduction des méfaits interviennent sur une base régulière dans des situations de surdose. Plusieurs résultats découlant de cette étude sont donc similaires. L'une des similarités est effectivement le sentiment d'impuissance. Le personnel infirmier se sent démuni lorsque les patients démontrent des signes clairs d'inconfort alors que la famille refuse le traitement proposé (Cagle et collab., 2017). Cette réaction vient rejoindre l'expérience des intervenants en réduction des méfaits, car ils doivent parfois composer avec les décisions que prennent leurs clients même si cela n'est pas dans leur intérêt.

4.4 L'épuisement professionnel

Plusieurs aspects du travail en réduction des méfaits sont une source de stress pour les intervenants. Ce stress vécu sur une base régulière entraîne une accumulation pouvant mener à l'épuisement professionnel. Par conséquent, les intervenants semblent perdre la motivation pour continuer leur travail, un phénomène qui s'observe avec le fort roulement du personnel dans ce milieu. Les intervenants vivent beaucoup de stress, sont témoins de la souffrance humaine et sont endeuillés par les pertes cumulatives. En plus, ils ne voient pas beaucoup d'aspects positifs dans ce travail.

Schiff et Lane (2019) ont réalisé une étude auprès de 472 intervenants travaillant dans 23 différents refuges pour sans-abri. Les résultats de cette étude démontrent que le taux d'épuisement professionnel, le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion des intervenants travaillant auprès de sans-abri sont comparables à ceux d'intervenants travaillant dans d'autres services sociaux. Les résultats de notre étude démontrent qu'effectivement l'épuisement professionnel, le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion sont présents chez les intervenants en réduction des méfaits. Toutefois, davantage de recherches devront être effectuées pour déterminer les taux relatifs à ces éléments afin de les comparer à ceux d'intervenants dans d'autres services sociaux.

Selon Devilly, Wright et Varker (2009), l'exposition aux traumatismes des clients n'est pas la source du traumatisme vicariant et de l'épuisement professionnel. Ce sont plutôt les facteurs de stress lié au travail qui affectent la détresse des intervenants (Deville, Wright et Varker, 2009). De futures recherches pourraient servir à identifier la source de la détresse des intervenants en réduction des méfaits, notamment dans les sites de consommation supervisée, afin de clarifier si ce sont les conditions de travail et/ou le fait d'être témoin de la souffrance humaine qui influence le traumatisme vicariant et l'épuisement professionnel dans ce domaine.

De plus, selon nos résultats, comme les intervenants en réduction des méfaits ont de la difficulté à se déconnecter du travail, il semble que le stress lié au travail ait une influence sur leur vie personnelle.

L'une des raisons pour lesquelles les intervenants ne peuvent pas se déconnecter du travail est qu'ils sont en alerte constante afin d'être prêts à intervenir en situation de surdose. Par conséquent, les intervenants ont de la difficulté à faire la distinction entre le

travail et la vie personnelle. La question est encore plus problématique chez les intervenants ayant de l'expérience avec la consommation de substances. D'autres raisons pour lesquelles les intervenants ne peuvent pas se déconnecter du travail incluent les situations complexes ou les commentaires blessants de clients. À noter qu'il est d'autant plus difficile de ne pas prendre les commentaires personnellement lorsque des relations de confiance ont été développées avec les clients. D'ailleurs, puisque les intervenants n'ont pas le temps de gérer les émotions vécues, car le travail est demandant et lourd, ils apportent cette accumulation d'émotions et de stress à la maison.

Selon les participants à notre recherche, il y a un grand besoin pour de soutien professionnel pour les intervenants en réduction des méfaits. Actuellement, les intervenants peuvent prendre rendez-vous avec leur superviseur pour faire un débriefage. Toutefois, il ne semble pas que ce soit assez pour gérer leur stress au travail. Du soutien professionnel pourrait prévenir l'épuisement professionnel et rendre le travail en réduction des méfaits plus durable et viable. Selon Vilardaga et collab. (2011), la thérapie d'acceptation et d'engagement serait utile dans le but de prévenir l'épuisement professionnel chez des intervenants en toxicomanie.

D'autre part, les intervenants ont rapporté qu'ils ne reçoivent pas le soutien nécessaire de la part de leurs amis ou de leur partenaire. En effet, le soutien professionnel permettrait d'alléger la quête de soutien émotionnelle que les intervenants recherchent dans leur vie personnelle. Donc, il semble que le soutien professionnel pourrait aider les intervenants à avoir des relations plus saines avec les personnes de leur entourage.

De plus, les intervenants ont mentionné qu'ils trouvent difficile de parler de leur emploi et de la réduction des méfaits avec leurs connaissances et les membres de la famille,

étant donné que ce genre de travail n'est pas bien connu ou compris dans la société., ce qui devient également une source de frustration. Le soutien professionnel donnerait alors la possibilité aux intervenants d'en parler et peut-être de trouver des moyens pour gérer cette frustration.

CONCLUSION

La présente étude s'est intéressée à la question suivante : Quelle est l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée ? Dans le but de répondre à cette question, nous nous sommes fixé les objectifs de recherche suivants : 1) identifier le sens que donne les intervenants à la nature du travail en réduction des méfaits ; 2) comprendre comment la consommation de substances façonne l'expérience de travail des intervenants ; 3) explorer comment les représentations sociales de la consommation de drogues façonnent l'expérience de travail des intervenants ; 4) saisir comment l'expérience de travail façonne la vie personnelle des intervenants.

Pour ce faire, nous avons adopté une méthodologie qualitative. Nous avons effectué quatre entrevues semi-dirigées auprès d'intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée à Ottawa. Nous avons ensuite procédé à une analyse de contenu thématique qui a abouti à l'identification des thèmes suivants : la nature du travail, l'effet sur le travail de la consommation de substances des intervenants, les représentations sociales de la consommation de drogues et les conséquences du travail sur la vie personnelle. Les témoignages des participants à notre recherche peignent un riche portrait de l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée.

Notre recherche a révélé que les représentations sociales de la consommation de substances des intervenants en réduction des méfaits sont façonnées à la fois par l'expérience de travail et par leur propre expérience avec la consommation de substances. Les intervenants distinguent deux types de consommation de substances : la consommation récréative ou occasionnelle et la dépendance. Ils caractérisent la dépendance comme étant

un mécanisme d'adaptation afin d'échapper à la souffrance émotionnelle provenant de traumatismes. Peu importe la différence entre ces types de consommation, les intervenants voient la personne avant le comportement de la consommation, c'est-à-dire qu'ils ne réduisent pas les clients à ce comportement. Cette représentation sociale influence grandement la manière d'intervenir auprès des clients. Les intervenants croient que les clients doivent avoir accès à la même qualité de services sociaux et de santé que le reste de la société. De plus, les intervenants reconnaissent que la criminalisation de personnes qui consomment des substances constitue une barrière à leur intégration, les empêchant d'être traités comme toute autre personne. De surcroît, les intervenants font preuve de respect et de chaleur.

Les intervenants essaient aussi de diminuer la relation de pouvoir entre eux et leurs clients afin de favoriser des relations positives et de confiance. La relation de confiance, cette connexion humaine, est considérée comme étant l'un des aspects les plus satisfaisants, voire importants, dans les services en réduction des méfaits. En plus, l'expérience personnelle des intervenants avec la consommation de substances fait en sorte qu'il soit possible de créer des relations de confiance authentiques en raison d'expériences similaires. Cette compréhension mutuelle de la consommation de substances favorise le développement de ces relations de confiance et permet aux intervenants de mieux rejoindre les clients là où ils sont.

Les intervenants en réduction des méfaits font face à plusieurs défis dans les sites de consommation supervisée, à cause de la nature du travail. L'ambiguïté, les dilemmes éthiques, l'inconsistance dans l'offre des services, les interactions avec la police, le fait d'être témoin de la souffrance humaine et le sentiment d'impuissance sont des défis que les

intervenants en réduction des méfaits doivent gérer. Ces défis sont des sources de stress pour les intervenants. Le travail en réduction des méfaits dans les sites de consommation supervisée a inévitablement un effet sur la santé mentale des intervenants. Le stress quotidien, les pertes cumulatives et être témoin de la souffrance humaine mettent les intervenants à risque de vivre l'épuisement professionnel.

Notre recherche a aussi révélé que le travail en réduction des méfaits a une influence sur la vie personnelle des intervenants, notamment en raison de la difficulté de se déconnecter du travail. Autrement dit, les intervenants en réduction des méfaits peuvent avoir de la difficulté à enlever le chapeau d'intervenant dans leur vie personnelle. Ils sont en état d'alerte constants afin d'être prêt à intervenir en situation de surdose. Les intervenants peuvent également avoir de la difficulté à se détacher de situations qui se sont passées au travail ou de commentaires qu'ils ont reçus de clients. Particulièrement lorsque des relations de confiance sont formées avec les clients, il se peut que de tels incidents affectent les intervenants personnellement. D'ailleurs, les intervenants reconnaissent qu'il est encore plus difficile de se déconnecter du travail en ayant de l'expérience personnelle avec la consommation de substances, puisque la vie personnelle et le travail peuvent s'entremêler.

Finalement, les intervenants ont affirmé avoir besoin du soutien professionnel afin de gérer leur détresse psychologique provenant de ce type de travail. Un tel soutien aiderait les intervenants à entretenir des relations plus saines avec les personnes de leur entourage, la plupart des gens n'étant pas outillées ou prêts à recevoir cette charge émotionnelle ni à entendre les histoires de la souffrance humaine des clients. Effectivement, un soutien professionnel permettrait aux intervenants de prévenir l'épuisement professionnel.

5.1 Implications pour l'intervention sociale

Ce mémoire a été une occasion de faire connaître et de valoriser l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée. En offrant un moyen aux participants de parler de leur expérience, nous souhaitons que ce mémoire leur donne la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Nous espérons que la présente étude serve à mettre en lumière les réalités des intervenants en réduction des méfaits, à stimuler davantage de discussions et à améliorer les conditions de travail dans ce domaine.

5.1.1 Recommandations

1. Plusieurs défis des intervenants ont été exprimés dans cette recherche, notamment l'ambiguïté. Il serait important, sur les sites de consommation supervisée, que les situations d'ambiguïté soient diminuées en instaurant des politiques et procédures afin de guider les intervenants dans des situations difficiles, ce qui par conséquent pourrait éliminer certaines sources de stress.

2. Puisque le travail des intervenants en réduction des méfaits est lourd émotionnellement, il est nécessaire que du soutien psychologique soit offert afin que ce travail soit durable et viable. D'ailleurs, ce service répond à un réel besoin et doit continuer d'être offert sur une base permanente, car c'est important de s'occuper de la santé mentale des intervenants et de prévenir leur épuisement professionnel. De plus, ceci permettrait aux intervenants de mieux gérer leur travail et leur vie personnelle.

3. Afin de diminuer les dilemmes éthiques dans les sites de consommation supervisée, il est nécessaire d'entreprendre des changements structurels dans les

dispositifs légaux d'encadrement de la consommation des substances au pays. La décriminalisation permettrait aux gens qui consomment des drogues de ne plus être considérés comme des criminels, ce qui permettrait un meilleur accès aux services, moins d'interaction avec la police et moins de stress pour les intervenants en réduction des méfaits.

4. Les intervenants en réduction des méfaits ont signalé le besoin d'offrir plus de services aux personnes qui consomment des substances. Idéalement, plus de services pour cette population devraient être disponibles au même endroit afin d'en faciliter l'accès. Par conséquent, les intervenants seraient en mesure d'apporter une aide continue et de renforcer les relations de confiance. De cette manière, les intervenants verraient probablement plus d'aspects positifs dans la vie des clients.

5.2 Pistes de recherches futures

Les résultats de notre recherche sont riches, mais ne sont qu'un premier pas vers la compréhension de l'expérience des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée.

En raison de contraintes de temps et de ressources, notre recherche comporte quelques limites. Premièrement, il n'est pas possible de généraliser les résultats obtenus en raison de la taille de l'échantillon de cette étude. Justement, il n'a pas été possible de quantifier les résultats obtenus de l'association de mots puisque l'échantillon était trop petit. Pour des recherches futures, il serait important de mener des études semblables auprès de plus de participants afin de pouvoir généraliser les résultats.

De même, il serait intéressant que les études futures élargissent le recrutement à plus d'un site de consommation supervisée. Par exemple, à Ottawa il serait pertinent de recruter des participants des quatre sites de consommation supervisée dans la ville.

De plus, des études futures pourraient élargir la population à l'étude. Par exemple, il conviendrait de s'intéresser à comprendre l'expérience de l'ensemble des acteurs au sein d'un site de consommation supervisée. Ainsi, des études futures pourraient porter sur des intervenants en réduction des méfaits, du personnel infirmier, l'équipe de gestion et des clients, pour mieux comprendre l'expérience de chacun des groupes ainsi que la dynamique au sein des sites de consommation supervisée.

Enfin, la présente recherche comporte quatre composantes, mais il serait avantageux que des recherches futures se concentrent sur un aspect à la fois. Une démarche du genre permettrait d'étudier le sujet en profondeur. Une étude future pourrait également s'intéresser à l'épuisement professionnel des intervenants en réduction des méfaits travaillant dans un site de consommation supervisée.

BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J.-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Aitken, C., Moore, D., Higgs, P., Kelsall, J., et Kerger, M. (2002). The impacts of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street. *International Journal of Drug Policy*, 13(3), 189-198.
- Alshenqeeti, H. (2014). Interviewing as a data collection method : A Critical Review. *English Linguistics Research*, 3(1), 39-45.
- Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux. (2005). *Lignes directrices pour une pratique conforme à la déontologie*. Ottawa.
- Bierness, D., Jesseman, R., Notarandrea, R., et Perron, M. (2008). Harm reduction: what's in a name?. *Canadian Center on Substance Abuse National Policy Working Group*.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Armand Collin.
- Blankenship, K. M. et Koester, S. (2002). Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 30(4), 548-559.
- Brisson, P. (1997). L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques. *Comité permanent de lutte à la toxicomanie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Britten, N. (2006). Qualitative interviews. Dans C. Pope et Nicholasys (Éd.), *Qualitative Research in Health Care* (pp. 12-20). Malden, Mass.: Blackwell Publishing Ltd.
- Cagle, J. G. et collab. (2017). Caring for dying patients in the nursing home : voices from frontline nursing home staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 198-207.
- Carey, M. (2012). *Qualitative research skills for social work*. London : Routledge.
- Carrier, N. (2003). Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits. *Déviance et Société*, 1(27), 59-76.
- Coenen, M., Stamm, T., Stucki, G. et Cieza, A. (2012). Individual interviews and focus groups in patients with rheumatoid arthritis: a comparison of two qualitative methods. *Quality of Life Research*, 21(2), 359-370.

- Collin, C. (2006). L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : la stratégie canadienne antidrogue. Tiré de <http://publications.gc.ca/collections/Collection-R/LoPBdP/PRB-e/PRB0615-e.pdf>
- Cooper, H., Moore, L., Gruskin, S., et Krieger, N. (2005). The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practise harm reduction: a qualitative study. *Social Science and Medicine*, 61(3), 673-684.
- Crête, J. (2010). Chapitre 11: l'éthique en recherche sociale. Dans B. Gauthier (Édit.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, (pp. 285-307). Québec: PUQ.
- Csiernik, R. (2003). Chapter 18 : Many paths to prohibition : drug policy in Canada. Dans R. Csiernik et W. S. Rowe (Édit.), *Responding to the oppression of addiction : canadian social work perspectives*, (pp. 273-292). Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.
- Csiernik, R., et Rowe, W. S. (2003). Chapter 1: Creating a social work understanding of addiction. Dans R. Csiernik et W. S. Rowe (Édit.), *Responding to the oppression of addiction: canadian social work perspectives* (pp. 3-15). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Davis, C. S., Burris, S., Kraut-Becher, J., Lynch, K. G., et Metzger, D. (2005). Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program use in Philadelphia, PA. *American Journal of Public Health*, 95(2), 233-236.
- DeBeck, K., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M., Montaner, J., et Kerr, T. (2008). Police and public health partnerships: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3(1), 11.
- Demoncy, A. (2016). La recherche qualitative: introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie*, 16(180), 32-37.
- Deville, G. J., Wright, R. et Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effects of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 373-385.
- Doise, W., et Palmonari, A. (1986). *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Eversman, M. (2010). High and low threshold service provision in drug-free settings: Practitioner views. *International Journal of Drug Policy*, 21, 501-506.
- Fischer, B. et Allard, C. (2007). Feasibility study on "supervised drug consumption" options in the city of Victoria. Victoria, British Columbia: Centre for Addictions Research of British Columbia (CARBC).

- Frith, H. et Gleeson, K. (2011). Qualitative data collection : asking the right questions. Dans D. Harper et A. R. Thompson (Édit.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy*. (pp. 55-67). Chichester, UK: John Wiley & Sons, ltée.
- Gaudet, S., et Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative: du questionnement à la rédaction scientifique*. Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Gill, D. L. (2011). Beyond the qualitative-quantitative dichotomy : notes from a non-qualitative researcher. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 3(3), 305-312.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. et Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research : interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291-295.
- Gouvernement du Canada. (2018a). Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Tiré de <https://laws.justice.gc.ca/PDF/C-38.8.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2018b). Précisions concernant les sites de consommation supervisée. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/precisions.html>
- Gouvernement du Canada. (2020a). Rapport national: décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada. Tiré de <https://sante-infobase.canada.ca/labode-donnees/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html>
- Gouvernement du Canada. (2020b). Sites de consommation supervisée : statut des demandes. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/statut-demandes.html>
- Harm Reduction Coalition. (2020). Principles of harm reduction. Tiré de <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
- Henwood, B., Padgett, D.K., et Tiderington, E. (2014). Provider views of harm reduction versus abstinence policies within homeless services for dually diagnosed adults. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41(1), 80-89.
- Hyshka, E., Butler-McPhee, J., Elliott, R., Wood, E., et Kerr, T. (2012). Canada moving backwards on illegal drugs. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), 125-127.
- Jodelet, D. (1997). *Les représentations sociales*. Paris: Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Dans V. Hass (Édit.), *Les savoirs du quotidien: transmissions, appropriations, représentations*. (pp. 235-255). Rennes, France: Les Presses universitaires de Rennes.

- Kennedy, M. C. et collab. (2019). Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Social Science & Medicine*, 225, 60-68.
- Kerr, T., Small, W., et Wood, E. (2005). The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 210-220.
- Lafrenière, G. & Spicer, L. (2002). Les drogues illicites au Canada – tendances 1980-2001 : examen et analyse des données sur l'application des lois. *Bibliothèque du Parlement*. Tiré de <https://sencanada.ca/content/sen/committee/371/ille/library/drugtrends-f.htm>
- Laroui, R., et de la Garde, R. (2017). Chapitre 13: L'entretien semi-dirigé et ses principaux défis. Dans P. Beaupré, L. Laroui et M.-H. Hébert (Édit.), *Le chercheur face aux défis méthodologiques de la recherche: freins et leviers* (pp. 161-173). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Leray, C. (2008). L'analyse de contenu: de la théorie à la pratique, la method Morin-Chartier. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- MacMaster, S. A. (2004). Harm reduction : a new perspective on substance abuse services. *Social Work*, 49(3), 356-363.
- Mancini, M. A., et Wyrick-Waugh, W. (2013). Consumer and practitioner perceptions of the harm reduction approach in a community mental health setting. *Community Mental Health Journal*, 49, 14-24.
- Mancini, M. A., Linhorst, D.M., Broderick, F., et Bayliff, S. (2008). Challenges to implementing the harm reduction approach. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(3), 380-408.
- Marlatt, A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21, 779-788.
- Marlatt, D. A. (1998). *Harm reduction : pragmatic strategies for managing high-risk behaviours*. New-York : Guilfort Press Edition.
- Marlatt, A. (2011). Integrating harm reduction therapy and traditional addiction and traditional substance use treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 331(1), 13-21.
- Marlatt, A. et Witkiewitz, K. (2010). Update on harm reduction policy and intervention research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 591-606.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

- Moscovici, S. (1969). Préface. Dans C. Herlich *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris, France : Mouton.
- Moscivici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris, France : Presses Univesitaires de France.
- Moscovici, S. (1989). Préface. Dans D. Jodelet (Édit.). *Folie et représentations sociales*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologies*. Tiré de <https://journals.openedition.org/sociologies/993>
- O'Leary et collab. (2018). Perspectives of healthcare workers about the delivery and evaluation of harm reduction services for people living with HIV who use substances. *Cogent Medicine*, 5, 1-10.
- Ontario HIV Treatment Network. (2014). What is the effectiveness of supervised injection services? Toronto, Ontario : Rapid Response Service.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Colin.
- Paumier, R. (2017). Connaitre le bon moment et la bonne distance: les stratégies de gestion de la proximité dans l'intervention de première ligne visant l'autonomie des usagers de drogues par injection. *Nouvelles pratiques sociales*, 29(1-2), 72-86.
- Pollini, R. A., et collab. (2008). Syringe possession arrests are associated with receptive syringe sharing in two Mexico-US border cities. *Addiction*, 103(1), 101-108.
- Pouliot, E., Camiré, L., et Saint-Jacques, M.-C. (2013). Comment faire? l'étude des représentations sociales à l'aide d'une diversité de techniques. *Collection Devenir ChercheurE*, Université Laval, 1-52.
- Roussiau, N., et Bonardi, C. (2001). *Les représentations sociales : états des lieux et perspectives*. Hayen : Mardaga.
- Sabourin, P. (2010). Chapitre 16 : l'analyse de contenu. Dans B. Gauthier (Édit.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (pp. 415-444). Québec : PUQ.
- Santé Publique Ottawa. (2020). Données sur l'usage de drogues et les surdoses : données sur les sites de consommation supervisée. Tiré de <https://www.santepubliqueottawa.ca/fr/reports-research-and-statistics/drug-use-and-overdose-statistics.aspx#Archiv>
- Savoie-Zajc, L. (2010). Chapitre 13: l'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Édit.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (pp. 311-336). Québec: PUQ.

- Schiff, J. W. et Lane, A. M. (2019). PTSD symptoms, vicarious traumatization, and burnout in front line workers in the homeless sector. *Community Mental Health Journal*, 55(3), 454-462.
- Shelton, C. et Smith, A. (2015). On the qualities of qualitative research. *Journal Canadien d'anesthésie*, 62(1), 3-7.
- Shoveller, J., DeBeck, K. & Montaner, J. (2010). Developing Canada's research base for harm reduction and health equity approaches to HIV prevention and treatment. *Journal of Public Health*, 101(6), 442-444.
- Small, W., Kerr, T., Charette, J., Schechter, M. T., et Spittal, P. M. (2006). Impacts of intensified police activity on injection drug users: evidence from an ethnographic investigation. *International Journal of Drug Policy*, 17(2), 85-95.
- Souleymanov, R. et Allman, D. (2016). Articulating connections between the harm-reduction paradigm and the marginalisation of people who use illicit drugs. *British Journal of Social Work*, 46, 1429-1445.
- Stimson, G.V. et O'Hare, P. (2010). Harm reduction: moving through the third decade. *International Journal on Drug Policy*, 21(2), 91-93.
- Suissa, A.J. et Bélanger, A. (2001). Représentation du phénomène des dépendances chez les intervenants sociaux¹. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(1), 133-151.
- Tiderington, E., Stanhope, V., et Henwood, B. (2013). A qualitative analysis of case manager's use of harm reduction in practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 71-77.
- Thomas, G. (2005). *Harm reduction policies and programs involved for persons involved in the criminal justice system*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use.
- Vakharia, S. et Little, J. (2017). Starting where the client is : harm reduction guidelines for clinical social work practice. *Clinical Social Work Journal*, 45, 67-76.
- Van, Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, France: Dunod.
- Vilardaga, R. et collab. (2011). Burnout among the addiction counselling workforce : the differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 323-35.
- Watkin, J., Rowe, W. S., et Csiernik, R. (2003). Chapter 2 : Prevention as controversy : harm reduction approaches. Dans R. Csiernik et W. S. Rowe (Édit.), *Responding to the oppression of addiction : canadian social work perspectives* (pp. 19-36). Toronto : Canadian Scholars' Press Inc.

Watson, T., et collab. (2012). Police perceptions of supervised consumption sites (SCSs) : a qualitative study. *Substance Use & Misuse*, 47, 364-374.

ANNEXE A : Affiche de recrutement

Vous travaillez dans une approche de la réduction des méfaits ?

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche intitulé

Comprendre l'expérience des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits

Pour être admissible à cette recherche, vous devez travailler dans une approche de la réduction des méfaits à Ottawa.

Votre participation comprendra les éléments suivants :

Quoi : une entrevue individuelle enregistrée sur fichier audio

Langue : français ou anglais

Durée : entre 45 et 90 minutes

Comment : Skype ou autre plateforme

Votre participation à cette étude contribuera à mieux comprendre l'expérience des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits. Vous aurez l'occasion de faire entendre votre voix et de la valider. Cette étude contribuera à l'avancement des connaissances et stimulera plus de discussions sur les expériences vécues au quotidien des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits.

Veillez noter que le processus de sélection s'effectuera selon un système de premier arrivé, premier traité jusqu'à l'obtention complète de notre échantillon.

Pour plus d'informations ou pour participer à cette recherche, veuillez communiquer avec Brianne Dorval (chercheure principale, étudiante à la maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa) à l'adresse courriel suivant : bgoss041@uottawa.ca ou par téléphone au (705) 266-0120. Les courriels et les appels seront traités de manière confidentielle.

CHERCHEUSE

Brianne Dorval
Étudiante à la maîtrise en service social
École de service social
Université d'Ottawa
Bgoss041@uottawa.ca
(705) 266-0120

DIRECTEUR DU MÉMOIRE

Lilian Negura, Ph.D.
Professeur titulaire
École de service social
Université d'Ottawa
lilian.negura@uottawa.ca
(613) 562-5800 (2020)

ANNEXE B: Recruitment Poster

Working in a harm reduction approach?

We would like to invite you to participate in a research project entitled

Understanding the experience of harm reduction workers

To be eligible for this research, you must be working in a harm reduction approach in Ottawa.

Your participation will include the following:

What: An individual interview recorded on audio file

Language: French or English

Duration: between 45 and 90 minutes

How: Skype or other platform

Your participation in this study will contribute to a better understanding of the experience of harm reduction workers. You will have the opportunity to make your voice heard and validated. This study will contribute to the advancement of knowledge and stimulate more discussion on the daily experience of harm reduction workers.

Please note that the selection process will be on a first-come, first-serve basis until our sample size is complete.

For more information or to participate in this research, please contact Brianne Dorval (principal researcher, master's student in social work at the University of Ottawa) at the following email address: bgoss041@uottawa.ca or by phone (705) 266-0120. Emails and phone calls will be treated confidentially.

RESEARCHER

Brianne Dorval
Master's student in social work
School of Social Work
University of Ottawa
Bgoss041@uottawa.ca
(705) 266-0120

DIRECTOR

Lilian Negura, Ph.D.
Associate Professor
School of Social Work
University of Ottawa
lilian.negura@uottawa.ca
(613) 562-5800 (2020)

ANNEXE C: Recruitment Email

Email: Invitation to Participate in a Research Study

Dear _____,

As a Master of Social Work Candidate at the University of Ottawa, I am completing a research project on the experience of harm reduction workers. This research project has two main goals: 1) understanding how different personal experiences with drugs shape the work experience of harm reduction workers; 2) exploring how the different social representations of drug use shape the work experience of harm reduction workers.

I have attached to this email recruitment posters for this research in French and in English. It would be greatly appreciated if you could share these posters with the Harm Reduction Workers in the Oasis Program, as they may be interested to participate in this research. Employees that are interested to participate in this research project can contact me directly at the following email address bgoss041@uottawa.ca or by phone (705) 266-0120.

Best regards,

Brianne Dorval
Master of Social Work Candidate
University of Ottawa

ANNEXE D : Guide d'entretien

Guide d'entretien**Accueil et présentation de la recherche**

- Remerciements pour la participation du répondant
- Présentation des objectifs de la recherche
- Insister sur l'expérience et la parole du répondant
- Insister sur le fait que nous ne sommes pas là pour juger ou évaluer
- Retour sur le formulaire de consentement
- Explications du processus d'entrevue
- Questions

Amorce : association de mots

Objectif : représentations sociales de la consommation de drogues

- a) Selon vous, quels mots ou expressions vous viennent à l'esprit quand vous pensez à la « consommation de drogues » ? (Intervieweur : obtenir au minimum 3 mots et au maximum 8 mots).
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
- b) Exprimez la valeur positive, négative ou neutre de chacun des mots identifiés pour relater le sens de la réduction des méfaits. (Intervieweur : inscrire dans le côté droit de chaque mot le signe -, + ou = en fonction des réponses du répondant)
- c) Indiquez les 2 mots qui caractérisent le mieux la réduction des méfaits selon vous. (Intervieweur : souligner les mots indiqués par le répondant)
- d) Expliquer en quoi chacun de ces mots est relié ou associé à la réduction des méfaits selon vous. (Intervieweur : s'assurer que le répondant explique chacun des mots qu'il a identifiés au point a).
- e) Pourriez-vous me dire en une phrase ce que représente la réduction des méfaits pour vous ?

Thème 1 : Représentation de la consommation de drogues

Objectif : comprendre comment les différentes représentations sociales des drogues façonnent-elles l'expérience des intervenants travaillant dans la réduction des méfaits

- a) Selon vous, pourquoi les personnes consomment-elles ?
- b) Quelle est votre opinion des consommateurs de drogues ?
 - a. A-t-elle évolué dans le temps ?
- c) Que pensez-vous des lois entourant la consommation de drogues ?
- d) Comment est-ce que votre opinion façonne votre expérience au travail ?

Thème 2 : Nature du travail

Objectif : Comprendre l'expérience de travailler dans une approche de la réduction des méfaits

- a) Parlez-moi de votre travail. Quelles sont vos tâches ?
- b) À quoi ressemble votre journée de travail?
 - a. Si une caméra était placée dans votre milieu de travail, qu'est-ce qu'on observerait ?
- c) Quelle sorte d'intervention faites-vous au quotidien ?
 - a. Que pensez-vous de ses interventions ?
- d) Quels sont les aspects les plus satisfaisants de votre emploi ?
 - a. Comment est-ce que ceci vous affecte?
- e) Quelles qualités sont importantes à posséder pour travailler dans ce type de milieu ?
- f) Quels sont défis rencontrés dans ce type de travail ?
 - a. Comment est-ce que ceci vous affecte ?
- g) Quels sont des dilemmes éthiques que vous avez rencontrés en travaillant dans une approche de la réduction des méfaits ?
 - a. Comment gérez-vous ses dilemmes éthiques ?

Thème 3 : Vie personnelle

Objectif : Comment le travail façonne-t-il la vie personnelle des participants, et vice-versa ?

- a) Quelle est votre expérience dans votre vie personnelle concernant la nature du travail que vous faites ?
- b) Sentez-vous que vos valeurs personnelles et professionnelles entrent en conflit avec des personnes de votre entourage ?
 - a. Si oui, pouvez-vous expliquer ?
 - b. Comment gérez-vous cela ?
- c) Comment est-ce que votre travail façonne votre vie personnelle ?

Thème 4 : L'usage de drogues

Objectif : Comment l'usage de drogues façonne l'expérience de travail

- a) Quelle est votre expérience avec la drogue ?
 - a. Si l'expérience du participant est en tant que consommateur de drogues (passé ou présent) :
 - i. Parlez-moi de la relation que vous avez ou aviez eue avec la drogue ?
 - ii. Quel type de substances consommez-vous ou avez-vous consommé ?
 - iii. Comment avez-vous commencé ?
 - iv. Comment votre consommation de drogues a-t-elle évolué ?
 - v. Quelles méthodes avez-vous essayées pour changer votre consommation de drogues ?
 - vi. Comment est-ce que votre parcours a une influence sur votre manière d'intervenir en réduction des méfaits ?
 - b. Si l'expérience du participant est par rapport à la consommation de drogues d'une personne de son entourage :
 - i. Y a-t-il une personne de votre entourage qui consomme des drogues ?
 - ii. Quel est l'effet de la consommation de drogues de cette personne sur vous ?

- iii. Comment est-ce que ceci influence votre manière d'intervenir en réduction des méfaits ?

Clôture de l'entrevue

- Questions, oublis
 - Y a-t-il des questions que vous auriez aimé qu'on vous pose ?
 - Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter, ou aimeriez-vous que l'on revienne sur une question ?
- Remerciements
 - J'aimerais prendre ce temps pour vous remercier de votre participation
- Compléter la fiche de renseignements
- Évaluation de l'état de la personne
 - Comment vous sentez-vous à la suite à l'entrevue ?
- Retour sur les ressources disponibles mentionnées dans le formulaire de consentement

ANNEXE E : Interview Guide

Interview guide**Welcome and presentation of the research**

- Thanks for the respondent's participation
- Presentation of the research objectives
- Insist on the respondent's experience and words
- Emphasize that we are not there to judge or evaluate
- Recap of the consent form
- Explanations of the interview process
- Questions

Word association

Objective: social representations of drug use

- b) What words or expressions comes to your mind when you think of "drug use"?
(Interviewer: obtain a minimum of 3 words and a maximum of 8 words)
- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
- f) Express the positive, negative or neutral value of each of the words identified to relate the meaning of drug use (Interviewer: write on the right side of each word the sign -, + or = depending on the respondent's answer).
- g) Indicate the 2 words that best characterize drug use in your opinion (Interviewer: underline the words indicated by the respondent).
- h) Explain how you think each of these words is related or associated with drug use? (Interviewer: make sure the respondent explains each of the words identified in point a).
- i) Could you tell me in one sentence what drug use means to you?

Theme 1: Representation of drug use

Objective: how do different social representations of drug use shape the work experience of harm reduction workers

- e) Why do you think people use drugs?
- f) What do you think of drug users?
- a. Has your opinion changed over time?
- g) What do you think of the laws surrounding drug use?
- h) How does your opinion shape your work experience?

Theme 2: Nature of the work

Objective: Understand the experience of working in harm reduction approach

- h) Tell me about your work. What are your tasks?
- i) What is your working day like?
 - a. If cameras were placed in your workplace, what would we observe?
- j) What kind of intervention do you do on a daily basis?
 - a. What do you think of these interventions?
- k) What are the most satisfying aspects of your job?
 - a. How does this affect you?
- l) What qualities are important to possess to work in this type of environment?
- m) What are the challenges encountered in this type of work?
 - a. How does this affect you?
- n) What are some of the ethical dilemmas that you have encountered while working in a harm reduction approach?
 - a. How do you deal with these ethical dilemmas?

Theme 3: Personal life

Objective: How harm reduction work shapes personal lives of the participants, and vice versa

- d) What is your experience in your personal life regarding the nature of the work you do?
- e) Do you feel that your personal and professional values are in conflict with your surroundings?
 - a. If so, can you explain?
 - b. How do you handle this?
- f) How does your job shape your personal life?

Theme 4: Drug use

Objective: How drug use shapes the work experience

- b) If you are comfortable sharing, do you use or do you have a history of drug use? If yes:
 - a. If the participant's experience is as a drug user (past or present):
 - i. Tell me about the relationship you have or have had with drugs?
 - ii. What type of substances do you consume or have consumed?
 - iii. How did you get started?
 - iv. How has your drug use changed?
 - v. What methods have you tried to change your drug use?
 - vi. How does your journey influence the way you work in a harm reduction approach?
 - b. If the participant's experience is related to the drug use of a person in their surroundings:
 - i. Is there someone in your surroundings that uses drugs?
 - ii. How does this person's drug use affect you?
 - iii. How does this influence the way you work in a harm reduction approach?

Closing of the interview

- Questions
 - Are there any questions you would have liked to be asked?
 - Is there anything you would like to add or would you like to come back to a question?
- Thanks
 - I would like to take this time to thank you for your participation.
- Complete the information sheet
- Assessment of the participant's state
 - How do you feel after this interview?
- Review of the available resources mentioned in the consent form

ANNEXE F : Fiche de renseignements

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Titre : Comprendre l'expérience des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits

1. Caractéristiques sociodémographiques :

Ville de résidence : _____

Genre : _____

Âge actuel : _____

Appartenance linguistique : _____

2. Situation d'emploi actuelle :

Quel est votre employeur ? _____

Quel est le titre de votre emploi ? _____

Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi ? _____

Cet emploi est-il lié à votre formation ? _____

3. Scolarité et domaine d'études :

Quel est votre plus haut niveau de scolarité ? _____

Dans quel domaine avez-vous étudié ? _____

ANNEXE G : Information Sheet

INFORMATION SHEET**Title:** Understanding the experience of harm reduction workers**1. Sociodemographic characteristics:**

Town of residence: _____

Gender: _____

Current age: _____

Linguistic affiliation: _____

2. Current employment situation:

Who is your employer? _____

What is your job title? _____

How long have you been in this job? _____

Is this job related to your education? _____

3. Education and field of study:

What is your highest level of education? _____

In what field have you studied? _____

ANNEXE H : Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

11/05/2020

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	S-03-20-5442
Titre du projet / Project Title	Comprendre l'expérience des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits
Type de projet / Project Type	Mémoire de maîtrise / Master's major research paper
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	11/05/2020
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	10/05/2021

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Rôle
Brianne GOSSELIN	École de service social / School of Social Work	Chercheur Principal / Principal Investigator
Lilian NEGURA	École de service social / School of Social Work	Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

11/05/2020

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Barbara GRAVES** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

ANNEXE I : Formulaire de consentement

La mise en page du document original inclut un entête de l'Université d'Ottawa omis dans cette annexe.

Formulaire de consentement

Titre du projet : Comprendre l'expérience des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits

CHERCHEUSE

Brianne Dorval
Étudiante à la maîtrise en service social
École de service social
Université d'Ottawa
Bgoss041@uottawa.ca
(705) 266-0120

DIRECTEUR DU MÉMOIRE

Lilian Negura, Ph.D.
Professeur titulaire
École de service social
Université d'Ottawa
lilian.negura@uottawa.ca
(613) 562-5800 (2020)

But de l'étude : Cette étude a deux objectifs : 1) comprendre comment les différentes expériences personnelles par rapport aux drogues façonnent l'expérience de travail des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits ; 2) explorer comment les différentes représentations sociales de la consommation de drogues façonnent l'expérience de travail des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits.

Invitation à participer : Vous êtes invité à participer à la recherche (projet de mémoire de maîtrise) nommée ci-haut qui est menée par Brianne Dorval. Cette recherche est supervisée par le professeur Lilian Negura.

Participation volontaire : Votre participation consistera essentiellement à participer à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 45 à 90 minutes, lors duquel vous aurez à répondre à des questions liées à votre expérience de travail dans une approche de la réduction des méfaits. L'entrevue sera menée sur une plateforme audiovisuelle qui convient au participant. L'entrevue sera enregistrée sous format audio à des fins de retranscription. On vous demandera aussi de remplir une fiche de renseignements à la suite de l'entrevue. Ceci devrait vous prendre entre deux à cinq minutes. Le fait de remplir ce formulaire de consentement indique votre acceptation de participer à ce projet. Votre participation à la recherche est volontaire et vous êtes libre de vous retirer en tout temps ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si vous choisissez de vous retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront supprimées et déchiquetées sur demande.

Bienfaits : Votre participation à cette étude contribuera à mieux comprendre l'expérience des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits. Vous aurez l'occasion de faire entendre votre voix et de la valider. Cette étude contribuera à l'avancement des connaissances et stimulera plus de discussions sur les expériences vécues au quotidien des intervenants sociaux travaillant dans une approche de la réduction des méfaits.

Désavantages : Votre participation à cette recherche implique que vous donniez de l'information personnelle. Il est possible qu'elle crée de l'inconfort émotionnel et psychologique. La chercheuse fera tout de son possible pour minimiser des risques. Toutefois, si une telle situation se présente, la chercheuse se rendra disponible après l'entrevue pour offrir du soutien. Au besoin, la chercheuse pourra vous diriger vers des ressources appropriées de soutien. Au courant de l'entrevue, vous pouvez aussi choisir de ne pas répondre à certaines questions, de prendre une pause et vous pouvez décider de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment.

Ressources disponibles

Le centre de détresse d'Ottawa 613-238-3311 www.dcottawa.on.ca	Drug and Alcohol Helpline 1-800-565-8603 www.drugandalcoholhelpline.ca
---	--

Confidentialité et anonymat : Durant votre participation à ce projet de recherche, certaines informations vous concernant seront recueillies par la chercheuse notamment les enregistrements audios de l'entrevue ainsi que la fiche de renseignements. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier ne sera présente dans les rapports et autres publications issues de cette recherche. Les noms des participants ne seront pas utilisés. Il n'y aura pas de descriptifs situationnels et/ou démographiques qui permettront d'identifier les participants, afin de préserver l'anonymat de chacun. Pour se référer aux participants, la chercheuse utilisera, dans le cadre de son mémoire de maîtrise, des identifiants tels que des prénoms fictifs. Les noms des participants seront gardés séparément des données d'entrevues. Les seules personnes qui auront accès à la véritable identité des participants seront la chercheuse et son directeur de mémoire.

Conservation des données : Les fichiers audios des enregistrements et les transcriptions d'entrevue seront conservés dans l'ordinateur personnel de la chercheuse, lequel est muni d'un mot de passe et est en possession constante de celui-ci. Les documents papier seront conservés dans une armoire verrouillée au domicile de la chercheuse. À la fin de ce projet de recherche, l'ensemble des documents (papier et électronique) seront transférés par Google Drive au directeur de mémoire. Les copies originales dans la possession de la chercheuse seront déchiquetées et supprimées de l'ordinateur de celle-ci. Les données seront conservées par le directeur de mémoire pendant une période de cinq (5) ans et seront détruites par la suite.

Compensation: Vous ne recevrez pas de compensation pour votre participation dans cette étude.

Renseignements et surveillance des aspects éthiques : Pour plus d'informations au sujet de l'étude, vous pouvez communiquer avec Brianne Dorval, chercheuse, au (705) 266-0120 ou à bgoss041@uottawa.ca, ou avec Lilian Negura, directeur de mémoire, au (613) 562-5800, poste 2020 ou lilian.negura@uottawa.ca.

Acceptation: Je, _____, accepte de participer à cette recherche menée par Brianne Dorval, étudiante à la maîtrise en service social de l'école de service social à l'Université d'Ottawa, supervisé par Lilian Negura.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant : _____ Date : _____

Signature du chercheur : _____ Date : _____

ANNEXE J : Consent Form

La mise en page du document original inclut un entête de l'Université d'Ottawa omis dans cette annexe.

Consent Form

Title: Understanding the experience of harm reduction workers

RESEARCHER

Brianne Dorval
Master's student in social work
School of Social Work
University of Ottawa
Bgoss041@uottawa.ca
(705) 266-0120

DIRECTOR

Lilian Negura, Ph.D.
Associate Professor
School of Social Work
University of Ottawa
lilian.negura@uottawa.ca
(613) 562-5800 (2020)

Purpose: This research project has two main goals: 1) understanding how different personal experiences with drugs shape the work experience of harm reduction workers; 2) exploring how the different social representations of drug use shape the work experience of harm reduction workers.

Invitation: You are invited to participate in this research named above which is led by Brianne Dorval, Master of Social Work Student at the University of Ottawa, under the supervision of Lilian Negura, Associate Professor at the School of Social Work at the University of Ottawa.

Voluntary participation: Your participation will essentially consist of realizing an individual interview lasting approximately 45 to 90 minutes, during which you will have to answer questions related to your experience as a harm reduction worker. The interview will be recorded in audio format for transcription purposes. You will also be asked to complete an information form following the interview. This should take you five minutes. Completing this consent form indicates your acceptance to participate in this research. Your participation in the research is voluntary and you are free to withdraw at any time or refuse to answer certain questions, without suffering any negative consequences. If you choose to withdraw from the study, the data collected up to that point will be deleted and shredded on request.

Benefits: Your participation in this study will contribute to a better understanding of the experience of harm reduction workers. You will have the opportunity to make your voice heard and validate it. This study will contribute to the advancement of knowledge and stimulate more discussion on the daily experiences of harm reduction workers.

Disadvantages: Your participation in this research implies that you provide personal information. It may create emotional and psychological discomfort. The researcher will do everything possible to minimize these risks. However, if such a situation arises, the researcher will be available after the interview to offer support. If necessary, the researcher can refer you to appropriate support resources. During the interview, you can also choose not to answer certain questions, take a break, and you can choose to withdraw from the study at any time.

Available resources

Distress Centre Ottawa and Region 613-238-3311 www.dcottawa.on.ca	Drug and Alcohol Helpline 1-800-565-8603 www.drugandalcoholhelpline.ca
--	--

Confidentiality and anonymity: During your participation in this research project, certain information concerning you will be collected by the researcher, in particular the audio recordings of the interview as well as the information sheet. All information collected during the research project will be kept strictly confidential. No identifying information will be present in reports and other publications resulting from this research. The names of the participants will not be used. In order to preserve the anonymity of each participant, there will be no situational and/or demographic descriptions in the research that will identify the participants. To refer to the participants, the researcher will use, as part of her master's thesis, identifiers such as fictive names. The names of the participants will be kept separate from the interview data. The only people who will have access to the participants' real identity will be the researcher and her supervisor.

Data Retention: The audio files of the recordings and the transcripts of the interview will be kept on the researcher's personal computer, which has a password. The researcher has constant possession of her personal computer. The paper documents will be kept in a locked cabinet at the researcher's home. At the end of this research project, Google Drive will transfer all data, paper and electronic, to the director. The original copies of the researcher's possession will be shredded and deleted from the researcher's computer. The data will be kept by the director for a period of five (5) years and will be destroyed thereafter.

Compensation: You will not be paid to participate in this study, nor will there be any cost to you.

Questions: For more information about this study, please contact Brianne Dorval, researchers, at (705) 266-0120 or bgoss041@uottawa.ca, or with Lilian Negura, director, at (613) 562-5800, extension 2020 or lilian.negura@uottawa.ca.

Consent: I, _____, agree to participate in the above research study conducted by Brianne Dorval, Master's student in social work, under the supervision of Lilian Negura, Associate Professor at the University of Ottawa.

For more information on the ethical aspects of this research, please contact the University of Ottawa Research Ethics Officer, 550 Cumberland Street, Room 154, (613) 562-5387 or ethics@uottawa.ca.

There are two copies of the consent form, one for the participant and one for the researcher.

Signature of the participant: _____ Date: _____

Signature of the researcher: _____ Date: _____