

Procès-verbal de l'appel vidéo de la CdP des SBUSP du 16 décembre 2021

Sujet :

Cercles de deuil : s'adapter à la COVID-19 avec le Dixon Hall

Participant·e·s : 28

Présentateurs·trices :

- Haydar Shouly, directeur principal des refuges et des programmes d'hébergement, Dixon Hall
- Pedram Mozaffari, supervision des services de réduction des méfaits à l'hôtel, Dixon Hall
- Chris Snodgrass, directeur des refuges, Dixon Hall

Introduction :

- Reconnaissance du territoire par Clem

Présentation :

Haydar, Pedram et Chris présentent les [services de proximité offerts par le Dixon Hall](#), surtout leurs services d'hébergement et les changements survenus depuis la COVID-19.

Le Dixon Hall a vu le jour dans les années 20. Soupe populaire à ses débuts, l'organisme a vu son offre de programmes et de services s'étendre jusqu'à aujourd'hui. Ils offrent maintenant des services à plus de 10 000 personnes chaque année. Avant mars 2020 (COVID-19), ils avaient déjà atteint le maximum de leur capacité, mais ils essayaient de l'augmenter régulièrement en raison de la pression sur les systèmes d'hébergement.

Lorsque la COVID-19 a frappé, l'achalandage a bondi. La pandémie a réduit leur capacité, mais a également été l'occasion d'inclure de nouvelles installations dans les refuges, des centres d'isolement, des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) et l'utilisation d'ÉPI (qui étaient difficiles à trouver). En réponse à la COVID-19, la ville a créé de nouvelles installations afin de répondre au manque de place dans les refuges. Le Dixon Hall a pu transférer certain·e·s de ses usagers et usagères vers ces nouveaux bâtiments. Environ 50 % de sa population a été transférée vers ces nouveaux programmes, et quelques personnes ont intégré des programmes de logement sécuritaire.

La réduction des méfaits au Dixon Hall – programmes et constatations pendant la pandémie

L'isolement occasionné par la distanciation sociale et aux autres directives entourant la COVID-19 a affecté la santé mentale des usagers et usagères et du personnel. On a vu une augmentation de la consommation de drogues, du besoin de soutien par les pairs et du besoin de vérifications du bien-être. Ils ont mis de l'avant les programmes de jumelage avec des pairs pour répondre aux difficultés engendrées par la COVID-19. La qualité des substances a également diminué – l'offre et les fournisseurs sont devenus encore moins fiables. Ils ont tenté de réduire les impacts autant que possible en demandant aux gens de faire analyser leurs substances, surtout les fournisseurs. Les répercussions de la crise – le nombre de surdoses et de décès – ont conduit à l'épuisement et à la baisse du moral du personnel et des fournisseurs de services, à des traumatismes et à de nouveaux traumatismes. Le nombre de surdoses mortelles est important par rapport aux décès dus à la COVID-19.

Ils ont renforcé le volet éducation et formation du personnel; augmenté l'accès à la naloxone (distribution hebdomadaire de 120 kits de naloxone – nasal et injectable); élaboré des listes de priorités pour mieux répondre aux surdoses; ajouté des services de réduction des méfaits sur place; et augmenté l'accès à l'approvisionnement sécuritaire. Les listes de priorités ont vraiment aidé nos interventions en situation de surdose, par exemple. Ils se sont servis de ce document : [Guidance document for harm reduction in shelter programs: A ten point plan – The Works, Toronto Public Health](#).

Quelques-uns de leurs services sur place : The Works – SCS/SCT, Inner City Health Associate (ICHA), Multi-disciplinary and Outreach Team (MDOT), HepCure, SHOPP. Ils soulignent également l'importance du travail des pairs – soins, éducation par les pairs, surveillance par les pairs, assemblage de trousse. La formation, les rencontres et les discussions sur la réduction des méfaits abordent ce qui suit : l'administration d'oxygène et l'utilisation d'un oxymètre, la surveillance par le personnel, les tendances en matière de drogues, la collecte de données. Ils innovent dans leur façon d'intervenir en situation de surdose et en réduction des méfaits. Ils apprennent constamment et ont encore beaucoup à améliorer.

Discussion – composer avec la mort, les traumatismes et le deuil

- Cercles de deuil et de perte, formations et ateliers, programmes d'aide aux employé-e-s, autres services de soutien, commémorations, occasions de discuter de la situation.
- Ils ont commencé à travailler avec Inner City Health. Ils les ont aidés à démarrer des cercles de deuil et d'intervention réguliers, des séances pour leur personnel et d'autres pour leurs usagers et usagères. C'est un bel ajout à leur programme.
- Formation du personnel sur les soins sensibles aux traumatismes. Fait partie des formations des responsables, etc. Ils ont aussi contacté les fournisseurs de services à ce sujet.
- Contacter les proches des personnes décédées et leur offrir du soutien individuel; les orienter vers d'autres services si nécessaire.
- Encourager les gens à prendre soin d'eux, s'assurer que le personnel et les usagers et usagères prennent soin d'eux et prennent du temps pour eux. Offrir des formations et des activités aux personnes qui travaillent dans cet environnement et aux usagers et usagères.
- Il y a beaucoup de culpabilité au sein de leur personnel – ça affecte grandement leur bien-être.
- Débriefing avec le personnel et les usagers et usagères. On organise une commémoration à chaque décès.
- Cérémonies de commémoration – installer des fausses bougies (pour des raisons de sécurité); les gens racontent des anecdotes sur la personne, leur écrivent des messages et les remettent à leurs proches pour qu'ils sachent qu'elle était aimée et qu'elle avait une communauté ici. On espère apporter un certain réconfort aux proches.

Période de questions

- En quoi les services axés sur les traumatismes sont-ils différents pour le personnel et pour les usagers et usagères?
 - Ça devient un peu compliqué entre les deux.
 - Soutien aux usagers et usagères – une partie de la difficulté réside dans l'accès au cercle de deuil/d'intervention. Nous n'avons pas de système pour rejoindre tout le monde. L'accès à la technologie étant limité pour certaines personnes, les cercles en personne sont la meilleure solution, mais à cause de la COVID-19, les possibilités sont limitées. La gestion est un défi.
 - Soutien au personnel – séances de soutien émotionnel offertes au personnel qui connaît les usagers et usagères depuis des années. C'est également difficile de réunir l'équipe.
- Y a-t-il des personnes qui refusent vos services ou décident d'arrêter? Si oui, quelles en sont les principales raisons?

- Très peu. Chaque jour, on nous appelle de partout pour savoir si on a de la place. On a plutôt le problème contraire, vu la demande.
- Devez-vous à certains moments « faire la discipline » auprès d'usagers ou d'usagères (parce qu'ils ont par exemple créé une situation dangereuse), tout en les traitant avec compassion?
 - Notre environnement est relax et à bas seuil d'accessibilité. On s'assure de respecter cette pratique. On traite les situations au cas par cas et on apporte notre aide dans la mesure du possible. S'il s'agit d'un problème de sécurité, on n'a pas d'autre choix que d'envoyer cette personne ailleurs. Ça ne veut pas dire que l'usager ou l'usagère sera renvoyé-e ou mis-e à la rue sans rien. On a l'obligation de s'assurer qu'ils sont aiguillés ailleurs, qu'ils ont un transport. Ils ne doivent pas quitter les lieux sans une option. On s'engage à soutenir les gens et à les traiter avec empathie.
- À quel point est-il facile ou difficile de rejoindre les vendeurs de drogue (qui se méfient habituellement de l'autorité) pour les inciter à faire analyser leurs substances?
 - Il y a des vendeurs de drogue dans notre programme, c'est la réalité. S'ils dépassent les bornes en matière de santé et de sécurité et qu'on apprend qu'ils fournissent des substances dangereuses aux usagers et usagères, par exemple, évidemment qu'on ne voudra pas mettre les gens en danger. Les vendeurs tentent aussi de couvrir leurs dépenses et de subvenir à leurs besoins.
 - Nous leur avons facilité le processus d'analyse, nous avons les moyens de le faire. Les vendeurs sont souvent les personnes les plus intéressées par nos programmes de réduction des méfaits. C'est une bonne chose d'avoir les vendeurs dans notre équipe. Eux aussi veulent veiller sur leur clientèle. Ils ne sont pas tous intéressés, mais en général ils sont ouverts à l'idée.
 - Le fait de faire analyser leurs substances protège également leur clientèle. Les vendeurs sont aussi des gens qui essaient de s'en sortir.
 - La communauté de stratégie sur les drogues? C'est un groupe de scientifiques qui analysent les substances et donnent de l'information très détaillée sur le contenu exact de chaque échantillon. Ils envoient l'information à tout le réseau de réduction des méfaits.
- Commentaire : C'est tellement important de former le personnel à superviser les usagers et usagères, pour qu'ils soient à l'aise de regarder les gens consommer et d'intervenir avec du Narcan au besoin... surtout lorsqu'on n'a pas l'énergie ou les moyens de faire une demande d'exemption, par exemple.
- Que faudrait-il faire pour doubler votre capacité ou votre taille?
 - La réduction des méfaits est au centre de notre travail – tout s'articule autour de cette philosophie.
 - Le modèle de SCS/SCT vient du Toronto Public Health, The Works. C'est eux qui gèrent et appuient le programme, nous leur fournissons les ressources. C'est eux qui détiennent l'exemption.
 - Pas certain que le système de refuge/hébergement ait la capacité d'augmenter ce volet. En tant que fournisseurs de services, nous appuyons l'idée, mais ça doit venir des autres parties.
 - Lorsqu'on augmente la capacité, les gens seront toujours au rendez-vous. Ce dont on a besoin, c'est plus de logements abordables. L'augmentation de lits dans nos refuges ne règlera pas la question de l'itinérance. Le besoin est toujours là, mais la priorité est plutôt l'offre de logements adéquats et sécuritaires.