



**Guide sur l'intervention en lien
avec l'usage et la dépendance aux
substances psychoactives pour
les milieux d'hébergement des
personnes en perte d'autonomie**

Rédaction

Laurence D'Arcy, D. Ps.

Institut universitaire sur les dépendances
Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Frédéric Maari, M. Sc.

Service de formation et de soutien en dépendance
Direction des programmes de santé mentale et dépendance
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Lynne Landry, M. Ps., psychologue

Équipe ambulatoire en symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Révision et collaboration au contenu

Vincent Wagner, Ph. D.

Chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances
Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Nancy Dubeau

Conseillère cadre
Direction des services multidisciplinaires
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Myriam Leduc

Conseillère cadre (intérim)
Direction des services multidisciplinaires
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Alexandra Sammartino-Arbour

Interniste-gériatre
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Professeure adjointe de clinique Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Any Brouillette

Conseillère en éthique
Direction adjointe Qualité, risque et éthique
CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal

Graphisme et mise en page

Geneviève Fortin, B.T.S.

Institut universitaire sur les dépendances
Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Remerciements

Pascale Dunlop, cheffe d'unité, et **Othman Messas**, coordonnateur de site, Centre d'hébergement Manoir-de-l'âge-d'or, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Geneviève Lamy, conseillère, Équipe Formation et développement des compétences, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Geneviève Ducharme, adjointe à la directrice, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées – Hébergement, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Jean-Philippe Galipeau, professionnel de recherche, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude envers **Valérie Garceau**, conseillère en dépendance, **Vanessa Ruel-Champagne**, conseillère en itinérance, ainsi que **Judith Arsenault**, conseillère en itinérance de la Direction des services en dépendance et en itinérance (DSDI) du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Leur relecture attentive de ce guide et leurs précieux commentaires ont contribué à l'enrichissement et à la précision du contenu. Leur expertise et leur engagement envers l'amélioration continue de nos pratiques en lien avec l'usage et la dépendance sont sincèrement appréciés.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Date de publication : Avril 2025

Dépôt légal : ISBN 978-2-555-01011-6

Note : Les avis exprimés dans ce document sont ceux des auteur-es et ne reflètent pas nécessairement ceux du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	5
PRÉAMBULE – À LIRE AVANT D’UTILISER CE GUIDE	6
PRINCIPES D’INTERVENTION À PRIVILÉGER	8
Réduire le risque de stigmatisation des personnes consommant des substances psychoactives	8
Posture de l’intervenant·e	9
Dresser le profil de consommation et ses conséquences	10
Établir un plan d’intervention personnalisé et intervenir de manière collaborative	15
Intervenir sur les conséquences négatives plutôt que sur la consommation comme telle	18
Intervenir de manière collaborative	20
Expliciter le cadre et mettre une limite de manière bienveillante	21
Assurer la sécurité de tous	23
PRINCIPES DIRECTEURS DE L’INTERVENTION LORS DE SITUATIONS PARTICULIÈRES	24
La consommation fait obstacle aux soins	24
Des SPA sont trouvées dans l’enceinte de l’établissement	25
Doutes quant à la possession, la vente ou l’échange de substances illégales	25
Usage de cannabis médical	26
Intoxication	27
Intoxication avec comportement perturbateur	28
Intoxication avec comportement agressif	32
Surdoses	33
Alcool ou benzodiazépines	34
Cannabis	35
Stimulants majeurs (cocaïne, amphétamines ou méthamphétamines)	35
Opioïdes	36
Sevrage	37
Sevrage d’alcool	38
Sevrage de cannabis	38
Sevrage de stimulants majeurs	39
Sevrage d’opioïdes	39
RÉFÉRENCES ET RESSOURCES À CONSULTER	41
ANNEXE 1 : PROFIL DE CONSOMMATION ET CONSÉQUENCES ASSOCIÉES	42
ANNEXE 2 : MODÈLE DE FICHE POUVANT AIDER À PERSONNALISER L’INTERVENTION ET SOUTENIR LES DISCUSSIONS CLINIQUES EN ÉQUIPE	44

PRÉFACE

Outils davantage les services de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Par Vincent Wagner, chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances

Depuis plusieurs années maintenant, les milieux d'hébergement et de soins de longue durée accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie voient émerger une clientèle présentant des besoins de plus en plus complexes. L'un des phénomènes posant le plus d'enjeux dans ces milieux est celui de la consommation de substances psychoactives, terme sous lequel nous incluons l'alcool, le tabac, le cannabis, les substances illégales, ainsi que certains médicaments. Au moment où le vieillissement de la population exerce déjà une pression croissante sur les services de santé et sociaux au Québec, les services de soutien à l'autonomie des personnes âgées ont à repenser leur offre d'intervention afin de mieux correspondre à ces nouvelles réalités. Cette évolution doit notamment passer par le fait d'outiller davantage les équipes qui rencontrent cette clientèle spécifique au quotidien.

Dans ce contexte, le projet de recherche BeSPA¹, mené de 2020 à 2023 grâce à un financement de Santé Canada et du Ministère de la Santé et des Services sociaux, visait à mettre en lumière les besoins particuliers de ces personnes, les pratiques en place, et celles restant à développer. Le tout afin de contribuer à cette plus large démarche de bonification de l'intervention et d'organisation des services. Durant le projet, nous avons rencontré un ensemble de résident·es provenant de différents milieux d'hébergement et de soins de longue durée au Québec, ainsi des intervenant·es et gestionnaires des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées, ou spécialisés en dépendance. Ces participant·es nous ont partagé leurs parcours, manières d'intervenir, préoccupations et pistes pour améliorer l'accompagnement des personnes consommant des substances psychoactives dans de tels milieux de pratique. À cela s'est par ailleurs ajouté une recension des écrits pour documenter les pratiques prometteuses existant à l'international.

Parmi la diversité des besoins mis en lumière, la question de la formation, théorique et pratique, du personnel à ces nouvelles réalités reste cruciale. Celle-ci doit mettre l'accent sur différents savoirs, savoir-faire et savoir-être en lien avec le fait d'approcher et d'accompagner les personnes ayant des pratiques de consommation, dans des milieux à la fois de vie et de soin. En plus de la thématique de la consommation, du vieillissement et de la perte d'autonomie, cette stratégie de formation doit aussi considérer d'autres dimensions importantes pouvant fréquemment faire partie du profil de ces résident·es : troubles cognitifs, troubles du comportement, enjeux de santé mentale, déficiences physiques et intellectuelles, désaffiliation sociale, vécu de la précarité et de la stigmatisation, etc.

Le présent guide, s'inscrivant dans la continuité de la démarche de recherche, s'appuie également sur l'expertise de professionnel·les pour guider l'intervention auprès de cette clientèle dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Rappelons que le contenu de ce guide n'est pas une recette miraculeuse à suivre à la lettre. Les différentes propositions sont nécessairement à ajuster aux caractéristiques du milieu, aux capacités des équipes, ou encore aux profils des résident·es. Il reste que ce document vient apporter des orientations plus que nécessaires à cette heure, afin de renforcer l'adéquation des services aux besoins de la population.

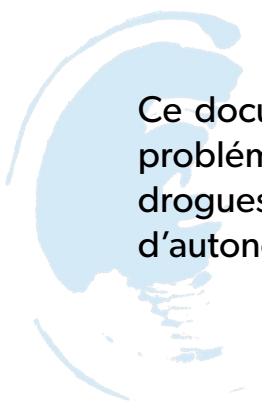
¹ Les besoins complexes des personnes présentant des problématiques liées à une consommation de substances psychoactives et fréquentant des ressources pour personnes âgées : mieux les comprendre pour mieux y répondre » - chercheurs principaux : Vincent Wagner et Jorge Flores-Aranda. Pour obtenir un aperçu des résultats de recherche, consultez la fiche synthèse [Vieillessement, substances psychoactives, hébergement et soins de longue durée. Synthèse du projet BeSPA : quelles pistes d'amélioration pour l'accompagnement des personnes consommatrices?](#)

PRÉAMBULE – À LIRE AVANT D’UTILISER CE GUIDE

Les milieux d’hébergement pour personnes en perte d’autonomie (ex. : CHSLD, ressource intermédiaire, résidence pour personnes âgées) constituent des milieux de vie où est favorisé le maintien des habitudes de vie et du fonctionnement antérieur des personnes tout en tenant compte de leurs perspectives et choix individuels, et en les respectant. La consommation de substances psychoactives (SPA; alcool, cannabis et autres substances incluant les médicaments utilisés hors prescription) peut s’inscrire dans ces choix.

De ce fait, cela peut engendrer chez certaines personnes des conséquences négatives (perturbation de la vie de groupe, manque de collaboration aux soins, agressivité, détérioration de l’état général, diminution

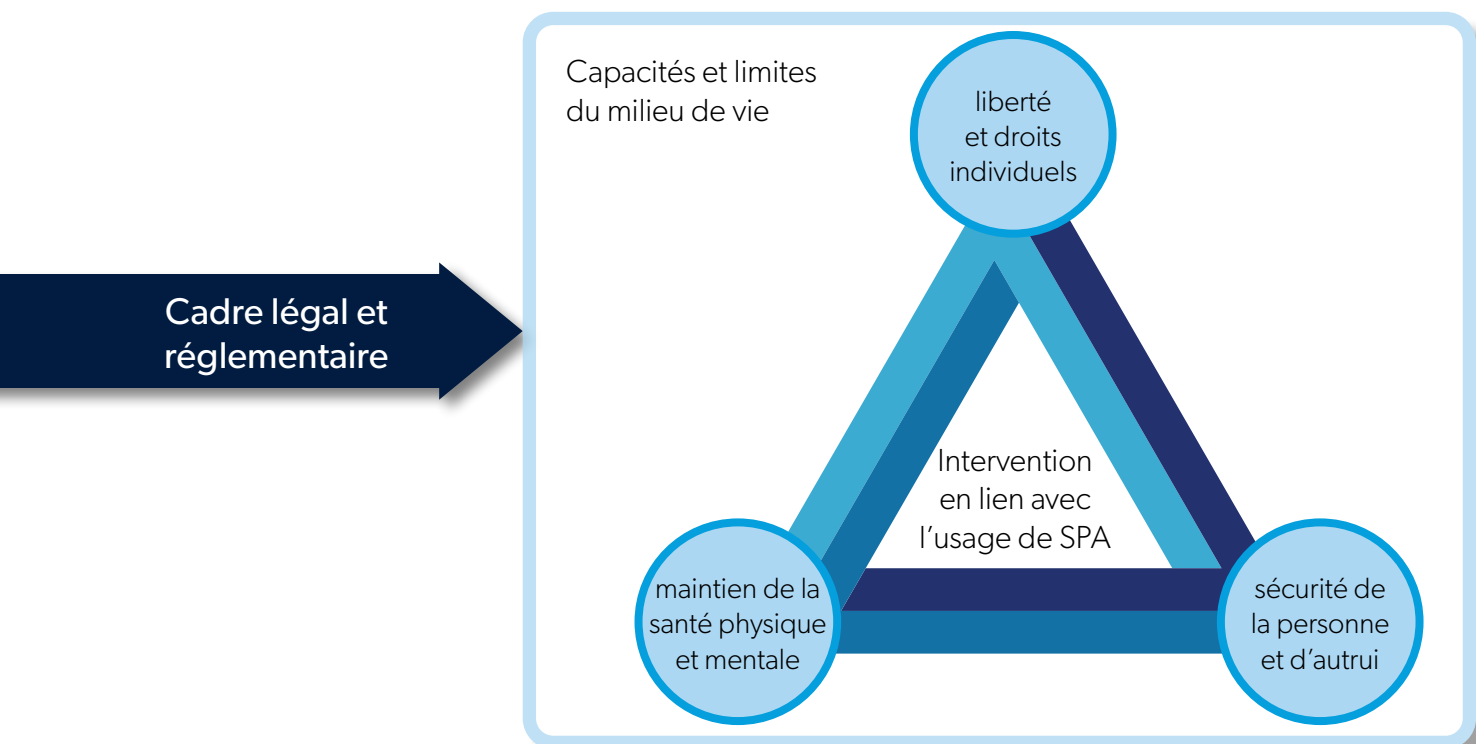
de l’autonomie, déclin cognitif, etc.), qui requièrent des interventions adaptées de la part des équipes soignantes. L’intervention auprès des personnes présentant des problèmes de consommation représente de nombreux défis. Les intervenant-es peuvent parfois avoir le sentiment de ne pas être en mesure d’offrir une aide appropriée. Pour certain-es membres du personnel, ces choix de vie « autodestructeurs » des résident-es sont difficiles à comprendre, et peuvent les heurter dans leurs valeurs personnelles et professionnelles. Certaines personnes donnent également l’impression qu’elles agissent d’une façon qui ne fait qu’aggraver la situation. Devant de telles impasses thérapeutiques, certain-es intervenant-es vivent de l’impuissance, se découragent et pensent qu’il n’y a pas de solution possible.



Ce document vise à appuyer les équipes de soins qui font face à des situations problématiques en lien avec la consommation de SPA (alcool, cannabis et autres drogues) des résident-es en milieu d’hébergement pour personnes en perte d’autonomie (CHSLD, ressource intermédiaire, résidence pour personnes âgées).

Cependant, il est important de noter ceci :

- Certaines façons de faire recommandées dans ce guide ne s'appliquent pas dans toutes les situations. Une analyse des particularités de la situation doit être faite avant d'appliquer et d'adapter les propositions. Autrement dit, les principes et pistes d'intervention doivent être adaptés en tenant compte des capacités et limites de la personne (impulsivité, raisonnement, trouble cognitif sous-jacent, etc.) et celles du milieu (capacité en ressources humaines, installations physiques, structure organisationnelle, etc.).
- Les pistes d'intervention visent à aider à améliorer une situation, mais il n'est pas toujours possible de la régler complètement ou d'éliminer les problèmes. Dans tous les cas, les interventions devraient diminuer la souffrance de la personne hébergée et l'impuissance des intervenant-es. Il s'agit de trouver un équilibre satisfaisant. Il est toutefois possible que cet équilibre soit de courte durée en raison de changements (ex. : nouveau résident qui change la dynamique de groupe, roulement de personnel) et doive être à nouveau retrouvé.
- Comme l'illustre la figure ci-dessous, les interventions doivent tenter de trouver un équilibre satisfaisant entre les préoccupations pour la santé des résident-es, leur sécurité et celle de l'équipe ainsi que les libertés et droits individuels des personnes. Elles doivent également tenir compte du degré de dangerosité (le fait d'être un danger imminent pour soi ou pour les autres), des capacités et limites du milieu de vie ainsi que du cadre légal et réglementaire.
- Les interventions doivent toujours être discutées avec la personne et décidées en équipe interdisciplinaire afin d'en assurer la faisabilité, l'applicabilité et la cohérence.
- Les interventions doivent être réévaluées et réajustées en continu. Il est important de ne pas persister dans une stratégie qui ne fonctionne pas.
- Une validation des orientations de l'intervention doit être réalisée avec l'équipe de gestion en raison de la responsabilité de l'établissement.
- Dans les cas plus complexes où cet équilibre est difficile à trouver ou qui interpellent des responsabilités institutionnelles et légales, il est recommandé de faire appel au service d'éthique clinique.



PRINCIPES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

Réduire le risque de stigmatisation des personnes consommant des substances psychoactives

La stigmatisation est le processus par lequel certains individus ou groupes sont perçus négativement ou dévalorisés en raison de traits ou de comportements qui les distinguent des normes sociales acceptées. Cela conduit souvent à la discrimination et à l'exclusion sociale, affectant la manière dont ces personnes sont traitées par d'autres et leurs propres perceptions d'elles-mêmes.

Les personnes en perte d'autonomie qui consomment des substances psychoactives sont particulièrement à risque d'être stigmatisées par le personnel des milieux d'hébergement. Cependant, plusieurs actions peuvent être mise en place pour diminuer ce risque :

- **Approche de soins intégrée et personnalisée**

Chaque personne qui consomme des substances est unique, avec des besoins spécifiques qui demandent des réponses adaptées. Une approche de soins intégrée et personnalisée tient compte du contexte de vie de l'individu, de ses objectifs personnels, et de ses besoins en santé globale. Cette approche assure une prise en charge complète et respectueuse.

- **Implication des personnes concernées dans les politiques du milieu de vie**

Il est crucial que les voix des personnes qui consomment des substances soient intégrées dans la conception et l'implémentation des politiques qui les affectent. La création de panels consultatifs ou de groupes de travail incluant des personnes ayant une expérience vécue de la consommation de substances assure que les politiques développées sont pertinentes et efficaces, reflétant les besoins réels des individus.

- **Accès équitable aux services**

Garantir un accès équitable aux services est fondamental pour soutenir efficacement les consommateurs de substances. Cela implique d'éliminer des barrières d'accès telles que les exigences de sobriété préalables, permettant un accès immédiat et inconditionnel aux soins nécessaires.

- **Sensibilisation, éducation et formation du personnel**

Il est fortement recommandé que tous les membres du personnel, y compris ceux à la réception, dans les cuisines et au département des loisirs, bénéficient de formations et d'activités de sensibilisation portant sur les réalités et les défis liés à l'usage de substances psychoactives. Ces initiatives éducatives visent à les préparer à interagir avec respect et efficacité avec les personnes qui consomment ces substances. En renforçant la qualité de ces interactions, il est possible d'améliorer directement la qualité des soins et le bien-être des personnes prises en charge. De plus, cela contribue à instaurer un environnement de soutien, de sécurité et de respect mutuel, essentiel pour le succès de la mission de l'établissement.

En adoptant ces stratégies, il est possible de transformer la manière de voir et de traiter les résident·es qui consomment des substances, en passant d'une approche stigmatisante à une approche qui respecte et valorise chaque individu en tant que personne digne méritant soutien et compassion.

Posture de l'intervenant·e

Dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie en milieu d'hébergement et qui font usage de substances, la posture professionnelle doit s'ancrer dans une approche humaniste qui se manifeste par un respect profond de la valeur de chaque résident·e et de sa dignité selon sa propre perspective. Cela signifie aussi de valoriser leur participation sociale, ainsi que d'honorer leur parcours et leurs expériences de vie.

La qualité de la relation tissée avec chaque personne est fondamentale. Elle repose sur la construction d'un lien de confiance mutuelle qui doit être nourrie par une écoute attentive, une communication respectueuse et un engagement sincère envers le bien-être de la personne. Ces interactions doivent être imprégnées de bienveillance, assurant que chaque action entreprise est effectuée avec considération et compassion.

Au cœur de ce savoir-être se trouvent la tolérance et la flexibilité, qui sont essentielles pour répondre adéquatement aux besoins individuels et aux variations des capacités de chaque résident·e. L'intervenant·e se doit d'agir avec ingéniosité et pragmatisme, faisant preuve de créativité pour élaborer des solutions personnalisées et concrètes qui maximisent l'autonomie et la qualité de vie des résident·es tout en respectant leurs limites.

Le rôle de l'intervenant·e en milieu d'hébergement se doit d'être celui de facilitation, qui encourage et soutient le/la résident·e dans le maintien et l'amélioration de ses capacités, plutôt que celui de surveillance sévère et punitive. Il s'agit d'adopter une posture aidante et constructive, qui favorise l'autodétermination, le projet de vie et la participation active de l'individu, tout en respectant son rythme et ses besoins spécifiques. L'intervenant·e est là pour ouvrir des perspectives de progrès et non pour restreindre la liberté par des règles inflexibles. Il/elle crée un environnement stimulant et sécurisant, où la personne se sent soutenue dans son parcours et où chaque petite réussite est reconnue et célébrée.

L'intervenant·e doit favoriser un environnement propice à l'épanouissement individuel, mais également au bien-être collectif. En ce sens, il est parfois difficile de concilier les besoins individuels avec ceux du groupe. L'intervenant·e doit exercer un équilibre entre une attention à l'individu et la dynamique de groupe. Cela demande une sensibilité aiguë aux interactions sociales et une capacité à favoriser un espace de vie commun où chaque personne peut se sentir intégrée et valorisée. En somme, l'intervenant·e œuvre à créer un environnement où l'individualité est respectée sans compromettre la coexistence paisible et stimulante de la communauté, incluant les proches de la personne hébergée.



Dresser le profil de consommation et ses conséquences (voir annexe 1)

Plusieurs aspects peuvent être considérés pour **dresser le profil de consommation** :

- La ou les substances consommées (ce que la personne prend)
- Le ou les modes d'administration (comment la personne prend la substance, c'est-à-dire ingérée, fumée, prise [« sniffée »], injectée, etc.)
- La façon de se procurer la ou les substances (comment la personne obtient la substance, auprès de qui et où)
- L'intensité de l'usage (quantités, fréquence, moments dans la journée, jours de la semaine, etc.)
- L'historique de consommation
- Les démarches antérieures visant à réduire ou à cesser la consommation, les services fréquentés et l'expérience associée
- Les périodes antérieures de sobriété ou d'habitudes de consommation moins dommageables (ce qui avait été aidant, ce qui avait motivé la personne à entreprendre le changement et à le maintenir)
- Les fonctions de la consommation (ex. : avoir du plaisir, se désennuyer, s'évader, diminuer l'intensité d'une souffrance, connecter avec d'autres)
- Les objectifs de la personne vis-à-vis de la consommation (ex. : modifier ses habitudes de consommation, réduire, arrêter complètement)

Intensité de l'usage chez la personne âgée : petite quantité = beaucoup d'effets

Attention, les personnes âgées sont particulièrement sensibles aux effets des SPA pour plusieurs raisons :

- **Changement métabolique** : Avec l'âge, le métabolisme ralentit, ce qui signifie que le corps est moins efficace pour éliminer la substance de son système. Cela peut entraîner une accumulation de SPA dans l'organisme et en intensifier ses effets. De plus, les maladies chroniques, qui sont plus courantes chez les personnes âgées, peuvent également affecter la façon dont le corps métabolise les SPA. Par exemple, les maladies du foie ou des reins modifient l'élimination des substances, pouvant entraîner une accumulation et une intensification des effets.
- **Tolérance inversée** : Aussi désignée sous le terme « sensibilisation », la tolérance inversée se manifeste chez certaines personnes après une consommation répétée d'une substance. Ces individus deviennent alors plus sensibles aux effets de cette substance, augmentant par conséquent le risque de surdose même avec des quantités réduites. Les mécanismes exacts à l'origine de ce phénomène restent en partie énigmatiques, mais parmi les explications avancées figurent des adaptations neuronales, des perturbations dans le métabolisme hépatique, une réaction immunitaire spécifique à la substance, ainsi que des facteurs psychologiques tels que le stress ou divers états émotionnels.
- **Changements dans la composition corporelle** : Les personnes âgées ont souvent une proportion plus élevée de graisse corporelle par rapport à la masse musculaire. Elles présentent également une proportion plus faible de fluides corporels par rapport aux adultes plus jeunes. Cela peut affecter la façon dont les SPA sont distribuées et éliminées dans le corps, et intensifier leurs effets.
- **Sensibilité accrue du cerveau** : Le cerveau des personnes âgées peut être plus sensible aux effets des SPA. Cela peut être dû à une variété de facteurs, y compris des changements dans la structure et la fonction du cerveau liés à l'âge (ex. : changement dans le volume cérébral, modification du système neuronal). Il y a également, chez le sujet âgé, une perméabilité plus grande de la barrière hémato-encéphalique. Finalement, les troubles neurocognitifs, qui sont plus courants chez les personnes âgées, peuvent aussi augmenter la sensibilité du cerveau aux SPA. Par exemple, chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, une petite quantité d'alcool peut avoir un effet beaucoup plus marqué qu'elle ne le ferait chez une personne du même âge sans cette maladie.
- **Polymédication** : Les personnes âgées prennent souvent plusieurs médicaments en même temps pour composer avec diverses conditions de santé. Ces médicaments peuvent interagir entre eux et avec les SPA, ce qui peut augmenter leurs effets ou créer de nouveaux effets.

Pour toutes ces raisons, même une petite quantité de SPA peut avoir un effet considérable sur une personne âgée. Il est important d'expliquer ces changements à la personne afin de lui permettre de mieux faire ses choix liés à sa consommation.

La personne peut être plus ou moins consciente des **répercussions de sa consommation**. Il est très aidant que l'intervenant·e l'amène à se questionner et à réfléchir aux conséquences de son usage, et ce, en lien avec différentes dimensions de sa vie :

- **Santé physique** : Capacités physiques (ex. : trouble de l'équilibre, chutes), risque d'hospitalisation, troubles du mouvement (ex. : spasmes, tremblements, tics), qualité du sommeil, incontinence, niveau d'énergie, appétit (prise ou perte de poids), santé sexuelle, interactions avec la médication, etc.
- **Relations** : Proche aidant·e, couple, famille, ami·es, communauté culturelle, autres résident·es, personnel de l'hébergement, rejet et isolement social, marginalisation, appartenance à un groupe de personnes qui consomment, vulnérabilité aux violences et abus, comportements agressifs et violents lorsque intoxiqué·e, etc.
- **Autonomie et fonctionnement** : Capacité à recevoir des soins et à participer à ses occupations, loisirs, etc.
- **Finances** : Budget, dettes, échanges de biens ou de services (ex. : troc), etc.
- **Justice** : Prise de risque, arrestation, amendes, etc.
- **Santé psychologique** : Bien-être et stabilité de l'humeur, capacité d'adaptation (flexibilité vs rigidité), capacité à gérer le stress, estime de soi positive, satisfaction de vie, résilience face aux deuils, maintien de relations significatives, identité ou statut, etc.
- **Symptômes de troubles mentaux** : Symptômes anxio-dépressifs, irritabilité, perte d'intérêt, illusions ou délires, hallucinations, difficultés relationnelles et comportements dommageables (ex. : manque d'empathie, déresponsabilisation, mensonge, manipulation, intimidation, automutilation), difficulté à réguler les émotions, hypersensibilité, hyperréactivité, etc.
- **Symptômes du trouble neurocognitif léger (TNC), du trouble neurocognitif majeur (TNCM) ou de lésions cérébrales acquises¹** : Capacités d'inhibition et impulsivité, fonctionnement de la réserve cognitive (mémoire, attention ou concentration, langage, compréhension, jugement, etc.), troubles du comportement (agitation ou agressivité verbale ou physique, errance, comportements répétitifs et stéréotypés, réveils nocturnes ou inversion du cycle veille-sommeil), capacités concernant les activités de la vie domestique et les activités de la vie quotidienne.
- **Milieu de vie** : ambiance générale, sentiment de sécurité, environnement physique (propreté, bruit), influence sur autrui et effet d'entraînement, charge de travail du personnel, implication des proches dans les soins, etc.

¹**Trouble neurocognitif (TNC) et trouble neurocognitif majeur (TNCM)** : Le terme « TNC » est utilisé pour décrire une diminution de la performance cognitive d'une personne par rapport à son niveau antérieur. Le terme « TNCM » désigne une diminution plus grave des capacités cognitives qui interfère significativement avec la capacité d'une personne à effectuer des activités quotidiennes. Le TNCM était connu anciennement sous le terme « démence ». Le TNC et le TNCM peuvent être causés par une variété de conditions, comme la maladie d'Alzheimer, la maladie vasculaire, la démence à corps de Lewy, etc.

Lésions cérébrales acquises : L'expression « lésions cérébrales acquises » réfère à tout dommage au cerveau qui se produit après la naissance et qui n'est pas lié à des troubles congénitaux, à des troubles du développement génétique ou à des processus dégénératifs comme la maladie d'Alzheimer. Les lésions cérébrales acquises peuvent résulter d'un traumatisme (ex. : traumatisme crânien à la suite d'une chute d'un échafaudage), d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'une tumeur, d'une hypoxie (manque d'oxygène au cerveau), d'infections, de l'abus de substances ou d'autres causes. Les lésions cérébrales acquises peuvent entraîner une variété de déficits, dont certains peuvent être similaires à ceux observés dans les TNC et les TNCM, comme des troubles de la mémoire, de l'attention, de la parole et du langage, et des changements dans les capacités émotionnelles et comportementales.

Les conséquences de la consommation peuvent être à la fois positives et négatives. Les conséquences positives sont un facteur de maintien de la consommation, et les conséquences négatives des leviers pour le changement. Par exemple, une personne boit de l'alcool pour se désennuyer (conséquence positive), mais l'alcool nuit à son équilibre quand elle marche et augmente son risque de blessures (conséquence négative).

Cette évaluation des conséquences permet de mieux comprendre la situation de la personne et de mieux la soutenir dans les choix qu'elle peut faire.

Cependant, il n'est pas inhabituel de constater une divergence entre la perception des conséquences de cette consommation selon les intervenant·es et les personnes elles-mêmes.

Du côté des personnes accompagnées, la consommation de substances peut être perçue comme un moyen d'améliorer la qualité de vie, de pallier certaines souffrances ou d'apporter du réconfort. Par exemple, un résident peut estimer que le fait de boire de l'alcool le rend plus jovial et sociable, ou qu'il lui permet de mieux gérer ses douleurs physiques ou sa solitude.

Du côté des intervenant·es, la perception est souvent axée sur les risques et les conséquences négatives associés à cette consommation. Ils peuvent voir l'alcool comme une source potentielle d'altération cognitive, d'incidents physiques, ou d'interactions avec les médicaments prescrits. Les soignant·es peuvent aussi craindre que la consommation ne mène à une dégradation de l'état de santé général de la personne ou à des comportements perturbateurs.

Ces différences de perception peuvent créer des tensions et des incompréhensions. Dans l'optique de les réduire, l'**écoute empathique** du personnel et le **dialogue ouvert** s'avèrent essentiels. La **collaboration** permet de développer des interventions qui prennent en compte les besoins et les souhaits des personnes, tout en intégrant des mesures de prévention et de réduction des risques qui sont transparentes et négociées avec elles.

Défis de l'évaluation autorapportée

Il est important de se rappeler que la présence de TNC, de TNCM ou de lésions cérébrales acquises affecte la capacité de la personne à fournir les réponses nécessaires pour faire une évaluation complète du profil de consommation et de ses conséquences :

1. **Difficulté à évaluer les situations** : Les personnes atteintes de troubles neurocognitifs peuvent avoir du mal à comprendre les situations complexes et à anticiper les conséquences potentielles de leurs actions. Elles peuvent avoir de la difficulté à identifier les risques et les avantages d'une décision.
2. **Difficulté à se souvenir de l'expérience passée récente ou d'appliquer ses connaissances passées à de nouvelles situations** : Les personnes atteintes de troubles neurocognitifs peuvent avoir du mal à se souvenir de leurs expériences passées récentes ou à les appliquer à de nouvelles situations. Par exemple, à la suite d'une intoxication à l'alcool, la personne a été agressive et ne s'en souvient plus lors du retour sur la situation avec elle.

Les **atteintes des lobes frontaux**, que ce soit en raison de traumatismes, de maladies neurodégénératives ou d'autres troubles neurocognitifs, peuvent profondément affecter la cognition et le comportement. Elles peuvent engendrer des difficultés notables en matière de raisonnement abstrait, rendant difficile pour l'individu la compréhension des concepts complexes ou non concrets. De plus, une impulsivité marquée peut se manifester, conduisant à des comportements précipités sans considération des conséquences. L'apathie et le manque de motivation sont également courants, entravant la capacité de l'individu à s'engager activement dans une activité ou à réagir à des stimuli de son environnement. Ces complications peuvent poser de sérieux défis pour un·e intervenant·e cherchant à évaluer le profil de consommation de SPA d'une personne. En effet, l'incapacité de cette dernière à réfléchir de manière abstraite, son impulsivité et son manque d'engagement peuvent fausser ou compliquer l'évaluation, nécessitant des méthodes d'approche adaptées. Voici des exemples de méthodes d'approche adaptées :

- Coconstruction d'une fiche d'observation détaillée du comportement de la personne par l'ensemble des membres de l'équipe soignante sur tous les quarts de travail en impliquant également le personnel à la réception, en cuisine et aux loisirs.
- Entrevue avec les proches
- Utilisation d'aide visuelle pour questionner la personne
- Etc.

Par ailleurs, il est fortement recommandé de consulter les dossiers médicaux antérieurs, avec le consentement explicite de la personne, afin d'accéder aux rapports d'évaluation diagnostiques précédents. Les dossiers antérieurs peuvent offrir un aperçu des interventions ou des approches qui ont été efficaces par le passé. Si les informations disponibles ne sont pas suffisantes ou si des éclaircissements supplémentaires sont nécessaires, il peut être judicieux de faire appel à des professionnel·les comme des psychiatres, gériatres, neurologues, neuropsychologues ou ergothérapeutes. Ces spécialistes sont en mesure de fournir une expertise pour évaluer les capacités et incapacités de la personne ou pour dresser un profil cognitif détaillé, assurant ainsi un portrait plus complet.

Comme chaque personne est unique dans ses capacités et ses limites, il importe de bien la connaître pour élaborer des stratégies d'évaluation et d'intervention qui en tiennent compte.

Établir un plan d'intervention personnalisé et intervenir de manière collaborative

À partir du profil de consommation, la prise en charge individualisée est la pierre angulaire de tout plan d'intervention. Il est essentiel de comprendre qu'une façon de faire unique ne convient pas à tout le monde, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes qui présentent un TNC, un TNCM ou des lésions cérébrales. Adopter une approche purement rationnelle pour encourager le changement n'est jamais une solution efficace.

À l'avant-plan, l'individualisation de l'intervention doit se concentrer sur les forces, les préférences et les aspirations de chaque personne, et s'inscrire dans son authenticité et son histoire de vie. Il s'agit également de discerner ce qui fonctionne le mieux et ce qui revêt le plus de signification pour elle :

Quelles sont ses forces? Qu'est-ce qui est important pour elle? Quels sont ses centres d'intérêt? À quoi ressemblent son projet de vie ou ses désirs pour le futur? À quoi ressemble une vie qui vaut la peine d'être vécue pour elle? Quel genre de personne elle est ou voudrait être?

Quels sont les mots ou les phrases clés qui aident à désamorcer des situations tendues ou à risque d'escalade? Quelles sont les stratégies de diversion qui fonctionnent le mieux avec elle?

Lors de l'élaboration des objectifs du plan, il est crucial de les formuler en termes positifs. Autrement dit, formuler des objectifs en termes de comportements attendus et non de comportements à éviter. Par exemple, au lieu de « ne pas boire tous les soirs », privilégiez la formulation « opter pour des boissons non alcoolisées le mardi et le jeudi ». Ce type de formulation offre une direction claire et encourage une action positive.

Enfin, pour soutenir l'engagement et l'adhésion envers le plan d'intervention, il est bien de privilégier une approche qui évoque des souvenirs ou des sentiments positifs. Utiliser des éléments tels que l'humour ou les rappels affectifs peut avoir un effet profond.

Exemples :

- « Vous souvenez-vous l'autre jour, quand vous avez commencé à boire seulement après votre émission? Vous avez eu beaucoup de plaisir avec madame X. »
- « Votre sœur s'en vient. Vous m'avez demandé de vous rappeler que vous aimez mieux fumer du cannabis après pour pouvoir passer du temps de qualité avec elle. »
- « Quand vous buvez du Pepsi, vous arrivez à faire des commissions pour les autres et vous êtes vraiment apprécié par les résident·es. Quand vous buvez de l'alcool, vous n'arrivez pas à faire ce que vous aimez. »
- « C'est important pour vous d'être *peace and love*. Quand vous buvez plus de trois bières, vous n'y arrivez plus et vous lancez des chaises. »

Défi du plan d'intervention avec les personnes ayant des lésions frontales

Les personnes avec des lésions frontales peuvent introduire des défis supplémentaires. Il est courant que ces individus rencontrent des difficultés à mettre en pratique ce qu'ils sont pourtant capables de conceptualiser. Par exemple, ils pourraient exprimer leur désir de cesser de boire et même énumérer plusieurs stratégies pour le faire, mais être incapables de concrétiser ces plans par des actions en raison notamment de leurs lésions cérébrales, et non par manque de volonté ou de motivation.

Pour soutenir la personne dans l'actualisation de son plan d'intervention, la mise en place d'une routine structurée et prévisible est aidante et lui permet de mieux naviguer dans son quotidien.

De plus, l'utilisation de stratégies visuelles ou auditives peut faire toute la différence. Ces outils doivent s'adapter aux besoins de la personne, lui convenir et ne pas être infantilisants. Voici quelques exemples d'outils pouvant être utilisés pour appuyer l'intervention :

Stratégies visuelles	Description	Exemples
Tableaux ou schémas	Représentation graphique d'un processus ou d'une séquence d'actions à suivre.	• Un tableau de suivi de la consommation d'alcool facilement accessible et visible dans la chambre de la personne • Un schéma illustrant de boire un verre d'eau entre chaque consommation
Pictogrammes, icônes et infographies	Images simples qui représentent des tâches précises ou des rappels, avec ou sans mots.	• Des icônes illustrant des options pour remplacer la consommation d'alcool, comme un verre d'eau ou une tasse de tisane • Le thermomètre de la colère • Un arbre avec des feuilles qui représentent ce qui est important et contribue au bien-être de la personne • Des émoticônes • Une image illustrant les conséquences positives de l'abstinence (plus d'énergie, meilleure mémoire, etc.)
Agendas ou calendriers visuels	Outils qui permettent de visualiser les tâches, les activités ou les événements à venir.	• Un calendrier montrant les activités de groupe ou les thérapies auxquelles la personne peut participer au lieu de boire • Un horaire détaillé des différentes occupations afin d'aider la personne à s'organiser et à s'adonner à une routine prévisible et rassurante • Un horaire indiquant les journées où elle peut boire et le nombre de consommations prédéterminé pour obtenir les effets voulus et limiter les conséquences négatives
Codes de couleurs	Utilisation de couleurs déterminées pour catégoriser ou prioriser des informations.	• Un feu de circulation associé à des comportements adéquats, à risque et problématiques

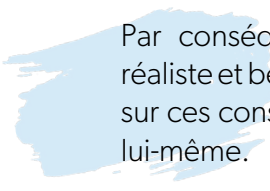
Stratégies auditives	Description	Exemples
Rappels systématiques	Utilisation de phrases pour appuyer les objectifs de la personne et les stratégies qui fonctionnent.	• Quand le personnel infirmier distribue les médicaments, rappeler à la personne ce qui l'aide à relaxer (autre que la consommation). • Quand la personne sort de l'établissement, lui rappeler de prendre un chemin en particulier (pour éviter des lieux de consommation). • Après le souper, rappeler à la personne de se limiter à une bière, comme il a déjà été convenu avec elle dans le plan d'intervention.
Alarmes ou minuteurs	Applications sur le téléphone cellulaire qui fournissent des rappels sonores ou vocaux.	• Rappel programmé pour encourager la personne à boire de l'eau • Rappel programmé pour lui mentionner qu'il est temps de se coucher
Retours vocaux ou rétroaction	Échange verbal avec la personne en lien avec un comportement qu'elle a eu.	• Encouragements, félicitations • Mention à la personne que, lorsqu'elle parle fort, vous n'arrivez pas à bien la comprendre
Guides d'autosoins auditifs	Instructions fournies vocalement étape par étape qui guident la personne à travers un processus de mieux-être.	• Relaxation guidée pour calmer la personne quand elle a envie de consommer • Exercice guidé de respiration

En fin de compte, la clé réside dans une approche adaptée, empathique et flexible, construite sur une compréhension profonde de l'individu concerné.

Intervenir sur les conséquences négatives plutôt que sur la consommation comme telle

Avant tout, il est essentiel de comprendre la distinction entre intervenir sur la consommation et intervenir sur les conséquences de celle-ci. L'**intervention sur la consommation** se concentre sur la tentative d'empêcher ou de limiter l'utilisation de la substance en elle-même, par exemple viser à ce que la personne se limite à deux bières. Autrement dit, c'est une approche qui cible directement le comportement de consommation de la substance, avec pour objectif d'éliminer ou de réduire ce comportement.

Cependant, l'**intervention sur les conséquences de la consommation** se concentre sur la gestion des comportements ou des situations qui découlent de l'utilisation de la substance, par exemple viser à ce que la personne arrête de crier lorsqu'elle est intoxiquée. Cette approche ne cherche pas à arrêter ou à limiter l'utilisation d'une substance, mais à atténuer ses effets négatifs sur l'individu et son environnement. Cette philosophie d'intervention reconnaît que, bien que l'usage de substances puisse être problématique, ce sont souvent les conséquences de cet usage qui entraînent le plus de difficultés pour la personne et son entourage.



Par conséquent, il est généralement plus réaliste et bénéfique d'intervenir directement sur ces conséquences plutôt que sur l'usage lui-même.

Cela ne signifie pas que l'usage est ignoré, mais plutôt que l'intervention se concentre sur la diminution des dommages et l'amélioration de la qualité de vie.

L'évaluation des conséquences et des effets recherchés de la consommation permet de mieux intervenir dans une optique coût-bénéfice pour la personne. Autrement dit, les changements proposés visent à conserver les aspects positifs qu'elle associe à sa consommation, tout en atténuant les désavantages qu'elle perçoit. Le fait d'utiliser sa perspective comme point de départ favorise l'adhésion aux changements proposés. Par exemple, il serait possible de proposer à la personne qui boit pour se détendre de le faire assise sur le sofa en regardant la télévision dans sa chambre au lieu du bistro qui implique des déplacements et un risque de chutes.

Les personnes avec un TNCM ou ayant des lésions cérébrales acquises présentent des difficultés sur le plan du raisonnement. Ainsi, elles n'arrivent pas à anticiper les conséquences de leur consommation. Ces limitations peuvent rendre ardu le fait d'utiliser leur perspective comme point de départ efficace pour une intervention. Dans ces cas, des changements dans l'environnement peuvent alors compenser leur difficulté à se mobiliser afin d'assurer leur sécurité.

Exemples :

- S'assurer que la personne est proche d'une toilette lorsqu'elle consomme pour éviter qu'elle ait une longue distance à parcourir, ce qui augmente les risques de chutes, ou alors lui proposer de porter une culotte d'incontinence lors d'épisodes de consommation.
- Convenir avec la personne de laisser trois bières dans son réfrigérateur (au lieu de l'emballage de six).

L'intervention visant à réduire les conséquences négatives de l'usage, connue sous le nom de **réduction des méfaits**, est une philosophie d'intervention qui suscite chez les personnes avec des problèmes de dépendance beaucoup moins de résistance que l'abstinence ou la diminution de la consommation. De plus, l'arrêt de la consommation n'est pas toujours souhaitable en raison des risques médicaux liés au sevrage, qui sont décuplés chez la personne âgée ou celle atteinte de trouble cognitif.

Par ailleurs, la capacité à inhiber un comportement (ex. : ne pas boire) est grandement diminuée chez les personnes avec un trouble neurocognitif ou chez toute personne avec une atteinte frontale. Les objectifs devraient donc être formulés en précisant les comportements souhaités et en évitant de mettre l'accent sur les comportements indésirables.

Il est important que les contraintes organisationnelles et en ressources humaines ainsi que les capacités et limites de la personne soient prises en considération dans la formulation d'objectifs de réduction des méfaits afin qu'ils soient réalistes et atteignables pour elle.

Voici des exemples d'objectifs simples de réduction des méfaits :

- Déterminer les moments dans la journée où la consommation est la moins dommageable et consommer à ces moments (ex. : après le souper, après son soin en physiothérapie).
- Consommer une seule substance à la fois, ne pas faire de mélange pour éviter les risques de surdose (ex. : prendre ses benzodiazépines le matin et l'alcool le soir).
- Consommer des produits comestibles de cannabis pour éviter de fumer dans sa chambre afin de diminuer le risque d'incendie et les odeurs dérangeantes pour les autres résident·es et le personnel.
- Consommer avec des personnes qui n'encouragent pas la surconsommation.
- Prendre un chemin en particulier pour éviter de passer devant le dépanneur.
- Partir avec un montant d'argent prédéfini dans ses poches et laisser ses cartes bancaires dans sa chambre.
- Établir un plan de consommation en fonction de son budget.



En amorçant le processus avec un petit changement à court terme, qui est plus facilement réalisable, on instille de l'espoir chez la personne concernée (et l'équipe traitante!). **Plutôt que de viser un idéal souvent inatteignable, l'accent doit être mis sur l'amélioration et non sur la perfection.** Par ailleurs, il est recommandé de travailler un comportement à la fois, plutôt que de vouloir tout changer en même temps.

Intervenir de manière collaborative

L'intervention collaborative est une approche qui privilégie le partenariat entre la personne, son entourage et l'intervenant·e, dans l'atteinte d'un but commun. Cette approche favorise la motivation et l'engagement de la personne vis-à-vis du changement qu'elle souhaite concrétiser. L'intervenant·e la guide et l'aide à développer ses habiletés et à répondre à ses besoins psychologiques et sociaux à travers un projet de vie significatif.

Cet accompagnement doit suivre le rythme de l'individu tout en s'adaptant à ses besoins et à ses choix. L'autonomie fonctionnelle et décisionnelle de la personne est reconnue et renforcée. Les conséquences naturelles de ses choix, attitudes et comportements lui permettent de se responsabiliser.

Par exemple, un résident qui consomme de l'alcool du matin au soir se dit ennuyé et isolé socialement, ce qui explique selon lui sa tendance à boire tout le temps. Par ailleurs, il est de nature plutôt sociable et désire avoir une activité qui lui permet de socialiser. L'équipe peut lui proposer de s'impliquer bénévolement une fois par semaine au sein l'établissement ou avec un organisme communautaire, dans la mesure où il s'y présente sans avoir bu. La participation à cette activité, incompatible avec la consommation, devient un levier motivationnel pour l'aider à contrôler sa consommation en lien avec un projet qui est porteur de sens pour lui.

Parfois, la personne présente des symptômes dépressifs, ce qui entraîne une difficulté à identifier ce qu'elle aime et souhaiterait faire. Elle mentionne n'avoir le goût de rien. Dans ces cas, il peut être aidant de la questionner sur ce qui l'a déjà allumée dans son histoire de vie. On peut également questionner les proches sur les champs d'intérêt qu'elle a déjà eus. Il est aussi possible de l'aider à imaginer un monde idéal et ce qui pourrait lui plaire pour tenter de décristalliser sa perspective pessimiste.

De plus, l'**accompagnement** (faire avec la personne) est un élément clé lors de l'introduction d'une nouvelle activité susceptible d'intéresser la personne, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il renforce la motivation à explorer de nouvelles voies et réduit l'appréhension face à l'inconnu. En offrant un soutien dès les premiers essais, l'accompagnement aide à prévenir l'abandon prématuré de l'activité, encourageant ainsi l'adoption et le maintien de nouvelles habitudes. Ensuite, accompagner une personne durant ces expériences permet de saisir de manière plus concrète les obstacles ou difficultés liés à l'activité, comme un trajet compliqué ou une expérience de stigmatisation. Cette compréhension concrète facilite la mise en place d'adaptations ciblées et de solutions pragmatiques, augmentant considérablement les chances de réussite de la personne. En somme, l'accompagnement personnalisé est un puissant levier pour favoriser l'intégration réussie et enrichissante de nouvelles activités dans la vie des individus. Il est possible que l'accompagnement soit fait par un·e intervenant·e, mais également par un·e proche ou un·e bénévole. Dans certains cas, il peut être utile de jumeler la personne avec un·e résident·e qui a l'habitude de la nouvelle activité.

Expliciter le cadre et mettre une limite de manière bienveillante

Tout en intégrant les principes d'ouverture et de flexibilité dans l'intervention, il demeure important de faire preuve de clarté avec les résident·es au sujet de ce qui est acceptable ou non dans le contexte d'un milieu de vie en institution. Il est important de connaître et d'appliquer de manière constante le code de vie qui encadre les droits et obligations des résident·es.

Lorsque la personne enfreint les règles de vie, il est préférable de :

- Mettre l'accent sur les comportements liés à la consommation qui pose problème plutôt que sur la consommation en tant que telle.
- Mettre à profit la personne dans la recherche de solutions pour l'aider à respecter le cadre. Par exemple, il est possible de la questionner sur ce qui pourrait l'aider à ne plus crier lorsqu'elle est sous l'effet de l'alcool.
- Valider les émotions vécues. Par exemple : « Je comprends que vous n'avez pas envie de parler moins fort et que ce que je vous demande est frustrant, mais chacun doit respecter les règles pour que ce soit juste et qu'on ait un endroit où tout le monde se sent bien. »
- Réaffirmer les obligations et limites propres à la vie en communauté en lien avec les droits et responsabilités des résident·es du centre d'hébergement.

Dire « non » peut être perçu comme confrontant ou restrictif, créant ainsi un climat de tension ou de résistance de la part de la personne concernée. Pour éviter une réaction défensive, une approche alternative consiste à offrir de faux choix. Cette approche d'autodétermination par restriction de choix donne à l'individu un sentiment de contrôle et d'autonomie, tout en guidant subtilement sa décision vers des options souhaitables. Par exemple, au lieu d'ordonner à une personne de se rendre dans sa chambre, il serait plus stratégique de lui demander : « Préférez-vous aller dans votre chambre par vous-même ou aimeriez-vous que je vous accompagne? » De cette manière, bien que les deux options mènent au même résultat souhaité, la personne se sent impliquée dans la prise de décision, ce qui peut diminuer la résistance et faciliter la coopération. Une autre stratégie efficace pour atténuer la réaction à un refus est d'utiliser des formules telles que : « Je comprends que c'est fâchant pour vous, mais ce n'est pas possible aujourd'hui. » Cette forme de réponse, qui valide l'émotion et est moins absolue et irrévocable que le « non », est souvent accueillie un peu plus sereinement par la personne. Il est important de se rappeler que la présence de troubles neurocognitifs implique de répéter souvent la limite.

Quand vient le moment d'appliquer des conséquences lors de non-respect du cadre, il est essentiel de déterminer si **la personne possède les capacités cognitives pour agir différemment**.

Dans les cas où elle aurait les capacités de le faire et qu'une conséquence devrait être appliquée, il est primordial de faire preuve de vigilance pour éviter de brimer des **droits fondamentaux** (ex. : la priver de ses cigarettes, de son argent ou de la possibilité de sortir).

Il est recommandé que les conséquences d'un comportement inadéquat se traduisent par une conséquence naturelle impliquant la perte d'un privilège plutôt que par une punition. Cette méthode a pour but de rendre la personne consciente de l'importance de ses choix et encourage sa responsabilisation.

Exemples :

- « Si vous prenez votre argent pour de la bière, vous n'en aurez plus pour jouer au bingo. »
- « Si vous criez, vous ne pourrez pas rester dans la salle commune pour regarder la télévision. »
- « Si vous avez des comportements dérangeants au fumoir, vous allez devoir fumer à l'extérieur. »

En outre, il est impératif d'éviter à tout prix les tactiques basées sur la culpabilité, la honte ou l'humiliation. Ces méthodes, qui portent atteinte à la dignité de la personne, peuvent être contre-productives et engendrer plus de résistance au changement. Elles peuvent également nuire à son estime de soi et à la relation de confiance qu'elle entretient avec les intervenant-es.

Plutôt que d'adopter une approche moralisatrice, qui émet des jugements de valeur sur les actions des individus, il est préférable d'opter pour une méthode centrée sur leur implication active, leurs souhaits, leurs projets et/ou objectifs nommés dans le plan d'intervention. Cela consiste à collaborer avec la personne concernée afin d'identifier ensemble des stratégies concrètes visant à améliorer sa situation.

Il est important de valoriser les efforts et les progrès réalisés par la personne dans le cadre de ce processus. Lorsque des comportements attendus sont observés, il est recommandé de les renforcer par des rétroactions positives, des encouragements ou toute autre forme de reconnaissance adaptée aux préférences et à la personnalité de l'individu concerné.

La réflexion en équipe interdisciplinaire permet de trouver des stratégies innovantes afin de trouver un équilibre entre les enjeux de sécurité, de santé et de droits de la personne.



Assurer la sécurité de tous

Pour assurer la sécurité des personnes faisant usage de substances psychoactives (SPA), ainsi que celle de l'ensemble des résident·es et du personnel du milieu, plusieurs interventions peuvent être mises en place. Voici quelques suggestions :

- **Climat de sécurité lors des activités de groupe**

Il est possible de convenir avec la personne concernée d'éviter la consommation de SPA avant les activités de groupe, surtout si son comportement peut devenir perturbateur. Une telle entente peut contribuer à maintenir un environnement serein et sécuritaire pour tous les résident·es.

- **Établissement de zones désignées pour la consommation**

Il est possible de créer des espaces sécuritaires permettant une assistance au besoin où les résidents peuvent consommer des SPA afin de réduire les risques associés à la consommation en cachette et améliorant la sécurité générale. Dans le cas où cela n'est pas possible, aider la personne à identifier les endroits sécuritaires où consommer.

- **Matériel de consommation à moindre risque**

Il est fortement recommandé de ne pas confisquer du matériel de consommation à moindre risque d'un·e résident·es. Pour minimiser les risques liés à la consommation, tels que la transmission des ITSS, les infections des tissus mous, et les blessures, il est même vivement conseillé de fournir aux personnes le matériel de

consommation à moindre risque (ex. kit pour l'injection et un contenant pour objets tranchants, trousse de naloxone, matériel pour fumer du crack ou du crystal meth, etc.). Il est également recommandé de collaborer avec un organisme en réduction des méfaits qui fait de l'enseignement sur l'utilisation optimale du matériel et les étapes à suivre pour consommer de manière plus sécuritaire et réduire les risques.

- **Accès à la chambre ou aux toilettes facilités et rapide en cas d'urgence**

Il est recommandé d'encourager les personnes à ne pas verrouiller les portes de leur chambre ou de la salle de bain lorsqu'elles consomment, afin de permettre une intervention plus rapide en cas d'urgence.

- **Formation sur les surdoses**

Il est important que le personnel soit formé pour reconnaître et réagir efficacement en cas de surdose et administrer la naloxone. Des communications régulières doivent également être maintenues pour s'assurer que les procédures d'urgence sont connues et appliquées par tous et toutes.

- **Et plusieurs autres possibilités!**

En somme, ces actions sont des exemples qui contribuent non seulement à protéger la santé et la sécurité des personnes qui consomment, mais également à préserver celle de toute la communauté résidentielle.

PRINCIPES DIRECTEURS DE L'INTERVENTION LORS DE SITUATIONS PARTICULIÈRES

La consommation fait obstacle aux soins

Dans un premier temps, il est recommandé de déterminer, dans le cadre d'une rencontre avec la personne et son entourage lorsque possible, quels sont les éléments qui posent problème (ex. : intoxication faisant obstacle à la prestation des soins, absences en raison d'habitudes de consommation au moment de donner les soins). À cette étape, la personne est invitée à exprimer son point de vue concernant la situation et à définir conjointement ce qui est problématique en regard de la prestation de soins requis par sa condition de santé. Cette discussion permet de recueillir l'information pertinente qui aidera l'équipe à adapter les soins afin de faciliter l'adhésion de la personne.

Dans un deuxième temps, l'intervenant·e doit fournir des explications brèves et concises à la personne quant à l'obligation du personnel d'assurer des soins et services requis par sa condition de santé. Il est bon de lui rappeler également ses droits et responsabilités à l'égard de la participation aux soins et services, ainsi que le respect des ententes établies face aux soins.

Toutefois, il est pertinent de se rappeler qu'ultimement la personne a toujours le droit de refuser des soins qui lui

sont offerts, sauf dans certains cas. Pour plus de détails sur la notion de consentement aux soins, référez-vous à la politique de votre établissement. Dans tous les cas, la recherche de la collaboration est attendue avec la personne et celle qui la représente, le cas échéant, ainsi que ses proches. La démarche de l'obtention du consentement et du refus doit être consignée au dossier.

Enfin, il est recommandé de chercher avec la personne un mode de fonctionnement susceptible de répondre à ses besoins et ses attentes (tenir compte de ses habitudes de vie et de consommation) tout en respectant les limites et contraintes reliées à l'organisation du travail propre à l'unité de soins. En ce sens, il est possible d'élaborer une entente de prestation de soins en collaboration avec la personne et de la réajuster en fonction de sa capacité ou non à s'y conformer. Il est primordial de s'attarder aux motifs de non-respect de l'entente afin de réajuster la stratégie de prestation des soins. Par exemple, une entente de prestation de soins pourrait être de s'entendre avec la personne qu'elle ne doit pas être en état d'ébriété à l'heure du bain, mais que ce dernier sera donné en avant-midi pour faciliter le respect de cette condition.

Des SPA sont trouvées dans l'enceinte de l'établissement

Si une substance est trouvée sur le terrain ou dans l'établissement par le personnel, et ce, même si elle a l'apparence d'une substance connue, la procédure recommandée est de :

1. Mettre des gants et un masque de procédure pour manipuler la substance.
2. Mettre la substance dans un sac hermétique.
3. Noter une description de la substance trouvée (ex. : quantité, forme, couleur) et faire signer un témoin.
4. Entreposer le sac dans un endroit sécurisé avec accès limité (ex. : armoire à narcotiques).
5. Contacter le service de police pour que la substance soit récupérée et détruite de manière sécuritaire.

Il est important de ne JAMAIS jeter une SPA dans une poubelle ou les toilettes. Tout comme pour les médicaments, le traitement des eaux usées ne permet pas de neutraliser les SPA adéquatement, ce qui peut contaminer les cours d'eau, et affecter la vie aquatique et l'environnement.

Doutes quant à la possession, la vente ou l'échange de substances illégales

En cas de doutes quant à la possession, la vente ou l'échange de substances illégales, il est recommandé de :

- Contacter le service de police pour signaler la situation tout en respectant les règles de confidentialité.
- NE PAS INTERVENIR DIRECTEMENT (ex. : faire son enquête maison, fouiller, confronter la personne). Cela peut amener la personne suspectée à détruire des preuves potentielles ou à ingérer en panique l'ensemble des substances qu'elle possède pour ne pas être punie, et par conséquent à risquer une surdose. De plus, légalement, un·e intervenant·e ou gestionnaire ne peut saisir ou détruire une substance illégale de sa propre initiative.
- Documenter les observations sous-jacentes aux doutes (ex. : comportements suspects, échange d'argent, etc.) et de les consigner au dossier des personnes concernées.

Malgré la non-intervention par les membres du personnel de la ressource, toute vente ou tout échange de SPA (légales ou illégales) entre résident·es devrait être formellement interdite.

Toute forme de sollicitation et d'incitation à faire usage d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues doit être également interdite et faire l'objet d'une intervention avec la personne ayant ce comportement. Un plan d'action devrait être établi à la suite d'une concertation en équipe. Ce plan d'action devrait comprendre des actions visant la protection des plus vulnérables (ex. : surveillance, changement de chambre) et responsabiliser la personne face à un comportement inacceptable. La démarche clinique devrait suivre un processus de résolution de problème.

Usage de cannabis médical

Pour qu'un·e résident·e puisse faire un usage de cannabis à des fins médicales, une copie de l'autorisation d'usage de cannabis médical, octroyée par un·e professionnel·le de la santé autorisé·e, doit être versée au dossier.

La personne a également l'obligation de s'inscrire auprès de Santé Canada pour posséder du cannabis à des fins médicales ([Inscription pour la production et la possession de cannabis pour vos propres fins médicales - Canada.ca](#)). La copie du certificat d'inscription délivré par Santé Canada doit aussi être versée au dossier.

Si cela n'a pas déjà été fait par le ou la professionnel·le de santé autorisé·e, il est recommandé d'aider la personne à évaluer ses options en termes d'administration du cannabis en l'informant des avantages et inconvénients de chaque mode de consommation (inhalation, ingestion, sublingual, intrarectal, topique). Il est également souhaitable d'aider la personne à surveiller les effets bénéfiques et indésirables selon le type de produit, la dose et le pourcentage ou nombre de milligrammes de cannabinoïdes (THC, CBD, CBC, CBN, CBG, etc.).

Un contrat thérapeutique précisant les modalités d'usage du cannabis à des fins médicales doit être établi en partenariat avec la personne (ex. : modes d'utilisation autorisés dans l'unité, lieux de consommation autorisés lorsque fumé ou vaporisé). Un suivi régulier de la situation doit être assuré auprès de la personne et des intervenant·es du centre, et les termes du contrat doivent être réajustés au besoin.

À des fins de sécurité, les protocoles d'entreposage du cannabis doivent être clairs. Les produits de cannabis peuvent être conservés avec les médicaments de la personne au poste de soins infirmiers, assurant ainsi un contrôle et une surveillance. Une autre possibilité est de permettre à la personne de le garder dans sa chambre dans la mesure où elle est capable de gérer son propre entreposage et sa consommation de manière responsable. Dans ce cas, les produits doivent être stockés dans un espace verrouillé, auquel seule la personne a accès. Cette option permet à la fois d'assurer la sécurité et le respect de son autonomie.



Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la Boîte à outils du clinicien *Cannabis et personnes âgées* de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) disponible à l'adresse suivante : [Cannabis - Professionnels de la santé - CCSMPA](#).

Intoxication

L'intoxication aux SPA réfère à un état temporaire provoqué par la consommation de substances qui affectent le fonctionnement du cerveau en altérant la perception, l'humeur, le jugement, la conscience ou d'autres fonctions psychologiques ou physiologiques.

La variabilité des effets d'une SPA est influencée par un ensemble complexe de facteurs, regroupant les caractéristiques liées à la substance prise, à l'individu qui la consomme et au contexte spécifique de la consommation.

Substance : Ce facteur inclut notamment le mode de consommation (ingestion, inhalation, injection, etc.), la composition du produit (incluant les produits de coupe et les contaminants), la quantité, la durée de l'épisode de consommation ainsi que les effets d'interactions pharmacologiques.

Individu : Les réactions à une SPA varient considérablement d'une personne à l'autre, en fonction de l'âge, du sexe, de la constitution physique, de la condition générale de santé, de la tolérance (à la fois innée et acquise au fil du temps), et de l'état psychologique et physique actuel de l'individu. Les expériences antérieures et les attentes sont aussi des éléments contribuant à moduler l'effet ressenti.

Contexte : L'environnement dans lequel la consommation a lieu teinte également l'effet d'une SPA. Cela inclut le lieu, l'ambiance, le fait de consommer seul·e ou en groupe, le moment de la journée, le cadre légal et réglementaire, etc.

Ces trois axes interagissent et contribuent à la diversité des expériences et des réponses individuelles aux SPA, rendant chaque situation de consommation unique.

Intoxication avec comportement perturbateur



Avant l'intoxication : tout d'abord, avant même qu'une situation problématique survienne, une communication efficace entre les professionnel·les de l'établissement peut contribuer à éviter qu'elle se produise. Il s'avère donc important de pouvoir détecter et de rapporter à l'équipe tout changement d'attitude ou de comportement chez les résident·es afin de prévenir les situations à risque de problèmes et de communiquer avec les professionnel·les susceptibles de pouvoir éviter que de telles situations surviennent.



Pendant l'intoxication : pour toute situation qui se présente à l'extérieur de l'unité de soins (ex. : la salle à manger), il est recommandé de communiquer avec le personnel de l'unité qui connaît la ou les personnes impliquées dans la situation problématique. Les intervenant·es qui connaissent bien la ou les personnes sont plus aptes à faire des interventions appropriées, ciblées et en cohérence avec le plan ou les ententes prises avec la personne.

Il est important de tenir compte des capacités cognitives de la personne. La stratégie d'appel au calme présente des limites avec les personnes dont les facultés ne leur permettent pas d'intégrer les consignes pour retrouver leur calme.

Dans tous les cas, une **stratégie de diversion** peut interrompre le comportement perturbateur.

Stratégies de diversion

Les stratégies de diversion sont des techniques d'intervention utilisées pour détourner l'attention d'un·e résident·e qui présente un comportement perturbateur vers une activité ou une pensée plus constructive et apaisante. L'objectif est de réorienter l'énergie négative sans confrontation directe, en proposant une solution de rechange engageante qui peut réduire la tension et désamorcer la situation.

Les stratégies de diversion peuvent être particulièrement efficaces pour les personnes qui manifestent des fixations lorsqu'elles sont intoxiquées et qui se sentent frustrées ou incapables de poursuivre l'objet de leur fixation (ex. : un résident veut se coucher dans la chambre d'une autre résidente et se fâche lorsqu'on lui empêche l'accès).

Exemples de stratégies de diversion :

- Inviter la personne à se déplacer dans un **autre environnement**, comme se rendre au jardin ou dans une autre pièce tranquille.
- Engager la personne dans une **conversation sur un sujet qui l'intéresse** profondément.
- Utiliser **l'humour pour alléger l'ambiance**, à condition que cela soit fait de manière respectueuse et appropriée.
- Guider la personne à travers des **exercices de respiration profonde**.
- Proposer une **activité sensorielle** comme manipuler une balle antistress ou mettre de la musique apaisante.
- Offrir une **collation**.

Ces stratégies doivent être utilisées avec discernement, en tenant compte du moment et du contexte, et elles doivent toujours être adaptées aux capacités et préférences de la personne, ainsi qu'à ce qui a fonctionné dans le passé. Il est important de souligner la valeur d'une réflexion collective au sein de l'équipe et avec les proches. Discuter ensemble des perspectives et les partager peut grandement contribuer à l'identification des stratégies les plus efficaces.

Les stratégies de diversion doivent être introduites de manière douce et non autoritaire pour éviter tout sentiment de contrainte et promouvoir un climat de calme. Il est aussi important de surveiller la réaction de la personne à la stratégie de diversion choisie et de se préparer à ajuster l'approche rapidement si nécessaire.

Pour les personnes ayant des limitations cognitives, les stratégies de diversion peuvent nécessiter des approches plus sensorielles ou kinesthésiques, comme toucher des textures variées ou participer à des exercices légers, pour tenir compte de leurs capacités de compréhension et de concentration. Cela semble être plus efficace que des activités cognitivement exigeantes. La clarté, la répétition et la patience sont essentielles dans la communication de ces stratégies.

Pour assurer la sécurité et l'efficacité des interventions avec une personne intoxiquée, il est préconisé de les réaliser en dyade chaque fois que c'est possible. En présence de deux intervenant·es, la situation peut être gérée de manière plus contrôlée et sécuritaire. Il est essentiel que les rôles de chacun·e soient clairement définis : une personne mène l'intervention et l'autre la soutient au besoin. Il est fortement déconseillé que les deux intervenant·es interagissent au même titre, car cela pourrait provoquer un sentiment d'inconfort ou de confusion chez la personne aidée. Une approche coordonnée et structurée, où les rôles sont bien délimités, contribue à une intervention plus claire et efficace.

Une fois l'attention de la personne obtenue, il est judicieux de se déplacer dans un espace plus tranquille pour poursuivre l'intervention, permettant ainsi une atmosphère propice à l'écoute et à la communication.

Il est essentiel de donner la parole à la personne, de l'encourager à partager ses perceptions de la situation et à reconnaître ouvertement ses émotions, qu'il s'agisse de frustration, de colère ou d'autres sentiments. Cette validation des émotions joue un rôle crucial dans l'apaisement de la personne et dans l'établissement d'un dialogue constructif.

En outre, il est bénéfique de favoriser un environnement paisible, avec un minimum de stimulations externes telles que les lumières vives, les bruits forts ou les mouvements brusques. Ce type d'environnement contribue à réduire l'agitation et facilite la concentration de la personne sur l'interaction en cours.

Principes de communication dans les cas d'intoxication :

- Bien connaître la personne et adapter ses interventions à elle (ce à quoi elle est sensible, déclencheur, ce qui fonctionne avec elle normalement, etc.).
- Parler de façon brève et concise; utiliser des phrases courtes, concrètes et simples; répéter et persister, si possible avec un contact visuel ou un contact physique non menaçant (si la personne le tolère en temps normal).
- Rappeler les règles ou le plan personnalisé préétabli de la personne hébergée.
- Mettre l'accent sur le comportement problématique plutôt que sur la consommation en tant que telle.
- Expliciter le comportement attendu.
- Adopter un ton de voix doux et calme avec une attitude ferme (assumée, claire, solide plutôt qu'autoritaire) et bienveillante. Éviter d'infantiliser la personne, ce qui peut provoquer un sentiment d'humiliation et l'impression d'être rabaissée.
- Créer lorsque possible un environnement apaisant et sécurisant dans lequel la personne a un sentiment de contrôle. Lui donner une forme de choix au lieu d'imposer une façon de faire (ex. : se diriger vers sa chambre seule ou accompagnée).



À éviter

Monsieur, vous ne pouvez pas vous promener avec votre pantalon souillé. Allez dans votre chambre dégriser et vous changer.

Madame, arrêtez de crier. Là, vous allez vous calmer! Je vous parle avec respect et je vous demande de faire pareil.



À privilégier

Monsieur, il faut aller vous changer. Aimeriez-vous le faire seul ou avec mon aide?

Madame, il est important de parler doucement. Je comprends que vous avez envie de vous exprimer, mais je ne peux pas bien vous comprendre quand vous parlez aussi fort.

Dans le cas où la personne serait à ce point intoxiquée qu'il est difficile d'intervenir (manque de collaboration et de réceptivité), il est recommandé de l'accompagner à sa chambre et garder une observation régulière afin d'assurer sa sécurité et celle des autres résident·es. Si la personne se couche, il est recommandé de la placer en position latérale de sécurité (sur le côté) pour éviter les étouffements en cas de vomissement. Par la suite, il est nécessaire de surveiller les signes de surdose (difficultés respiratoires, peau pâle ou bleutée, vomissements, pouls faible, écoulement de la salive, perte de tonus, incontinence, transpiration excessive, convulsions). Pour en savoir plus sur les signes et interventions à faire en cas de surdose, consultez la section à ce sujet.

Si la personne sévèrement intoxiquée a de la difficulté à rester éveillée ou est inconsciente, elle ne doit pas rester seule. Vous devez contacter un·e médecin en vue d'un transfert hospitalier d'urgence et appeler le 911.



Après l'intoxication : faire un retour sur la situation avec l'équipe et avec la personne dans un court délai suivant l'événement. S'assurer avant le retour avec la personne qu'elle est dans un état de réceptivité, c'est-à-dire éviter de faire la rencontre si elle est « lendemain de veille » ou en état de dysphorie (*down*) suite à la consommation. Lors de cette rencontre, décrire les événements et chercher avec elle des moyens concrets de prévenir d'éventuelles situations semblables à l'avenir. Cependant, il est possible que la personne ne se souvienne plus de l'événement puisque l'intoxication sévère peut nuire à l'encodage des souvenirs (*black-out*).

Intoxication avec comportement agressif

Il est important d’user de discernement et de tolérer l’expression de la colère lorsqu’elle est fondée et exprimée correctement.

Avant que la situation d’agressivité se produise, il est souhaitable de se renseigner (auprès d’autres intervenant·es et dans le dossier de la personne) si l’agressivité de la personne peut être déclenchée par certaines situations (ex. : se faire demander d’aller se changer lorsque ses vêtements sont souillés).

Si la personne présente des déficits cognitifs, l’utilisation d’une stratégie de diversion d’emblée semble plus efficace.

Dans le cas où ces comportements ne sont pas causés par un TNCM ou un problème de santé mentale, voici ce qu’il est recommandé :

- Utiliser un ton calme, en parlant de façon claire et directe.
- Faire savoir à la personne les effets de son comportement (ex. : « Quand vous criez après moi, je me sens menacée, j’ai envie de m’en aller »).
- Préciser le comportement attendu (ex. : « Quand vous me parlerez d’un ton calme, je vous écouterai avec plaisir »).
- Avoir une attitude courtoise, posée et ferme.
- Faire preuve de retenue et éviter les réactions impulsives ou les réponses précipitées. Agir ou répondre de manière trop spontanée ou émotive peut aggraver ce genre de situation et mener à une escalade.

Si la personne demeure agressive à la suite de votre intervention, quitter calmement la pièce sans argumenter ni tenter de la raisonner. Attendre quelques minutes avant de revenir, lui demander courtoisement si elle est suffisamment calme pour entendre ce que vous avez à lui dire. Référez-vous aux principes de l’intervention de la formation Oméga pour gérer les situations d’agressivité et de violence.

Advenant le cas où une situation dégénère sur un mode agressif et que les interventions habituelles d’appel au calme et à la collaboration ne sont pas efficaces, un appel au 911 doit être lancé et c’est l’intervention (code blanc) qui prime. La sécurité de l’ensemble des résident·es et du milieu demeure la priorité.

Dans les situations qui persistent, il est possible de faire appel à des équipes spécialisées :

- [Service québécois d’expertise en troubles graves du comportement](#) (SQETGC)
- Équipe ambulatoire en symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
- Équipe de gériatrie, de psychiatrie ou de gériopsychiatrie
- Service d’éthique clinique et organisationnelle
- Accompagnement aux [Principes pour le déplacement sécuritaire de personnes](#) (PDSP)
- Etc.

Surdoses

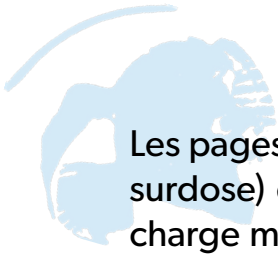
Une surdose se produit lorsqu'une personne prend une quantité trop importante d'une substance en dépassant la capacité de son corps à la tolérer. Les surdoses ne sont pas toutes mortelles, mais elles peuvent entraîner des séquelles mineures ou majeures sur les plans physiques et psychologiques.

Certaines peuvent être vécues comme un *bad trip* momentané, c'est-à-dire une expérience d'intoxication extrêmement désagréable et angoissante, alors que d'autres peuvent entraîner une perte de conscience et un arrêt cardiorespiratoire.

Les situations à risque de surdose sont multiples et variées, requérant une attention particulière de la part des intervenant·es et des individus eux-mêmes :

- Le fait de **s'isoler ou de s'enfermer** dans sa chambre ou les toilettes pour consommer accentue le risque car, en cas de surdose, l'accès immédiat à l'aide ou à une intervention d'urgence est entravé.
- **Après une période d'abstinence**, qu'elle soit volontaire ou forcée, la tolérance du corps aux substances peut diminuer significativement, rendant ainsi l'individu plus susceptible de subir une surdose lors de la reprise de consommation. Par exemple, si la personne revient d'une hospitalisation de deux semaines au cours de laquelle elle n'a pas consommé et qu'elle reconsomme la même dose qu'avant l'hospitalisation dès son retour à la résidence.
- Certaines **conditions médicales** comme les problèmes de santé chroniques, les maladies et les interventions chirurgicales récentes peuvent également exacerber les risques liés à la consommation de SPA.
- Certains **modes de consommation**, comme l'injection, peuvent accroître la probabilité de surdose, tout comme la **consommation simultanée de plusieurs substances**, qui peut engendrer des réactions imprévues et dangereuses.
- La méconnaissance de la **composition** exacte ou de la puissance des substances consommées constitue un autre facteur de risque majeur.
- La **non-observance des prescriptions médicales**, notamment en ce qui concerne les médicaments psychoactifs, peut aussi conduire à des situations de surdose, intentionnelles ou accidentelles, mettant en péril la santé, voire la vie de l'individu concerné.
- Être en **phase initiale** d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO), ou **omettre de prendre sa médication** pendant trois jours ou plus, constitue également une situation qui peut être propice à la surdose.

Plusieurs renseignements de cette section sont principalement tirés de la boîte à outils Savoir reconnaître et agir de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) (voir : [Boîte à outils pour les professionnels du RSSS](#) et [Boîte à outils pour les intervenants hors RSSS](#)) ainsi que de la formation Faire face aux surdoses d'opioïdes de PROFAN 2.0 (voir : [PROFAN 2.0 - Méta d'Âme](#)).



Les pages suivantes présentent les principaux signes d'une intoxication sévère (une surdose) et des interventions de base associées. Elles ne décrivent pas la prise en charge médicale qui devrait être faite. Dans le cas où des protocoles de soins sont déjà établis, ils ont préséance sur les informations présentées.

Alcool ou benzodiazépines

Les principaux signes d'une intoxication sévères à l'alcool ou aux benzodiazépines sont :

- Discours incohérent, confusion et désorientation
- Vomissements répétés
- Somnolence importante, difficulté à rester en état d'éveil
- Perte de tonus (corps mou), écoulement de la salive, incontinence
- Perte de conscience et absence de réaction (incapacité à réveiller la personne)
- Respiration bruyante, très lente ou irrégulière, ou absence de respiration

QUOI FAIRE?

- Ne pas laisser la personne seule ou sans surveillance étroite.
- S'assurer qu'elle est dans un lieu calme et diminuer le nombre de personnes autour d'elle.
- La placer en position latérale de sécurité ou en position assise si elle est capable.
- Placer une couverture sur elle, afin de préserver sa chaleur.
- Si elle vomit, rester avec elle pour s'assurer qu'elle ne s'étouffe pas.
- Si les symptômes s'aggravent ou qu'elle est inconsciente, lancer le code mauve et appeler le 911.
- Si le cœur a cessé de battre (la personne ne respire plus et n'a plus de pouls), lancer le code bleu et commencer la réanimation cardiorespiratoire (RCR) en attendant l'arrivée des services ambulanciers.



Cannabis

Les principaux signes d'une intoxication sévère au cannabis sont :

- Palpitations
- Chute de tension, étourdissement ou évanouissement (lorsque la personne passe de la position assise ou couchée à la position debout)
- Sentiment de panique, anxiété
- Paranoïa ou délire
- Secousses ou contractions musculaires
- Nausées et vomissements
- Troubles de la coordination
- Difficultés respiratoires

QUOI FAIRE?

- Ne pas laisser la personne seule ou sans surveillance étroite.
- S'assurer qu'elle est dans un lieu calme et diminuer le nombre de personnes autour d'elle.
- La rassurer, nommer que l'anxiété et l'inconfort ressenti sont transitoires et l'amener à parler de ce qui lui ferait du bien ou l'apaiserait.
- Proposer une activité motrice simple pour détourner l'attention de l'anxiété (colorier, manipuler une balle anti-stress, etc.).
- Proposer à la personne de se coucher sur le côté ou de s'asseoir afin d'éviter qu'elle se lève rapidement.
- Contacter le ou la médecin de garde pour l'informer de la situation et des symptômes présents ou le Centre antipoisson du Québec (1-800-463-5060).

Stimulants majeurs (cocaïne, amphétamines ou méthamphétamines)

Les principaux signes d'une intoxication sévère aux stimulants majeurs sont :

- Sensation de chaleur sur la peau, transpiration excessive
- Raideur musculaire, contractions saccadées et mouvements involontaires
- Pouls rapide ou irrégulier, douleur à la poitrine
- Maux de tête sévères
- Paranoïa ou délire
- Agitation et agressivité
- Évanouissements courts et fréquents
- Convulsions ou paralysie

QUOI FAIRE?

- Ne pas laisser la personne seule.
- S'assurer qu'elle est dans un lieu calme et diminuer le nombre de personnes autour d'elle.
- Éloigner tout objet avec lequel elle pourrait se blesser.
- Lui donner de l'eau à boire et s'assurer qu'elle reste hydratée.
- Placer des débarbouillettes humides sur son front ou sa nuque.
- Si la personne rapporte une douleur à la poitrine, perd conscience ou convulse, appeler le 911.

Opioïdes

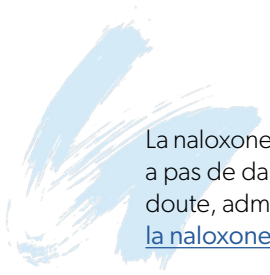
Les opioïdes sont une famille de substances comprenant l'héroïne, le fentanyl, l'hydromorphone (Dilaudid^{MD}), la morphine, la méthadone, l'oxycodone, etc. Les drogues obtenues sur le marché illégal peuvent être contaminées avec des opioïdes, comme le fentanyl, et ce, à l'insu de la personne qui consomme. Il est donc possible pour toute consommation de drogues ou de médicaments obtenus sur le marché illégal d'entraîner une surdose d'opioïdes.

Les principaux signes d'une surdose aux opioïdes :

- Contraction de la pupille (elle devient minuscule)
- Lèvres ou ongles bleus
- Perte de tonus² et difficulté ou incapacité à avaler sa salive
- Somnolence importante (cogne des clous), difficulté à rester en état d'éveil
- Perte de conscience, incapacité à réveiller la personne, aucune réaction
- Difficultés respiratoires : respiration très lente, irrégulière ou bruyante, ou absence de respiration

QUOI FAIRE?

- Ne pas laisser la personne seule.
- Tenter de la faire réagir par le bruit ou la douleur (frotter le centre de la poitrine avec force ou pincer).
- **Si la personne est inconsciente et respire**, appeler le 911 et administrer une dose de naloxone. En redonner toutes les trois minutes jusqu'à ce que la personne reprenne conscience ou jusqu'à l'arrivée des secours. Mandater un·e collègue d'aviser le/la médecin pour connaître la conduite à tenir pour la suite.
- **Si la personne est inconsciente et ne respire plus**, appeler le 911 et administrer une dose de naloxone ou interpellé une personne en mesure de le faire. Amorcer la RCR (excepté si un refus de réanimation a été signé par la personne). Redonner une dose de naloxone toutes les trois minutes jusqu'à ce que la personne reprenne connaissance ou jusqu'à l'arrivée des secours, ou se référer aux procédures internes.



La naloxone permet de renverser temporairement (de 20 à 90 minutes) les effets de la surdose aux opioïdes. Notez qu'il n'y a pas de danger à administrer de la naloxone, même chez une personne qui n'est pas intoxiquée aux opioïdes. En cas de doute, administrez. Pour une capsule vidéo expliquant le protocole d'administration de naloxone, consultez : [Administrer la naloxone | Institut national de santé publique du Québec](#).

²À noter qu'une surdose de fentanyl peut entraîner une rigidité de tout le corps qui peut parfois être confondue avec la rigidité cadavérique.



Sevrage

Le sevrage de l'alcool, du cannabis ou des autres drogues est induit par l'arrêt soudain d'une consommation régulière (ou parfois par une diminution importante). Il s'accompagne de symptômes physiques et psychologiques qui varient en intensité et en durée.

Les prochaines sections présentent l'information de base à connaître sur le sevrage des SPA les plus consommées. Elles ne constituent pas des recommandations pour la prise en charge clinique du sevrage.

Sevrage d'alcool

Les premiers symptômes de sevrage de l'alcool peuvent débuter 6 heures après la dernière consommation et atteignent leur intensité maximale entre 18 et 72 heures.

Les symptômes possibles de sevrage de l'alcool sont :

- Sensibilité aux sons et à la lumière
- Maux de tête, tête lourde
- Démangeaisons, sensations de fourmillement, chaleur, engourdissement
- Nausées importantes, vomissements
- Tremblements
- Sueurs excessives
- Anxiété, agitation
- Hallucinations
- Convulsions
- Douleur abdominale
- Désorientation et confusion (temps, espace, face aux autres)³

Ces symptômes sont atténués par la reprise de la consommation d'alcool ou de benzodiazépines.

ATTENTION : Une personne qui désire poursuivre son abstinence et présente ces symptômes doit être évaluée et prise en charge par des professionnel·les en soins (personnel infirmier ou médecin). Les complications d'un sevrage d'alcool peuvent être mortelles.

Sevrage de cannabis

Les symptômes possibles de sevrage du cannabis sont :

- Troubles du sommeil (difficulté à s'endormir, cauchemars ou rêves très intenses, etc.)
- Humeur colérique, irritabilité, anxiété
- Maux de tête
- Nausées, perte d'appétit ou douleur à l'estomac
- Frissons, tremblements
- Sueurs

Ces symptômes ne sont pas présents chez toutes les personnes consommant régulièrement qui cessent leur consommation. Il est important de considérer le sevrage de nicotine si la personne mélange son cannabis avec du tabac. La majorité des symptômes disparaissent généralement après deux ou trois semaines, mais les troubles du sommeil ont tendance à persister plus longtemps.

³Par exemple, la personne ne sait pas quel jour on est, où elle est et qui vous êtes.

Sevrage de stimulants majeurs

Les symptômes possibles de sevrage des stimulants majeurs (cocaïne, amphétamines, méthamphétamines) sont :

- Diminution de la capacité à ressentir du plaisir, perte d'intérêt (anhédonie)
- Fatigue et sensation de n'avoir aucune énergie ni motivation
- Hypersomnie, mais sommeil agité
- Anxiété
- Difficulté de concentration
- Augmentation de l'appétit et prise de poids
- Envies intenses de consommer (*craving*)
- Douleurs musculosquelettiques, tremblements, frissons, mouvements involontaires
- Idéations suicidaires

Il n'existe aucun médicament approuvé pour le traitement du sevrage de stimulants. Le traitement consiste principalement en des soins de soutien (alimentation, repos, routine). L'intensité des symptômes est à son maximum les deux premières semaines et diminue tranquillement dans les mois qui suivent l'arrêt.

Sevrage d'opioïdes

Les symptômes possibles de sevrage des opioïdes sont :

- Anxiété, agitation, irritabilité
- Bâillement, transpiration, rhinorrhée (écoulement du nez), larmoiement
- Mydriase (contraction de la pupille de l'œil)
- Chair de poule, sensation de chaud et de froid
- Tremblements et spasmes musculaires
- Douleurs musculaires, articulaires et osseuses intenses
- Nausées, vomissements et perte d'appétit
- Insomnie
- Hypertension
- Tachycardie, tachypnée
- Légère fièvre
- Diarrhée

Le sevrage d'opioïdes est extrêmement souffrant psychologiquement et physiquement. Il n'est pas recommandé de faire un sevrage d'opioïdes de soi-même. Il est préférable que la personne dépendante aux opioïdes soit orientée vers un traitement par agonistes opioïdes (TAO), anciennement appelé traitement de substitution (ex. : méthadone).



Éléments clés à retenir

- Impliquer la personne dans l'élaboration de son plan d'intervention et dans la recherche de solutions lorsqu'il y a un problème.
- Discuter et réfléchir en équipe interdisciplinaire.
- Viser une amélioration plutôt que la perfection.
- Avancer à petits pas, procéder par étapes progressives, en divisant l'objectif en sous-objectifs plus facilement réalisables, et utiliser des actions à réaliser plutôt que des actions à éviter.
- Individualiser l'intervention aux caractéristiques spécifiques de la personne et son histoire de vie.
- Viser la collaboration, soutenir l'autodétermination en tenant compte des capacités et limites de la personne, lui donner du contrôle et du pouvoir.

Le travail multidisciplinaire est essentiel tant dans la collecte d'information que dans la recherche de solution.

Un modèle de fiche à remplir en équipe pour obtenir un portrait plus complet de la situation est fourni à l'annexe 2. Ces informations peuvent servir de base pour soutenir les discussions cliniques en équipe et ensuite personnaliser l'intervention à la personne qui réside dans la ressource.

RÉFÉRENCES ET RESSOURCES À CONSULTER

- Boudehent et al. (2012). [Contribution de la neuropsychologie dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants : compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles et cognitivo-comportementales](#). *Alcoologie et Addictologie*, 34, 121-127.
- CCSMPA (2019). [Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées](#).
- CCSMPA (2019). [Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées](#).
- CCSMPA (2019). [Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées](#).
- CCSMPA (2022). [Boîte à outils du clinicien pour Cannabis et personnes âgées](#).
- CCSMPA (n.d.). [Cannabis chez les personnes âgées : apprentissage en ligne](#). Formation asynchrone.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2018). [Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement](#).
- Éduc'alcool (2022). [L'alcool et les aînés](#).
- Éduc'alcool (2022). [Alcool, Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs](#).
- ESCODI (2021). [Savoir reconnaître et agir lors d'une intoxication sévère ou d'une surdose liée à la consommation de substances psychoactives ou d'un sevrage d'alcool](#).
- ESCODI (2024). [Savoir reconnaître et agir lors d'une intoxication sévère ou d'une surdose liée à la consommation de substances psychoactives ou d'un sevrage d'alcool – Boîte à outils pour les professionnels du RSSS](#).
- Florida BRITE Project (2022). [BRief Intervention and Treatment for Elders](#).
- Institut universitaire sur les dépendances (2023). [Répertoire d'outils cliniques sur l'usage et la dépendance chez les personnes âgées](#).
- Kamgang, E., Bélanger, K., et Galipeau, J.-P. (2022). [Dépendances et vieillissement](#). Dossier thématique réalisé par l'Institut universitaire sur les dépendances.
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G., et Moore, A. A. (2014). [Substance Abuse Among Older Adults](#). *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 629-654.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020). [TIP 26 : Treating Substance Use Disorder in Older Adults](#).
- Wagner, V., et Bernier, É. (2022). [Vieillesse et consommation : mieux accompagner les aîné-e-s qui consomment des substances psychoactives en milieu d'hébergement et de soins de longue durée](#). Midi-conférence de l'Institut universitaire sur les dépendances.
- Wagner, V. (2023). [Vieillesse, substances psychoactives, hébergement et soins de longue durée](#). Conférence.
- Wenger, J. (2019). [Modèle : Plaisir, consommation de substances psychoactives et addictions dans les EMS](#). Fachverband Sucht.
- Wintringham (2022). [The Wicking Project – Older People with Acquired Brain Injury and Associated Complex Behaviours : A Psychosocial Model of Care That Supports Long-term Residential Care Needs](#).

ANNEXE 1 : Profil de consommation et conséquences associées

Profil de consommation

Substances consommées	
Mode d'administration	
Intensité de l'usage	
Façon de se procurer les substances	
Fonctions de la consommation	
Historique de consommation	
Périodes antérieures de sobriété ou d'habitudes de consommation moins dommageables	
Démarches antérieures, services fréquentés et expériences associées	
Objectifs de la personne vis-à-vis sa consommation	

ANNEXE 1 : Profil de consommation et conséquences associées (suite)

Conséquences de la consommation

	Positives	Négatives
Santé physique		
Relations		
Autonomie et fonctionnement		
Finances		
Justice		
Santé psychologique		
Symptômes de troubles mentaux		
Symptômes du TNC, TNCM ou lésions cérébrales acquises		
Milieu de vie		

ANNEXE 2 : Modèle de fiche pouvant aider à personnaliser l'intervention et soutenir les discussions cliniques en équipe

Projet de vie de la personne et aspects qui sont importants pour elle

Forces et limites cognitives, émotives, comportementales et relationnelles

Description des habitudes actuelles de consommation

Effets recherchés ou motifs de consommation

Risques et conséquences principaux associés à la consommation

Objectif(s) du plan d'intervention en regard de la consommation et moyens mis en place pour aider et soutenir la personne (ex. : stratégie de rappel, changement d'éléments de l'environnement)

ANNEXE 2 : Modèle de fiche pouvant aider à personnaliser l’intervention et soutenir les discussions cliniques en équipe (suite)

Description des comportements problématiques associés à la consommation (ex. lors de l’intoxication, post-intoxication, en craving, etc.)	
Stratégies ayant fonctionné dans le passé en lien avec les comportements problématiques	
Phrases clés qui aident généralement à désamorcer une situation tendue avec la personne	
Stratégies à éviter	

