

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES PERSONNES  
ÂGÉES EN CONTEXTE D'HÉBERGEMENT : LE DÉVELOPPEMENT D'UNE  
INTERVENTION COLLECTIVE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

ANNIE-PIER GAUTHIER

OCTOBRE 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Merci au Manoir de l'âge d'or. Tout particulièrement aux cinq résidents et aux cinq professionnels qui m'ont accordé autant de temps et d'énergie. Merci de m'avoir accordé votre confiance.

Merci à mon superviseur extraordinaire, qui a su guider mon cheminement dans l'animation de groupe. Merci pour ton dévouement et ton support tout au long de ce projet d'intervention.

Un énorme merci à mon directeur, qui a su m'offrir une présence réconfortante et un soutien immense. Merci d'avoir permis la construction de ce projet.

Un très grand merci à mes amies qui ont su m'épauler et m'encourager à toutes les étapes de cette démarche.

Un immense merci à ma famille et mon amoureux pour le soutien et les encouragements.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT .....	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 Problématique .....	3
1.1 Personnes âgées : définition et poids démographique .....	3
1.2 Personne en perte d'autonomie : définition .....	3
1.3 Consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées et en perte d'autonomie : ampleur de la situation.....	4
CHAPITRE 2 États des connaissances.....	6
2.1 Effets des substances psychoactives sur les personnes âgées et celles en perte d'autonomie .....	6
2.2 Une problématique sociale sous-identifiée et sous-traitée.....	7
2.3 Substances consommées.....	9
2.3.1 Alcool.....	9
2.3.2 Benzodiazépines.....	10
2.3.3 Cannabis.....	10
2.3.4 Consommation d'autres substances.....	11
2.4 Raisons de la consommation .....	11
2.5 Conséquences de la consommation de substances psychoactives .....	12
2.5.1 Conséquences sur la santé physique et psychologique.....	12
2.6 Profil des consommateurs.....	13
2.6.1 Les consommateurs précoces .....	13
2.6.2 Les consommateurs tardifs.....	14
2.7 Consommation de substances psychoactives dans un contexte d'hébergement .....	14
2.7.1 Répercussions / enjeux .....	14
2.7.2 Personnel soignant .....	15
2.8 Approches d'intervention utilisées avec cette population .....	16
2.9 La pertinence sociale et scientifique de l'intervention .....	18
2.10 Question et objectifs de la recherche.....	19

CHAPITRE 3 Cadre théorique .....	22
3.1 Perspective anti-oppressive .....	22
3.2 Empowerment .....	24
3.3 Réduction des méfaits .....	26
CHAPITRE 4 Méthodologie .....	28
4.1 Stratégie générale de la recherche .....	28
4.2 L'intervention collective .....	30
4.3 Intervention de groupe en travail social (TSG) .....	32
4.3.1 Définition .....	32
4.3.2 Type de groupe.....	33
4.3.3 Rôle de l'intervenant dans le groupe.....	34
4.3.4 Dynamique d'aide mutuelle .....	34
4.3.5 Normes.....	35
4.3.5.1 Normes dans un groupe.....	35
4.3.5.2 Normes de pratique pour le travail social de groupe.....	35
4.3.6 Phase de groupe.....	36
4.3.7 Stade de développement du groupe.....	36
4.4 Approche participative : Co-construction.....	37
4.5 Habiletés de l'étudiante .....	39
4.5.1 Habiletés compétence de base : Respect, conscience de soi, empathie et flexibilité.....	39
4.5.2 Habiletés de communication : écoute active, reformulation, résumé et spécificité.....	40
4.5.3 Habiletés spécifiques au groupe .....	40
4.6 Description du milieu .....	41
4.6.1 Manoir de l'âge d'or.....	41
4.6.2 Mission, fondements, et valeurs du CIUSSS.....	42
4.6.3 Approches préconisées.....	42
4.6.4 Population .....	43
4.6.5 Milieu physique.....	44
4.7 Constitution de l'échantillon : Population à l'étude .....	45
4.7.1 Critères de sélection .....	45
4.7.1.1 Résidents .....	45
4.7.1.2 Employés/ professionnels.....	46
4.7.2 Recrutement des participants.....	46
4.7.2.1 Résidents .....	46
4.7.2.2 Employés/ professionnels.....	47
4.8 Méthodes et techniques utilisées .....	48
4.8.1 Entrevues individuelles .....	48
4.8.2 Co-construction de l'intervention collective : comité des résidents .....	49
4.9 Instrument de collecte des données .....	49
4.9.1 Questionnaire socio-démographique et entrevues individuelles.....	50

4.9.2	Journal de bord.....	50
4.9.3	Instrument pour examiner les phénomènes de groupes.....	50
4.9.4	Discussion d'évaluation : comité.....	51
4.10	Méthode d'analyse des données.....	51
4.11	Considérations éthiques.....	52
4.11.1	Risques et avantages de la recherche pour les participants.....	52
4.11.2	Moyens pour obtenir le consentement des participants.....	53
4.11.3	Confidentialité des données.....	54
CHAPITRE 5 Présentation des résultats.....		55
5.1	Prise de contact dans le milieu et recrutement.....	55
5.2	Caractéristiques des participants.....	56
5.2.1	Résidents.....	56
5.2.2	Professionnels.....	57
5.3	Résultats des entrevues individuelles.....	57
5.3.1	Résidents.....	58
5.3.1.1	L'arrivée au Manoir de l'âge d'or.....	58
5.3.1.2	Satisfactions/ Insatisfactions.....	59
5.3.1.3	Consommation de substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or.....	61
5.3.1.4	Conséquence de la consommation au Manoir de l'âge d'or.....	62
5.3.1.5	Soutien/ aide.....	63
5.3.1.6	Bilan des entrevues individuelles avec les résidents.....	64
5.3.2	Professionnels.....	64
5.3.2.1	Informations sur leur emploi.....	64
5.3.2.2	Le Manoir de l'âge d'or.....	65
5.3.2.3	La consommation de substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or.....	67
5.3.2.4	Impact de la consommation de substances psychoactives.....	67
5.3.2.5	Le profil des consommateurs.....	68
5.3.2.6	Préjugés du personnel.....	69
5.3.2.7	Offre de service envers les résidents.....	69
5.3.2.8	Pistes d'amélioration pour bonifier l'intervention au Manoir de l'âge d'or.....	71
5.3.2.9	Questionnements.....	74
5.3.2.10	Bilan des entrevues individuelles avec les employés.....	75
5.3.3	Bilan des entrevues individuelles des dix participants (résidents vs professionnels).....	75
5.4	Comité des résidents.....	76
5.4.1	Pré-groupe.....	77
5.4.2	Contexte et environnement : milieux physiques, confidentialité et COVID.....	77
5.4.3	Les six rencontres du comité.....	78
5.4.3.1	Première rencontre.....	79
5.4.3.1.1	Déroulement de la rencontre.....	79
5.4.3.1.2	Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle.....	80
5.4.3.2	Deuxième rencontre.....	81
5.4.3.2.1	Déroulement de la rencontre.....	81
5.4.3.2.2	Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle.....	82

5.4.3.3	Troisième rencontre .....	83
5.4.3.3.1	Déroulement de la rencontre .....	83
5.4.3.3.2	Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle .....	84
5.4.3.4	Quatrième rencontre.....	85
5.4.3.4.1	Déroulement de la rencontre .....	85
5.4.3.4.2	Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle .....	86
5.4.3.5	Cinquième rencontre .....	87
5.4.3.5.1	Déroulement de la rencontre .....	87
5.4.3.5.2	Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle .....	88
5.4.3.6	Sixième rencontre : Présentation de l'infographie .....	89
5.4.3.6.1	Déroulement de la rencontre .....	89
5.4.3.6.2	Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle .....	92
5.4.3.7	Infographie.....	93
5.4.4	Habiletés de l'intervenante.....	93
5.4.5	Bilan du comité des résidents.....	95
CHAPITRE 6 Discussion .....		98
6.1	Retour sur le chapitre résultats .....	98
6.2	Les participants .....	99
6.2.1	Résidents : Caractéristiques personnelles.....	99
6.2.2	Professionnels : Manque de formations et de connaissances spécifiques.....	100
6.3	Les entrevues individuelles .....	101
6.3.1	Discussions informelles et enregistrements.....	101
6.3.2	Insatisfactions des résidents au Manoir de l'âge d'or.....	102
6.3.3	La consommation de SPA au Manoir de l'âge d'or et les conséquences .....	103
6.3.4	Les conséquences de la consommation de SPA : L'impact des perceptions négatives sur les offres de services des résidents.....	105
6.3.5	Divergence entre le discours des résidents et des professionnels lors des entrevues.....	108
6.4	Le comité des résidents .....	109
6.4.1	Type de participation : Co-construction.....	109
6.4.2	Constitution du groupe : Impact sur le groupe .....	110
6.4.3	Présentation de l'infographie.....	111
6.5	Discussion de mi-parcours et de fin parcours : retombées de l'intervention .....	113
6.6	Défis rencontrés lors du projet d'intervention .....	115
6.6.1	Défis de recrutement : préoccupation éthique .....	115
6.6.2	Le temps.....	116
6.6.3	COVID-19.....	117
6.6.4	État de santé des résidents.....	118
6.7	Éléments favorisant pour le projet d'intervention.....	118
6.7.1	Le Manoir de l'âge d'or : Milieu physique et ouverture.....	118
6.7.2	Soutien financier de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) .....	119
6.8	Limites du mémoire.....	120
6.9	Apport de la présente recherche .....	121

CONCLUSION .....	123
ANNEXE A Certification éthique uqam (CERPÉ) .....	125
ANNEXE B Certification éthique CIUSSS .....	127
ANNEXE C Affiche de recrutement pour les résidents.....	128
ANNEXE D Affiche de recrutement pour les professionnels .....	130
ANNEXE E Script courriel de contact professionnels .....	132
ANNEXE F Formulaire d'information et de consentement des résidents du Manoir de l'âge d'or pour les entrevues individuelles .....	133
ANNEXE G Formulaire d'information et de consentement des professionnels pour les entrevues individuelles .....	139
ANNEXE H Formulaire d'information et de consentement des résidents pour le comité des résidents...	145
ANNEXE I Grille de Berteau et Waring .....	151
ANNEXE J Grille de l'inventaire des compétences de Macgowan .....	154
ANNEXE K Outils de pré-qualification pour les résidents .....	157
ANNEXE L Outils de pré-qualification pour les professionnels.....	158
ANNEXE M Guide de l'entrevue individuelle avec les résidents.....	159
ANNEXE N Guide de l'entrevue individuelle avec les professionnels.....	161
ANNEXE O Questionnaire socio-démographique pour les résidents .....	163
ANNEXE P Grille de codification pour les entrevues individuelles des résidents.....	164
ANNEXE Q Grille de codification pour les entrevues individuelles des professionnels .....	166
ANNEXE R Infographie .....	169
BIBLIOGRAPHIE .....	170



## **LISTE DES TABLEAUX**

5. 1 Caractéristique sociodémographique des résidents.....	56
--	----

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

IASWG : Association internationale pour le travail social de groupe

IUD : Institut universitaire des dépendances

PGA : Programme de gestion d'alcool

SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SMAS-T-G : Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric

SPA : Substances psychoactives

TSG : Travail social de groupe

UQAM : Université du Québec à Montréal

## RÉSUMÉ

Avec le vieillissement de la population, les enjeux entourant la consommation de substances psychoactives (SPA) chez les aînés pourraient augmenter. Les répercussions d'une consommation de SPA dans un contexte d'hébergement peuvent être importantes. Cela apporte plusieurs défis aux employés et ceux-ci manquent parfois de connaissances et de formations sur le sujet. Ce mémoire porte sur la consommation de SPA des personnes âgées ou en perte d'autonomie, dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), le Manoir de l'âge d'or. Ce projet d'intervention visait concrètement à coconstruire une intervention collective avec les résidents qui consomment des SPA dans le but de sensibiliser et d'outiller les professionnels de la santé à mieux comprendre ce phénomène. Ainsi, les objectifs étaient : 1) favoriser l'adéquation entre les besoins des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA et les services qui leur sont offerts par les professionnels en milieu d'hébergement ; 2) favoriser l'empowerment des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA ; 3) sensibiliser et augmenter les connaissances des professionnels en milieu d'hébergement à propos de la consommation de SPA chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie en contexte d'hébergement ; et 4) outiller les professionnels en milieu d'hébergement pour intervenir auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA en milieu d'hébergement.

Des entrevues individuelles avec cinq résidents et cinq employés ont permis à l'étudiante de voir la réalité de chaque groupe. Par exemple, les résidents avaient plusieurs insatisfactions face au Manoir de l'âge d'or en lien avec leur consommation de SPA, tandis que les professionnels entretenaient de nombreuses perceptions envers les résidents qui utilisent des SPA. Les entrevues individuelles ont notamment permis de soulever un manque de communication au Manoir de l'âge d'or entre les différents acteurs du milieu. Mentionnons également que les cinq résidents ont élaboré une infographie dans un comité, et que ces mêmes résidents l'ont présentée aux employés et gestionnaires de l'établissement. Outre la réussite des objectifs, le projet a permis de briser l'isolement des résidents, d'augmenter leur confiance en soi et d'établir un canal de communication entre les résidents et les employés.

Mots clés : Personnes âgées, consommation de substances psychoactives, alcool, intervention de groupe, coconstruction, hébergement, itinérance, intervention collective.

## ABSTRACT

With the aging of the population, issues revolving around the consumption of psychoactive substances (PSA) could increase in senior citizens. The impact of PSA consumption in accommodation contexts can be substantial. Multiple challenges arise for employees, as they sometimes lack knowledge and training on the subject. This research paper focuses on the PSA consumption of elderly individuals and persons suffering from autonomy loss in residential and long-term care centers (CHSLDS). This intervention project aimed to co-build a collective intervention with residents consuming PSA to sensitize and equip health professionals to understand this phenomenon. Therefore, the objectives were to 1) encourage adequacy between elderly people and persons suffering from autonomy loss consuming PSA and the services offered by professionals in accommodation sites; 2) encourage empowerment of elderly people and persons suffering from autonomy loss consuming PSA; 3) sensitize and increase the knowledge base of professionals in accommodation sites about PSA consumption of elderly people and persons suffering from autonomy in accommodation contexts; 4) equip professionals in accommodation sites to intervene in cases of elderly people and persons suffering from autonomy consuming PSA in accommodation sites.

Individual interviews with five residents and five employees allowed the student to see the reality of each group. For instance, the residents had multiple dissatisfactions regarding the *Manoir de l'âge d'or* linked to their PSA consumption, whereas the professionals nurtured various perceptions towards residents using PSA. The individual interviews notably allowed to raise a lack of communication in the *Manoir de l'âge d'or* between the different actors of the field. It is crucial to also mention that the five residents have elaborated an infographic in a committee and that those same residents presented it to employees and managers of the establishment. In addition to the success of the objectives, the project hence allowed to break the isolation of the residents, increase their self-confidence, and to reestablish a communication canal between the residents and the employees.

Keywords : Elderly people, consumption of psychoactive substances, alcohol, group intervention, co-construction, accommodation, homelessness, collective intervention.

## INTRODUCTION

Ayant complété un certificat en toxicomanie, les enjeux autour de la consommation de substances psychoactives (SPA) ont toujours été un sujet d'intérêt pour moi. Ainsi, lors de mon entrée à la maîtrise en travail social, il a été logique pour moi de combiner un projet d'intervention s'appuyant sur le travail social et la consommation de substances. J'ai eu la chance de côtoyer mon directeur qui avait un projet actif concernant la consommation de SPA auprès des personnes âgées. Ainsi, avec le vieillissement de la population, cette réalité me semblait intéressante pour élaborer mon projet de recherche-intervention. Comme mentionné dans le résumé, les enjeux entourant la consommation de SPA chez les aînés ou les personnes en perte d'autonomie pourraient continuer d'augmenter dans les prochaines années avec le vieillissement de la population. Au Québec, il y a peu d'établissements publics qui ont des connaissances approfondies sur cette réalité. À Montréal, le centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), le Manoir de l'âge d'or offre des services à cette clientèle. Dans cet établissement, un étage est destiné à cette population. Ainsi, le présent projet d'intervention a eu lieu dans ce CHSLD.

Ce projet d'intervention visait concrètement à co-construire une intervention collective avec les résidents qui consomment des SPA dans le but de sensibiliser et outiller les professionnels de la santé à mieux comprendre ce phénomène. Ainsi les objectifs étaient : 1) favoriser l'adéquation entre les besoins des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA et les services qui leur sont offerts par les professionnels en milieu d'hébergement ; 2) favoriser l'empowerment des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA ; 3) sensibiliser et augmenter les connaissances des professionnels en milieu d'hébergement à propos de la consommation de SPA chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie en contexte d'hébergement ; et 4) outiller les professionnels en milieu d'hébergement pour intervenir auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA en milieu d'hébergement. Ce projet d'intervention se fondait sur la perspective anti-oppressive, l'empowerment ainsi que l'approche de réduction des méfaits. Au cours de ce projet, des entrevues individuelles avec les résidents et les employés ont été menées et un comité des résidents a été constitué afin de développer une intervention collective avec les résidents du Manoir de l'âge d'or.

Le premier chapitre est consacré à une mise en contexte de la problématique. Ensuite, le deuxième chapitre présente un état des connaissances sur la consommation de SPA chez les aînées en contexte d'hébergement. Le troisième chapitre est dédié à la présentation du cadre théorique. La méthodologie est décrite dans le quatrième chapitre, avant la présentation des résultats dans le cinquième chapitre. Le dernier chapitre est consacré à la discussion des résultats du projet d'intervention.

## **CHAPITRE 1**

### **Problématique**

Ce premier chapitre présente la problématique qui guide ce mémoire. Celui-ci porte sur la consommation de substances psychoactives (SPA) chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie dans un contexte d'hébergement. Ce chapitre va débiter avec la définition de la population cible ainsi que la description de l'ampleur de la situation au Québec.

#### 1.1 Personnes âgées : définition et poids démographique

Au Québec, lorsqu'on parle des personnes âgées, on fait référence à celles âgées de 65 ans et plus. En 2021, plus de 19 % de la population québécoise était composée de personnes ayant plus de 65 ans, alors qu'elle était de 15% en 2010 (Commissaire à la santé et au bien-être, 2021). Le pourcentage de personnes de plus de 65 ans devrait continuer d'augmenter dans les prochaines années, notamment en raison du vieillissement de la génération des baby-boomers et de l'augmentation de l'espérance de vie de la population (Marquette et al, 2010; Selmi, 2014). Au Québec, l'espérance de vie est l'une des plus élevées au monde (Institut de la statistique du Québec, 2020). L'espérance de vie moyenne d'une femme au Québec en 2021 était de 84 ans, tandis que pour un homme, elle était de 80,6 ans (Fleury-Payeur et Azeredo, 2021). D'ailleurs, en 2031, une personne sur quatre fera partie du groupe d'âge de 65 ans et plus au Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2020). Le vieillissement de la population apporte des conséquences sur le système de soins et des services sociaux du Québec, notamment une hausse importante des dépenses reliées aux soins et services pour cette clientèle (Paris, 2001).

#### 1.2 Personne en perte d'autonomie : définition

La perte d'autonomie se définit par « une incapacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (se laver, s'alimenter, se déplacer, s'habiller) » (Paris, 2001, p.7). La littérature sur la question permet de constater qu'une perte d'autonomie peut arriver à n'importe quel âge. La perte d'autonomie est un risque faisant partie intégrante de la vie (Paris, 2001). À la suite d'une perte d'autonomie, il n'est pas rare que les individus aient besoin de soins de longue durée (Paris, 2001).

Ainsi, nous retrouvons plusieurs personnes en perte d'autonomie dans les différents centres d'hébergement du Québec (Centre d'hébergement de soins de longue durée -CHSLD-, résidences privées, etc.). Donc, les hébergements peuvent accueillir des individus avec différentes problématiques de santé mentale ou physique. Par contre, la majorité des résidents de ces centres sont des personnes âgées ayant des incapacités considérables (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Avant qu'un individu puisse s'établir dans un CHSLD, il doit y avoir une évaluation d'un professionnel de la santé, afin de s'assurer que la personne satisfait aux critères de l'établissement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018).

### 1.3 Consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées et en perte d'autonomie : ampleur de la situation

Selon une enquête de l'Institut national de la santé publique du Québec (2020), 75% des personnes âgées de 65 ans et plus ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année au Québec. Selon la même étude, 20% des consommateurs actifs de plus de 65 ans au Québec ont une consommation d'alcool jugé à risque. Selon les auteurs de cette étude, une consommation à risque correspond à quatre consommations ou plus pour les femmes et cinq consommations ou plus pour les hommes lors du même événement, et cela, au moins une fois par mois lors des douze derniers mois (Institut national de santé publique du Québec, 2020). Aussi, les benzodiazépines sont des médicaments largement consommés par les personnes âgées. La prévalence de consommation de ces médicaments chez les personnes de plus de 65 ans au Québec est évaluée entre 9 et 20% (Nicolet, Gosselin, Mallet, 2016). De plus, selon le gouvernement du Québec (2021a), 1,9 % des individus de plus de 65 ans auraient consommé d'autres substances (cocaïne, crack, amphétamines, ecstasy, hallucinogène, héroïne, méthamphétamine et médicament sans ordonnance) au cours des 12 derniers mois en 2014 et 2015.

Le phénomène de consommation de SPA chez les aînés apparaît de plus en plus documenté dans différents pays (Gauthier, 2013). De plus, si l'on parle de consommation problématique de substances chez les aînés, cet enjeu pourrait continuer d'augmenter dans les prochaines décennies avec le vieillissement de la population (Graziani, 2010; Leurs et al, 2010; Marquette et al, 2010). Cette situation peut apporter plusieurs enjeux sur les individus eux-mêmes, mais également sur les



différents acteurs impliqués (famille, amis, professionnels de la santé, domaine de la santé). Ces enjeux sont abordés dans le deuxième chapitre.

## CHAPITRE 2

### États des connaissances

Ce deuxième chapitre laisse place à l'état des connaissances concernant la consommation de substances psychoactives (SPA) des personnes âgées ou en perte d'autonomie dans les centres d'hébergement. Tout d'abord, il est question de présenter les effets des SPA chez les individus âgés ainsi que les SPA les plus consommées par ce groupe d'âge. Par la suite, les raisons de consommation de SPA, leurs conséquences ainsi que les principaux profils de consommateurs sont explorés afin de mieux comprendre le contexte de consommation. Pour saisir la consommation de SPA chez les aînées ou les personnes en perte d'autonomie en contexte d'hébergement, ce deuxième chapitre s'attarde également sur les enjeux spécifiques à l'hébergement. Les connaissances des professionnels de l'hébergement ainsi que les interventions utilisées par ceux-ci sont aussi mises en lumière. Ce chapitre se conclut en soulignant la pertinence sociale et scientifique de la recherche, sur la question de recherche ainsi que les objectifs de recherche.

Afin de recueillir les informations nécessaires à l'élaboration de ce présent chapitre, une recension des écrits a été effectuée en se basant sur une variété de mots-clefs reliés à la problématique: consommation de SPA, personnes aînées, perte d'autonomie, hébergement, alcool, drogues, substances, impacts de la consommation, consommation excessive de SPA, équipe médicale. Les recherches faites auprès de diverses bases de données (Érudit, Cairn, Archipel, Persée, etc.) ont permis d'obtenir un portrait de l'état des connaissances portant sur le phénomène étudié par ce projet d'intervention.

#### 2.1 Effets des substances psychoactives sur les personnes âgées et celles en perte d'autonomie

L'alcool et les autres substances psychoactives (SPA) peuvent agir différemment sur les aînées. La vieillesse devient un « facteur fragilisant face à la consommation » (Graziani, 2010, p.58). En effet, l'âge avancé apporte des changements d'ordre physiologique qui modifient la tolérance aux substances (Leurs et *al*, 2010; Marquette et *al*, 2010; Menecier et *al*, 2003; Paille, 2014; Selmi, 2014). Avec l'âge, notre corps subit des transformations, notamment concernant le métabolisme, le volume d'eau, les reins et le foie (Graziani, 2010; Marquette et *al*, 2010). Ces changements sont

tels que si une personne âgée consomme la même quantité qu'un individu plus jeune, les effets ressentis peuvent être différents pour ces deux personnes. De plus, le risque de souffrir d'un problème de santé à la suite d'une consommation de substances augmente avec l'âge (Selmi, 2014). Souvent, la quantité d'alcool ou d'autres SPA consommée par une personne âgée peut être considérée « raisonnable », mais en raison des changements physiologiques du corps, de la médication de l'individu et de son état de santé, cette consommation peut être assez importante pour apporter des complications (Menecier et *al*, 2003; Paille, 2014).

La consommation de SPA chez la personne âgée est souvent associée à une « polymédication », ce qui influence inévitablement les effets de la substance psychoactive (Paille, 2014). Il y a de nombreuses interactions possibles entre la médication de l'individu et la substance psychoactive consommée (Paille, 2014). Par exemple, l'alcool peut accentuer les effets « sédatifs » ou « antalgiques » de certains médicaments (Paille, 2014). Les interactions possibles entre les médicaments et les SPA peuvent causer plusieurs symptômes, notamment des chutes ou encore de la somnolence. Pour cette raison, il n'est pas conseillé de consommer de l'alcool ou d'autres SPA avec des médicaments d'ordonnée (Éducalcool, 2020). L'alcool ainsi que les benzodiazépines sont les deux substances les plus utilisées par les aînées. En hébergement institutionnel (CHSLD, résidences privées), l'alcool est de loin la substance la plus courante (Graziani, 2010; Menecier et *al*, 2003).

## 2.2 Une problématique sociale sous-identifiée et sous-traitée

La consommation de substances en soi n'est pas problématique. Cependant, plusieurs personnes peuvent vivre des enjeux en lien avec leur consommation de SPA. La consommation dite excessive/problématique chez l'aîné est définie différemment d'une recherche à l'autre, par contre, elle correspond généralement à plus de trois consommations lors d'un même événement. Certaines recherches ont également identifié des limites différentes de consommation pour les hommes et les femmes aînés (Leurs et *al*, 2010; Selmi, 2014). Or, chez les aînés ou les personnes en perte d'autonomie, ces enjeux sont souvent sous-identifiés par les professionnels de la santé (Graziani, 2010; Leurs et *al*, 2010). Ce phénomène peut s'expliquer par plusieurs raisons. Tout d'abord, plusieurs symptômes d'une consommation dite problématique sont perçus comme des symptômes

de vieillesse ou de maladie (Gauthier, 2013; Vermette, 2001). Les maladies ainsi que la perte de qualité de vie, lors de la vieillesse, sont perçues comme faisant partie intégrante du cycle de la vie par la société (Graziani, 2010). Ceci engendre une diminution de la prévalence de la détection d'une consommation dite problématique ou du diagnostic d'un trouble d'utilisation de substances et par la même occasion, une diminution des traitements en lien avec la dépendance. Par exemple comme le souligne Graziani (2010), une personne âgée qui se plaint de symptômes semblables à ceux d'une personne plus jeune a moins de probabilités d'éveiller les soupçons d'une consommation dite problématique que la personne plus jeune. Les chutes, les pertes cognitives, l'hypertension, etc. peuvent être perçues comme des problèmes de santé causés par l'âge ou la condition de l'individu et non pas comme de possibles conséquences d'une consommation importante de SPA (Graziani, 2010). Par la suite, les outils de détection de la consommation problématique de SPA ne sont pas adaptés à la population âgée (Graziani, 2010; Marquette et al, 2010; Menecier et al, 2003; Paille, 2014; Selmi, 2014). Comme le souligne Éducalcool (2020), les outils de détection « semblent mettre trop d'emphasis sur les répercussions sociales, professionnelles et légales qui touchent généralement les plus jeunes consommateurs et pas assez sur les impacts sur la santé des aînées qui consomment ou sur leurs activités sociales » (p.7). Aussi, il y a énormément de variantes entre les différents instruments de détection de la consommation problématique de SPA, ce qui nuit à l'efficacité de l'évaluation des personnes âgées ayant une consommation problématique. À notre connaissance, il y a très peu d'instruments de détection qui ont été validés pour la population âgée (Marquette et al, 2010). On y retrouve par contre le SMAST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric) qui constitue une version courte du MAST-G (Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric). Les deux tests sont adaptés pour la population âgée. Étant donné sa courte durée, le SMAST-G peut être effectué par un médecin (Institut national de santé publique du Québec, 2020). Selon la littérature, il est impératif d'élaborer davantage de connaissances propres aux personnes de plus de 65 ans qui consomment des SPA (Graziani, 2010) et pour cela, des données précises sont nécessaires.

De plus, ce qui peut également contribuer aux difficultés de dépistage d'une consommation dite problématique de SPA chez les aînés, ou les personnes en perte d'autonomie, est le manque de consensus sur les différentes notions. Notamment sur les définitions de : consommation abusive/problématique chez la personne aînée et sur les critères pour définir quand une personne

est considérée comme aînée (Leurs et *al*, 2010; Paille, 2014; Rouleau et *al*, 2011). Par exemple, il est ardu de délimiter, qui est une personne « aînée », car cette catégorie regroupe une population variée. Certains ont de graves problèmes de santé et sont en perte d'autonomie alors que d'autres sont en santé et fonctionnels en société (Paille, 2014). Ensuite, la sous-identification des problèmes de consommation chez les personnes âgées, ou en perte d'autonomie, peut s'expliquer par le manque de connaissances et de formations des différents professionnels de la santé sur ce sujet tabou dans le domaine de la santé et des services sociaux (Graziani, 2010; Paille, 2014).

## 2.3 Substances consommées

### 2.3.1 Alcool

L'alcool représente la substance la plus consommée par toute la population (Menecier et *al*, 2020). Le taux de consommation dite problématique d'alcool chez les personnes âgées varie énormément selon les différentes études, soit entre 2% et 22% (Graziani, 2010; Marquette et *al*, 2010; Paille, 2014). Dans les centres d'hébergement pour personnes âgées, le taux est encore plus important, il oscille entre 20 % et 40% (Graziani, 2010; Marquette et *al*, 2010; Paille, 2014). Ces écarts, dans les taux de consommation problématique, peuvent s'expliquer par plusieurs raisons. Notamment, cela peut se justifier par le manque de consensus dans la définition de consommation dite problématique. Effectivement, d'une recherche à l'autre, la consommation problématique n'est pas définie, opérationnalisée et évaluée de la même façon (Paille, 2014). De plus, l'écart dans les taux de consommation problématique peut s'expliquer par les difficultés de détection (Marquette et *al*, 2010), définies plus haut dans le chapitre. La littérature documente également que les personnes âgées ont plus de risques de souffrir de complication à la suite d'une consommation d'alcool moindre ou égal à celle d'une personne plus jeune (Graziani, 2010; Menecier et *al*, 2020). La consommation d'alcool peut entraîner plusieurs conséquences qui peuvent aller jusqu'à la mort. En effet, l'alcool est la troisième cause de décès dans le monde pour tous les groupes d'âges confondus. Environ 30 000 personnes de 65 ans et plus meurent à cause de l'alcool par année dans le monde (Menecier et *al*, 2003; Paille, 2014). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (2020), les hommes consommeraient plus d'alcool que les femmes du même âge. Afin que la consommation des aînées soit à faible risque, les hommes devraient se limiter à deux consommations par jour et à un maximum de sept consommations par semaine, tandis que pour les

femmes, elles devraient se limiter à une consommation par jour et cinq par semaine. Bien sûr, il est recommandé de ne pas boire tous les jours (Institut national de santé publique du Québec, 2020).

### 2.3.2 Benzodiazépines

Les benzodiazépines sont les médicaments les plus prescrits aux aînées au Québec, après les médicaments pour le système cardiovasculaire (Forget, 2000). Les benzodiazépines sont des médicaments qui permettent une réduction de l'activité cérébrale; ils peuvent être utilisés pour traiter l'anxiété ou encore des problèmes de sommeil (Rioux, 2016). Selon une étude menée au Québec par Guindon et Cappeliez (2011), 25,4 % des 2785 participants âgés de plus de 65 ans consommaient des benzodiazépines au moment de l'enquête. De plus, la majorité des consommateurs utiliserait ces substances à long terme (depuis plus d'un an), ce qui dépasserait de beaucoup le temps d'utilisation recommandé par les médecins (Nicolet, Gosselin, Mallet, 2016). Les risques de dépendance aux benzodiazépines augmentent considérablement après quatre à six semaines de traitement (Forget, 2000; Rioux, 2016). Par ailleurs, les femmes consommeraient davantage les benzodiazépines (Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001; Vermette, 2001). Un usage à risque de benzodiazépine se caractérise par l'utilisation inappropriée d'une prescription ou par une prise prolongée de cette substance (Rouleau et *al*, 2010). Toutefois, il n'y a pas de consensus clair sur la définition d'une consommation prolongée ou sur la notion de consommation à risque concernant les benzodiazépines (Marquette et *al*, 2010; Rouleau et *al*, 2011).

### 2.3.3 Cannabis

Le cannabis est considéré comme un perturbateur du système nerveux central, il agit sur les perceptions et les émotions auprès des individus qui en consomment (Rioux, 2016). Étant donné que le cannabis est légal depuis peu au Canada, la littérature sur la consommation de cette substance parmi les personnes âgées est succincte. Avant la légalisation, il est probable que les personnes âgées aient été réticentes à répondre à des questions sur leurs consommations de cannabis, ce qui peut expliquer en partie la rareté des données. Par contre, selon l'Institut de la statistique du Québec, 8,5% des personnes de plus de 55 ans (catégorie d'âge de l'enquête) auraient consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois en 2022. Ceci représente une augmentation de 4% selon

l'enquête de 2018 (Conus et *al*, 2022). Les hommes, pour tous groupes d'âges confondus, consommeraient davantage que les femmes (Gouvernement du Québec, 2021a).

#### 2.3.4 Consommation d'autres substances

Actuellement, il y a peu de connaissances sur les substances provenant des marchés non régulés en lien avec les personnes âgées ou en perte d'autonomie (Marquette et *al*, 2010; Vermette, 2001). En revanche, selon Beynon, la consommation de substances non régulées chez les personnes âgées augmente depuis quelques années (Beynon, 2008). Néanmoins, il n'est pas évident pour les chercheurs de calculer le taux de consommation de ce type de substances chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie parce que celles-ci peuvent avoir des craintes de participer à ces recherches. Blazer et Wu (2009) ont tenté d'estimer la prévalence de la consommation de drogues et d'alcool chez les personnes âgées aux États-Unis. Les deux chercheurs sont arrivés à la conclusion que la consommation d'alcool est beaucoup plus fréquente que la consommation de substances non régulées. Selon cette même étude, 0,41% des 10 953 participants âgés de plus de 50 ans auraient consommé de la cocaïne dans la dernière année, contrairement à 60% des participants rapportant avoir consommé de l'alcool durant la même période (Blazer et Wu, 2009). De plus, toujours selon les chercheurs, comparativement aux femmes, les hommes seraient plus susceptibles de consommer des drogues (Blazer et Wu, 2009). Bref, il y a peu de données fiables et récentes sur la consommation de SPA non régulées chez les personnes âgées. Malgré cette lacune, les chercheurs s'entendent pour affirmer que ce phénomène devrait augmenter au courant des prochaines années (Colliver et *al*, 2006).

#### 2.4 Raisons de la consommation

Les personnes âgées et celles en perte d'autonomie consomment pour plusieurs raisons. La principale raison évoquée par celles-ci est reliée au fait de devoir faire face à leur nouvelle réalité. Il y a plusieurs transformations et deuils qui sont reliés à l'âge, notamment la perte d'autonomie, l'arrivée de problèmes de santé, la perte d'individus proches, un sentiment d'inutilité, un changement de rôle et l'isolement (Forget, 2000; Paille, 2014; Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001). Ainsi, consommer des SPA permet aux individus de chasser leurs pensées dépressives ou

anxiogènes (Paille, 2014). Certaines personnes âgées consomment, car elles ont de la difficulté à donner un sens à leur vie (Gauthier, 2013). Notamment, l'étape de la retraite peut entraîner plusieurs ajustements chez un individu, dont celui de rétablir son identité personnelle. Ainsi, certaines personnes utilisent les SPA pour gérer ce changement (Robitaille, 2016).

De plus, les personnes âgées qui entrent en hébergement sont vues comme des individus avec « plusieurs déficits », ce qui peut engendrer une diminution du cercle social et par le fait même de la solitude (Robitaille, 2016). La solitude causée par la perte d'un individu ou par la retraite/ arrêt de travail contribue à faire augmenter la détresse psychologique de l'aîné ou de la personne en perte d'autonomie, ce qui peut l'encourager à consommer des substances (Kirouac et Charpentier, 2018 ; Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001). Lorsque la personne a une attitude positive face à sa substance de choix, la consommation a tendance à perdurer (Marquette et *al*, 2010; Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001). Mentionnons également que les aînés fréquentent plus les services de soins que le reste de la société canadienne. Certains médecins défendent la prescription de médication chez les aînés au lieu d'encourager cette clientèle à utiliser de la psychothérapie pour améliorer leur situation personnelle (Menecier et *al*, 2020 ; Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001), bien sûr parfois la médication est nécessaire, mais à elle seule, elle ne peut pas tout régler. En effet, certains médecins ont la croyance que les personnes âgées ne peuvent changer leur comportement à cause de la rigidité que l'âge apporte, ce qui est contredit par plusieurs études (Graziani, 2010; Menecier et *al*, 2020; Rouleau et *al*, 2011). Cette perception engendre un plus grand nombre de prescriptions de médicaments auprès des aînés et par le fait même une plus grande consommation (Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001).

## 2.5 Conséquences de la consommation de substances psychoactives

### 2.5.1 Conséquences sur la santé physique et psychologique

La consommation de SPA parmi les personnes âgées et en perte d'autonomie provoque des contrecoups. Notamment, une importante consommation peut réduire les capacités du corps à se battre contre certaines maladies. Cela peut conduire plus rapidement à des cirrhoses, des troubles cognitifs, des problèmes de comportement, des pertes de mémoire, de l'hypertension, des chutes,



des troubles alimentaires, des troubles de sommeil, des troubles cardiaques, des cancers, de l'anxiété et plus encore (Gauthier, 2013; Graziani, 2010; Leurs et *al*, 2010; Menecier et *al*, 2003; Paille, 2014). De plus, les SPA peuvent engendrer des comportements d'agressivité chez les individus (Menecier et *al*, 2003). Aussi, les personnes âgées avec une consommation de SPA importante auraient un fonctionnement cognitif moins performant que le reste de la population (Graziani, 2010). D'ailleurs, Paille (2014) mentionne que plus de la moitié des personnes adultes dépendantes à l'alcool aurait des problèmes de cognition qui causerait un ralentissement dans leur quotidien.

La consommation, en plus d'apporter des conséquences physiques, apporte des conséquences psychologiques et sociales. Une personne âgée ou en perte d'autonomie avec des enjeux associés à sa consommation de SPA est doublement stigmatisée. La consommation peut apporter un sentiment d'échec et de honte chez cette population ainsi qu'à leur entourage (Graziani, 2010; Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001; Vermette, 2001). Ces individus ont un grand sentiment d'inutilité et se sentent dévalorisés, on leur propose également moins de traitements pour les aider (Vermette, 2001). Cela peut apporter beaucoup de solitude à cette population, laquelle peut vivre énormément d'isolement.

## 2.6 Profil des consommateurs

Selon la littérature, il existe deux profils de consommateurs de SPA parmi les personnes âgées ou en perte d'autonomie (Marquette et *al*, 2010).

### 2.6.1 Les consommateurs précoces

Le premier profil est les individus qui ont commencé à consommer avant 60 ans, ceux-ci ont habituellement un passé de consommation. Ils ont également plus de probabilités que leur consommation devienne problématique (Leurs et *al*, 2010; Marquette et *al*, 2010). Ces individus qui consomment depuis de nombreuses années se demandent pourquoi ils devraient arrêter de consommer (Graziani, 2010). La grande majorité des personnes âgées ayant des enjeux de

consommation se retrouvent dans ce profil, soit environ le deux-tiers (Leurs et *al*, 2010; Marquette et al, 2010).

## 2.6.2 Les consommateurs tardifs

Le deuxième profil regroupe les individus ayant commencé à consommer après 60 ans. Cette consommation est souvent une réaction aux changements auxquels les individus doivent faire face lorsqu'ils vieillissent, notamment la perte des gens autour d'eux, l'arrivée des maladies, l'entrée en institution/ hébergement et la perte d'autonomie. Ce groupe de consommateurs représente environ un tiers des aînées qui consomment des SPA (Menecier et *al*, 2003). Habituellement, ces consommateurs tardifs ont plus de probabilités d'arrêter de prendre des substances et ils ont une meilleure santé physique et psychologique comparativement aux consommateurs précoces. De plus, ces individus ont plus facilement accès à des traitements. Cependant, chez ces consommateurs, il peut être plus ardu de détecter un problème de consommation de substances étant donné leur plus grande autonomie dans la société (Marquette et *al*, 2010; Menecier et *al*, 2003; Vermette, 2001).

Il a été constaté que dans les deux types de profil, les personnes âgées sont réticentes à demander de l'aide en lien avec leur consommation de SPA (Gauthier, 2013; Graziani, 2010; Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001; Vermette ; 2001). Comme le souligne Graziani (2010), plusieurs aînés ont de fausses croyances face à leur consommation de SPA. Par exemple, l'alcool me permet d'oublier, je dois avoir de l'alcool pour être bien, je n'ai rien à perdre, il faut bien mourir de quelque chose, etc. Généralement, plus que les personnes âgées entretiennent ces pensées et plus il est difficile pour ceux-ci de restreindre leur consommation de SPA (Graziani, 2010).

## 2.7 Consommation de substances psychoactives dans un contexte d'hébergement

### 2.7.1 Répercussions / enjeux

La consommation de SPA en institution peut apporter plusieurs enjeux. Les répercussions de la consommation problématique de substances sont visibles et peuvent être dérangeantes, étant donné le contact élevé entre les résidents et l'équipe de soins. D'ailleurs, la dépendance et la consommation problématique de substances causent plusieurs défis à l'équipe médicale. Celle-ci a

de la difficulté à gérer les personnes qui consomment au quotidien (Graziani, 2010; Leurs et *al*, 2010; Menecier et *al*, 2003). La consommation en institution est souvent taboue ou cachée (Paille, 2014). Il est important de souligner que les SPA, notamment l'alcool, sont facilement accessibles aux résidents (Leurs et *al*, 2010; Menecier et *al*, 2003). Les résultats des études sur la prévalence de problèmes d'alcool en hébergement sont très irréguliers, les taux de consommation excessive varient de 20 à 40 % des individus (Graziani, 2010 ; Marquette et *al*, 2010; Paille, 2014). Comme mentionné plus haut dans le chapitre, ces écarts s'expliquent par le manque de consensus sur la notion de consommation problématique / abusive d'alcool, et par les difficultés de détection d'une consommation problématique chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie (Marquette et *al*, 2010).

### 2.7.2 Personnel soignant

Plusieurs équipes médicales en hébergement ont du mal à gérer ce phénomène au quotidien, bien que certains professionnels soient plus permissifs que d'autres (Leurs et *al*, 2010; Menecier et *al*, 2003). Souvent à cause de leur manque de connaissances, plusieurs professionnels de la santé interviennent de manière inappropriée avec cette clientèle (Paille, 2014). Certaines études arrivent à la conclusion que le corps soignant des centres d'hébergement peut négliger les problèmes de consommation de substances. La consommation serait prise en compte seulement si elle est jugée comme « dérangeante pour les autres » ou s'il y a des complications entre la substance et la médication (Menecier et *al*, 2003; Selmi, 2014). Pourtant, l'équipe médicale est la mieux positionnée pour aider ces individus (Selmi, 2014). Selon le texte de Menecier et *al* (2003), les infirmières ont une place importante auprès des résidents, étant donné que celles-ci les côtoient quotidiennement. Les infirmières ont tendance à les laisser à eux même ou même à nier les problèmes de consommation des individus, étant donné leur faible connaissance sur le sujet (Menecier et *al*, 2003). De plus, certains professionnels de la santé peuvent ressentir de la gêne à discuter de la consommation de SPA directement avec la clientèle, ainsi certains peuvent minimiser les circonstances et réduire au trouble de comportement (Menecier et *al*, 2003). La consommation de SPA peut entraîner des problèmes d'humeur et de comportement, dont de l'agressivité (Menecier et *al*, 2003). En hébergement, afin d'aider les personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA, il est primordial que les différents acteurs de l'institution se consultent

afin qu'il ait une cohérence et une constante dans le discours et les soins (Menecier et *al*, 2003). Il est toutefois possible de constater un manque de communication entre les différents acteurs de centre d'hébergement ainsi qu'une surcharge de travail pour ceux-ci. Ceci peut affecter la qualité des soins et également la qualité de vie professionnelle (Menecier et *al*, 2003). D'ailleurs, comme le souligne Bauer (2005), un des premiers signes d'un épuisement professionnel est le manque d'empathie. Ce manque d'empathie peut engendrer des conséquences sur les soins que reçoivent les personnes âgées en institution.

Pour finir, ce qui rend la situation encore plus particulière dans les résidences pour personnes âgées est qu'il y a parfois des consommateurs qui ressortent du profil habituel des autres résidents de l'hébergement (Selmi, 2014). Certains consommateurs de SPA sont beaucoup plus jeunes que le reste des résidents, et certains ont un passé d'itinérance. Quelques-uns n'ont pas d'autres choix que d'aller dans une résidence, car ils sont en perte d'autonomie, mais ils se distinguent du résident type de ces institutions. Ainsi, les centres de personnes âgées ne sont pas toujours équipés pour répondre à leurs besoins spécifiques, ce qui engendre moins de services spécialisés pour cette population (Selmi, 2014). Cela apporte plusieurs questionnements sur l'offre de services pour cette clientèle spécifique dans les réseaux de la santé et des services sociaux.

## 2.8 Approches d'intervention utilisées avec cette population

Plusieurs approches d'interventions ont fait leurs preuves auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA. Tout d'abord, l'entretien motivationnel peut être bénéfique pour ceux-ci. En effet, l'objectif est « de faire ressortir chez l'utilisateur des arguments en faveur du changement et lui faire progresser dans les différents stades du changement » (Gauthier, 2013, p.10). Pour y arriver, plusieurs interventions sont possibles, dont les interventions brèves. Les interventions brèves se caractérisent, comme leur nom l'indique, par leurs courtes durées. Le but est de motiver la personne à changer ses habitudes ou de se questionner sur celle-ci (Gauthier, 2013). Par exemple, un commentaire, ou une consigne d'un médecin peut modifier la consommation d'un individu (Graziani, 2010; Selmi, 2014). Effectivement, la prise de conscience qui en découle peut engendrer une modification sur leurs habitudes de consommation. Cela permet de démontrer à l'individu les conséquences de la substance sur son état de santé. Par

ailleurs, les problèmes de santé importants agissent comme des facilitateurs pour l'arrêt de substances (Graziani, 2010). En effet, offrir aux personnes âgées des renseignements concrets sur leur consommation et leur état de santé aide à la diminution de la consommation de SPA (Paille, 2014).

De plus, l'approche de la réduction des méfaits ou de réduction des risques a également démontré son efficacité avec les aînés consommateurs de SPA. Avec cette approche, l'arrêt de consommation de substances psychoactives n'est pas nécessairement le but. La réduction des méfaits a comme objectif de faire diminuer les répercussions et les risques liés à la consommation (Gauthier, 2013). Pour le moment, il y a peu de recherches sur le recours à l'approche de réduction des méfaits auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA (Gauthier, 2013). Aussi, l'approche cognitivo-comportementale a montré un certain rendement avec cette clientèle. Il existe actuellement quelques groupes, qui se basent sur l'approche cognitivo-comportementale. Ces groupes visent à « intervenir sur l'interprétation que la personne âgée se fait de ses circonstances de vie, et, par ricochet, à agir sur son comportement de consommation » (Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001, p.2). L'intervention doit permettre aux individus de maîtriser leurs états émotionnels devant différents événements quotidiens (Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001).

Par la suite, les interventions basées sur l'augmentation de l'estime de soi et les relations entre les individus ont également démontré leur efficacité auprès des personnes âgées (Paille, 2014). La réduction de l'isolement aide aussi. En effet, l'isolement est une des causes de consommation problématique de SPA chez les personnes âgées (Paille, 2014). « Les clientèles âgées bénéficient grandement d'une intervention visant à rehausser leur estime de soi, leurs sentiments d'utilité et d'appartenance, leurs intérêts à maintenir des relations et à améliorer leurs conditions de vie, en mobilisant les ressources de la communauté » (Vermette, 2001, p.11).

Il y a peu d'approches ou d'interventions qui incluent les intervenants ou les professionnels de la santé qui travaillent quotidiennement avec ces individus, alors que selon Paille (2014), ils sont les mieux placés pour faire du repérage. De plus, pour que les interventions auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie soient optimales, l'intervention devrait être multidisciplinaire et inclure les différents professionnels (Menecier et al, 2020 ; Paille, 2014). Ceci est encore plus important

lorsque les individus sont en contexte d'hébergement (Menecier et *al*, 2003). Bref, la clé du succès est de construire des interventions adaptées aux personnes âgées ou en perte d'autonomie avec un problème de consommation de SPA (Paille, 2014). C'est le client lui-même qui est le mieux placé pour identifier l'objectif qu'il veut travailler. L'étude de sa situation est primordiale (état de santé, substances consommées, fréquence, motifs de consommation, etc.) afin de construire une intervention individualisée. (Menecier et *al*, 2020; Paille, 2014). La littérature démontre que plusieurs approches d'interventions auprès des aînées fonctionnent et les résultats perdurent dans le temps (Graziani, 2010; Menecier et *al*, 2020). Les résultats des différentes approches interventions sont même parfois meilleurs que ceux observés dans le cadre des interventions auprès des jeunes (Menecier et *al*, 2003 ; Menecier et *al*, 2020).

## 2.9 La pertinence sociale et scientifique de l'intervention

La consommation problématique de substances psychoactives chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie est une problématique sociale taboue (Paille, 2014; Selmi, 2014). Cela est d'ailleurs sous-identifiée et sous-traitée. Il y a peu d'études sur la consommation de SPA chez les aînées ou les personnes en perte d'autonomie, en particulier sur la consommation dite problématique. De plus, plusieurs recherches excluent les personnes de plus de 75 ans (Graziani, 2010 ; Leurs et *al*, 2010; Menecier et *al*, 2020). Il y a encore moins d'études sur les personnes consommatrices de 80 ans et plus. Il y a également très peu de recherches qui se déroulent dans les institutions de personnes âgées ou en perte d'autonomie (Leurs et *al*, 2010; Menecier et *al*, 2003; Selmi, 2014). Par conséquent, la consommation de SPA chez les personnes aînées ou en perte d'autonomie reste inconnue et incomprise de la population (Graziani, 2010). Étant donné que la consommation de SPA auprès des aînées et personnes en perte d'autonomie est peu connue, il n'y a pas de consensus sur les meilleures méthodes à adopter (Graziani, 2010 ; Rouleau et *al*, 2011). Les règles varient d'un établissement à un autre quant à la consommation des résidents, certains milieux offrent plus de liberté alors que d'autres sont plus sévères (Graziani, 2010 ; Menecier et *al*, 2003). Selon Forget (2000), il y a un grand écart « entre les connaissances dont nous disposons quant à ce qui devrait être fait et l'actualisation, dans des programmes concrets, de ces connaissances » (p.5). Il y a peu de programmes de prévention qui visent les personnes âgées ou les personnes en perte d'autonomie (Brisson, 1997).

Considérant que la consommation de SPA auprès des aînées et les personnes en perte d'autonomie devraient augmenter dans les prochaines années, les futures interventions qui seront réfléchies devraient agir sur la population directement, mais aussi sur les acteurs qui travaillent auprès de ceux-ci. Comme le souligne Boutinet (2010), il est essentiel de prendre en compte les différents acteurs impliqués dans une problématique sociale. D'ailleurs, il y a peu d'études qui s'intéressent aux professionnels de la santé. Comme le souligne Selmi (2014), il serait intéressant que les prochaines études se concentrent sur les interventions des professionnels de la santé. Aussi, il y a peu d'études qui sondent directement les personnes âgées d'un établissement afin de connaître leurs réalités de consommations dans un contexte d'hébergement et leurs besoins.

À la lumière des informations recueillies, le présent projet d'intervention semblait d'emblée réalisable et surtout pertinent. Dans la littérature scientifique, les chercheurs s'entendent pour dire qu'il y a un écart entre les besoins de la clientèle en hébergement et les interventions et les soins qu'ils y sont proposés (Alain et Dessurault, 2009). Cet écart reflète le besoin d'augmenter les connaissances sur cette réalité et la sensibilisation auprès des professionnels concernant la consommation de SPA parmi les personnes âgées ou en perte d'autonomie. De plus, les différentes études sont d'accord pour souligner que les personnes âgées vivent de la solitude et de l'isolement, et que celles-ci devraient être consultées pour dépeindre leur réalité de consommation (Forget, 2000; Vermette, 2001).

## 2.10 Question et objectifs de la recherche

Tout d'abord, l'intention de l'action était de co-construire une intervention avec les personnes vivant en CHSLD et ayant une consommation dite problématique de SPA. La question de recherche était la suivante : dans un contexte d'hébergement pour personnes âgées ou en perte d'autonomie, comment co-construire avec des personnes ayant des enjeux associés à leur consommation de substances psychoactives, une intervention collective visant à sensibiliser et outiller les professionnels de la santé à mieux comprendre ce phénomène ? Ainsi les objectifs étaient :

- 1- Favoriser l'adéquation entre les besoins des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA et les services qui leur sont offerts par les professionnels en milieu d'hébergement.
- 2- Favoriser « l'empowerment » des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA.
- 3- Sensibiliser et augmenter les connaissances des professionnels en milieu d'hébergement à propos de la consommation de substance chez les personnes âgées en perte d'autonomie en contexte d'hébergement.
- 4- Outiller les professionnels en milieu d'hébergement pour intervenir auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA en milieu d'hébergement.

Il est important de souligner que le projet d'intervention s'inscrit dans une plus large étude menée par l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud- de-l'île-de-Montréal (CIUSSS), dont les chercheurs principaux sont Vincent Wagner et Jorge Flores-Aranda. Le titre de la plus large étude est : 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. Les objectifs du plus large projet sont premièrement de mieux comprendre les trajectoires de consommation de SPA, les épisodes d'itinérance, les comorbidités en santé mentale et physique, l'impact du vieillissement, ainsi que le parcours au sein des services de santé des personnes présentant des problématiques de consommation de SPA et fréquentant des ressources pour personnes âgées. Le deuxième objectif est de documenter la perspective des intervenants et gestionnaires des ressources quant aux besoins d'intervention auprès des personnes ayant des problématiques de consommation de SPA. Par la suite, le troisième objectif est d' identifier les bonnes pratiques de prise en charge déjà existante, prenant en compte les spécificités des personnes présentant des problématiques relatives à une consommation de SPA. Pour finir, le dernier objectif du plus large projet est de mieux outiller les intervenants et gestionnaires dans leur pratique auprès des personnes présentant des problématiques de SPA.

Il y a plusieurs similitudes entre les objectifs de ce projet d'intervention et les objectifs de la plus large étude, notamment en ce qui concerne les objectifs pour outiller le personnel du centre



d'hébergement à mieux intervenir auprès des individus qui consomment des SPA. Par contre, il est nécessaire d'évoquer l'originalité de ce projet d'intervention. Spécifiquement, ce projet d'intervention a misé sur la co-construction d'une intervention collective avec les personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA. Ainsi, dans ce présent projet, la clientèle était directement impliquée dès le début de l'intervention, celle-ci s'est co-construite avec les forces de la clientèle. Dans ce projet d'intervention, l'étudiante est intervenue directement avec la clientèle et le personnel de l'hébergement, l'objectif n'était pas seulement de documenter le phénomène social. En d'autres mots, l'étudiante voulait favoriser l'adéquation entre les besoins des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA et les services qui leur sont offerts par les professionnels en milieu d'hébergement.

Pour finir, il est important de spécifier que considérant que ce projet d'intervention s'inscrit dans une plus large étude, l'étudiante s'est inspirée des documents de celle-ci, afin de construire les siens. Bien sûr, les documents ont été adaptés à la recherche de l'étudiante et de ses objectifs.

## CHAPITRE 3

### Cadre théorique

Dans ce troisième chapitre, le cadre théorique de la présente recherche est abordé. Après la lecture de ce chapitre, il sera plus facile de comprendre les assises théoriques qui soutiennent la question de recherche et les objectifs. Ce cadre théorique est composé de la perspective anti-oppressive, du concept d'empowerment ainsi que de l'approche de la réduction des méfaits. Chacun de ses ancrages théoriques est décrit.

#### 3.1 Perspective anti-oppressive

La population des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des substances psychoactives (SPA) en contexte d'hébergement pour aînées peut vivre plusieurs oppressions et défis. Selon Frye (1983), cité dans Lapierre et Levesque (2013),

une personne est en situation d'oppression lorsque ses choix sont limités et lorsque ses mouvements sont restreints par un ensemble de forces et de barrières qui sont reliées entre elles. Ces forces et ces barrières ne sont ni occasionnelles, ni accidentelles, ni naturelles, même si elles se présentent souvent ainsi, et elles sont donc évitables (Lapierre et Levesque, 2013, p.48).

En effet, les aînées et les personnes en perte d'autonomie qui consomment des SPA en contexte d'hébergement peuvent vivre plusieurs oppressions, notamment en lien avec leur âge, leur perte d'autonomie, leur consommation de substances, leur réalité financière, leur passé d'itinérance et plus encore. Ainsi, il semble primordial de prendre en considération la réalité que ces personnes vivent au quotidien dans l'élaboration du projet d'intervention, afin d'éviter de contribuer aux oppressions.

La perspective anti-oppressive se traduit par des pratiques qui ont comme but de contrer l'oppression qui peut être vécue par différentes populations. Cette perspective englobe les approches féministes, les approches structurelles, les approches anti-racistes et les approches critiques (Pullen-Sansfaçon, 2013). Ainsi peu importe les racines théoriques, ce qui relie la pratique anti-oppressive est que celle-ci « vise à contester et à changer les formes et les structures de

l'oppression et de la domination dans une perspective de justice sociale » (Pullen-Sansfaçon, 2013, p.357). La perspective anti-oppressive s'inscrit dans des philosophies et des valeurs égalitaires, de justice sociale et de solidarité (Lapierre et Levesque, 2013 ; Lee et *al*, 2017).

La perspective anti-oppressive s'appuie sur le fait que les conditions individuelles sont reliées aux structures politiques, économiques et sociales. Ainsi un changement ne peut être effectué sans la remise en question des structures et des discours dominants dans la société (Buetti et *al*, 2019; Lapierre et Levesque, 2013). « L'oppression se développe à travers les inégalités ou divisions sociales et les relations de pouvoir, qu'elles soient institutionnelles, politiques ou sociales » (Pullen-Sansfaçon, 2013, p.355). Les oppressions engendrent des impacts sur les conditions de vie des individus ayant moins de pouvoir et celles-ci sont maintenues par les discours de la société et par la présence de structures oppressives (Pullen-Sansfaçon, 2013). L'approche anti-oppressive vise un changement social, soit la libération des individus, groupes ou collectivités des oppressions (Lapierre et Levesque, 2013 ; Pullen-Sansfaçon, 2013).

Dans cette perspective, les individus ne sont pas vus comme des personnes déficitaires, mais comme des individus victimes de plusieurs conditions d'oppressions et de rapports de pouvoir (Buetti et *al*, 2019; Lee et *al*, 2017; Pullen-Sansfaçon, 2013). L'approche anti-oppressive vise à développer le pouvoir d'agir des individus pour intervenir sur les structures oppressantes. Les individus qui vivent des oppressions sont en effet les mieux positionnés pour saisir et interpréter les différents systèmes d'oppression (Lapierre et Levesque, 2013). D'ailleurs, il est essentiel d'examiner la provenance des oppressions afin de lutter contre celles-ci (Lee et *al*, 2017).

Or, comme l'oppression n'est pas le produit d'une seule catégorie de domination, mais qu'elle est plutôt reproduite par plusieurs systèmes de domination entrecroisés, la perspective anti-oppressive reconnaît que certaines personnes doivent faire face à une pluralité d'oppressions qui agissent de manière intersectionnelle (Lee et *al*, 2017, p.9).

Il est primordial en tant qu'intervenant de faire une autoréflexion sur sa propre position sociale, dont ses valeurs, ses expériences, afin de ne pas reproduire les oppressions envers la population avec qui on travaille. L'autoréflexion peut permettre une prise de conscience des dynamiques de pouvoirs entre les différents individus et une prise de conscience des discours dominants dans la société (Lee et *al*, 2017). De plus, il peut être efficace de faire des alliances entre les divers acteurs

et milieux, afin que ceux-ci soient conscientisés sur la réalité et les facteurs d'oppression chez la clientèle. Cette alliance peut aider le milieu à intervenir adéquatement avec le groupe en question (Pullen-Sansfaçon, 2013). Pour finir, la perspective anti-oppressive peut avoir une cible individuelle, de groupe ou collective. Dans le présent projet, la cible collective a été mise de l'avant. L'intervenant se doit d'encourager les groupes dans la construction et la mise en place de mouvements et de revendications (Lapierre et Levesque, 2013).

Le projet d'intervention de l'étudiante s'inscrit sans aucun doute dans l'approche anti-oppressive. Tout d'abord, comme mentionné dans le chapitre états des connaissances, l'intention d'action était de co-construire une intervention collective avec les personnes vivant en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et ayant une consommation problématique de SPA dans le but de sensibiliser et outiller les professionnels de l'hébergement. Ainsi, l'intervention visait une transformation de l'environnement et contrer les oppressions dans l'hébergement. Effectivement, comme mentionné plus haut, les personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment peuvent vivre plusieurs oppressions, notamment de la part des professionnels de l'hébergement. Pour contrer les oppressions, l'étudiante s'est assurée de développer une intervention en collaboration avec les résidents, et elle a misé sur le pouvoir d'agir de ceux-ci. De plus, l'étudiante s'est assurée de faire une alliance avec le CHSLD avant son départ pour que l'établissement soit conscientisé sur la réalité des résidents. Pour finir, tout au long du projet, l'étudiante a gardé en tête son autoréflexion sur sa position sociale pour ne pas participer aux nombreuses oppressions présentes.

### 3.2 Empowerment

Comme mentionné précédemment, un des objectifs du projet était de : favoriser « l'empowerment » des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA. Ainsi il semble essentiel d'explorer le concept d'empowerment dans ce chapitre également.

Au Québec, l'*empowerment* est traduit par plusieurs termes, tels que le développement du pouvoir d'agir, l'appropriation et l'autonomisation (Lemay, 2007). Ces termes ne traduisent pas toujours avec exactitude le concept de l'empowerment, ce qui apporte notamment une confusion conceptuelle (Le Bossé, 2003; Ninacs, 1995). Malgré la confusion au niveau linguistique et conceptuel, il y a des bases communes qui créent un univers conceptuel de l'empowerment.

Premièrement, l'empowerment prend en compte en même temps les conditions structurelles et individuelles qui favorisent le changement social. Ensuite, les individus doivent avoir une participation active dans la démarche, notamment ceux-ci doivent être impliqués dès l'identification du problème social et dans la décision de la cible de changement (Le Bossé, 2003). L'empowerment vise une certaine transformation sociale de la situation dite « problématique » (Le Bossé, 2003).

Ensuite, l'empowerment mise sur la capacité des individus, et veut que les relations entre ceux-ci soient égalitaires (Lemay, 2007). Ce concept vise la redéfinition des relations de pouvoir entre les différents acteurs, afin qu'il ait une égalité et un consensus lors des décisions (Lemay, 2007). La population cible est appelée à identifier la problématique et la transformation souhaitée par eux-mêmes. Comme mentionné plus haut, l'objectif de l'empowerment est que « les personnes développent des conditions leur permettant d'agir elles-mêmes et d'exercer un plus grand contrôle sur des dimensions qu'elles jugent importantes dans leur vie » (Lemay, 2007, p.170). L'intervenant doit être vu comme un partenaire dans la démarche et non comme un expert. L'implication des individus est sollicitée dès le début du processus d'intervention (Lemay, 2007).

L'empowerment concerne tant les individus, les groupes, les organisations que les collectivités (Lemay, 2007). L'empowerment reconnaît les compétences des individus, notamment ceux-ci ont les capacités de transformer leur réalité pour augmenter leur bien-être et pour répondre à leurs besoins (Lemay, 2007; Ninacs, 1995). Ce concept admet les inégalités sociales et veut que les individus aient le plus de pouvoir possible pour modifier ces inégalités. Dans la visée de l'empowerment, il est important de ne pas seulement soulever les manques individuels, mais aussi les manques à plus large échelle dans la société (Lemay, 2007). L'empowerment s'inscrit dans l'approche structurelle. Ainsi, ce qui est visé est d'augmenter le pouvoir de l'individu dans sa démarche et dans sa relation avec l'intervenant et la société (Ninacs, 1995).

Concrètement et en cohérence avec l'idée de co-construction, l'étudiante a impliqué les résidents qui consomment des SPA rapidement dans le projet d'intervention. Ceux-ci ont participé activement aux rencontres durant tout le projet. Leur implication va de l'identification du problème à la prise de décision quant à la cible de changement. Dans les faits, l'étudiante a réellement considéré les résidents comme des partenaires de recherche. Celle-ci croyait d'emblée en leur

capacité de transformer leur réalité au sein de l'établissement, afin de potentiellement augmenter leur bien-être et par le fait même, leur permettre de se réapproprier un pouvoir d'agir.

### 3.3 Réduction des méfaits

Considérant la population cible de ce projet d'intervention, soit les personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA, il semble nécessaire d'exposer la posture de l'étudiante face à la consommation d'alcool et d'autres substances. Ainsi, l'étudiante applique l'approche de la réduction de méfaits dans le cadre de ce projet.

L'approche de réduction des méfaits est conceptualisée dans les années 1980. Cette approche a fait son apparition lors du début de l'épidémie du Sida. À ce moment, les nombreux professionnels tentent de concevoir de nouvelles façons de faire dans le domaine de la santé et des services sociaux (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2011). La définition de la réduction des méfaits peut différer d'un texte à l'autre et ne fait pas toujours l'unanimité (Brisson, 1997). Par contre, à travers les différentes définitions, il semble y avoir une base commune : « une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage » (Brisson, 1997, p.7). En d'autres mots, la réduction des méfaits souhaite diminuer les conséquences reliées à la consommation de SPA et non agir sur la consommation en tant que telle. La réduction des méfaits s'inscrit dans un courant de tolérance envers la consommation de SPA (Brisson, 1997).

L'approche de réduction des méfaits s'appuie sur deux philosophies, le pragmatisme et l'humanisme (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2011; Brisson, 1997; Landry & Lecavalier, 2003). D'un côté, le pragmatisme défend l'idée que les substances psychoactives sont présentes et cela de manière durable, par conséquent, il est plus pertinent de limiter les conséquences néfastes reliées à la consommation plutôt que d'agir sur la consommation à proprement parler (Brisson, 1997; Landry & Lecavalier, 2003). Le pragmatisme préconise, notamment, l'universalité des soins et la prise en compte des coûts et bénéfices de la substance chez l'individu lors d'intervention en santé et service sociaux. D'un autre côté, l'humanisme rappelle que le consommateur de substances psychoactives est « une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyen » (Brisson, 1997, p.45).

En ce sens, l'implication des individus dans le suivi et la démarche est primordiale, les individus doivent avoir un rôle actif dans le processus qui les concerne. La réduction des méfaits prône également le non-jugement et l'acceptation des personnes (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2011).

Par la suite, la réduction des méfaits prône l'égalité. Les consommateurs de SPA doivent être traités comme des citoyens à part entière (Brisson, 1997). Aussi, selon cette approche, le contact avec les individus doit se faire directement sur le terrain, afin d'aller à la rencontre des individus dans leur environnement. De plus, les objectifs de la démarche doivent être identifiés selon les besoins de la personne, celle-ci doit être consultée lors de la formulation des objectifs d'intervention (Landry & Lecavalier, 2003). Cette approche aux inspirations humaniste et pragmatique couvre plusieurs champs de l'intervention en toxicomanie (Brisson, 1997). Durant le projet, l'objectif de l'intervention n'était pas que les résidents cessent de consommer des SPA, mais plutôt de tenter de limiter les impacts de cette consommation. D'ailleurs, l'hébergement accepte que les résidents consomment des SPA dans leur chambre. De plus, comme mentionné dans les sous-sections qui abordent la perspective anti-oppressive et le concept de l'empowerment, les résidents ont été consultés dès le début de la démarche d'intervention et ceux-ci ont été vus comme des partenaires au projet. Ainsi, le projet de l'étudiante s'inscrit également dans l'approche humaniste et pragmatisme.

Pour conclure ce chapitre, il semble important de dire qu'il y a plusieurs chevauchements, entre la perspective anti-oppressive, le concept d'empowerment ainsi que l'approche de réduction des méfaits. Effectivement, l'approche humaniste semble relier ses concepts. Celle-ci se définit par une pratique centrée sur le client. Le discours et le savoir expérientiel des individus ainsi que la réalisation de soi sont mis de l'avant dans cette approche (Harper et Dorvil, 2013). Les pionniers de cette approche soutiennent également que chaque individu est en mesure d'accroître ses propres capacités pour bonifier ses conditions de vie, ce qui appuie le concept d'empowerment. De plus, l'approche humaniste préconise des relations égalitaires entre les individus et les intervenants (Harper et Dorvil, 2013).

## CHAPITRE 4

### Méthodologie

Dans ce quatrième chapitre, la méthodologie de la présente recherche est abordée. Tout d'abord, la stratégie générale de la démarche est exposée. Par la suite, les méthodologies de l'intervention collective, de l'intervention de groupe, ainsi que de la co-construction sont présentées. Ultérieurement, les habiletés d'intervention de l'étudiante pendant le projet et le milieu d'intervention sont examinées. Aussi, les critères de sélections des participants, le recrutement de ceux-ci et les instruments de collectes de données sont décrits. De plus, la démarche d'analyse de données est présentée et le chapitre se termine avec les considérations éthiques.

#### 4.1 Stratégie générale de la recherche

Ce projet d'intervention s'inscrit dans le programme de la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). De manière plus spécifique, ce projet s'insère dans le volet : mémoire d'intervention. « Le mémoire d'intervention est un exposé écrit qui porte sur une pratique d'intervention en travail social réalisé par l'étudiant, dans un secteur institutionnel, communautaire, privé, économique, politique, culturel, artistique, ou autre. Il se concentre sur l'analyse de l'intervention réalisée » (Doucet, 2019, p.3). Pour compléter ce mémoire d'intervention, l'étudiante devait achever 18 crédits de scolarité et 27 crédits reliés à son activité de recherche. Dans les 27 crédits de recherche, l'étudiante a effectué une intervention au CHSLD le Manoir de l'âge d'or d'une durée de 140 heures. Au cours de son projet, l'étudiante a reçu beaucoup de soutien et d'encadrement. Tout d'abord, l'étudiante a été soutenue par son directeur de mémoire, celui-ci est professeur à l'École de travail social de l'UQAM. Son rôle était de soutenir l'étudiante dès la conception de son projet jusqu'au dépôt de son mémoire. Par la suite, l'étudiante a été soutenue par le directeur et par des employés du Manoir de l'âge d'or. Ceux-ci ont guidé l'étudiante pendant toute son intervention. Pour finir, l'étudiante a été encadrée par un superviseur externe pendant toute la période de son projet. Celui-ci a dirigé l'étudiante dans les techniques d'intervention et dans différents enjeux cliniques.



Comme mentionné au chapitre présentant l'état des connaissances, l'intention de l'action était de co-construire une intervention collective avec les personnes vivant en CHSLD et ayant une consommation de SPA. Ainsi, après que l'étudiante ait obtenu sa certification éthique (*Voir annexes A et B*), elle a commencé à fréquenter le Manoir de l'âge d'or. Avant le recrutement, l'étudiante a passé quelques jours dans le milieu d'intervention afin d'observer et de discuter de manière informelle avec les résidents et les employés. Ensuite, l'étudiante a commencé son recrutement. Il est important d'expliquer qu'il y a deux populations cibles dans ce projet d'intervention, soit les résidents qui consomment des substances psychoactives et les employés de l'hébergement. Pour le recrutement des résidents et des employés, l'étudiante a mis des affiches (*Voir annexes C et D*), a envoyé un courriel (*Voir annexe E*) et a demandé verbalement à certains individus s'ils étaient intéressés de participer au projet d'intervention. Lorsqu'un participant démontrait de l'intérêt pour la recherche, l'étudiante lui remettait la documentation nécessaire. Quelques jours plus tard, l'étudiante allait revoir les participants intéressés. Lorsque ceux-ci étaient toujours intéressés à participer, l'étudiante s'assurait qu'ils respectaient les critères de sélection, lesquels seront abordés plus loin dans ce chapitre. Enfin, les personnes intéressées répondant aux critères d'inclusion étaient invitées à lire le formulaire d'information et de consentement (*Voir annexes F, G et H*). Durant la lecture du formulaire de consentement, les potentiels participants pouvaient poser leurs questions à l'étudiante. Les aspects éthiques seront abordés à la fin de ce chapitre.

Il y avait deux activités dans ce projet d'intervention, tout d'abord des entretiens individuels avec les résidents et les professionnels de l'hébergement et par la suite un comité avec les résidents. Débutons par les entretiens individuels avec les résidents et les employés du Manoir de l'âge d'or. L'étudiante a recruté cinq résidents et cinq professionnels de l'hébergement. Ces dix participants ont participé à une entrevue individuelle d'une durée de trente minutes avec l'étudiante. Les entrevues ont permis à l'étudiante de mieux comprendre leur réalité, leurs ressentis ainsi que les défis en lien avec la consommation de substances dans un contexte d'hébergement. Les thèmes spécifiques des entrevues individuelles sont abordés plus loin dans ce chapitre. Par la suite, afin de co-construire l'intervention collective avec les résidents consommant des SPA, l'étudiante a mis sur pied un comité avec les cinq résidents qui ont participé à l'entrevue individuelle. Le comité des résidents a duré six semaines. Dans ce comité, le projet de co-construction collective s'est déployé.

Le but du comité était de développer du matériel pour les professionnels de l'hébergement qui côtoient quotidiennement les résidents qui consomment des SPA.

L'étudiante a reçu un soutien financier de l'Institut universitaire des dépendances (IUD) pour l'appuyer dans son projet d'intervention. Ainsi, tous les participants ont été dédommagés financièrement pour le temps alloué au projet de recherche. Les participants ont reçu vingt dollars pour l'entrevue individuelle et les résidents ont également reçu vingt dollars à chaque rencontre du comité.

#### 4.2 L'intervention collective

Considérant que l'objectif principal du projet était de co-construire une intervention collective avec les aînées ou les personnes en perte d'autonomie qui consomment des SPA, il semble important de nommer les grandes lignes de la méthodologie de l'intervention collective. Comme indiqué ci-dessous, le but ultime de l'intervention collective est de faire des transformations au niveau de la société. Ainsi, pour arriver à cela, l'étudiante s'est servie du travail social de groupe (TSG). D'ailleurs, de plus en plus d'intervenants utilisent de manière simultanée l'intervention collective et l'intervention de groupe (Deslauriers et Bourget, 1997). D'ailleurs, Deslauriers et Bourget croient que

Le travail de groupe fait maintenant partie de l'arsenal de l'organisation communautaire. En effet, il y a peu de projets d'organisation communautaire qui ne fassent appel au travail de groupe. Certains pensent même que le groupe a colonisé l'organisation communautaire ! (Deslauriers et Bourget, 1997, p.78).

Ainsi, dans ce présent projet, l'étudiante a fait de l'intervention collective, mais elle s'est appuyée sur les connaissances et la méthodologie du TSG afin d'utiliser le plein potentiel du groupe et pour mener à bien le projet d'intervention collective. « L'organisation communautaire vise un changement social par l'intermédiaire du travail de groupe : le groupe est le lieu privilégié pour acquérir une meilleure estime de soi-même, mais aussi pour faire l'apprentissage du pouvoir personnel » (Deslauriers et Bourget, 1997, p.85). De plus, les auteurs affirment que plusieurs projets d'intervention collective sont en échec, car l'intervenant n'a pas assez de connaissances et d'habiletés sur les groupes (Turcotte et Lindsay, 2019).

Au sein de la littérature, il y a plusieurs termes et plusieurs définitions en ce qui concerne l'intervention collective. En effet, plusieurs auteurs utilisent les termes d'organisation communautaire ou encore action communautaire. Par contre, à travers les différents ouvrages, il semble y avoir une base commune à cette notion. Tout d'abord, l'implication des membres est au cœur de l'intervention collective, chaque individu doit être inclus dès le début du projet d'intervention (De Robertis, 1981). Effectivement, les membres du groupe ou de la communauté sont mis de l'avant dans la définition du problème. L'intervention collective veut que les individus soient « conscientisés », c'est-à-dire faire réaliser aux personnes dans quelle situation ils se retrouvent et concevoir des projets ou solutions pour modifier leurs conditions. Ainsi, l'intervention collective vise des résultats au-delà de l'activité en tant que telle. En effet, les transformations sociales à plus grande échelle sont souhaitées (De Robertis, 1981). L'objectif est de mener à terme le projet avec toutes les personnes impliquées et qu'il ait des transformations sociales à plus long terme (De Robertis, 1981). L'intervention collective se définit également, par un besoin « collectif », c'est-à-dire, plusieurs personnes qui partagent le même besoin ou la même difficulté (Deslauriers et Turcotte, 2016; De Robertis, 1981). En d'autres mots, on réunit des individus avec le même problème pour qu'ils trouvent des moyens pour faire face à la problématique commune identifiée.

Individuellement, les travailleurs sociaux ont peu de pouvoir pour changer la situation matérielle des individus, par contre, ils peuvent stimuler ces personnes à prendre les devants et participer de manière active aux situations qui les concernent. Cette participation active des individus augmente leur sentiment d'empowerment et leur estime de soi (De Robertis, 1981). De plus, dans l'intervention collective, le but du travailleur social est le développement des capacités d'agir de chaque individu, de les aider à se responsabiliser et les aider à travailler ensemble. L'objectif de l'intervention collective est que le groupe continue d'avancer ensemble de manière autonome après le passage du travailleur social. En d'autres mots, le processus de chaque individu à travers l'activité est aussi important que l'objectif du groupe en soi (Deslauriers et Turcotte, 2016). L'intervention collective vise à remettre du pouvoir d'agir aux individus, aux groupes ou aux communautés. Selon l'intervention collective, si un problème est collectif et concerne beaucoup de gens, il doit être réglé de manière collective (Deslauriers et Turcotte, 2016).

Le processus d'une intervention collective a plusieurs avantages sur les participants, notamment une reconnaissance par les autres membres du groupe ou de la communauté, une augmentation de l'estime de soi ainsi que la satisfaction de participer activement dans les décisions qui les concernent (De Robertis, 1981). L'intervention collective veut que les membres du groupe ou de la communauté développent des liens entre eux (Deslauriers et Turcotte, 2016).

Ainsi pour être en harmonie avec le concept de l'approche collective, l'étudiante a consulté les participants dès le début de son arrivée au Manoir de l'âge d'or. Afin d'optimiser le processus, l'étudiante a encouragé une participation active de chacun des membres et elle a misé sur les forces de chaque participant.

### 4.3 Intervention de groupe en travail social (TSG)

#### 4.3.1 Définition

Comme mentionné, l'étudiante s'est appuyée sur la méthodologie du TSG pour son projet d'intervention. En effet, celle-ci a fait un groupe avec cinq résidents du Manoir de l'âge d'or qui consomment des SPA. Turcotte et Lindsay (2019) définissent le travail social de groupe comme :

Une méthode d'intervention qui mise sur le potentiel d'aide mutuelle présent dans un groupe et qui s'appuie sur une démarche structurée visant, d'une part, à aider les membres à satisfaire leurs besoins ou à accomplir certaines tâches et, d'autre part, à favoriser l'acquisition de pouvoir par les membres du groupe (p.5).

Le groupe laisse place aux individus ayant des problématiques communes dans l'objectif de s'entraider et d'agir collectivement pour créer des changements sociaux (Turcotte et Lindsay, 2019). Le TSG s'appuie sur les valeurs de respect, d'autonomie et l'égalité. En effet, comme indiqué dans le cadre théorique, tous les participants du projet d'intervention ont été traités de manière égalitaire. Le groupe devient un environnement de pratique où progressent la démocratie et l'égalité (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2015).

Le but d'un groupe est un élément primordial pour l'analyse. Celui-ci sert de point de repère tout au long de la démarche (Turcotte et Lindsay, 2019). Effectivement, le but du groupe devient une cible commune pour tous les membres. Cela permet de donner une direction à l'action, de guider les participants et de diriger la construction des objectifs du groupe (Turcotte et Lindsay, 2019).

#### 4.3.2 Type de groupe

Il existe deux grandes catégories de groupe dans le TSG, soit les groupes de traitements et les groupes de tâches. Dans le projet d'intervention, l'étudiante a exploité le groupe de tâches à buts sociaux. Turcotte et Lindsay (2019) définissent un groupe de tâche comme un groupe qui a comme but de dénicher des solutions à des difficultés organisationnelles, afin de faire jaillir de nouvelles perspectives. Le groupe de tâches permet la combinaison de plusieurs connaissances et opinions des différents participants (Turcotte et Lindsay, 2019).

Ainsi, les groupes de tâches sont constitués pour s'acquitter d'une mission, fonctionnent sur la base de rôles assignés et de procédures formelles, donnent lieu à des communications centrées sur la tâche avec une faible transparence des membres quant à leur vie personnelle et sont évalués en fonction de l'accomplissement d'un mandat ou d'une tâche commune (Lindsay et Turcotte, 2019, p. 18)

Bien que le comité des résidents soit considéré comme un groupe de tâches, il est nécessaire de prendre soin de la vie socioaffective du groupe. Effectivement, afin que l'aide mutuelle puisse se développer, il doit y avoir un équilibre entre l'avancement de la tâche et la vie socioaffective du groupe. La vie socioaffective comprend les éléments relationnels et émotionnels qui ont un impact sur le déroulement du groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). Ainsi, pour atteindre un équilibre entre la tâche et l'aspect socioaffectif, l'étudiante a laissé de la place aux confidences et à l'intimité entre les participants. D'ailleurs, la vie socioaffective du groupe est directement reliée à la cohésion de celui-ci. La cohésion se caractérise par « ensemble des forces qui poussent les membres à participer activement au groupe dans une dynamique de solidarité » (Turcotte et Lindsay, 2019, p.48). Selon Berteau (2006), la cohésion dans un groupe correspond à la relation thérapeutique en individuel. La cohésion s'exprime de plusieurs façons dans un groupe, notamment par un sentiment de nous, de l'intérêt envers les autres participants, de l'écoute et de l'empathie (Turcotte et Lindsay, 2019).

Par la suite, un groupe peut se classifier selon son origine, sa structure, sa durée de vie ainsi que sa composition. Tout d'abord, précisons que dans ce projet il s'agit d'un groupe formé (Turcotte et Lindsay, 2019). En effet, l'étudiante a bâti ce groupe afin d'atteindre les objectifs de l'intervention. Deuxièmement, le degré de structuration de ce groupe est assez formel, effectivement, le groupe est convié à des rencontres formelles chaque semaine. Troisièmement, le projet était temporaire. Dès le début, les participants connaissaient le nombre de séances du groupe. Finalement, la composition de ce groupe était fermée. Les participants au groupe ont été les mêmes du début à la fin (Turcotte et Lindsay, 2019).

Pour finir, tout au long du groupe, l'étudiante a privilégié le consensus pour les prises de décision. Cette méthode de prise de décision permet d'encourager l'engagement de tous les participants au groupe et permet de développer leur empowerment. Par contre, étant donné que tous les membres doivent se mettre d'accord, arriver au consensus peut prendre du temps (Turcotte et Lindsay, 2019).

#### 4.3.3 Rôle de l'intervenant dans le groupe

L'intervenant a plusieurs rôles dans un groupe. Tout d'abord, sa tâche principale est d'être un facilitateur pour le groupe. Ensuite, il peut agir comme un habilitateur dans le groupe, ceci se traduit par aider les participants à accroître leurs capacités en les encourageant à tirer profit de leurs forces (Turcotte et Lindsay, 2019). L'intervenant peut être un promoteur de l'aide mutuelle, un médiateur en gérant des conflits ou encore un courtier lorsqu'il établit des liens entre les participants. Idéalement, l'intervenant passe d'une position plus centrale dans le groupe à une position plus périphérique à mesure que le groupe gagne en autonomie (Turcotte et Lindsay, 2019).

#### 4.3.4 Dynamique d'aide mutuelle

Comme indiqué dans la définition du TSG, l'aide mutuelle est un élément fondamental dans le groupe. L'intervenant a un rôle central dans l'apparition des dynamiques d'aide mutuelle. Pour que l'aide mutuelle puisse naître dans le groupe, l'intervenant doit favoriser l'interaction entre les membres le plus possible. Les diverses interactions permettent au groupe de devenir un catalyseur de changement (Turcotte et Lindsay, 2019). Il a neuf dynamiques d'aide mutuelle, soit le partage d'information, la confrontation des idées, la discussion de sujets tabous, la proximité, le soutien

émotionnel, les demandes mutuelles, la résolution de problèmes personnels, la réalisation de tâches difficiles et la force du nombre (Turcotte et Lindsay, 2019). Au cours de son groupe, l'étudiante a accordé une grande importance à ces dynamiques. D'ailleurs, afin de voir l'évolution de ceux-ci, l'étudiante a utilisé un journal de bord et la grille de Berteau et Warin (2014) (*Voir annexe I*). La grille est brièvement expliquée plus loin dans ce chapitre. Il est nécessaire d'évoquer que ces dynamiques peuvent être présentes à diverses intensités et elles peuvent évoluer dans le temps. Les dynamiques d'aide mutuelle observées dans le groupe sont abordées dans le chapitre portant sur les résultats.

#### 4.3.5 Normes

##### 4.3.5.1 Normes dans un groupe

Les normes au sein d'un groupe prennent une place importante. Selon Turcotte et Lindsay (2019), les normes se définissent comme des règlements sur laquelle, les participants se sont mis en consensus. Ainsi, les normes peuvent autoréguler le comportement des participants, elles indiquent ce qui est permis et interdit dans le groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). Dans le cadre de ce projet d'intervention, les participants ont participé à l'élaboration des normes lors de la première rencontre du groupe, ce qui augmente généralement l'adhésion à celles-ci. Cela est abordé davantage dans le chapitre portant sur les résultats.

##### 4.3.5.2 Normes de pratique pour le travail social de groupe

Il semble important de préciser que l'étudiante s'est appuyée grandement sur les normes de pratique pour le TSG. Ces normes de pratiques ont été un guide pour l'étudiante tout au long de son intervention de groupe. « Les normes de pratique de l'Association internationale pour le travail social de groupe (IASWG) précisent les valeurs, les connaissances et les habiletés spécifiques pour une pratique efficace du travail social de groupe » (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2015, p.3). En effet, l'étudiante a utilisé la grille de l'inventaire des compétences de Macgowan (2006) (*Voir annexe J*) afin d'évaluer ses habiletés dans chaque phase du groupe. Ces éléments seront abordés en profondeur plus loin dans ce chapitre et dans le chapitre portant sur les résultats.

#### 4.3.6 Phase de groupe

Le TSG se divise en quatre phases, soit la phase de planification, la phase de début, la phase de travail ainsi que la phase de dissolution. La première phase est la planification ou encore la phase pré-groupe. Cette phase comprend toute la préparation avant le groupe, notamment la recherche d'informations sur le lieu et la clientèle, ainsi que la réflexion sur son groupe (but, objectifs, stratégie d'évaluation, structure du groupe) (Turcotte et Lindsay, 2019). La deuxième phase est le début. Cette phase commence dès la première rencontre. Un des objectifs de l'intervenant dans cette phase est de favoriser les interactions entre les membres. Ainsi, lors de la première rencontre, il est impératif que les membres se présentent et apprennent à se connaître. Aussi, le but et les objectifs du groupe doivent être évoqués avec le groupe, afin que tous les membres comprennent et se sentent engager dans la démarche. Il peut également être utile d'expliquer le rôle de l'intervenant dans le groupe. C'est aussi dans la phase début que les normes et la structure du groupe sont instaurées (Turcotte et Lindsay, 2019). La troisième phase est le travail. Comme le nom l'indique, pendant ce stade, le groupe travail pour atteindre le but et les objectifs du groupe. La dernière phase est la dissolution. Lors de la dissolution, les membres peuvent vivre plusieurs émotions en lien avec la fin du groupe. À cette étape, il doit y avoir le bilan de l'atteinte du but et des objectifs du groupe, un transfert des acquis ainsi que l'évaluation de l'intervenant (Turcotte et Lindsay, 2019).

#### 4.3.7 Stade de développement du groupe

Au fil des rencontres, les participants deviennent de plus en plus intimes et les discussions changent. En ce sens, au fil du temps, le groupe évolue. D'un groupe à l'autre, la progression ne se fait pas à la même cadence. Celle-ci n'est pas linéaire, mais en spirale, il est possible que le groupe rebrousse chemin à certains moments (Turcotte et Lindsay, 2019). Les stades de développement du groupe sont le stade préaffiliation/ confiance, le stade de pouvoir et de contrôle/autonomie, le stade d'intimité/ proximité, le stade de différenciation /interdépendance et pour finir, le stade de séparation.

Le premier stade est préaffiliation/ confiance. À ce stade, les participants ressentent beaucoup de stress et ils se demandent les avantages à participer à ce groupe. Certains membres peuvent même



remettre en doute leur capacité à satisfaire les objectifs du groupe. Les participants peuvent également être méfiants envers les autres membres et l'intervenant. À ce stade, le rôle de l'intervenant est entre autres de clarifier le but et les objectifs du groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). Le deuxième stade est pouvoir et contrôle/ autonomie. Ce qui caractérise ce stade est que les membres du groupe tentent de s'emparer du pouvoir et du contrôle, ainsi l'ambiance est tendue. À ce stade, la continuité du groupe est en péril, les membres sont plus sensibles à leurs besoins que ceux du groupe. Le rôle de l'intervenant est de faire naître un climat de confiance et favoriser les dynamiques d'aide mutuelles (Turcotte et Lindsay, 2019). Le troisième stade est intimité/ proximité. Dans cette étape, la cohésion augmente considérablement. Les participants voient le groupe comme une entité. L'intimité, l'entraide et la confiance entre les membres augmentent également. Les membres ont généralement un plus grand engagement envers le groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). Le quatrième stade est différenciation/ interdépendance. À cette étape, la cohésion et la productivité sont à leur maximum. Les normes et la structure sont bien implantées dans le groupe. De plus, à ce moment, l'équilibre entre l'avancement de la tâche et de la vie sociaffective du groupe est optimal. Le rôle de l'intervenant est plus périphérique à ce stade contrairement au début. Un de ses rôles pendant cette étape est de supporter les dynamiques d'aide mutuelles dans le groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). Le dernier stade est la séparation. Cette étape peut faire vivre des émotions ambivalentes et d'insécurités aux participants. Certains membres peuvent même ressentir de l'anxiété ou un sentiment de perte dû à la fin du groupe. Également à cette étape, le groupe fait le bilan du travail effectué pendant les rencontres. Les tâches de l'intervenant sont d'aider et préparer le groupe à traverser cette séparation (Turcotte et Lindsay, 2019). Afin de suivre les stades de développement du groupe, l'étudiante a tenu un journal de bord après chaque rencontre du comité. Les stades de développement du groupe sont abordés de nouveau dans le chapitre portant sur les résultats.

#### 4.4 Approche participative : Co-construction

Les approches participatives sont ardues à définir, ces approches sont utilisées dans plusieurs domaines et ont parfois différentes appellations. Dans certains écrits, on fait référence aux termes de recherche-action, recherche engagée envers la communauté, recherche participative, recherche partenariat ou encore co-construction (Loignon et al, 2018 ; Paturel, 2014). Le point en commun

de ces appellations est l'inclusion des personnes afin qu'elles participent activement au projet. Cependant, il peut y avoir différents degrés d'engagement selon les projets (Loignon et *al*, 2018).

L'approche participative est porteuse d'une recherche qui se fait en collaboration avec les membres de la communauté et donc d'une recherche engagée envers sa ou ses communautés, en partant de leurs besoins et de leurs préoccupations et non de ceux des chercheurs ou des décideurs en santé publique (Loignon et *al*, 2018, p. 7).

Évidemment, le travail social partage et préconise l'inclusion des membres de la communauté dans les divers projets d'intervention et de recherche (Turcotte et Lindsay, 2019).

Il est important que les individus soient impliqués dès le début du processus, avant même qu'il ait une recherche de solutions, ceux-ci doivent être présents lors de la définition du problème (Godrie, 2019). Ainsi la population cible n'est pas considérée comme objet ou témoin, mais partage leurs opinions et désirs avec les acteurs concernés (Loignon et *al*, 2018; Paturel, 2014). Ce qui caractérise les approches participatives, ce sont les nombreuses discussions et les partages entre les individus (Paturel, 2014). Ces approches veulent que l'élaboration d'un projet se fasse avec divers points de vue et divers groupes d'acteurs (Godrie, 2019). La capacité de la population cible de changer leur situation est mise de l'avant.

La relation entre les différents acteurs de la co-construction doit être vue comme une alliance et doit s'appuyer sur de la confiance. Ces approches prônent l'égalité entre les différents individus (Godrie, 2019 ; Paturel, 2014). La co-construction a plusieurs retombées positives sur la population, notamment « retrouver une légitimité perdue, améliorer l'empowerment politique et la reconnaissance sociale de certaines populations, trouver de nouvelles solutions à des problèmes anciens, ou encore valoriser des solutions efficaces existantes, mais non reconnues » (Godrie, 2019, p.4). Par la suite, la co-construction permet de valoriser le savoir non scientifique, c'est-à-dire le savoir expérientiel. « Il importe de s'assurer que chacun des acteurs autour de la table soit reconnu à titre de porteur de savoirs relativement à son champ d'expertise, que ces savoirs soient explicités et mis à contribution dans le processus de co-construction » (Godrie, 2019, p.4). Tel qu'avec l'approche participative on s'éloigne de la posture d'expert de l'intervenant ou du chercheur (Loignon et *al*, 2018).

Également dans ces approches, le chercheur doit être engagé de manière considérable étant donné que celui-ci a un rôle actif dans l'intervention en même temps d'être le chercheur (Paturel, 2014). De plus, pour effectuer une étude avec l'approche participative, il doit y avoir une balance entre une volonté de changement de la situation pour la population cible et d'une intention de recherche. Le but est d'élaborer des connaissances inédites avec la population cible (Paturel, 2014).

#### 4.5 Habiletés de l'étudiante

Pendant ce projet d'intervention, l'étudiante a utilisé plusieurs habiletés, soit des habiletés liées aux compétences dites de base, des habiletés de communications et des habiletés d'intervention spécifique au groupe.

##### 4.5.1 Habiletés compétence de base : Respect, conscience de soi, empathie et flexibilité

L'étudiante a employé plusieurs habiletés et compétences de base, notamment le respect, la conscience de soi, l'empathie et la flexibilité. Le respect se caractérise par un « sentiment qui porte à valoriser la personne qui consulte ; à la reconnaître comme digne et ayant de la valeur ; à la considérer telle qu'elle est » (Beaudry et Trottier, 2018, p.11). Selon Beaudry et Trottier (2018), le respect est composé d'engagements, de compréhension, de non-jugement et de chaleur. Comme mentionné dans le chapitre portant sur le cadre théorique, le projet de l'étudiante s'inscrit dans une approche humaniste, ainsi chaque participant est digne de respect. Par la suite, l'étudiante a fait preuve de conscience de soi tout au long du projet. La conscience de soi est définie comme la : « capacité de l'intervenante ou de l'intervenant de reconnaître ses propres sentiments, ses attitudes, ses valeurs, ses mythes, ses préjugés, ses biais, etc., et de saisir leur influence sur son intervention » (Beaudry et Trottier, 2018, p.17). Ainsi, pour rester cohérente avec la dimension anti-oppressive, l'étudiante a gardé en tête sa position sociale (réflexivité) pendant la durée de son projet afin de ne pas participer aux oppressions. Ensuite, selon Beaudry et Trottier (2018), l'empathie se définit par la « capacité d'une personne à entrer dans le monde subjectif de l'autre, de saisir ce qu'il éprouve et ressent et de lui manifester de l'importance » (p.8). Dans le cadre du projet d'intervention, l'étudiante a fait preuve d'empathie envers les participants de la recherche, notamment pendant les entrevues individuelles et dans le comité des résidents. Pour finir, l'étudiante a eu une grande flexibilité, définie comme la « capacité d'ajuster son propre comportement aux comportements et

aux intérêts de chaque personne que l'on rencontre dans un contexte donné; de recourir à une variété d'habiletés ou de méthodes adaptées à la personne et à sa problématique » (Beaudry et Trottier, 2018, p.28). En effet, l'étudiante a beaucoup adapté son intervention selon la clientèle âgée ou en perte d'autonomie.

#### 4.5.2 Habiletés de communication : écoute active, reformulation, résumé et spécificité

L'étudiante a également tiré profit de nombreuses habiletés de communication pendant le projet de recherche. Tout d'abord, l'étudiante a utilisé fréquemment l'écoute active. En effet, celle-ci s'intéressait à ce que les participants disaient et ressentaient. L'étudiante avait le souci que les participants se sentent entendus et importants (Beaudry et Trottier). Par la suite, l'étudiante a appliqué la reformulation. La reformulation permet de valider les propos d'un individu, en reformulant ce qu'il vient de dire en utilisant d'autres termes (Beaudry et Trottier, 2018). Ensuite, l'étudiante a appliqué le résumé à plusieurs reprises, notamment au cours du comité des résidents. Beaudry et Trottier (2018) définissent le résumé comme une : « technique qui propose une nouvelle compréhension en reliant ensemble les sentiments, les comportements et la situation présentée, éléments interdépendants que la personne qui consulte n'avait peut-être pas envisagés » (p. 46). Pour finir, l'étudiante a dû faire preuve de beaucoup de spécificité. En effet, les résidents avaient parfois de la difficulté à comprendre les questions et les thèmes, ainsi l'étudiante a dû à maintes reprises clarifier son discours afin que ceux-ci saisissent les informations (Beaudry et Trottier, 2018).

#### 4.5.3 Habiletés spécifiques au groupe

En plus des habiletés des compétences de base et de communication, l'étudiante s'est également appuyée sur des habiletés propres à l'intervention de groupe. Selon Berteau (2006), une habileté est « un ensemble de gestes [...] posés avec adresse et dextérité dans l'intention d'aider le groupe à progresser vers la satisfaction de ses besoins socioémotifs et la réalisation de sa cible commune » (p.30). Turcotte et Lindsay proposent 23 habiletés appliquées en intervention de groupe, ces 23 habiletés sont segmentées en six grandes catégories (Lindsay et Turcotte, 2019). Ainsi, l'étudiante va présenter les six classifications ci-dessous et va exposer les habiletés les plus utiliser dans chacune des sections.

La première catégorie est les habiletés qui favorisent la constitution d'une entité groupale. Ainsi, pendant le comité des résidents, l'étudiante s'est assurée d'établir un contact visuel avec tous les membres, elle a accordé de l'attention à chaque membre et elle a impliqué le groupe dans la démarche comme un tout (Lindsay et Turcotte, 2019). De cette façon, elle a pu créer une entité propre au groupe. La deuxième catégorie est les habiletés à mettre en place dans les paramètres de fonctionnement du groupe. Ainsi, au début du groupe, l'étudiante a pris le temps d'établir des règles et des normes avec les membres et elle a clarifié son rôle dans le groupe. Cela a permis de sécuriser les participants, tel que suggéré par Lindsay et Turcotte (2019). Par la suite, la troisième section est : dynamiser la réalisation de la tâche. Ainsi, l'étudiante a organisé les rencontres, elle a fixé collectivement les buts, les a rappelés au groupe et elle a fait le point sur le chemin parcouru (Lindsay et Turcotte, 2019). En ce sens, l'étudiante était l'arbitre de l'avancement de la tâche, elle s'assurait que la tâche avançait à bon rythme. La quatrième catégorie regroupe les habiletés pour enrichir la communication. En effet, au cours du groupe, l'étudiante a donné de l'information au groupe, elle a dirigé les conversations et à favoriser la participation collective de tous les membres. L'étudiante tentait d'encourager tout le monde dans la participation (Lindsay et Turcotte, 2019). Ensuite, la cinquième section est les habiletés qui permettent de faciliter le passage des moments difficiles dans le groupe. L'étudiante a réussi à lancer la discussion sur des sujets délicats dans le comité, de faire émerger des opinions divergentes dans le groupe, d'établir des liens entre les interventions et de vérifier s'il y avait consensus (Lindsay et Turcotte, 2019). Tout cela a permis d'encourager la communication et l'aide mutuelle. Pour finir, la dernière et sixième catégorie rassemble les habiletés pour favoriser un climat positif. En ce sens, l'étudiante a su soutenir les membres, reconnaître leurs efforts et favoriser l'expression des réactions à l'expérience de groupe. En effet, l'étudiante laissait les participants donner leurs opinions sur le groupe et les activités. Pendant toute la durée de son groupe, l'étudiante a lu sur les différentes habiletés d'intervention et a échangé avec son superviseur externe.

## 4.6 Description du milieu

### 4.6.1 Manoir de l'âge d'or

Ce projet de recherche a été effectué au Manoir de l'âge d'or à Montréal. Le centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) du Manoir de l'âge d'or fait partie du centre intégré

universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud- de-l'île-de-Montréal (CIUSSS). Ainsi, le Manoir de l'âge d'or s'inscrit dans une organisation gouvernementale très complexe. De plus, le Manoir de l'âge d'or compte un étage spécialisé en consommation et itinérance (7<sup>e</sup> étage), celui-ci est décrit en profondeur plus loin dans le chapitre.

#### 4.6.2 Mission, fondements, et valeurs du CIUSSS

Comme mentionné précédemment, le Manoir de l'âge d'or se retrouve dans le CIUSSS du Centre-Sud- de-l'île-de-Montréal. La mission du CIUSSS est « de veiller à la santé et au bien-être de la population de son territoire » (Gouvernement du Québec, 2021b). En d'autres mots, le CIUSSS offre plusieurs services de santé ou de services sociaux à différentes clientèles. La vision du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal est « d'offrir des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins des québécois » (Gouvernement du Québec, 2021b). Les fondements de cette vision sont notamment une excellence dans les soins et les services et une organisation innovante. D'ailleurs, il y a plusieurs centres de recherche et des centres universitaires intégrés dans le CIUSSS. Le CIUSSS tient à offrir un milieu de travail stimulant à ses employés (Gouvernement du Québec, 2021b).

Les valeurs du CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal sont le respect, l'engagement, la passion et la collaboration (Gouvernement du Québec, 2021b). Cette organisation veut que tous les individus impliqués aient des expériences positives et humaines. L'empathie ainsi que la compassion sont mises de l'avant dans cette organisation tant au niveau des employés que de la clientèle. Inévitablement, on retrouve la mission, la vision et les valeurs du CIUSSS dans l'établissement du Manoir de l'âge d'or.

#### 4.6.3 Approches préconisées

Il y a plusieurs approches préconisées par le CIUSSS. Ce dernier mobilise, notamment, l'approche client-partenaire ce qui implique que les clients soient au cœur des décisions qui les concernent et que ceux-ci soient consultés à propos de leurs soins (Gouvernement du Québec, 2021b). Cette philosophie est mise de l'avant au Manoir de l'âge d'or, où l'on encourage le soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Les missions du SAPA sont de :

Soutenir les personnes âgées à domicile le plus longtemps possible, dispenser des services ambulatoires favorisant le retour du maintien de leur autonomie, offrir des services en unité de soins post aigus ou de réadaptation pour favoriser le retour des capacités fonctionnelles et héberger les personnes dans un milieu répondant à leurs besoins lorsqu'elles présentent une perte d'autonomie importante (CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, 2020, p.5).

Ainsi, le Manoir de l'âge d'or répond à la dernière mission, soit d'offrir un hébergement de longue durée pour les personnes en perte d'autonomie importante. Il est nécessaire de rappeler que toutes les valeurs du CIUSSS devraient être mises de l'avant dans ce CHSLD. Aussi, le Manoir de l'âge d'or prône le travail multidisciplinaire entre les différents professionnels de l'hébergement, il y a de la communication entre les professionnels. Pour finir, le Manoir de l'âge d'or aide les résidents du septième étage avec leur achat d'alcool et de cannabis, ce qui s'inscrit dans une approche de réduction des méfaits. Effectivement, le Manoir de l'âge d'or désire réduire les risques associés à la consommation et achète des substances sécuritaires aux résidents en plus de les distribuer de manière contrôlée.

#### 4.6.4 Population

Le Manoir de l'âge d'or offre des soins de longue durée et accueille plusieurs clientèles variées, nécessitant plus de trois heures de soins par jour. La grande majorité des résidents sont des personnes âgées. En revanche, ce CHSLD accueille aussi des personnes avec une perte d'autonomie et/ou des problèmes de comportement, des personnes avec des déficiences intellectuelles, les individus ayant besoin de traitement d'hémodialyse, des personnes avec une déficience physique ainsi que des personnes avec un passé d'itinérance ou de toxicomanie (Gouvernement du Québec, 2021b). D'ailleurs, au Manoir de l'âge d'or, nous retrouvons un étage destiné aux personnes ayant des enjeux en lien avec leur consommation de substances et/ou ayant un parcours d'itinérance.

##### 4.5.4.1 Septième étage du Manoir de l'âge d'or

Ce projet d'intervention se concentre sur la clientèle qui consomme des SPA dans un contexte d'hébergement. Par conséquent, l'étudiante s'est principalement intéressée à l'étage destiné aux personnes présentant des enjeux avec l'alcool ou autres SPA, de santé mentale, d'itinérance et des

troubles de comportement, soit le septième étage. Toutefois, il est nécessaire de préciser que d'autres résidents consomment des SPA sur les différents étages du Manoir de l'âge d'or. Le septième étage se définit comme étant une unité spécialisée composée de 20 lits. Cet étage réunit : des hommes de moins de 65 ans ayant des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres SPA, un historique d'itinérance, de la démence de Korsakoff, des problèmes d'agressivité et parfois ayant été judiciairisés. Il semble important de spécifier que le septième étage est ouvert pour les femmes, mais actuellement nous y retrouvons seulement des hommes. Le septième étage a été mis sur pied, car au cours des dernières années, il y a une augmentation des personnes ayant ce type profil qui ont besoin de services d'hébergement de longue durée. Lorsque ces individus sont hébergés avec les autres résidents du centre, il y a des tensions, notamment avec les autres résidents et le personnel non formé pour travailler avec cette population. Avec ce projet d'unité spécialisé, le CIUSSS a espoir de désengorger le système hospitalier. Ainsi, considérant la réalité des individus hébergés au septième étage, un éducateur spécialisé est présent tous les jours pour soutenir les résidents, mais également les autres employés dans leurs interventions. Aussi, pour surveiller les possibles interactions entre la médication et la consommation de SPA, une infirmière supplémentaire est présente sur l'étage pendant le quart de jour. Bref, cette unité a pour objectif d'ouvrir des services et soutiens adaptés à leur réalité (Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, 2015).

#### 4.6.5 Milieu physique

Le Manoir de l'âge d'or se situe dans un édifice de plusieurs étages au cœur du centre-ville de Montréal. À proximité, on retrouve plusieurs dépanneurs et organismes communautaires pour soutenir les personnes en situation d'itinérance. Au Manoir de l'âge d'or, on ne retrouve aucun jardin pour les résidents, il y a seulement une terrasse pour ceux-ci au deuxième étage. De plus, il y a deux fumoirs, soit un au deuxième étage pour tous les résidents de l'établissement et un autre au septième étage destiné uniquement pour les résidents de l'étage.

Pour le projet d'intervention, l'étudiante s'est attardée à trois espaces dans l'hébergement. Tout d'abord, l'étudiante a visité plusieurs chambres de résidents afin de discuter avec ceux-ci et pour faire les entrevues individuelles. Il y a une vingtaine de chambres par étage, celles-ci sont très petites. Dans chaque chambre, on retrouve un lit, un meuble, une toilette et un lavabo. Les résidents



doivent utiliser une douche commune. Par la suite, l'étudiante a visité les aires communes, afin encore une fois de discuter et d'aborder les résidents. Les aires communes sont également petites. Par exemple, il y a une salle à manger sur chaque étage, par contre, celle-ci sert également de salle de loisir. Pour finir, l'étudiante a utilisé la salle des résidents, au deuxième étage, pour effectuer son comité des résidents. La salle des résidents est vaste, on y retrouve une grande table en rond, pouvant accueillir une dizaine de personnes. De plus, dans le local, il y a plusieurs fenêtres avec vues sur Montréal. Toutefois, en général, l'intérieur du Manoir de l'âge est désuet et ancien.

Au cours de son projet d'intervention, le Manoir de l'âge d'or a également fourni un bureau individuel à l'étudiante. Ainsi, celle-ci a pu actualiser des entrevues individuelles à cet endroit.

#### 4.7 Constitution de l'échantillon : Population à l'étude

Comme mentionné, il y a deux populations à l'étude dans ce projet d'intervention, soit les personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA au Manoir de l'âge d'or et les employés de l'hébergement qui interviennent régulièrement avec ces résidents.

##### 4.7.1 Critères de sélection

###### 4.7.1.1 Résidents

Débutons avec les critères de sélection des résidents du Manoir de l'âge d'or pour l'entrevue individuelle. Ainsi, les critères de sélection étaient, premièrement, que les individus résident au Manoir de l'âge d'or depuis au moins trois mois, afin qu'ils aient suffisamment de recul pour discuter de leurs expériences dans la résidence. Par la suite, les résidents devaient consommer des SPA : alcool ou autres substances à l'intérieur du Manoir de l'âge d'or. Finalement, les résidents devaient comprendre et s'exprimer bien en français. Afin de s'assurer que les résidents consomment des SPA, l'étudiante leur a posé les questions de l'outil de pré-qualification (*Voir annexe K*). Dans ce questionnaire, l'étudiante demandait quelles substances ceux-ci avaient consommées dans les trois derniers mois. Si un résident n'avait pas consommé de SPA au cours des trois derniers mois, il n'était pas admissible au projet de recherche, étant donné que la consommation de SPA était centrale. Considérant que la plupart des participants résident au

septième étage du Manoir de l'âge d'or et que ceux-ci ont leurs propres critères de sélection, la consommation de SPA dite problématique a été assumée. De plus, le seul critère d'exclusion était que les personnes ne soient pas aptes à répondre aux questions de l'étudiante, ainsi l'étudiante n'a pas pris les résidents sous-curatelle publique. Pour finir, le seul critère de sélection pour le comité était que les résidents devaient avoir de l'intérêt pour s'investir davantage dans le projet de recherche.

#### 4.7.1.2 Employés/ professionnels

En ce qui concerne les critères de sélection pour les employés du Manoir de l'âge d'or, ceux-ci devaient y travailler depuis au moins un an (toutes professions confondues), afin d'avoir assez d'expérience pour discuter de la consommation de SPA à l'hébergement. Par la suite, pour être admissibles au projet de recherche, ils devaient être en contact régulièrement avec les résidents qui consomment des SPA, et ils devaient comprendre et exprimer suffisamment bien en français. Encore une fois, l'étudiante a fait passer un outil de pré-qualification aux employés intéressés au projet de recherche pour s'assurer que ceux-ci respectaient les critères de sélection (*Voir annexe L*). Afin d'avoir une vue d'ensemble de la situation au Manoir de l'âge en lien avec la consommation de SPA, l'étudiante a décidé de ne pas prendre plus de deux personnes y exerçant la même profession.

#### 4.7.2 Recrutement des participants

##### 4.7.2.1 Résidents

Comme annoncé dans la section stratégie générale de la recherche, l'étudiante a passé quelques jours au Manoir de l'âge d'or avant de commencer son recrutement. Ainsi, elle a eu la chance de se familiariser avec le milieu, les employés et la clientèle. L'étudiante est allée à la rencontre des résidents dans les divers milieux communs de la résidence pour les recruter. Pour appuyer l'étudiante dans son recrutement, deux employés du Manoir de l'âge d'or l'ont dirigé vers certains résidents potentiellement intéressés et aptes à participer au projet de recherche. De plus, pour faciliter le recrutement, l'étudiante a distribué plusieurs affiches (*voir annexe C*) de son projet à des résidents. Lorsque des résidents démontraient de l'intérêt pour le projet d'intervention,

l'étudiante remettait le formulaire de consentement (*Voir annexe F*) afin que ceux-ci puissent se renseigner sur la nature de la recherche. Quelques jours plus tard, l'étudiante allait revoir les participants intéressés. Si ceux-ci étaient toujours intéressés, l'étudiante s'assurait qu'ils respectaient les critères de sélection et ils signaient le formulaire de consentement pour les entrevues individuelles. Après l'entrevue individuelle avec les résidents, l'étudiante demandait à chacun d'entre eux s'ils étaient intéressés à s'impliquer davantage dans ce projet de recherche, s'ils voulaient, ils étaient invités à participer au comité des résidents. D'ailleurs, pendant cette discussion informelle, l'étudiante prenait le temps d'expliquer les caractéristiques du groupe au participant potentiel. Les résidents ont dû signer un autre formulaire de consentement pour le comité des résidents (*Voir annexe H*). Cinq résidents ont participé aux entrevues individuelles et au comité.

Il est nécessaire d'évoquer qu'initialement, l'étudiante souhaitait recruter de six à huit résidents pour les entrevues individuelles. Toutefois, considérant la crise sanitaire due à la COVID-19, l'étudiante a réussi à recruter seulement cinq résidents. L'étudiante a dû faire face à des éclosions au Manoir de l'âge d'or, ce qui l'a ralenti de quelques semaines.

#### 4.7.2.2 Employés/ professionnels

Deux techniques de recrutement ont été appliquées pour les entrevues individuelles avec les employés du Manoir de l'âge d'or. Tout d'abord, l'étudiante a mis des affiches (*Voir annexe D*) dans les postes infirmiers de plusieurs étages. Par la suite, l'étudiante a envoyé un courriel aux employés du Manoir de l'âge d'or (toutes professions confondues). Dans le courriel, les détails les plus importants de l'étude étaient donnés (*Voir annexe E*). L'étudiante a envoyé un courriel de recrutement à deux reprises avec deux semaines d'intervalles. L'étudiante souhaitait avoir plusieurs professionnels de divers corps de métier, tels qu'elle à sélectionner pas plus que deux professionnels du même métier. Lorsqu'un employé démontrait de l'intérêt à participer au projet de recherche, l'étudiante lui remettait également le formulaire de consentement afin que celui-ci se familiarise avec les informations de la recherche (*Voir annexe G*). Par la suite, l'étudiante s'assurait qu'il respectait les critères d'inclusions. Pour finir, les employés signaient le formulaire de consentement avant l'entrevue individuelle. Il y a cinq employés qui ont participé aux entrevues individuelles.

## 4.8 Méthodes et techniques utilisées

### 4.8.1 Entrevues individuelles

Après avoir fait une recension des écrits sur la réalité des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA en contexte d'hébergement. L'étudiante a fait des entrevues individuelles avec cinq résidents consommateurs et cinq employés qui côtoient ses individus afin de comprendre leur réalité. Les entrevues ont eu lieu dans des endroits confidentiels. Par exemple, les entrevues entre les résidents et l'étudiante ont eu lieu dans la chambre du résident en question avec la porte fermée, tandis que les entrevues entre les employés et l'étudiante ont eu lieu, dans le bureau de l'étudiante. De plus, considérant que les entretiens traitaient d'un sujet délicat, l'étudiante avait le souci de rendre tout le monde à l'aise. Avant l'entrevue, l'étudiante tentait de rendre confortables les participants, elle prenait le temps d'expliquer le déroulement de l'entretien. Par la suite, pendant les entrevues, l'étudiante s'est assurée d'utiliser des mots clairs et de parler lentement. Aussi, lorsque cela a été nécessaire, l'étudiante a pris le temps de répéter la question ou de la reformuler. Les entrevues ont duré en moyenne trente minutes.

L'étudiante a construit deux guides d'entrevue, le premier pour les résidents et le second pour les employés. Les guides d'entrevues ont été élaborés à l'aide de la littérature, selon les objectifs du projet d'intervention et selon les nombreux échanges avec les divers acteurs du projet, soit le directeur de recherche de l'étudiante, le directeur de l'établissement ainsi que le superviseur de l'étudiante en milieu d'intervention. Pour le guide d'entrevue des résidents, les principaux thèmes étaient : l'arrivée au Manoir de l'âge d'or, la consommation de SPA auparavant, la consommation de SPA actuelle à l'hébergement, les impacts de la consommation de SPA et l'assistance et le soutien reçu par le Manoir de l'âge d'or en lien avec leur consommation (*Voir annexe M*). En ce qui concerne le guide d'entrevue des professionnels, les principaux thèmes étaient : leur tâche et leur poste au Manoir de l'âge d'or, la consommation de SPA dans l'établissement, les impacts de la consommation de SPA, les services et l'aide offerts pour les résidents en lien avec la consommation de SPA et leurs interventions face à la consommation de SPA (*Voir annexe N*).

#### 4.8.2 Co-construction de l'intervention collective : comité des résidents

La deuxième activité du projet d'intervention a été la co-construction de l'intervention collective avec les résidents qui consomment des SPA. Comme mentionné plus haut, les entrevues individuelles ont permis à l'étudiante de comprendre chaque côté de la médaille sur les enjeux entourant la consommation de SPA dans un contexte d'hébergement. Ainsi, pour mettre sur pied l'intervention collective, l'étudiante a organisé un comité avec les cinq résidents. Le comité s'est étendu sur six semaines, soit une rencontre de 60 minutes chaque vendredi matin. Voici le déroulement type d'une rencontre. L'étudiante commençait par aller aviser les participants trente minutes avant de la rencontre, elle allait cogner aux chambres des résidents. Par la suite, les cinq participants et l'étudiante se dirigeaient dans le local réservé au comité des résidents, qui se situe au deuxième étage. En général, les rencontres ont commencé avec une activité brise-glace. Par la suite, l'étudiante encourageait les résidents à dire comment ils se sentaient et ce qu'ils se rappelaient de la dernière rencontre. Ensuite, le comité abordait le thème central de la rencontre. Voici les principaux sujets discutés avec le comité pendant nos six rencontres : clarification du groupe, satisfactions sur l'aide reçue au Manoir de l'âge d'or en lien avec leur consommation de SPA, leur Manoir de l'âge d'or de rêve, le point de vue des employés du Manoir de l'âge d'or en lien avec la consommation de SPA, la préparation de l'intervention collective. Ces thèmes de rencontres ont été choisis selon la littérature et selon les résultats des entrevues individuelles avec les résidents et les employés. À la fin des rencontres, l'étudiante faisait des résumés et remettait aux participants leur compensation financière. Ainsi, le comité a commencé par faire un portrait de la situation problématique, a ensuite décidé de l'action à mener et ils ont terminé par une mise en place de l'action choisie en vue d'une transformation (Lemay, 2007). L'étudiante a adopté une posture de complémentarité avec les résidents et non d'experte vis-à-vis d'eux. Pour finir, à la dernière rencontre, le comité a présenté leur intervention collective à plusieurs acteurs du Manoir de l'âge d'or dans le but de sensibiliser et outiller les employés en lien avec leur consommation de SPA.

#### 4.9 Instrument de collecte des données

À travers ce projet d'intervention, plusieurs instruments de collecte de données ont été utilisés par l'étudiante.

#### 4.9.1 Questionnaire socio-démographique et entrevues individuelles

Avant de commencer les entrevues individuelles avec les résidents, l'étudiante administrait un questionnaire socio-démographique à ceux-ci afin de connaître leur âge, leur origine et leur niveau d'étude (*Voir annexe O*). Les entrevues individuelles avec les résidents et les employés étaient une entrevue semi-dirigée. L'entrevue semi-dirigée se définit par « interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant » (Fortin et Gagnon, 2016, p.320). Celles-ci ont duré en moyenne 30 minutes, chaque guide d'entrevue comportait une vingtaine de questions. Considérant que les principaux thèmes des guides d'entrevues pour les résidents et les employés ont été abordés dans la section méthodes et techniques utilisées, ils ne seront pas répétés dans cette section. Par contre, les entrevues avec les résidents ont permis de connaître les besoins des résidents, leurs attentes envers l'hébergement ainsi que leurs réalités en lien avec la consommation de SPA en contexte d'hébergement. Ensuite, les entretiens avec les professionnels ont permis de connaître leurs besoins, les services qui sont offerts dans l'hébergement et leurs ressentiments face aux résidents consommateurs.

#### 4.9.2 Journal de bord

Pendant toute la durée de son activité d'intervention, l'étudiante a tenu un journal de bord sur ses observations, notamment pendant ses entretiens individuels et le comité des résidents.

#### 4.9.3 Instrument pour examiner les phénomènes de groupes

Pendant le comité des résidents, l'étudiante a observé et analysé les dynamiques d'aide mutuelle, à l'aide de la grille de Berteau et Waring (2014) (*Voir annexe I*). L'étudiante souhaitait voir l'évolution des phénomènes à travers les différentes semaines et a rempli cette grille chaque semaine après le groupe. Comme mentionné dans la section intervention de groupe, les dynamiques d'aide mutuelle peuvent être présentes à différentes intensités dans le groupe. Ensuite, l'étudiante a utilisé: L'inventaire des compétences de Macgowan (2006) appuyé sur les normes du TSG afin d'évaluer ses compétences (*Voir annexe J*). Dans la grille de Macgowan (2006), l'intervenant doit mesurer son niveau de confiance (très peu confiant, peu confiant, confiant et très confiant) face à

plusieurs habiletés pour chaque phase du TSG. En d'autres mots, l'intervenant doit dire à quel point il pense maîtriser chaque compétence.

#### 4.9.4 Discussion d'évaluation : comité

Pour finir, afin d'évaluer la co-construction de l'intervention collective accomplie pendant le projet, des discussions de groupe ont eu lieu avec les résidents à la mi-parcours et à la fin du comité. Dans les discussions, l'étudiante voulait savoir l'appréciation/satisfaction de la démarche, le sentiment d'implication des résidents dans le projet de co-construction, ainsi que le sentiment de compétence d'avoir contribué à une transformation sociale. Les thèmes de la discussion de mi-parcours et de fin-parcours ont été sélectionnés encore une fois selon la littérature, selon les résultats des entrevues individuelles et selon les échanges avec les différents acteurs du projet.

Il est important de spécifier qu'initialement, l'étudiante voulait faire remplir un questionnaire individuel à chaque résident à la mi-parcours et à la fin, mais considérant leur réalité et leurs défis, l'étudiante a décidé de faire une discussion en groupe pour faire le bilan.

#### 4.10 Méthode d'analyse des données

Les entrevues individuelles ont été enregistrées de manière audio et ont été retranscrites intégralement par la suite. L'étudiante a fait une analyse thématique de ses entrevues individuelles afin de faire ressortir les thèmes les plus dominants (Fortin et Gagnon, 2016).

Le codage le plus avancé, ou codage thématique, sert à dégager des thèmes grâce à l'examen minutieux des codes et des données. Cette opération conduit à l'émergence de thèmes qui englobent plusieurs codes [...] Les thèmes ne sont pas de simples anecdotes, mais des significations récurrentes qui semblent entrelacées dans l'ensemble des données (Fortin et Gagnon, 2016, p. 363).

Dans une démarche de codification mixte (déductive et inductive) (Fortin et Gagnon, 2016) et à l'aide des guides des entrevues, l'étudiante a fait des grilles de codification (*Voir annexe P et Q*). Une fois qu'elle a fait les grilles de codification, l'étudiante a identifié des thèmes et des catégories conceptuelles en lien avec les sujets abordés lors des entrevues individuelles avec les résidents ou les professionnels. Ces thèmes et ces catégories conceptuelles ont permis à l'étudiante d'identifier

des thèmes principaux des entrevues. Ceux-ci sont présentés dans le chapitre portant sur les résultats. En ce qui concerne le comité des résidents, plusieurs phénomènes de groupes ont été analysés, l'étudiante souhaitait voir l'évolution et la progression. Comme souligné précédemment, les dynamiques d'aide mutuelle ont été examinées avec la grille de Berteau et Waring (2014), les habiletés de l'étudiante avec la grille de Macgowan (2006) ainsi que les interactions à l'aide du journal de bord. Pour finir, l'étudiante a également analysé les discussions de mi-parcours et de fin du comité des résidents. Les questions posées aux résidents étaient semblables d'une discussion à l'autre afin que l'étudiante puisse étudier la progression.

#### 4.11 Considérations éthiques

Les considérations éthiques ont été une préoccupation importante pour l'étudiante, dès le début de la conception du projet d'intervention. Avant que l'étudiante commence son intervention au Manoir de l'âge d'or, elle a dû soumettre son projet au comité éthique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal et au comité éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Les deux comités ont approuvé ce projet d'intervention (*Voir annexe A et B*).

##### 4.11.1 Risques et avantages de la recherche pour les participants

Comme le souligne Hubert Doucet dans son texte : « l'équilibre entre les risques et les bénéfiques; le conflit entre les avantages de la recherche et l'utilisation des sujets » est au cœur des aspects éthiques (Doucet, 2002, p.7). Il faut se questionner, est-ce que les bénéfices potentiels de la recherche sont plus élevés que les risques encourus par les participants ? Ce projet d'intervention a plusieurs avantages. Tout d'abord, les résidents et le personnel ont été entendus et ont partagé leurs expériences avec les entrevues, sur la situation du CHSLD du Manoir de l'âge d'or en lien avec la consommation de SPA. De plus, considérant que les résidents ont été inclus dans le processus d'intervention collective dès le début, il y a probablement eu une augmentation de leur sentiment d'empowerment, de leur sentiment d'estime de soi et de leur sentiment d'inclusion. En ce qui concerne le personnel du Manoir de l'âge d'or, leurs apprentissages sur la population des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA en hébergement devraient avoir augmenté suite à ce projet d'intervention. Aussi, étant donné que cette étude s'inscrit dans un projet



d'intervention de co-construction, il est important de souligner que le cadre éthique a évolué avec les résidents du comité, le cadre a été construit avec les usagers (Paturel, 2014).

Naturellement, les résidents ainsi que le personnel de l'hébergement peuvent avoir ressenti une pression à participer au projet, étant donné que ceux-ci ont été recrutés de manière active. Pour contrer ce risque, l'étudiante a expliqué à chaque participant (résidents et professionnels) qu'ils étaient libres de décider de participer ou non à ce projet d'intervention et que le refus d'y participer n'entraînerait aucune conséquence que ce soit. Avec les résidents, l'étudiante a mis de l'emphase sur le fait que si ceux-ci décidaient de ne pas participer au projet d'intervention, il n'y aurait aucun changement dans les services offerts par le Manoir de l'âge d'or. Aussi, les résidents qui ont participé à l'étude ont eu le risque de ressentir des émotions difficiles étant donné que les sujets de la consommation ont été abordés. Pour contourner ce risque, l'étudiante avait mis en place un filet de sécurité pour les résidents. Ceux-ci pouvaient en tout temps consulter une personne spécifique au Manoir de l'âge d'or pour avoir du soutien ou de l'aide. Aussi, dans le document de consentement, l'étudiante avait mis à la disposition des résidents et des professionnels des lignes d'écoute d'urgence.

#### 4.11.2 Moyens pour obtenir le consentement des participants

Le consentement des participants est primordial, et pour être valide, celui-ci doit être libre et éclairé (Doucet, 2002). Un consentement libre est lorsqu'une personne ne ressent pas de pression à participer à la recherche. Ainsi, chaque résident et chaque professionnel qui ont participé au projet d'intervention ont signé un formulaire de consentement. Dans le formulaire de consentement, les grandes lignes du projet d'intervention étaient expliquées. Lors de la signature du formulaire de consentement, l'étudiante a pris le temps de lire et d'expliquer chaque point aux résidents et professionnels, contenus que certains avaient plus de difficulté à lire. Après la signature du formulaire de consentement, l'étudiante a remis une copie du formulaire signé à chaque participant. En tout temps, les participants (résidents et professionnels) pouvaient se retirer du projet sans préjudices ou jugement de la part de l'étudiante.

#### 4.11.3 Confidentialité des données

L'identité des résidents ainsi que des employés du Manoir de l'âge d'or qui ont participé au projet d'intervention est confidentielle. Afin de protéger l'identité et les informations des participants, l'étudiante a attribué à chacun des individus un code unique. Ainsi, dans l'ensemble des documents, seulement le code des participants est inscrit. Le prénom et nom des participants sont écrits uniquement dans le formulaire de consentement et sur la fiche de contact. Exclusivement l'étudiante et son directeur ont accès à cette liste où il est possible de voir quel nom correspond à quel numéro de code. Dans le mémoire de l'étudiante, aucun nom n'est nommé afin qu'ils soient impossibles de reconnaître ces individus, également aucune référence qui permet d'identifier un participant est diffusée.

D'une autre part, afin que les entrevues restent confidentielles, l'étudiante a mené ses entrevues dans les chambres des résidents ou dans le bureau que les gestionnaires du Manoir de l'âge d'or lui avaient fourni pour la durée de son intervention. Aussi, les conversations du comité des résidents étaient confidentielles. Lors de la première rencontre du comité, l'étudiante a sensibilisé les résidents sur la notion de confidentialité et leur a fait signer une entente relative à la confidentialité. Cependant, compte tenu de la nature de l'activité, l'étudiante ne peut pas garantir que tous les participants du comité ont respecté la confidentialité. L'étudiante a stocké les données des entretiens avec les résidents et les professionnels ainsi que le résumé des rencontres du comité dans l'espace infonuagique sécurisé OneDrive de l'UQAM. Par la suite, les documents papier, dont les formulaires de consentement signés ont été conservés dans le classeur verrouillé dans le bureau à l'UQAM du directeur de recherche de l'étudiante. En ce qui concerne les entrevues individuelles, l'étudiante a fait affaire avec un professionnel pour la retranscription de celles-ci. Pour protéger les informations des participants, ce professionnel a signé un formulaire de confidentialité et a détruit les entrevues après les avoir retranscrits.

## CHAPITRE 5

### Présentation des résultats

Dans ce chapitre, l'étudiante expose les résultats de son projet d'intervention au Manoir de l'âge d'or. Tout d'abord, l'étudiante présente sa prise de contact dans le milieu et les caractéristiques personnelles des participants. Par la suite, elle présente les résultats de l'analyse thématique des entrevues individuelles menées auprès de résidents et du personnel du Manoir de l'âge d'or, les résultats des différentes rencontres du comité des résidents et pour finir, elle décrit la présentation de l'intervention collective aux divers acteurs du Manoir de l'âge d'or.

#### 5.1 Prise de contact dans le milieu et recrutement

Comme mentionné dans le chapitre de la méthodologie, l'étudiante a commencé à fréquenter le Manoir de l'âge d'or quelques jours avant son recrutement officiel, après avoir reçu l'approbation éthique pour son projet. L'étudiante a été bien accueillie à la fois par les résidents et le personnel. Celle-ci est allée discuter de manière informelle afin de se familiariser avec le milieu et établir un lien de confiance avec le personnel et les résidents. Les résidents ont vite créé un lien avec l'étudiante et se sont rapidement confiés à elle. Effectivement, les résidents remerciaient abondamment l'étudiante après chaque discussion. Lors du recrutement, les résidents acceptaient de participer au projet dès que l'étudiante commençait à l'expliquer. Certains résidents ont même demandé à l'étudiante de signer les documents la journée même. Celle-ci a dû refuser, considérant qu'elle avait le souci que les résidents donnent un consentement libre et éclairé. Ainsi, l'étudiante remettait aux résidents l'affiche et le formulaire de consentement et leur demandait de bien le lire. La semaine suivante, l'étudiante allait revoir les résidents et s'ils étaient toujours en accord, ils pouvaient signer. Avec du recul, le recrutement actif était très adapté aux résidents.

L'étudiante a également été très bien accueillie par le personnel. D'ailleurs, celui-ci avait beaucoup d'attentes face à la recherche de l'étudiante. Les employés du Manoir de l'âge d'or pensaient que l'intervention de l'étudiante allait être miraculeuse et réglerait les difficultés en lien avec la consommation de SPA des résidents. L'étudiante a dû répéter à plusieurs reprises les objectifs et les intentions de la recherche. Dès la première journée d'intégration de l'étudiante, une situation hors de l'ordinaire s'est produite. Un employé a trouvé un sachet de cocaïne en effectuant le lavage.

À la suite de cette découverte, personne ne savait quoi faire. Est-ce que le centre d’hébergement devait téléphoner la police, est-ce qu’il devait jeter la substance ? Est-ce que le résident devait être rencontré ? Considérant que l’étudiante venait faire un projet d’intervention en lien avec la consommation de substances au Manoir de l’âge d’or, les employés lui ont demandé son avis alors que c’était sa première journée. Finalement, le Manoir de l’âge d’or a téléphoné à un spécialiste de la dépendance à l’intérieur du CIUSSS. Ce spécialiste a conseillé au Manoir de l’âge d’or de ne pas dénoncer le résident, mais de le rencontrer pour cadrer la situation.

## 5.2 Caractéristiques des participants

Comme indiqué dans le chapitre portant sur la méthodologie, dix participants ont pris part au projet d’intervention, soit cinq résidents et cinq employés du Manoir de l’âge d’or. Afin de situer ces participants, l’étudiante a récolté quelques caractéristiques personnelles.

### 5.2.1 Résidents

À l’aide d’un questionnaire sociodémographique (*Voir annexe O*), l’étudiante a relevé quelques caractéristiques personnelles des résidents. Voici un tableau qui résume ces caractéristiques.

#### 5. 1 Caractéristique sociodémographique des résidents

	<b>Résidents du Manoir de l’âge d’or</b>				
<b>Caractéristiques</b>	R01	R02	R03	R04	R05
<b>Substances consommées au Manoir de l’âge d’or</b>	- Tabac - Alcool -Calmants ou somnifères	-Alcool	- Tabac -Alcool -Cannabis	- Tabac -Alcool	- Tabac -Alcool -Cannabis ou somnifères
<b>Sexe à la naissance</b>	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin
<b>Temps au Manoir de l’âge d’or</b>	1 an	Plus de 4 ans	Quelques années, ne se souvient plus	2 ans	2 ans

Comme l'illustre le tableau, les substances les plus consommées au Manoir de l'âge d'or par les résidents sont le tabac, l'alcool, le cannabis et les calmants ou somnifères. Comme mentionné dans le chapitre de la méthodologie, le Manoir de l'âge d'or distribue du tabac, de l'alcool et du cannabis aux résidents, cet aspect sera abordé plus loin dans ce chapitre. Il est cependant important de spécifier qu'étant donné que le projet de recherche se déroule dans un centre d'hébergement pour personnes âgées ou en perte d'autonomie, il se peut que lorsque les résidents affirment consommer des calmants ou somnifères, qu'il s'agisse de prescriptions. Toutefois, ils n'ont pas été questionnés s'ils prenaient ces médicaments sous prescription et s'ils respectaient la posologie, le cas échéant. Ultérieurement, il est possible de constater que les participants sont au Manoir de l'âge d'or depuis quelques années. Aussi, il semble important de dire que quatre résidents habitent au 7<sup>e</sup> étage (étage spécialisé en consommation de SPA et en itinérance) et un résident habite sur un autre étage standard. Comme soulevé dans le chapitre de la méthodologie, on retrouve aussi des résidents qui consomment des SPA sur les autres étages du Manoir de l'âge d'or, l'alcool est également distribué à quelques résidents des autres étages. Pour finir, les cinq résidents sont des hommes nés au Canada avec un âge moyen de 63,8 ans (entre 59 ans et 68 ans). Par la suite, la majorité des participants ont un bas niveau de scolarité. En effet, le résident ayant le niveau le plus élevé, possède un diplôme d'études collégial. Ils sont en majorité célibataires et plus de la moitié ont rapporté avoir des enfants.

### 5.2.2 Professionnels

Pour caractériser les professionnels, deux questions ont été posées : la profession et le nombre d'années au Manoir de l'âge d'or. Parmi les cinq employés, on retrouve des infirmières, des éducatrices spécialisées et des préposées aux bénéficiaires. Ceux-ci travaillent au Manoir de l'âge d'or depuis longtemps, la durée varie entre dix mois et sept ans. Les cinq employés sont des femmes et elles travaillent quotidiennement avec des résidents qui consomment des substances psychoactives (SPA).

### 5.3 Résultats des entrevues individuelles

La première activité du projet d'intervention a été de faire des entrevues individuelles avec les dix participants (résidents et employés). Les entrevues individuelles visaient à répondre au premier et au deuxième objectifs du projet de recherche, soit : « favoriser l'adéquation entre les besoins des

personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomme des SPA et les services qui leur sont offerts par les professionnels en milieu d'hébergement » et « favoriser « l'empowerment » des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA ». Effectivement, les entretiens individuels ont permis à l'étudiante de connaître le point de vue des résidents et des professionnels concernant la consommation de SPA en contexte d'hébergement, particulièrement au Manoir de l'âge d'or. Ces entrevues ont permis d'identifier quels étaient les facteurs pouvant moduler l'adéquation des services aux besoins de la population à l'étude ainsi que les façons de favoriser leur pouvoir d'agir. Comme souligné dans le chapitre de la méthodologie, les entretiens ont été retranscrits intégralement et ont été soumis à une analyse thématique (Fortin et Gagnon, 2016). Plusieurs thèmes ont été identifiés, lesquels sont abordés dans les prochaines sections.

### 5.3.1 Résidents

Cinq résidents ont fait une entrevue individuelle d'environ de trente minutes avec l'étudiante. Voici les principaux thèmes identifiés suite à l'analyse thématique.

#### 5.3.1.1 L'arrivée au Manoir de l'âge d'or

Le premier thème est l'arrivée au Manoir de l'âge d'or, soit les raisons d'arrivée des résidents. Parmi les cinq résidents, trois d'entre eux étaient à l'hôpital avant leur arrivée à la résidence et les deux autres vivaient dans la rue. Parmi les trois résidents qui étaient à l'hôpital avant leur entrée au Manoir de l'âge d'or, un était à l'hôpital pour une désintoxication, un autre pour un accident et le dernier pour d'autres problèmes de santé. « Moi, j'ai un accident qui m'a amené à l'hôpital pis là, la résidence où j'étais, voulait pas me prendre, parce qu'ils pouvaient pas me donner les soins que j'avais besoin. Fait que j'ai rebondi icitte ». D'ailleurs, ce résident affirme que son arrivée au Manoir de l'âge d'or n'était pas volontaire : « Je n'ai jamais choisi de venir ici. On m'a parachuté ! Je te dis, je n'aurais jamais choisi une place comme ça ». En ce qui concerne les deux résidents qui vivaient dans la rue, l'un d'entre eux est arrivé au Manoir de l'âge d'or, car il y avait beaucoup d'amendes impayées en lien avec la consommation dans des lieux publics. Il a alors décidé d'aller à la résidence au lieu d'aller en prison.

Ben, la police, ça faisait, une valeur de 15 000 \$ de tickets qu'ils me donnaient, pour la boisson dans le métro, pis... Moi, ça me dérangeait pas parce que je me dis « Je suis un itinérant, je paierai pas ça jamais ». « Pis là, quand j'ai passé en Cour, le juge a dit « Oui, vous devez faire de la prison ou... », « Non, non ! », « Vous devez... ben, c'est ça ! Il faut que tu trouves les moyens, si tu les paies pas, ben, nous autres, on te fait faire de la prison ». Là, j'ai commencé à prendre ça au sérieux.

Le dernier participant est au Manoir de l'âge d'or contre son gré, sous l'ordonnance d'hébergement d'un juge.

### 5.3.1.2 Satisfactions/ Insatisfactions

Des satisfactions et des insatisfactions des résidents du Manoir de l'âge d'or en lien avec la résidence et le personnel ont été soulevées. Débutons avec les satisfactions des résidents. Tout d'abord, la majorité d'entre eux s'entendent pour dire que le personnel est poli et gentil. Deux résidents affirment que le personnel est présent pour eux, lorsqu'ils les aident dans les tâches quotidiennes. « Ben, juste un gros merci. Parce que c'est apprécié puis... moi, j'aime pas achaler pis j'aime pas me faire achaler, pis je trouve que c'est exactement ce qui se passe ici », « Moi, je pense que le personnel, icitte, ils sont... bons ». Ensuite, le résident qui n'habite pas sur l'étage spécialisé en consommation de SPA et d'itinérance dit avoir de belles conversations avec les employés de son étage. Les résidents du 7<sup>e</sup> étage (étage spécialisé) apprécient également avoir un fumoir sur leur étage.

En ce qui concerne les insatisfactions des résidents, il y a plusieurs éléments. Premièrement, ils affirment s'ennuyer au Manoir de l'âge d'or. Effectivement, ils trouvent leur vie monotone. « là, il faut que je consomme, c'est assez plate, icitte! Mais tu as pas le choix de consommer. Comme en prison. », « Mais tandis que là, je me dis c'est comme une prison, ça ressemble à une prison, mais j'ai de la bière », « Je suis tombé sur... depuis que je suis arrivé ici, je suis tombé comme sur le neutre! Ça avance plus, pis ça recule plus! ». De plus, les résidents affirment vivre beaucoup de solitude. Deuxièmement, les résidents trouvent qu'il n'a pas assez d'activités et de sorties extérieures.

Ben, disons que vu que je suis un gars qui a voyagé beaucoup, là, je m'ennuie beaucoup de l'extérieur. Je m'ennuie de prendre ma marche, je m'ennuie de prendre de l'air. Je

me sens comme emprisonné, c'est à peu près tout ce que je pourrais dire, là. Je commence à voir des barreaux dans les vitres, ce que j'aime moins.

Un autre résident affirme : « [C'est] ennuyant. Je veux aller à la bibliothèque, mais il n'a pas de bibliothèque, il a une dizaine de livres et c'est ça ». Troisièmement, les résidents estiment vivre énormément de contrôle, notamment au niveau financier. « Si, admettons, j'ai besoin de 100 piasses, faut je demande la permission. Mais c'est quoi, la *joke* ?! C'est mon argent ! ». Quatrièmement, les résidents jugent ne pas avoir assez de soutien de la part du personnel. Notamment, un résident affirme qu'il aimerait aller en désintoxication, mais que personne ne l'aide dans les démarches. De plus, plusieurs résidents disent que les employés passent beaucoup de temps dans leur bureau. Ceux-ci estiment que les employés manquent de temps et de formation pour les soutenir et discuter. Les résidents ont l'impression qu'il n'y a aucune aide spécialisée en lien avec leur réalité. Certains résidents trouvent également que le personnel manque de sensibilité face à leur situation. Cinquièmement, trois résidents déclarent qu'il y a un manque d'écoute et de communication entre ceux-ci et les employés. Par exemple, un résident dit avoir déjà discuté avec un employé de ses frustrations et a fait des propositions à celui-ci, mais elles ont toutes été refusées. Un autre résident explique qu'habituellement tous les six mois, le personnel commandait de la pizza avec l'argent des consignes de canettes, mais que depuis un an et demi, il n'y a plus rien. Ce résident a essayé de discuter avec du personnel, mais personne n'a été capable de lui dire où allait l'argent des canettes. Sixièmement, les résidents trouvent que les chambres et les milieux communs sont petits. Pour finir, la totalité des résidents a déclaré ne pas aimer la nourriture.

Pour conclure, plusieurs résidents disent ne pas aimer vivre au Manoir de l'âge d'or. « Je suis tanné d'être icitte. Je suis en train de... je viens plus dépressif, tu sais ? ». Un autre participant affirme que les résidents du Manoir de l'âge d'or sont exclus de la société.

Ben, en premier, tu dis que c'est des gars de prison, pis... c'est tout du monde qui sont malade pis c'est tout du monde qui... il y a un mot pour ça, c'est « des rebuts ». C'est des rebuts. Tout qu'est-ce que c'est que la société est pas capable de faire se retrouve ici à... parce que le gouvernement paie, pis ils mentent, pis il y a pas d'autres places qu'ils peuvent avoir, ben non !



### 5.3.1.3 Consommation de substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or

Comme mentionné dans la section caractéristique des participants, les substances les plus consommées au Manoir de l'âge d'or sont le tabac, l'alcool et le cannabis. La quantité de consommation varie d'un résident à l'autre, notamment à cause du budget, de l'état de santé et du comportement de celui-ci. En effet, le comportement de certains résidents peut changer sous l'effet des substances. Notamment, certains deviennent violents. Les résidents se procurent leurs substances de trois façons. Tout d'abord, par le biais du Manoir de l'âge d'or. Effectivement, comme spécifié dans le chapitre de la méthodologie, le Manoir de l'âge d'or achète et distribue les substances aux résidents selon leur plan de consommation. Le plan de consommation sera abordé dans la section soutien et aide. Les substances sont achetées avec l'argent du résident. « Ben ici, il y a quelqu'un qui s'occupe de la boisson, à qui on donne des sous et puis il achète la consommation. Puis question drogue, c'est la même chose, vu que le marché de la drogue est subventionné par le gouvernement aujourd'hui, donc c'est accessible, ce qui est super ». De manière générale, les résidents reçoivent leur consommation deux fois par jour, soit une partie le matin et l'autre partie l'après-midi. Au Manoir de l'âge d'or, les cigarettes sont également contrôlées et distribuées aux résidents. « 11 cigarettes par jour. Ils m'en donnent une le matin, pis cinq à 6 h 00, pis cinq à 2 h 00 de l'après-midi ». Ensuite, certains résidents sortent de la résidence dans le jour et se procurent des substances par eux-mêmes. Certains résidents vont mendier et avec l'argent ramassé, ils vont s'acheter des substances. Ainsi, quelques résidents consomment des substances en dehors, en plus de celles distribuées au Manoir de l'âge d'or. « Ben, j'en bois pas gros, à l'extérieur. J'en bois pas à l'extérieur, je les amène icitte. J'en amène une. Aujourd'hui, je pense, j'en ai bu deux. Deux petites cannettes, c'est très minime. C'est très minime. Eux autres, ils me laissent faire, si tu en pas gros, ils te laissent faire, il y a pas de problème là ». Pour finir, malgré que cela soit interdit, certains résidents peuvent donner leur consommation quotidienne à d'autres résidents. Tous les résidents s'entendent pour dire que leur consommation d'alcool et d'autres substances a diminué depuis leur arrivée au Manoir de l'âge d'or. Un résident affirme que sa consommation serait plus importante s'il était chez lui, car il serait complètement isolé. « Mais l'alcool, je prends deux cannettes par jour ici, dehors, j'en prenais 12 cannettes par jour. Beaucoup trop ». Les cinq participants consommaient déjà avant leur arrivée en hébergement.

Les raisons ou les motivations qui poussent les résidents à consommer des SPA au Manoir de l'âge d'or ont été abordées. Tout d'abord, trois résidents déclarent consommer pour oublier des événements du passé. Par exemple, un résident dit avoir vécu plusieurs épreuves familiales au cours de sa vie, et la consommation lui permet de ne pas penser à cela. Par la suite, la majorité des résidents disent consommer pour s'évader, avoir de la joie de vivre et oublier le Manoir de l'âge d'or. Un résident dit cela en parlant de la consommation de substances : « Comme je vous disais, j'ai voyagé un brin, j'ai pas de misère à retourner où est-ce que j'étais. » Un résident confie également à l'étudiante que lorsqu'il consomme il se fait « accroire que tout ira mieux demain ». La consommation de SPA semble permettre aux résidents de se changer les idées et de s'évader de leur réalité pendant un court moment. Ultérieurement deux résidents disent consommer pour tolérer la solitude. Un d'entre eux explique que tout le monde autour de lui est décédé, un autre dit que sa famille ne vient pas le voir. « Mais la solitude, ça tue. Fait que je la noyais ». Ensuite, un résident explique qu'il consomme pour atténuer des symptômes d'une maladie. Pour finir, un résident dit qu'il consomme par habitude tout simplement. « J'aime la bière. J'en ai toujours pris. J'étais tout petit pis j'en prenais avec mon grand-père ».

#### 5.3.1.4 Conséquence de la consommation au Manoir de l'âge d'or

La consommation de SPA peut engendrer des conséquences. Voici quelques problèmes de santé que les résidents ont affirmé avoir développé suite à leur consommation : une cirrhose du foie, des convulsions, des crises d'épilepsie, des problèmes de foie et des problèmes de vessie. Deux résidents nomment des conséquences psychologiques suite à leur consommation, soit de l'agressivité, de l'ennui, de la solitude et une tendance à avoir des idées suicidaires sous l'effet de l'alcool.

Quelques résidents ont également soulevé des conséquences de la consommation de SPA dans leur vie antérieure. En effet, des résidents disent que leur consommation leur a fait perdre des logements et des emplois. Quatre résidents sur cinq ont un passé d'itinérance. Un résident affirme qu'il a toujours voulu arrêter de consommer, mais il n'a jamais été capable. « À toutes les fois je me disais c'était fini, c'était fini. Non, non ! Je veux dire. Après ça, il y a le hasch, mais le hasch, en tout cas, toutes les fois... non, non !. »

### 5.3.1.5 Soutien/ aide

Les résidents ont abordé le thème d'aide, de soutien et des services qui sont en place au quotidien par le Manoir de l'âge d'or pour les soutenir dans leur réalité de consommation de SPA. Les cinq résidents ont de la difficulté à nommer ce qui est mis en place, trois résidents affirment même qu'il n'y a rien. « Aucune aide. Je ne le demande pas non plus, ça ne sert à rien », « Ça j'en ai aucune idée. Je ne peux pas répondre à cette question-là, je ne connais pas. Mais je ne pense pas, il a aucune aide ici. » Finalement, les résidents réussissent à donner quelques éléments. Tout d'abord, un résident affirme qu'il est aidant que les employés fassent un budget avec eux, tandis que les autres résidents trouvent que ce n'est pas du soutien, mais du contrôle. Quelques résidents affirment que le plan de consommation et la distribution de substances sont aidant. Le plan de consommation est un plan qui permet de déterminer la quantité quotidienne de substances pour chaque résident. Ce plan est élaboré avec le résident, avec une éducatrice spécialisée et une infirmière. Cependant, d'autres résidents ne trouvent pas cela aidant, car ils trouvent que c'est un grand contrôle. « Ben, ils m'aident pas eux autres ! Ils me les donnent ! Une cannette à 2 h 00, une cannette à 7 h 00. Je les ai payées sur mon chèque à moi, là. C'est eux autres, ils te font un budget, ils te font un budget, pis ton budget, quand il est fait, tu es correct ». Pour finir, le résident qui ne se retrouve pas au septième étage apprécie le soutien du personnel sur l'étage, ceux-ci discutent beaucoup avec lui.

Pour finir, les résidents ont évoqué des pistes d'amélioration en lien avec les services offerts au Manoir de l'âge d'or aux résidents qui consomment des SPA. Voici les pistes d'amélioration qui ont été mentionnées par les résidents : plus de personnel disponible pour discuter, plus de professionnels spécialisés à leur situation (itinérance et consommation), plus de communication entre les employés et les résidents, faire plus d'activité, aller dehors et plus de services en place pour les résidents qui désirent arrêter de consommer ou réduire leur consommation. « : Je suis pris dans un cercle. Je veux arrêter parce que je feel pas, mais je n'ai rien à faire et je m'ennuie, faque je consomme, mais après je feel pas. Et il y a aucun soutien pour l'arrêt ». Le thème de la communication entre les employés et les résidents a été effleuré. Les résidents ne savent pas quoi dire, en prétextant que cela ne sert à rien, car il n'y a aucune communication avec les employés.

#### 5.3.1.6 Bilan des entrevues individuelles avec les résidents

Il y a beaucoup d'informations qui sont ressorties des entrevues individuelles avec les résidents. D'ailleurs, il y a un fort consensus et une répétition des informations d'un résident à l'autre. Il semble donc y avoir une saturation d'informations. Les réponses des résidents sont unanimes concernant les « manques » du Manoir de l'âge d'or et sur le peu de services en place en lien avec leur consommation de SPA.

Au cours de ces entrevues individuelles, l'étudiante s'est rendu compte que les résidents se confiaient davantage lorsque l'enregistrement était fermé. En effet, une fois que l'étudiante prévenait qu'elle partait l'enregistrement, les propos de certains résidents ont changé. Par exemple, deux résidents affirment que le personnel ne se soucie pas d'eux. Un résident déclare même avoir peur de certains employés, mais lors de l'entrevue, ces éléments ne ressortent pas. Au contraire, ce qui se dégage est des employés bons, polis et gentils. Pour finir, le simple fait de prendre du temps seul à seul avec les résidents pour faire l'entrevue individuelle augmentait leur bien-être selon leur point de vue. Deux résidents ont dit à l'étudiante qu'ils se sentaient mieux depuis sa présence.

#### 5.3.2 Professionnels

Tout comme les résidents, cinq employés ont fait une entrevue individuelle avec l'étudiante. Les entrevues ont également duré en moyenne trente minutes, les principaux thèmes qui ont été identifiés sont développés ci-dessous.

##### 5.3.2.1 Informations sur leur emploi

Le premier thème qui a ressorti des entretiens individuels avec le personnel concerne les informations entourant leur emploi, soit leurs tâches et leurs rôles au Manoir de l'âge d'or. Tous les employés affirment accompagner la clientèle au quotidien selon leur situation. Ensuite, les professionnels du septième étage déclarent qu'ils interviennent souvent pour des troubles de comportements et pour la gestion de consommation.

Bien, en quelques mots, mes tâches, je fais beaucoup d'accompagnement, j'interviens au niveau des troubles de comportements des usagers, je réponds aux codes blancs, je les aide aussi dans la gestion de leur budget, leur consommation, que ce soit, je sais pas, moi, alcool, gestion de cigarettes, gestion de leur achat de cannabis.

D'ailleurs, un employé explique qu'il a un emploi beaucoup plus « plancher » que sur les autres étages. Il doit faire plusieurs interventions envers les résidents, qu'ils n'auraient pas à faire sur les autres étages.

Dans le fond, moi, je suis préposée aux bénéficiaires, mais sur une unité spéciale en itinérance et dépendance. C'est sûr que j'ai pas beaucoup de tâches de préposée, il y a pas vraiment de résidents à changer. Ils sont la plupart autonomes. Donc mes tâches ressemblent plus à ceux d'intervenante. Pis ben c'est sûr qu'il y a beaucoup de contrôle de la consommation pis c'est ça, on essaie que tout le monde ait ce qu'il veut, sans trop dépasser les limites pour que ça soit vivable, finalement.

#### 5.3.2.2 Le Manoir de l'âge d'or

Les employés s'entendent pour dire qu'officiellement le Manoir de l'âge d'or est un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), mais qu'en réalité il se distingue largement des autres CHSLD. Certains employés décrivent le Manoir de l'âge d'or comme une ressource intermédiaire, car les résidents sont autonomes. D'ailleurs, un professionnel affirme que le Manoir de l'âge d'or se caractérise par une clientèle beaucoup plus jeune avec des problèmes de comportements, ce qui est inhabituel dans les autres CHSLD. Un autre employé affirme que c'est un CHSLD entre guillemets, car il y a une grande population de la rue au lieu de personnes âgées ayant le profil que l'on retrouve dans les autres CHSLD. « Avant, c'était juste au 7<sup>e</sup> étage qu'il y avait la clientèle qui venait de la rue, là, maintenant, à tous les étages il y en a au moins cinq, six. Je pense que ça va devenir, éventuellement, le Manoir de l'itinérant ».

En ce qui concerne les lieux physiques, les employés ont également un consensus pour dire que la bâtisse est « vieille et moche ». Trois employés disent que les lieux sont très restreints, notamment il n'a aucune salle de loisirs sur les étages, ni jardins extérieurs. Un professionnel déclare même que l'environnement est inacceptable pour cette clientèle, que cela ressemble à un environnement carcéral. Pour finir, quelques employés trouvent que l'emplacement du Manoir de l'âge d'or n'est pas idéal.

Qui est, en plus, en plein cœur de Montréal, juste à côté de Milton-Parc où on a une espèce de population itinérante, alcoolique incroyable. Donc on est dans un contexte, un quartier qui est vraiment déjà problématique pour sa consommation. C'est ça, le Manoir. Il y a surtout des hommes, c'est *full* homme et c'est *full* plein de personnes qui sont alcooliques.

Il est important de souligner que le discours de cette personne reflète plusieurs préjugés envers les résidents consommateurs. Bref, tous les professionnels interrogés s'entendent pour dire que le Manoir de l'âge d'or n'est pas comme les autres CHSLD.

Par la suite, les approches préconisées par l'établissement ont été évoquées par les professionnels. Pour commencer, les employés affirment qu'ils travaillent dans une approche de réduction des méfaits. Cependant, pendant qu'ils discutent de la réduction des méfaits, ils utilisent des termes stigmatisants envers les résidents qui consomment des SPA. « On utilise beaucoup la réduction des méfaits parce que comme je t'ai dit, tu sais, c'est des alcooliques qui sont pas ici non plus pour être sevrés ou pour devenir des saints ! Tu sais, je veux dire, des anges, là ! Fait que c'est vraiment « réduction des méfaits » », « c'est la réduction des méfaits parce que nous, on ne vise pas l'abstinence, mais d'essayer de réduire les conséquences de leur consommation sur leur vie. C'est beaucoup plus ça ». Par la suite, le Manoir de l'âge d'or privilégie l'approche collaborative. Effectivement, les employés consultent les résidents pour l'élaboration de leur plan d'intervention ou le plan de consommation. Ultérieurement, les employés déclarent rester disponibles à un projet personnel. La résidence prône aussi le respect.

C'est vrai qu'on essaie de leur donner, bien sûr, de les respecter en tant que tel et respecter leurs choix aussi tout en essayant d'encadrer un petit peu et de réduire les conséquences de leurs comportements. Je veux dire, la personne est adulte, là, elle a le droit de décider, tu sais ? C'est quand même une adulte, elle a encore toutes ses capacités d'adulte, là, elle est pas rendue une enfant parce qu'elle boit pis qu'elle est dépendante de l'alcool ou du cannabis.

Le Manoir de l'âge d'or essaye également de mettre de l'avant la communication, par exemple, entre les différents employés ou entre les employés et les résidents. Le Manoir de l'âge d'or prône aussi l'amélioration des services. L'hébergement désire augmenter la qualité des services à leur clientèle, ainsi, le personnel a des formations. Pour finir, les employés doivent gérer la

consommation auprès des résidents au quotidien. Lorsqu'un nouveau résident entre et consomme des SPA, il doit y avoir un plan de consommation.

#### 5.3.2.3 La consommation de substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or

Selon les employés, la substance la plus consommée au Manoir de l'âge d'or est l'alcool, principalement la bière. Par la suite, les résidents consomment du tabac, du cannabis et des substances non régulés. En effet, lorsque les résidents sortent de l'hébergement, ils peuvent acheter des substances non distribuées à la résidence. Le personnel explique que les résidents peuvent se procurer des SPA de deux manières. Tout d'abord, les résidents reçoivent leur consommation du Manoir de l'âge d'or. Comme mentionné auparavant, le Manoir de l'âge d'or achète et distribue de manière contrôlée les substances selon le plan de consommation de l'individu. « Alors, c'est acheté par les intervenants de l'étage et il est mis dans des places, bien sûr, sous clé et, par la suite, distribué d'une façon encadrée avec des plans de consommation ». Un employé explique que parfois des résidents décident d'accumuler leur consommation pendant quelques jours, et la consomment d'un seul coup lors d'une seule soirée. Cela est interdit. Par la suite, les résidents peuvent se procurer des SPA en sortant de la résidence. « Ils sortent dehors, ils font juste pitié un tout petit peu, ils reviennent avec 50 \$ ». Certains résidents mendient à l'extérieur, car leur budget ne leur permet pas de consommer comme ils le voudraient. Le personnel a peu d'information sur la façon que les résidents réussissent à trouver des substances non régulées à l'extérieur, mais ils y arrivent.

#### 5.3.2.4 Impact de la consommation de substances psychoactives

Le personnel a rapporté beaucoup de conséquences en lien avec la consommation de SPA chez les résidents. Premièrement, la consommation apporte plusieurs conséquences physiques. Effectivement, certains résidents souffrent de cirrhose de foie, de démence de Korsakoff, d'hypertension artérielle, du diabète de type 2, d'une santé physique générale altérée, de l'épilepsie, des troubles de mémoire, etc. Les employés associent ses problèmes de santé à la consommation de SPA. « Ils perdent une certaine autonomie parce qu'ils sont en état d'ébriété, ils vont comme uriner sur eux, il y en a qui vont aller jusqu'à vomir, mais, tu sais, c'est vraiment dû à la consommation abusive, là. » Par la suite, la consommation de SPA engendre aussi des impacts au

niveau du comportement. Auprès de plusieurs résidents, la consommation de SPA augmente leur agressivité. Cela fait naître beaucoup de violence entre les résidents.

Oui, il y a eu plusieurs incidents, justement, en lien avec la consommation beaucoup plus d'alcool et de cannabis. Ces accidents ont même causé des transferts à l'hôpital, appels aux policiers et on a même, dernièrement, essayé de relocaliser une personne parce qu'elle ne devrait pas être en contact avec la personne agressée.

Un employé raconte également avoir été agressé par un résident sous l'influence d'alcool. Ainsi, il y a plusieurs codes blancs (usager violent) au septième étage. Aussi, la consommation de SPA au Manoir de l'âge d'or fait naître plusieurs préjugés ou oppressions envers les résidents qui consomment des SPA de la part des employés et des autres résidents. « Alors, il y a un fumoir qui a été mis au 7<sup>e</sup> étage parce que, parfois, l'état des résidents qui sont en état d'ébriété très avancé, les mettre au même fumoir au 2<sup>e</sup> étage avec la clientèle régulière cause des préjugés, de la stigmatisation ». Pour finir, la consommation occasionne des conséquences au niveau du budget, les résidents dépensent beaucoup d'argent en substances.

#### 5.3.2.5 Le profil des consommateurs

Le profil type des résidents consommateurs au Manoir de l'âge d'or a été abordé par les professionnels. En premier lieu, les employés disent qu'une grande partie des résidents consommateurs ont vécu des périodes d'itinérance et de pauvreté. En deuxième lieu, tous les résidents du septième étage sont des hommes, il y a peu de femmes en général au Manoir de l'âge d'or. En troisième lieu, les résidents qui consomment sont habituellement plus jeunes et plus autonomes que les autres résidents du Manoir de l'âge d'or. Ainsi, leur santé physique diffère des résidents sur les autres étages, car plusieurs sont super en forme et mobiles.

Sinon, dans un état normal, sans alcool, je te dirais que c'est du monde comme « toi, moi », tu sais ? Tu peux avoir de belles conversations avec eux, il y en a qui sont très intelligents, là. Il y a un monsieur, il amène vraiment des sujets... de la politique, il lit le journal, tout ça, il est au courant de tout ce qui se passe. Fait que, tu sais, c'est vraiment... ça délit selon leur consommation, ça varie, je veux dire, selon la consommation.



En quatrième lieu, ce qui caractérise la clientèle qui consomme selon les professionnels est leurs problèmes de santé physique et de santé mentale reliés à leurs consommations de SPA. Pour finir, ce sont des gens qui vivent beaucoup d'isolement.

#### 5.3.2.6 Préjugés du personnel

Les professionnels entretenaient de nombreuses perceptions envers les résidents qui consomment des SPA au Manoir de l'âge d'or. Pour débiter, des employés décrivent les résidents comme des « alcooliques » avec un grand mal de vivre. Un employé affirme qu'il y a peu espoir de changer les résidents, car selon lui ils ne comprennent rien de toute façon à cause de « leurs difficultés cognitives ». Deux employés déclarent que les résidents « s'en foutent » et ne veulent pas arrêter ou diminuer leur consommation. D'ailleurs, un professionnel affirme que les résidents ne sont pas là mentalement et qu'ils ne savent même pas pourquoi ils consomment. Dans le Manoir de l'âge d'or, il y a une idée préconçue qui circule à l'effet que les résidents consommateurs veulent toujours consommer plus, et en profitent pour manipuler les employés. « Qu'ils sont déjà bien contents d'être là et qu'ils ont pas travaillé de leur vie et qu'ils bénéficient du système de santé publique ». D'ailleurs, trois employés trouvent les résidents qui consomment antisociaux. Un employé nous explique que personne ne veut venir travailler au septième étage, car l'étage est étiqueté comme dangereux, avec de nombreux troubles de comportement et de la consommation. Parmi les cinq professionnels, seulement deux d'entre eux s'expriment de manière non jugeante lorsqu'ils parlent de la clientèle.

Je trouve que c'est une de mes qualités, il ne faut y aller avec une attitude jugeante envers ces personnes-là, il faut les accepter telles qu'elles sont. Derrière ces personnes-là, il y a pour moi tout un passé parce qu'on a vu des pères de famille, des personnes avec tout un passé. Ils avaient des familles, c'est ça. Après, il suffit d'un événement de la vie qui les rend toute à l'envers. Alors, il ne faut pas les juger, il faut les accepter tels qu'ils sont, il faut les aider.

#### 5.3.2.7 Offre de service envers les résidents

Par la suite, le thème de l'offre de services et de soutien envers les résidents qui consomment des SPA au Manoir de l'âge d'or a été soulevé. Selon les cinq employés questionnés, il y a beaucoup de services mis en place. Tout d'abord, les professionnels parlent d'un grand soutien et

accompagnement personnalisé à chaque résident. Contrairement au discours des résidents, les employés affirment être disponibles pour les résidents qui désirent arrêter leur consommation. Deuxièmement, les cinq professionnels expliquent qu'il y a la présence d'une éducatrice spécialisée et d'une infirmière supplémentaire sur le plancher au septième étage, 7 jours sur 7. Troisièmement, selon les cinq professionnels, le plus grand soutien mis en place est le plan de consommation, l'achat des SPA et la distribution contrôlée des substances aux résidents. « À notre connaissance, nous, ici, on a une grande partie, comme je disais au début, en faisant leur budget, on essaie d'intégrer la consommation dans leur budget puis on l'étale sur le mois ». Comme mentionné plus haut dans le chapitre, le plan de consommation est bâti avec le résident, avec une éducatrice spécialisée et une infirmière. Bien sûr, le budget et les comportements du résident influencent le plan de consommation. « Si après une bière il faut qu'on fasse des codes blancs, on va diminuer. Mais il y en a plusieurs qui prennent deux, trois bières par jour et ils restent dans leur chambre et c'est des quilles », « Il y en a qui ont plus de budgets que d'autres, fait qu'il y en a qui fument pas, fait qu'ils ont plus d'alcool. Ceux qui fument ont moins d'alcool, il y en a qui boivent pas, mais ils prennent du cannabis, tu sais ? Ça dépend ». Quatrièmement, les employés affirment avoir des partenaires extérieurs pour soutenir les résidents, notamment, le Centre de réadaptation en dépendances de Montréal et l'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII).

ÉMRII, c'est « Équipe mobile... » je sais que c'est une équipe d'intervention à Montréal. Il me semble que c'est ça, l'abréviation « ÉMRII ». C'est une équipe là où il y a des policiers, il y a une travailleuse sociale, toute une équipe multi qui fait Montréal et qui vise la clientèle en itinérance. C'est du psychosocial et aussi il y a les soins et la plupart de nos résidents sont connus par les équipes ÉMRII, Équipe d'intervention en itinérance, eh, quelque chose comme ça. Alors, il y a des policiers, il y a des travailleurs sociaux, peut-être des éducateurs et une infirmière et quand ça ne va pas pour la personne, d'habitude elle est dirigée vers l'hôpital et parfois c'est eux aussi qui demandent l'hébergement pour la personne.

Cinquièmement, le personnel pense aussi que le fait qu'il y ait un fumoir au septième étage est soutenant pour les résidents. Sixièmement, certains professionnels croient également offrir un service spécialisé à la réalité de la clientèle, dû aux formations que la Manoir de l'âge d'or offre. Il est essentiel de rappeler que les résidents pensent l'inverse, soit que l'aide et le soutien ne sont pas adaptés à leur réalité de consommation. Pour finir, les employés affirment aider les résidents aux quotidiens avec les nombreuses activités offertes.

Selon les employés, les résidents consommateurs du Manoir de l'âge d'or ont des besoins en termes d'intervention et psychosociaux. Selon le personnel, les résidents ont besoin davantage d'encadrement et d'aide en lien avec l'arrêt de consommation.

Je pense que pour ceux qui arrivent c'est difficile d'être abstinent. Souvent, ils arrivent de l'hôpital et « Bin, vas-y, 7<sup>e</sup> étage ! Tout le monde boit, tout le monde fume ». Je trouve que c'est vraiment... Puis, comme il y a pas d'expertise, bien, si tu veux, il y a pas d'encouragement ou de maintien de l'abstinence quand ils rentrent de l'hôpital. Fait qu'on peut pas leur dire d'arrêter.

Ensuite, un employé dit que les résidents ont besoin de plus d'aide spécialisée en consommation et en itinérance. En ce qui concerne les besoins psychosociaux, les employés pensent que les résidents ont besoin de soutien psychologique, de contacts sociaux pour briser l'isolement et de la considération. « Ben, je pense qu'ils ont besoin beaucoup d'humanité justement, parce que je pense pas qu'ils se sentent jugés par leur consommation par nous au Manoir, mais c'est des personnes qui l'ont pas eu facile, pis ils ont besoin d'aide ».

#### 5.3.2.8 Pistes d'amélioration pour bonifier l'intervention au Manoir de l'âge d'or

Voici les pistes d'amélioration qui ont été mentionnés par les professionnels pour augmenter les offres de services aux résidents qui consomment des SPA. Trois employés pensent que le Manoir de l'âge d'or devrait mettre en place une procédure claire entourant la consommation et les substances.

Bon, on a eu des formations, mais après ça, je te dirais, comme tu as dit tantôt « une procédure claire », les étapes à suivre, qu'est-ce qu'on fait, tel événement arrive, voici comment on doit réagir, qu'est-ce qu'on fait ? C'est sûr qu'on va l'adapter selon le résident qu'on a devant nous, mais au moins qu'on ait une base claire.

« Parfois des situations arrivent et personne ne sait comment réagir. Les résidents en profitent et peuvent demander où que la règle est écrite ». Par la suite, divers employés voudraient avoir plus de formation spécifique à la clientèle âgée et consommatrice.

Quand ils nous forment, les intervenants, ils nous balancent des formations du type « général » : qu'est-ce que la dépendance, qu'est-ce que la réduction des méfaits ? Mais quand tu mets ça avec les problèmes cognitifs, c'est pas si facile que ça d'avoir un

entretien motivationnel avec eux. Donc, je pense que ça serait comme plus un service spécialisé qu'il leur faudrait comme « troisième âge ». Je ne sais pas si ça existe ».

D'ailleurs, un des participants déclare qu'il pourrait être pertinent de faire de l'éducation générale sur la clientèle dans le but de faire diminuer les jugements et les préjuger des employés du Manoir de l'âge d'or. Sur un autre sujet, des employés affirment que pour améliorer les services et le soutien des résidents consommateurs, il devrait y avoir davantage d'équipes multidisciplinaires, afin qu'il y ait une cohérence et une stabilité dans les soins. Un participant explique qu'il y a parfois des divergences entre l'opinion de l'équipe de soin et des intervenants. D'ailleurs, l'augmentation de la communication entre les divers acteurs de l'hébergement permettrait également d'améliorer les services selon les professionnels. Premièrement, quelques-uns des employés pensent que les résidents devraient être davantage pris en considération et écoutés. Tandis qu'un autre affirme que la plupart des résidents du septième étage sont antisociaux, et veulent rester seuls. Ceci est très contradictoire avec la version des résidents qui affirment vivre beaucoup de solitude et d'isolement au Manoir de l'âge d'or.

Et ils sont antisociaux ! Il y en a beaucoup qui sont antisociaux, moi, je trouve. Donc, ils sont très bien tout seuls, c'est très rare... C'est pas des gens... Mon grand rêve, ça serait de faire une grande table où on mangerait tous ensemble et on ferait des jeux de société en CHSLD ! Mais ça, c'est vraiment pas comme ça que ça se passe ! Ils passent leur journée devant leurs écrans.

Deuxièmement, certains employés croient que la communication entre eux et les gestionnaires devraient augmenter. Parfois ces derniers ne donnent pas suite aux questionnements du personnel.

Tu sais, moi, je me suis fait dire un moment donné, justement, on cherchait une procédure, la cheffe d'unité a été comme appeler plus haut pour connaître « Est-ce qu'il y avait une procédure quelque part ? » Mais, tu sais, on n'a jamais eu de suivi là-dessus. Tu sais, on sait pas c'est quoi ce qu'elle a eu comme réponse, on sait pas s'il y a quelque chose qui existe déjà puis qu'on n'a pas du quoi faire. Tu sais, il y a pas un retour vers nous, les employés.

Ensuite, quelques professionnels pensent que pour améliorer l'offre de services aux résidents qui consomment des SPA, il devrait y avoir plus de spécialités concernant la consommation et l'itinérance. Deux employés affirment qu'il serait aidant si une éducatrice spécialisée était ajoutée à l'horaire du soir. Aussi, certains employés pensent qu'il serait bénéfique que les résidents ainsi

que le personnel de l'établissement aient davantage de soutien psychologique. De plus, trois employés pensent qu'il devrait y avoir plus d'activités adaptées à la clientèle consommatrice, afin de les aider à se changer les idées.

Si, admettons, tu as consommé tes deux bières que tu as le droit, là, mais là, ça te tente d'en avoir d'autres, tu sais, comment est-ce qu'on pourrait les diriger pour avoir un divertissement, pour pas penser à ça, pour... tu sais ? Mais ça, il y a absolument rien pour ça pis on n'est même pas encouragés à aller dans ce sens-là, là !

Pour finir, des employés trouvent que la sécurité envers les professionnels devrait être améliorée. Par exemple, les lieux ne sont pas sécuritaires, un professionnel déclare avoir seulement un « bouton panique », et aucun endroit sécuritaire pour se réfugier en cas d'attaque d'un résident. D'ailleurs, les agents de sécurité ne seraient pas formés à la réalité du septième étage.

On n'en a pas parlé, je sais pas si tu en parles ou pas, mais, tu sais, la consommation amène de la violence puis c'est-tu possible qu'on ait une salle de dégrisement ? Il y en a pas dans les autres CHSLD, mais c'est quelque chose qui fait partie des centres de désintox ou des urgences. Qu'est-ce qu'on pourrait faire ? Des trucs comme ça, quoi.

En d'autres mots, les employés ont l'impression que le danger qu'ils vivent sur l'étage n'est pas reconnu par l'établissement.

Selon les employés, il y a plusieurs obstacles qui empêchent l'amélioration des pratiques au Manoir de l'âge d'or. Premièrement, le classement des individus peut parfois être un obstacle.

On a beaucoup de monde que nous on jugerait comme, selon nos observations, qui seraient peut-être mieux en unité spécifique en psychiatrie, mais qui se retrouvent ici parce qu'ils ont plus le profil d'itinérance et au niveau de la consommation aussi, qu'ils ont plus de problématiques. Mais il y a des cas de santé mentale qui ne sont pas nécessairement diagnostiqués. Fait que, tu sais, on se retrouve aussi avec ça comme problématiques et qu'on essaie de *dealer* avec, mais ils sont pas nécessairement diagnostiqués donc pas avec la médication qui viendrait avec. Fait qu'on en a vu souvent passer, là.

Deuxièmement, comme indiqué plus haut, la communication entre le personnel et les gestionnaires n'est pas optimale, ce qui crée inévitablement un obstacle à l'amélioration des pratiques. Un

employé explique que l'information ne circule pas, elle reste « en haut ». Troisièmement, ce qui empêche d'améliorer les services et le soutien selon les professionnels est le manque d'employés.

Mais ils trouvent personne pour même faire un seul quart de travail, fait que, c'est comme... tu sais ? Tu sais, le fait d'avoir une éducatrice qui fait juste ça, tu sais, parce que, moi, des fois, quand il y a pas d'éducatrice, c'est moi qui donne le pot, c'est moi qui donne la bière parce qu'il y a pas d'éducatrice pis les préposés sont occupés à donner la collation.

Puis, oui, on a des formations ici et là, mais, tu sais, souvent, on manque de personnel pis il y a du personnel qui vient d'autres étages qui ont pas du tout d'expérience avec ce genre de clientèle là, qui sont vraiment désorientés pis c'est difficile pour eux, là. C'est difficile pour les résidents aussi de faire face à ça.

Quatrièmement, comme indiqué plus haut aussi, il y a beaucoup de préjugés et de stigmatisation entourant le septième étage du Manoir de l'âge d'or, ce qui nuit considérablement à l'amélioration des pratiques.

Quand on arrête au 7ième, les autres savent comme quoi c'est un étage de consommation, c'est un étage de troubles de comportements et aussi ce n'est pas tous les employés qui ont les formations nécessaires pour travailler avec eux. Il y en a certains même qui ont peur de travailler avec cette clientèle. Alors, ils sont la cible de préjugés de la part des résidents et de certains employés.

Cinquièmement, l'emplacement du Manoir de l'âge d'or est considéré comme un obstacle en soi. Comme mentionné plus haut, le Manoir de l'âge d'or se situe dans le centre-ville de Montréal et l'accès aux substances est facile. Il est difficile pour les employés de savoir ce que les résidents consomment à l'extérieur. Sixièmement, il est difficile pour les professionnels de négocier entre les besoins des résidents, leurs émotions, leur envie de liberté et intervenir dans une approche de réduction des méfaits. « C'est ça, je pense que le Manoir, pour ça, on les aide, mais en même temps, étant donné qu'ils ont pas la liberté qu'ils ont déjà connue auparavant, ben, tu sais, ça fait des frictions, là, avec le personnel, c'est sûr. Mais c'est le soutien qu'on peut leur donner ».

#### 5.3.2.9 Questionnements

Les employés se posent beaucoup de questions concernant la consommation de SPA des résidents. Notamment, les cinq professionnels se demandent ce que les résidents recherchent dans la

consommation et les « pourquoi » de leur consommation. De plus, des employés se demandent comment les résidents sont arrivés dans cette situation. Seulement un professionnel sur les cinq aimerait savoir ce qu'il peut faire pour aider les résidents qui consomment des SPA au Manoir de l'âge d'or, les autres employés ont davantage des questionnements de curiosité face à la réalité des résidents. Pour finir, un employé aimerait savoir ce qui pourrait faire arrêter les résidents de consommer des substances. « Fait que qu'est-ce qui pourrait faire en sorte qu'il pourrait envisager une vie sans ? Qu'est-ce qui leur manque dans la vie, dans leur bonheur, pour envisager une vie sans consommation ? ».

#### 5.3.2.10 Bilan des entrevues individuelles avec les employés

Tout comme les entretiens individuels avec les résidents, ces entrevues ont permis de faire ressortir de nombreuses informations sur la consommation de SPA au Manoir de l'âge d'or. Contrairement aux résidents, les divers professionnels avaient des opinions plus variées les uns des autres. Effectivement, ce n'est pas la totalité des professionnels qui sont sensibles à la réalité des résidents consommateurs du Manoir de l'âge d'or. Par exemple, une partie des employés affirment avoir assez de formation et de connaissances spécifiques pour offrir une aide spécialisée aux résidents, et d'autres déclarent qu'il y a peu d'aide spécialisée au septième étage pour les résidents et qu'elle devrait être améliorée. Aussi, les entrevues individuelles ont permis de soulever plusieurs discours oppressants et stigmatisants envers les résidents consommateurs de l'établissement. Certains professionnels semblent avoir de fausses perceptions ou fausses idées de la consommation. Seulement la moitié des employés semblent avoir un discours de non-jugement envers la clientèle.

#### 5.3.3 Bilan des entrevues individuelles des dix participants (résidents vs professionnels)

Dans un premier temps, il y a plusieurs ressemblances entre les informations rapportées par les résidents et les professionnels. Notamment, en ce qui concerne la consommation de substances, les façons de se procurer des substances ainsi que les conséquences de la consommation de SPA. Cependant, dans un deuxième temps, il a quelques points divergents entre les renseignements relatés par les résidents et les employés. Par exemple, les professionnels affirment qu'il y a plusieurs services et soutiens en place pour les résidents qui consomment des SPA à l'hébergement, tandis que les résidents affirment qu'il n'y a rien. En effet, ceux-ci ont l'impression de vivre

davantage de contrôle. Également, certains employés déclarent être disponibles pour aider les résidents à faire des démarches personnelles ou les aider à arrêter de consommer, mais les résidents ne disent avoir aucune aide à ce sujet. Par contre, tant le personnel que les résidents s'entendent pour dire qu'il y a place à l'amélioration des pratiques au Manoir de l'âge d'or. Effectivement, il y a plusieurs répétitions dans les pistes d'améliorations des deux populations. Par exemple, les deux populations ont rapporté de grosses difficultés au niveau de la communication entre les différents acteurs du Manoir de l'âge d'or, un manque d'activités ou encore, un manque de personnel plus spécialisé.

#### 5.4 Comité des résidents

La deuxième activité du projet d'intervention a été de faire un comité avec les cinq résidents. Le comité des résidents visait à répondre aux quatre objectifs du projet, soit :

- 1- Favoriser l'adéquation entre les besoins des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA et les services qui leur sont offerts par les professionnels en milieu d'hébergement.
- 2- Favoriser « l'empowerment » des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA.
- 3- Sensibiliser et augmenter les connaissances des professionnels en milieu d'hébergement à propos de la consommation de substance chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie en contexte d'hébergement.
- 4- Outiller les professionnels en milieu d'hébergement pour intervenir auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA en milieu d'hébergement.

Comme mentionné à quelques reprises, le but du comité était de co-construire une intervention collective dans le but de sensibiliser et outiller les professionnels à la réalité des résidents qui consomment des SPA au Manoir de l'âge d'or. Le comité des résidents a notamment été élaboré à l'aide des résultats des entrevues individuelles des dix participants. Ainsi, en plus de répondre aux quatre objectifs ci-dessus, l'étudiante souhaitait établir un canal de communication entre les résidents, les employés et la direction de l'établissement. Le comité des résidents était l'activité



centrale du projet d'intervention. Le déroulement de l'intervention est décrit dans les prochains points.

#### 5.4.1 Pré-groupe

Comme mentionné dans le chapitre de la méthodologie, à la suite de l'entrevue individuelle, les résidents avaient le choix de poursuivre leur implication dans le projet d'intervention, soit de participer au comité des résidents. Lorsque les résidents décidaient de continuer, l'étudiante prenait le temps de discuter avec ceux-ci du groupe. Lors de cette discussion, l'étudiante abordait l'objectif du groupe, les principaux thèmes, le rôle de l'intervenante, les normes de fonctionnement du groupe, leurs craintes envers le groupe, et leurs désirs. L'étudiante a eu l'impression que cette discussion informelle a donné le « ton » à la démarche. Effectivement, étant donné que l'étudiante a permis aux résidents de s'exprimer avant même la première rencontre, elle a mis de l'avant un climat d'empowerment. Elle accordait du crédit à leurs opinions et expériences.

#### 5.4.2 Contexte et environnement : milieux physiques, confidentialité et COVID

Comme mentionné plus tôt, le comité des résidents s'est réuni chaque semaine dans la salle des résidents située au deuxième étage du bâtiment. La salle des résidents est grande et dégagée. Au milieu de la pièce, on y retrouve une grande table en rond pouvant accueillir une dizaine de personnes. Aussi, la pièce a de nombreuses fenêtres avec vue sur le centre-ville de Montréal. Ce local était idéal pour les rencontres avec le comité. Les résidents ainsi que l'étudiante s'installaient tous en cercle autour de la table. Cette disposition facilitait les échanges entre les membres du groupe. Comme le souligne Turcotte et Lindsay (2019), le lieu de rencontre peut avoir une influence sur le groupe.

La température, l'aération, l'éclairage, les bruits ambiants et le confort de l'ameublement peuvent favoriser les échanges ou, au contraire, faire obstacle au fonctionnement du groupe. Le local doit constituer un cadre de confidentialité et d'intimité afin qu'un climat de confiance puisse s'instaurer (Turcotte et Lindsay, 2019, p.39)

La confidentialité a été un enjeu considérable tout au long des rencontres du comité. Comme mentionné dans le chapitre de la méthodologie, les résidents ont signé une entente relative à la confidentialité lors de la première rencontre. Tous les résidents étaient sensibles à ce point. De plus, considérant que le comité des résidents s'inscrivait dans un groupe de tâche, le dévoilement de soi était moins présent que dans d'autres types de groupe. Comme soulevé également dans le chapitre de la méthodologie, les interactions dans un groupe de tâche se centrent davantage sur la mission à accomplir que sur le dévoilement des membres.

Pour finir, la pandémie de COVID-19 a eu des impacts sur le projet d'intervention de l'étudiante. Pendant le projet de recherche, le Manoir de l'âge d'or a dû faire face à une éclosion sur plusieurs étages. Pendant un moment, l'étudiante ne pouvait plus se déplacer à l'hébergement. Lorsque les rencontres du comité ont été possibles, plusieurs précautions ont été prises, ce qui a certainement influencé l'ambiance du groupe. Tout d'abord, les résidents devaient porter un masque lors des rencontres du comité. Ensuite, afin de garder une distance, les résidents laissaient une chaise vide entre eux à la grande table du local. De plus, l'étudiante devait porter un uniforme de travail et un masque N95 lors des rencontres du comité. Il n'était pas simple pour les résidents de reconnaître l'étudiante avec son uniforme et son masque, certains résidents la confondaient avec des employés de l'établissement. Aussi, les chaises éloignées les unes des autres apportaient un certain « éloignement », cette situation a peut-être eu des impacts sur le développement de l'intimité ou de la cohésion dans le groupe.

#### 5.4.3 Les six rencontres du comité

Six rencontres ont eu lieu avec le comité des résidents. Cinq résidents ont participé au groupe de l'étudiante. D'ailleurs, la taille d'un groupe peut avoir une grande influence sur le fonctionnement de celui-ci, notamment en ce qui concerne la prise de décision et les interactions dans le groupe. Par exemple, il est habituellement plus facile d'obtenir un consensus auprès d'un plus petit groupe. L'intimité a également tendance à se développer plus facilement dans un groupe plus restreint (Turcotte et Lindsay, 2019). Les six rencontres du comité des résidents sont abordées ci-dessous.

### 5.4.3.1 Première rencontre

Lors de la première rencontre, les cinq résidents étaient présents. Cette réunion a duré une heure.

#### 5.4.3.1.1 Déroulement de la rencontre

Les buts de la première rencontre étaient tout d'abord de faire les présentations de l'intervenante et des participants, de clarifier le but du groupe, de favoriser les interactions entre les membres et de discuter des normes du groupe. Ainsi, l'étudiante a commencé le groupe en se présentant. Par la suite, elle a fait l'activité brise-glace avec les participants, les membres étaient invités à dire leur nom avec une chose qu'ils apprécient et une chose qu'ils n'aiment pas en général. La plupart des participants se connaissent sauf deux personnes. Après l'activité brise-glace, l'étudiante a pris le temps de clarifier le but et les objectifs du groupe avec tous les membres. Il n'était pas évident pour tous les participants de comprendre le but du groupe, ainsi l'étudiante a dû répéter et reformuler le but à quelques reprises. Elle a mis de l'emphase sur le fait qu'ils sont experts de la situation. Les participants ont finalement compris, et ils étaient tous enchantés de la mission du groupe. Ensuite, l'étudiante a pris le temps d'expliquer les modalités du groupe aux participants (compensation financière, discussion de mi-parcours et fin). Ultérieurement, les membres ont discuté des normes dans le groupe. Cette conversation a duré longtemps, l'étudiante a eu l'impression que les résidents se sentaient considérés et valorisés pour une fois, car ils n'ont pas l'habitude de se faire demander leur avis. Par contre, les participants sont arrivés facilement à faire un consensus pour les normes dans le groupe :

- Égalité
- Respect
  - Dans ses paroles
  - Avec les idées/ opinions des autres
  - Ne pas couper la parole
- Ponctualité
- Ne pas parler pour ne rien dire
- Confidentialité

Lors de cette première rencontre, l'étudiante a expliqué également son rôle dans le groupe. Elle a expliqué être une facilitatrice du processus et accompagner le groupe dans sa mission. Ainsi, le

groupe appartient aux résidents. Il est intéressant de souligner que les participants avaient des rôles et personnalités différents, dès la première rencontre. Par exemple, il avait un résident très loquace tandis qu'un autre a dormi pendant la rencontre, les membres devaient le réveiller lors des décisions. Pour conclure la première rencontre, l'étudiante a pris le temps de faire une synthèse de la rencontre et leur demander leurs avis. Trois participants sur cinq ont dit être heureux de participer au groupe et espéraient des retombées positives et concrètes. Un participant a affirmé que si au moins après le groupe certains employés étaient sensibles à leur réalité ça serait un pas énorme. Il semble important de spécifier que tout au long de la première rencontre, l'étudiante a favorisé l'émergence de liens entre les participants, elle a tenté d'encourager les interactions et a misé sur un climat de confiance. À la fin de la rencontre, les participants interagissaient entre eux. Par exemple, un participant propose qu'on fasse un tour de table pour que tout le monde puisse donner son avis sur les différents thèmes abordés lors de la rencontre.

#### 5.4.3.1.2 Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle

Pour chacune des rencontres du comité, différents phénomènes de groupe seront expliqués, notamment les phases de groupes, les stades de développement et les dynamiques d'aide mutuelle. Évidemment, lors de la première rencontre, le groupe se retrouve dans la phase de début. Comme mentionné plus haut, l'étudiante a misé sur le climat de confiance, sur la présentation des membres, sur les interactions, sur la clarification des buts ainsi que sur l'élaboration des normes. Par la suite, le groupe était dans le stade de développement préaffiliation/ confiance (Turcotte et Lindsay, 2019). En effet, les participants étaient stressés par le groupe. De plus, avant la discussion sur les normes, il n'y avait aucune structure dans le groupe. L'étudiante a également remarqué que les participants étaient un peu méfiants envers elle. Notamment, quelques résidents ont dit à l'étudiante qu'elle était jeune et ont demandé le niveau de scolarité et l'expérience de celle-ci. Deux participants ont eu des questionnements auprès du rôle de l'étudiante aussi. L'étudiante pense également que lors de la première rencontre, le groupe a effleuré le stade de développement pouvoir et contrôle/ autonomie. Effectivement, à un moment, le climat est devenu tendu, un participant a envoyé à quelques reprises des attaques à un autre membre. Par contre, lorsque l'étudiante a changé de sujet, le groupe s'est calmé. De plus, un membre était très loquace, et deux participants ont démontré des signes d'impatience envers celui-ci. En ce qui concerne les dynamiques d'aide mutuelle, il est difficile d'en soulever à la suite d'une seule rencontre. Par contre, à la fin de la rencontre,

l'étudiante a pu voir que la dynamique partage d'information et d'idées était en processus de développement.

#### 5.4.3.2 Deuxième rencontre

Les cinq résidents étaient également présents à la deuxième rencontre. Celle-ci a duré une heure et 15 minutes.

##### 5.4.3.2.1 Déroulement de la rencontre

Les objectifs de la deuxième rencontre étaient de faire un retour sur la première rencontre et de commencer la tâche, soit l'intervention collective. La deuxième rencontre a commencé par une activité brise-glace. Les participants devaient dire sur une échelle d'un à dix leur motivation pour la rencontre. La totalité des membres ont déclaré que leur motivation était entre neuf et dix. Par la suite, l'étudiante a fait un retour sur la première rencontre. À ce moment, l'étudiante a compris l'ampleur des difficultés de mémoire des résidents. Les résidents ne se souvenaient plus de beaucoup d'éléments. Par contre, après que l'étudiante ait fait un topo, les résidents se souvenaient et avaient hâte de continuer le groupe. Le thème central de la deuxième rencontre était ce qui est aidant et pas aidant au Manoir de l'âge d'or en lien avec la consommation de SPA. Encore une fois, les résidents s'entendaient sur ce qui est aidant et pas aidant dans la résidence. Malgré que ce sujet a été effleuré lors des entrevues individuelles, de nouveaux sujets ont sorti de la discussion du groupe. Par exemple, un résident a affirmé que ses préférences de consommation (exemple : la température de sa bière) n'étaient jamais respectées ou encore que les résidents appréciaient pouvoir consommer dans un endroit sécuritaire (l'établissement). Ensuite, l'étudiante a fini la rencontre avec un autre résumé. Un évènement se produit entre les résidents lors de la deuxième rencontre. Le membre le plus volubile du groupe devait quitter dix minutes avant la fin du groupe. Lors de son départ, les quatre autres participants se sont mis à parler dans son dos et ont affirmé qu'il parlait trop et s'éloignait sans cesse du sujet. Un membre a même déclaré que ce participant remettait sa participation au groupe en question. L'étudiante est devenue mal à l'aise dans cette conversation, et elle proposa au groupe de rediscuter de cette situation au début de la prochaine rencontre.

#### 5.4.3.2.2 Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle

Lors de la deuxième rencontre, le groupe se retrouve sans aucun doute dans la phase de travail. En effet, le groupe voulait faire avancer la discussion dans le but de co-construire l'intervention collective destinée aux employés de l'établissement. Ainsi, l'étudiante a agi comme facilitatrice du processus, elle a guidé la discussion et la démarche. Par la suite, lors de cette seconde réunion, le groupe se situe dans les stades de développement préaffiliation/confiance et pouvoir et contrôle/autonomie. Premièrement, le groupe est encore dans préaffiliation/confiance (Turcotte et Lindsay, 2019). Le groupe est source d'anxiété pour certains membres et les comportements des individus sont plus individuels que collectifs. Deuxièmement, le groupe se situe dans le stade pouvoir et contrôle/ autonomie. Les membres essayaient d'obtenir le contrôle, d'ailleurs le climat était tendu entre deux participants. De plus, l'étudiante a senti que la vie du groupe était précaire à la fin de la rencontre lorsque le membre a dit qu'il remettait sa participation au groupe en question. Par contre, à la deuxième rencontre, les normes du groupe commencent à se définir. Effectivement, les résidents ont affirmé à la fin de la rencontre que le membre bavard ne les respectait pas, notamment la norme de respect et de ne pas parler pour rien dire. L'étudiante a convenu avec le groupe qu'elle allait intervenir au début de la troisième réunion.

Quelques dynamiques d'aide mutuelle ont été observées par l'étudiante lors de cette réunion. Tout d'abord, il y a eu : confrontation des idées. Deux résidents n'étaient pas d'accord sur le soutien reçu de la part du personnel, les deux participants ont pris le temps de s'écouter l'un et l'autre. Par la suite, l'étudiante a observé un partage d'informations et d'idées. Effectivement, les membres ont été capables de s'exprimer sur leur réalité commune en lien avec leur consommation de SPA. Ultérieurement, l'étudiante a vu une grande proximité entre les membres du groupe, ils ont rapidement compris qu'ils étaient tous dans la même situation et qu'ils pouvaient s'entraider pour faire « bouger » leur situation. Pour finir, l'étudiante a vu, du soutien entre les membres. En effet, un membre a expliqué avoir eu un gros accident, et les membres étaient empathiques envers sa situation.

### 5.4.3.3 Troisième rencontre

Les cinq résidents étaient présents pour la troisième réunion. Celle-ci a duré une heure et quinze minutes.

#### 5.4.3.3.1 Déroulement de la rencontre

Les objectifs de la troisième rencontre étaient de continuer la tâche (l'intervention collective) et de régler une situation de conflit entre quelques membres. Comme les deux premières rencontres, la réunion a commencé avec une activité brise-glace. Les participants devaient répondre oui ou non à cette question : est-ce que vous vous sentez écoutés et compris pour le moment dans ce projet ? Quatre résidents ont répondu que oui, et un résident a dit que non. Lorsque l'étudiante l'a questionné, il a affirmé ne pas avoir d'explication concrète. Par la suite, l'étudiante a fait un résumé des deux premières rencontres. Dès le début de la rencontre, deux membres se sont adressés avec hostilités au membre volubile. Ainsi, l'étudiante a dû faire une intervention pour rétablir l'ambiance du groupe et pour atténuer le conflit. Suite à l'intervention, l'ambiance est revenue adéquate. Le thème principal de cette rencontre était le Manoir de l'âge d'or de rêve. Ce thème a engendré de nombreuses discussions entre les résidents. Il y a eu plusieurs interactions et partages d'opinions entre les membres. Pendant cette discussion, les membres ont pu prendre conscience qu'ils vivaient une réalité semblable. Pour la première fois, l'étudiante a un rôle plus périphérique et moins central dans le groupe. De plus, lors de cette rencontre, les résidents posaient des questions sur la suite de la démarche, ils étaient intéressés et proactifs. D'ailleurs, un participant a questionné les autres membres sur le médium qu'ils voulaient utiliser pour transmettre leurs messages aux employés. Les membres voulaient faire un document papier pour que les écrits perdurent, par contre, ils ne voulaient pas faire un long document qui serait difficile à lire. Ainsi, au cours de cette rencontre, le groupe a décidé de faire une infographie. Bien sûr, l'étudiante a aidé le groupe en nommant plusieurs formes de document possibles. La rencontre s'est conclue avec la discussion de mi-parcours.

Plusieurs sujets et thèmes sont ressortis de la discussion de mi-parcours. Tout d'abord, les résidents du comité voyaient plusieurs retombées positives du projet pour le moment, soit : plusieurs ont dit se sentir mieux au Manoir de l'âge d'or, certains ont affirmé que le groupe leur fait sortir de leur

isolement, un autre a déclaré que le groupe lui permet de « sortir le méchant ». De plus, deux résidents ont affirmé se sentir déjà plus écoutés par les professionnels. Ceci est très étonnant, considérant que l'infographie n'a pas encore été présentée aux employés de l'hébergement. Par la suite, la majorité des résidents ont affirmé à mi-parcours se sentir écoutés et compris dans ce projet de co-intervention, tandis qu'un résident a déclaré ne pas pouvoir se prononcer pour le moment. Les participants ont dit apprécier que la vérité sorte enfin et aiment l'idée de bâtir « quelque chose » de concret pour régler des difficultés à l'hébergement. Le processus de groupe a également été abordé dans la discussion de mi-parcours. La plupart des participants disaient se sentir bien dans le groupe et étaient à l'aise de donner leur opinion, tandis que pour un membre le processus de groupe était plus difficile. Celui-ci a affirmé qu'il était parfois gêné de parler devant le groupe. Les participants du groupe ont été questionnés sur leur confiance en la mise en place de l'intervention, ceux-ci devaient se situer sur une échelle d'un à dix, la moyenne était de 7\10. Un résident avait peur de ne pas être écouté et pris au sérieux par l'établissement. Ensuite, l'étudiante a demandé aux membres s'ils croyaient contribuer à la prise en charge des personnes qui consomment des SPA au Manoir de l'âge d'or, seulement un résident a affirmé que oui. Les autres ont dit non, car pour l'instant rien de concret n'a été fait. Pour conclure la discussion, l'étudiante a demandé aux résidents : sur une échelle d'un à dix : je me sens bien au Manoir de l'âge d'or, la moyenne de bien-être était de 3.8/10. À la suite de la discussion de mi-parcours, l'étudiante a l'impression que le simple fait de faire un groupe avec cette population et s'intéresser à eux apporte plusieurs retombées positives, notamment une augmentation de l'estime de soi, de l'empowerment et du sentiment de considération. Effectivement, les participants ont déclaré n'avoir aucune considération du personnel du Manoir de l'âge d'or, mais dans le comité, l'étudiante les considérait comme les experts de la situation, ce qui a contribué peut-être à faire augmenter leur sentiment de bien-être.

#### 5.4.3.3.2 Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle

Au cours de cette troisième rencontre, le groupe se situe encore dans la phase de travail. D'ailleurs, le groupe a même pris une décision (en consensus) pour faire une infographie destinée aux professionnels de l'hébergement. Par la suite, lors de cette réunion, le groupe se retrouve dans le stade de développement intimité/proximité (Turcotte et Lindsay, 2019). En effet, il y a de plus en plus d'intimité entre les membres et la cohésion augmente considérablement. L'étudiante a



également remarqué que le groupe devient de plus en plus engagé à la mission du groupe, certains participants ont questionné l'étudiante sur les prochaines étapes du projet d'intervention. L'étudiante a aussi observé plusieurs dynamiques d'aide mutuelle lors de cette réunion, notamment le partage d'informations et d'idées. Les membres continuent de partager des informations sur leur réalité commune. Ensuite, l'étudiante a pu constater beaucoup de proximité entre les participants. En effet, les membres du groupe ont pris conscience qu'ils partageaient beaucoup de ressentiments et de besoins. Leur réalité au Manoir de l'âge d'or en lien avec la consommation de SPA se ressemble. L'étudiante a également vu beaucoup de confrontation des idées. Lors de la discussion de mi-parcours, chaque membre donne son opinion sur le thème, et cette discussion se déroule dans un climat d'ouverture et de sécurité pour tout le groupe. Par la suite, au cours de cette troisième réunion, l'étudiante a observé la dynamique du potentiel de la force du nombre. Le groupe a effectivement pris conscience que l'union fait la force. Pour finir, l'étudiante a remarqué la dynamique de : l'expérimentation de façons de faire et d'être. En effet, le groupe a expérimenté une nouvelle façon de faire et d'être lors de l'intervention de l'étudiante sur le respect et le rappel des normes. Pour que les membres du groupe puissent s'adresser avec respect aux professionnels de l'établissement, ils doivent apprendre à le faire dans le groupe, ainsi lors de l'intervention de l'étudiante sur le respect et le rappel des normes, les membres du groupe ont expérimenté une nouvelle façon de faire et d'être.

#### 5.4.3.4 Quatrième rencontre

Quatre résidents étaient présents pour la quatrième réunion. C'est la première fois qu'un participant était absent. La rencontre a duré une heure trente minutes.

##### 5.4.3.4.1 Déroulement de la rencontre

L'objectif principal de la quatrième rencontre était de poursuivre la co-construction de l'intervention collective. L'activité brise-glace de la quatrième rencontre était simple, l'étudiante a seulement demandé aux résidents comment ils allaient. Tout le monde allait bien, contenu du groupe et de la température (printemps). Les participants ont vite questionné l'étudiante sur l'absence d'un membre. Le groupe a convenu de lui faire un topo après la rencontre. Par la suite, l'étudiante a fait un retour sur les rencontres précédentes. Elle a rappelé ainsi aux résidents qu'ils

avaient décidé de faire une infographie pour communiquer leurs messages aux professionnels de l'hébergement. À un moment, un résident a dit ne plus être certain, car il a peur que le papier termine dans les poubelles. Les participants ont alors convenu de faire une présentation en présentiel de leur infographie devant plusieurs acteurs du Manoir de l'âge d'or. Les résidents ont même fait une liste de personnes à inviter. Ils avaient l'impression que cette présentation aurait plus d'impact qu'un seul papier. Le thème central de la rencontre était les questionnements des employés du Manoir de l'âge d'or en lien avec la consommation de SPA des résidents. L'étudiante a repris les questionnements des professionnels qui sont ressortis des entrevues individuelles et elle a posé les questions directement aux participants. Les membres ont répondu aux questions un après l'autre. Les réponses et les sujets nommés par les participants étaient les mêmes qu'ils évoquaient dans les entrevues individuelles, notamment concernant les raisons de consommation. Par la suite, le groupe a discuté de l'infographie et les thèmes qu'ils aimeraient y aborder. Les participants ont également discuté de la signature du document. En consensus, ils ont décidé de signer par le comité de travail des résidents consommateurs du Manoir de l'âge d'or, certains membres n'étaient pas à l'aise d'écrire leur nom sur le document. D'ailleurs, tout le groupe a respecté cette opinion. Cependant, au cours de cette rencontre, il y a eu une escalade entre deux résidents, incluant un membre qui est respectueux habituellement. L'étudiante a dû encore intervenir et rappeler la norme de respect nommé au début du groupe. À la fin de la rencontre, l'étudiante a demandé sur une échelle d'un à dix à combien ils qualifiaient la rencontre. La moyenne était à 7,6/10.

#### 5.4.3.4.2 Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle

La quatrième rencontre se situe encore dans la phase de travail. Effectivement, le groupe continue de bâtir leur intervention collective. Par la suite, le groupe se retrouve encore dans le stade de développement intimité/proximité. L'intimité et la cohésion continuent d'augmenter dans le groupe. L'étudiante a vu de l'entraide entre les participants. Par exemple, un participant a pris le temps de situer dans la démarche de groupe, un autre membre qui a d'importantes difficultés de mémoire. Au cours de cette réunion, l'étudiante a examiné plusieurs dynamiques d'aide mutuelle. Tout d'abord, l'étudiante a constaté la présence de la dynamique : discussion de sujets tabous. En effet, au début de la rencontre, un participant s'est confié. Il a expliqué que le matin de la rencontre, il n'avait pas pris de SPA et qu'il serait plus agité. Deuxièmement, l'étudiante a observé encore de la proximité entre les membres, ceux-ci s'aident mutuellement pour réussir la mission du groupe.

Troisièmement, le potentiel de la force du nombre était très visible, les participants ont pris conscience que l'union fait la force. Par exemple, lorsqu'un membre a soulevé son inquiétude que le papier termine dans la poubelle, le comité a décidé de faire une présentation. Quatrièmement, l'étudiante a observé la dynamique : les attentes et les demandes mutuelles. Le groupe était en mesure d'examiner les problématiques qui étaient communes à tous les membres. En effet, le groupe veut que chaque individu donne son opinion et explique leurs sentiments face à leur consommation de SPA dans le centre d'hébergement. Pour finir, l'étudiante a pu voir encore l'expérimentation de façons de faire et d'être, lors de son intervention sur le respect. Comme mentionné pour la troisième rencontre, le groupe expérimente de nouvelle façon de faire et d'être dans le groupe avant de l'appliquer en dehors du groupe.

#### 5.4.3.5 Cinquième rencontre

Les cinq résidents étaient présents. La rencontre a duré une heure.

##### 5.4.3.5.1 Déroulement de la rencontre

Les deux principaux objectifs de la cinquième rencontre étaient de finaliser l'infographie et de préparer la présentation de celle-ci aux divers professionnels et gestionnaires. L'étudiante a commencé le groupe avec une activité brise-glace comme à l'habitude. Elle a demandé aux résidents comment ils se sentaient face à la fin du groupe. Certains résidents ont déclaré qu'ils se sentaient nerveux, considérant que la fin arrive très vite. Quelques résidents ont dit également être tristes de la fin. Par la suite, l'étudiante a pris le temps de faire un retour sur les quatre premières réunions. Ultérieurement, comme convenu avec le groupe, l'étudiante leur a exposé plusieurs modèles d'infographie. Effectivement, les participants ont décidé lors de la quatrième rencontre que l'étudiante était le mieux placé pour finaliser l'infographie sur l'ordinateur. Les résidents avaient sélectionné les thèmes qui voulaient exposer sur l'infographie et l'étudiante a fait la version à l'ordinateur. Elle a présenté trois modèles d'infographie au groupe, et celui-ci a choisi celle qui appréciait le plus. À ce moment, un participant a dit se sentir enfin entendu et important. Ensuite, le groupe a été questionné sur la façon dont il voulait que le message « passe » aux invités. Un membre a pris le temps de prévenir le groupe sur le respect, notamment rester poli et courtois avec les gestionnaires. Le groupe a décidé, en consensus, qu'il souhaitait que l'étudiante dirige la

présentation. Ce qui a été convenu était que pendant la présentation de l'infographie par l'étudiante, les membres du groupe allaient enrichir le sujet et donner des exemples du thème en question. Lors de cette discussion sur comment présenter l'infographie, les membres du groupe se parlaient beaucoup entre eux, sans passer par l'étudiante. À la fin de la rencontre, l'étudiante a demandé au groupe de répondre : sur une échelle d'un à dix, à combien je suis fier d'avoir participé à ce groupe ? Les résidents ont dit être à neuf ou dix. Après la rencontre, tous les membres ont remercié l'étudiante pour cette démarche. Un résident a même affirmé que le groupe l'a « changé » à l'intérieur, il se sentait davantage apaisé et soutenu dans le Manoir de l'âge d'or. Un membre a affirmé avoir l'impression d'aider son prochain avec l'intervention collective. Un autre participant a déclaré qu'il se sentait enfin bien, étant donné que l'étudiante a pris les résidents comme ils étaient. Il semble important de souligner que pendant cette rencontre, l'ambiance dans le groupe était agréable et légère.

#### 5.4.3.5.2 Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle

La cinquième rencontre se situe dans la phase travail et fin. Premièrement, le groupe se retrouve encore dans la phase de travail étant donné qu'il termine l'infographie. Par la suite, considérant qu'il ne reste seulement une rencontre au groupe, le groupe entre également dans la phase de dissolution (Turcotte et Lindsay, 2019). Effectivement, au début de la rencontre, l'étudiante a voulu observer les réactions et les sentiments face à la dissolution du groupe. D'une autre part, le groupe se retrouve dans le stade de développement intimité / proximité et dans le stade de séparation (Turcotte et Lindsay, 2019). Tout d'abord, le groupe était dans le stade développement intimité/proximité. Il avait beaucoup d'entraide et d'intimité entre les participants et l'engagement face au projet était à son comble. L'étudiante a également remarqué que certains membres prenaient plus de risques dans le groupe, notamment le membre qui est intervenu en soulevant l'importance de rester respectueux avec les gestionnaires et les employés du Manoir de l'âge d'or lors de la présentation. Deuxièmement, le groupe est entré dans le stade de la séparation. En effet, l'enjeu principal de la rencontre était de terminer la tâche du groupe. De plus, comme certains participants l'ont nommé en début de rencontre, la fin apporte du stress et de la tristesse. L'étudiante se questionne également si le groupe a atteint le stade de développement, différenciation/interdépendance contenue de la très forte cohésion et productivité du groupe. Par contre,

considérant que le groupe a été de courte durée, il est peu probable que le groupe ait atteint ce niveau.

En ce qui concerne les dynamiques d'aide mutuelle, l'étudiante a continué de voir beaucoup de proximité entre les membres. Effectivement, le fait que les membres soient « dans le même bateau » engendre beaucoup d'aide mutuelle entre les membres. Ensuite, la dynamique du partage d'information et d'idées a été constatée au cours de la cinquième réunion. Les membres sont devenus des personnes-ressources, les participants posent les questions directement à un autre membre au lieu de passer par l'étudiante comme au début. Pour finir, l'étudiante a pu observer la dynamique du potentiel de la force du nombre. Le groupe a conscience qu'en réunissant les forces de chacun, ils sont plus forts et ils ont le pouvoir d'améliorer leur situation.

#### 5.4.3.6 Sixième rencontre : Présentation de l'infographie

Les cinq résidents et cinq personnes de l'établissement étaient présents à la dernière rencontre. Celle-ci a duré deux heures.

##### 5.4.3.6.1 Déroulement de la rencontre

Les principaux objectifs de la dernière rencontre étaient de présenter l'infographie (intervention collective) aux invités et de conclure le groupe avec les participants. Le groupe a commencé par se réunir quelques minutes avant que les deux invités arrivent dans le but de faire de dernières vérifications. L'étudiante a demandé aux membres s'ils étaient nerveux de discuter avec les gestionnaires de l'établissement ? La totalité des participants a affirmé être nerveux, mais en même temps fébrile. Un participant a déclaré avant que les invités arrivent qu'il ne voyait plus la porte barricadée, qu'elle est maintenant grande ouverte grâce au groupe. Un autre membre a affirmé se sentir triste aujourd'hui, car le groupe lui apportait beaucoup. Par la suite, l'étudiante a distribué une copie de l'infographie à chaque résident. Le groupe a pris le temps de la lire une dernière fois, les résidents étaient fiers du travail accompli. Par la suite, un membre a fait une intervention pour rappeler au groupe de rester calme et courtois pendant la présentation.

Trente minutes après le début de la rencontre, les invités sont arrivés. L'étudiante avait eu la confirmation de présence de seulement deux gestionnaires, mais à sa grande surprise cinq employés ou gestionnaires étaient présents. Un gestionnaire a expliqué avoir invité d'autres personnes considérant l'importance de cette présentation. L'étudiante avait invité quelques employés et gestionnaires de l'établissement en disant que la présentation allait durer environ quinze à vingt minutes, par contre, celle-ci a duré une heure. En effet, lorsque les invités sont arrivés dans la salle, un membre du groupe a distribué l'infographie à tout le monde. Par la suite, l'étudiante a pris la parole comme convenu avec le groupe, elle a expliqué aux invités les objectifs du groupe ainsi que les principaux thèmes abordés. Le groupe a également pris la parole comme convenu pour présenter l'infographie. Pendant la présentation, les gestionnaires et les employés étaient très attentifs et ouverts aux changements. Ceux-ci ont même posé quelques questions aux résidents pour s'assurer de comprendre leur réalité et leurs besoins pour améliorer leur situation. Les gestionnaires ont encouragé les résidents à exprimer ce qu'ils ressentaient. Les gestionnaires ont pris la décision d'afficher à quelques endroits de l'établissement l'infographie. À la fin de la présentation, les professionnels et les gestionnaires ont tous remercié le groupe ainsi que l'étudiante. Ceux-ci ont trouvé que cette présentation a permis d'améliorer la communication entre les différents acteurs et que c'était très enrichissant. D'ailleurs à la fin de la présentation, un des gestionnaires a affirmé qu'il allait faire une rencontre avec les employés de l'établissement pour discuter de cette présentation, afin d'améliorer les choses. Par contre, l'étudiante a remarqué pendant la présentation que les membres du groupe ont minimisé leurs problématiques et leurs émotions qu'ils vivaient, le discours était différent des rencontres hebdomadaires.

Après la présentation de l'infographie, l'étudiante a fait un bilan du groupe avec les résidents. L'étudiante avait apporté des chips et des beignes pour célébrer la fin du processus. Pour commencer, l'étudiante a fait un retour sur la présentation de l'infographie. La totalité des résidents était satisfait de la rencontre. Ceux-ci ont trouvé la rencontre très excitante et satisfaisante. D'ailleurs un participant a dit : « il fallait être ici pour le vivre ». Un participant a affirmé que grâce au groupe, « les barreaux de sa fenêtre ont fondu ». Il a expliqué que le groupe et la présentation ont fait fondre les barreaux, étant donné qu'il y a eu la chance de s'ouvrir et de s'exprimer. Le groupe a senti que pour une fois, l'hébergement a pris le temps d'écouter ce qu'ils avaient à dire, ils ont l'impression ne de pas avoir fait toute cette démarche pour rien. Les résidents étaient

également contents d'avoir pu exprimer leurs sentiments, et d'avoir été pris au sérieux. L'étudiante a pris également le temps de remercier chacun des participants au groupe et les féliciter pour leur présentation exemplaire. Par la suite, l'étudiante a fait une discussion de fin. Lors de cette discussion, les mêmes thèmes que ceux de la discussion de mi-parcours ont été abordés. Ainsi, les résidents sont questionnés à propos des retombées du projet. Les réponses à la fin du parcours sont sensiblement les mêmes qu'à la mi-parcours. En effet, les résidents se sont sentis considérés et écoutés par l'établissement. Aussi, les participants ont affirmé que le groupe a permis d'augmenter leur bien-être et de faire naître de l'espoir que les choses puissent changer. Par la suite, l'étudiante a demandé aux résidents s'ils se sont sentis écoutés et considérés pendant ce projet de co-intervention. La totalité des participants ont répondu que oui. Un membre a même déclaré : « Ici, c'est le paradis et en haut c'est l'enfer », en voulant dire que dans le groupe il se sent écouté et en haut (sur l'étage) non. Le processus de groupe a également été abordé, les membres sont en mesure de nommer plus d'éléments à la fin du processus qu'au milieu. Effectivement, les membres ont dit qu'ils ont apprécié pouvoir « parler des vraies choses » dans le groupe, sans jugement. Ils ont également aimé construire « quelque chose de concret » pour le personnel. Quelques résidents ont déclaré que le groupe leur a permis d'apprendre à dialoguer, ils ont apprécié être plusieurs personnes, car cela apporte une vision diversifiée d'une situation. Ou encore, les membres ont apprécié être plusieurs personnes avec la « même réalité », quand un membre dit quelque chose, une grande majorité du groupe se sentent interpellé. Pour finir, les membres ont nommé avoir aimé le sentiment d'espoir face aux possibles changements dans la résidence et ils ont aimé le respect dans le groupe. Un membre a déclaré s'être fait de nouveaux amis. Le groupe a soulevé, également, qu'il aurait aimé avoir encore plus d'invités lors de la présentation. L'étudiante a questionné les membres du groupe sur leur degré de satisfaction, chacun devait dire sur une échelle d'un à dix à quel point il était satisfait du projet d'intervention. La moyenne était à 8/10. Par la suite, l'étudiante a demandé aux résidents de dire sur une échelle d'un à dix leur degré de confiance en soi suite à la présentation de l'infographie, la moyenne était de 7,8/10. À ce moment, un participant a dit que le groupe avait vraiment augmenté sa confiance en soi, car cela lui a permis de réaliser qu'il était capable de beaucoup de choses. Lors de cette affirmation, tous les autres participants ont hoché de la tête. Comme à la discussion de mi-parcours, les membres devaient situer sur une échelle d'un à dix leur confiance en la mise en place de l'intervention. La moyenne était de 7,8/10, celle-ci a augmenté depuis la discussion de mi-parcours. À la fin parcours, trois résidents sur cinq pensent

avoir contribué à la prise en charge des personnes qui consomment des SPA en hébergement comparativement à un résident sur cinq lors de la discussion de mi-parcours. Le dernier point soulevé lors de la discussion de fin parcours est le bien-être au Manoir de l'âge d'or. Encore une fois, les participants devaient dire sur une échelle d'un à dix leur niveau de bien-être au Manoir de l'âge d'or, la moyenne était de 3/10. Ceci est surprenant considérant que la moyenne à la mi-parcours était de 3,8/10. Pour conclure le groupe, l'étudiante a pris le temps de remercier à nouveau tous les membres et de leur souhaiter bonne chance pour la suite. L'étudiante a également mis de l'emphase sur leur contribution au projet. L'étudiante a aussi demandé aux membres du groupe comment ils avaient trouvé son rôle d'intervenante dans le groupe. La totalité des résidents a remercié l'intervenante et a dit avoir beaucoup apprécié son approche. Certains résidents ont dit que l'étudiante les avait impressionnés avec son jeune âge.

#### 5.4.3.6.2 Phase, stade de développement et dynamiques d'aide mutuelle

Lors de la dernière réunion, le groupe se trouve dans la phase de dissolution sans aucun doute (Turcotte et Lindsay, 2019). En effet, lors de cette rencontre, le groupe a fait un bilan du processus de groupe et a fait une évaluation de l'intervenant. Par la suite, le groupe se retrouve dans le stade de développement de séparation. À cette dernière rencontre, le groupe termine sa mission. De plus, en début de rencontre, plusieurs résidents expriment leurs sentiments face à la fin du groupe. En ce qui concerne les dynamiques d'aide mutuelle, plusieurs dynamiques ont été observées par l'étudiante. Tout d'abord, l'expérimentation de façons de faire et d'être a été observée, notamment lorsque le groupe présente leur infographie aux professionnels et aux gestionnaires. En effet, le groupe transfère les habiletés faites dans le groupe (respect, confiance en soi) à l'extérieur. Par la suite, l'étudiante a pu observer la proximité et le potentiel de la force du nombre. Ensemble, le groupe a réussi à mener une action sociale qui va avoir des impacts en dehors du groupe. De plus, lors de la présentation de l'infographie, les membres partagent des informations et idées, ils sont des repères pour chacun d'entre eux. Pour finir, malgré que certains résidents ont minimisé leurs sentiments, le groupe a été en mesure de discuter de sujets tabous lors de la présentation de l'infographie. Celui-ci a été capable de discuter de sujets plus délicats (consommation, émotions) avec les invités.



#### 5.4.3.7 Infographie

L'infographie du groupe a agi comme canal de communication entre les résidents, les professionnels et les gestionnaires du Manoir de l'âge d'or. En effet, l'infographie a été utilisée comme médium par le groupe pour transmettre des informations importantes (*Voir annexe R*). Comme mentionné plus haut, c'est le groupe qui a co-construit cette intervention, les membres ont été invités à nommer les thèmes qui voulait transmettre à l'établissement. Trois principales polarités ont été soulevées par le groupe. Tout d'abord, ennui versus plaisir, beaucoup d'insatisfaction du groupe tourne autour de ses deux pôles. Par la suite, le groupe a soulevé plusieurs enjeux entourant le contrôle versus la liberté au Manoir de l'âge d'or. Pour finir, le groupe a évoqué une dyade entre le manque de considération et le respect au Manoir de l'âge d'or. Dans l'infographie, on retrouve également les principales raisons de consommation des résidents, ce qui est attendu des professionnels et ce qui est aidant pour le moment au Manoir de l'âge d'or en lien avec la consommation de SPA.

#### 5.4.4 Habiletés de l'intervenante

Au cours des six rencontres du groupe, l'étudiante a utilisé plusieurs habiletés. Premièrement, elle a fait preuve de respect, d'empathie et de flexibilité. Tout au long de ses interactions avec les résidents, l'étudiante considérait toutes les personnes comme dignes de respect. Ensuite, l'étudiante tentait d'être empathique et de comprendre ce que les résidents pouvaient vivre au Manoir de l'âge d'or. L'étudiante a fait preuve également de beaucoup de flexibilité pour adapter son intervention à la population âgée avec des difficultés. Deuxièmement, l'étudiante a utilisé la reformulation et le résumé à de nombreuses reprises pendant le comité. Celle-ci s'est rendu compte qu'elle devait ajuster son langage à la population, et elle devait répéter pour s'assurer que tout le monde ait compris. Troisièmement, l'étudiante a utilisé plusieurs habiletés spécifiques au travail social de groupe (TSG). Comme mentionné dans le chapitre de la méthodologie, Turcotte et Lindsay (2019) ont défini six catégories regroupant plusieurs habiletés propres au TSG. Ainsi, au cours du comité, l'étudiante s'est servie des six catégories d'habiletés soit : favoriser la constitution d'une entité groupale, mettre en place les paramètres de fonctionnement du groupe, dynamiser la réalisation de la tâche, enrichir la communication, faciliter le passage des moments difficiles et favoriser l'établissement d'un climat positif (Turcotte et Lindsay, 2019). Par exemple, lorsque l'étudiante a

fait ses nombreuses interventions pour atténuer le conflit et détendre l'ambiance, elle devait utiliser des habiletés pour enrichir la communication, pour faciliter le passage de moments difficiles et pour favoriser l'établissement d'un climat positif. De plus, elle a dû agir comme une facilitatrice dans la conversation et une gardienne de l'harmonie. Aussi, lors de la construction de l'intervention collective (infographie), l'étudiante a utilisé beaucoup d'habiletés pour dynamiser la réalisation de la tâche et pour enrichir la communication.

Pour conclure, l'étudiante s'est également appuyée sur les habiletés d'intervention pour chaque phase du groupe de la grille : L'inventaire des compétences de Macgowan (2006). L'étudiante a complété la grille après chaque phase du groupe. Pour compléter la grille correctement, l'étudiante devait déterminer les habiletés qu'elle était le plus confiante d'avoir utilisées pour chaque phase. En effet, l'Inventaire des compétences de Macgowan (2006) permet d'évaluer les habiletés de l'étudiante en lien avec chaque phase de groupe.

Voici les habiletés que l'étudiante est le plus confiante d'avoir utilisées lors de la phase initiale.

- Aborder la question de la confidentialité et ses limites
- Aider les participants à identifier et clarifier les objectifs du groupe.
- Susciter la pleine participation de tous les membres du groupe
- Aider les participants à établir des liens les uns avec les autres
- Souligner les points communs des membres
- Encourager les membres à communiquer directement les uns avec les autres
- Chercher à cultiver l'aide mutuelle au sein du groupe
- Encourager l'empowerment des membres

Voici les habiletés que l'étudiante est le plus confiante d'avoir utilisées lors de la phase intermédiaire du travail social de groupe.

- Établir des liens entre les préoccupations et besoins individuels et les objectifs du groupe
- Évaluer les progrès accomplis en tenant compte des objectifs
- Veiller à ce que le groupe accorde de l'attention aux besoins particuliers de chacun des membres (ex : physiques, cognitifs, linguistiques ou culturels)
- Aider les membres à entreprendre une démarche de résolution de problèmes, à faire des choix, à prendre des décisions et à évaluer les retombées possibles de leurs décisions

- Effectuer des synthèses des séances avec le groupe
- Planifier les étapes à venir avec le groupe
- Encourager une communication et des rétroactions honnêtes entre les membres et entre le groupe et les intervenants
- Favoriser la création de liens entre les participants pouvant perdurer au-delà du groupe
- Utiliser des interventions appropriées aux populations desservies

Voici les habiletés que l'étudiante est le plus confiante d'avoir utilisées lors de la phase de fin.

- Préparer à l'avance les participants à la fin du groupe
- Discuter de l'impact du groupe sur des systèmes extérieurs au groupe
- Partager ses sentiments en tant qu'intervenant face à la fin du groupe
- Aider les participants à partager leurs sentiments à l'égard de la fin du groupe entre eux et avec les intervenants
- Aider les membres à établir des contacts avec d'autres organismes
- Encourager les membres à donner des rétroactions sur le rôle et le travail de l'intervenant de groupe

#### 5.4.5 Bilan du comité des résidents

Le comité des résidents a permis d'atteindre les quatre principaux objectifs du projet d'intervention, soit : favoriser l'adéquation entre les besoins des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA et les services qui leur sont offerts, favoriser « l'empowerment » des résidents ainsi que sensibiliser et outiller les professionnels du Manoir de l'âge d'or à propos de la consommation de substance chez les personnes âgées ou en perte d'autonomie en contexte d'hébergement. La participation des membres du comité a été extraordinaire. Au cours des six rencontres, seulement un participant a été absent. Les membres se sont impliqués rapidement dans ce projet de co-intervention. D'ailleurs, en plus des quatre objectifs, le groupe a eu plusieurs retombées secondaires. Effectivement, la présentation de l'infographie a permis d'établir la communication et d'humaniser les résidents. Les gestionnaires et les professionnels ont pu voir les résidents au-delà de leur consommation de SPA. Par la suite, malgré que la cible de changement du groupe était à l'extérieur (promouvoir un changement social), plusieurs retombées positives ont eu lieu chez les participants à l'intérieur. Le groupe a permis, notamment, aux résidents de se sentir plus écoutés et considérés au Manoir de l'âge d'or.

À travers les six rencontres du comité, l'étudiante a présenté les dynamiques d'aide mutuelle observées à chacune des rencontres. Cependant, il est important de souligner que les dynamiques d'aide mutuelle ont progressé et se sont développées au cours des différentes rencontres. Voici les principales dynamiques d'aide mutuelle présentes dans le groupe selon la grille de Berteau et Waring (2014).

- Le partage d'information et d'idées : Au début du groupe, les participants partagent peu d'idées et d'informations. Cependant, au fur et à mesure que le groupe progresse, les membres deviennent des personnes-ressources les uns pour les autres. D'ailleurs, l'étudiante a pu observer cela lors de la présentation de l'infographie.
- La proximité : Au début, les membres sont centrés sur leurs besoins individuels. Par contre, au fil des rencontres, les membres prennent conscience qu'ils sont « tous dans le même bateau », et à la fin du groupe cette prise de conscience permet aux membres de s'aider mutuellement et de donner du sens à l'expérience.
- Les attentes et les demandes mutuelles : Au départ, les participants travaillent individuellement sur leurs problèmes, et au fil des rencontres le groupe développe des compétences de réflexion à propos du but commun. En effet, les membres se consultent les uns et les autres pour réaliser le but commun.
- L'expérimentation de façons de faire et d'être : Au début du comité, les membres ne prennent pas le risque d'expérimenter de nouvelles façons de faire à l'intérieur du groupe. Cependant, au fur et à mesure des rencontres, le groupe expérimente par essai et erreur de nouvelles façons de faire et d'être dans le groupe, et termine par transférer ces expérimentations dans des situations extérieures au groupe. En effet, le groupe est devenu un laboratoire d'expérimentation. L'étudiante a pu observer cela lorsqu'elle a fait des interventions sur le respect et lors de la présentation de l'infographie. Le groupe reproduit le respect et l'affirmation à l'extérieur du groupe.
- Le potentiel de la force du nombre : Au départ, les participants au groupe ne prennent pas conscience de leur force commune, mais tranquillement ils prennent conscience d'être beaucoup plus fort ensemble. D'ailleurs, le groupe termine par mener une action sociale à l'extérieur du groupe (présentation de l'infographie aux invités).

- Confrontation des idées : Initialement, les différences d'idées et de points de vue sont peu exprimées. Par contre, au fil des rencontres, cela évolue. À la fin, la confrontation des idées permet l'évolution ou le changement d'opinions. D'ailleurs, l'étudiante a pu observer cela lors de la construction de l'infographie, notamment lorsque le groupe a pris la décision sur la signature du document.

## CHAPITRE 6

### Discussion

Dans ce dernier chapitre, l'étudiante discute des points saillants des résultats en dialogue avec la littérature et le cadre théorique utilisé. L'étudiante soulève notamment les caractéristiques des participants (résidents et professionnels). Par la suite, les résultats des entrevues individuelles sont analysés, les principaux thèmes abordés sont discutés. L'étudiante veut, notamment, exposer l'impact des perceptions des professionnels sur les services et le soutien pour les résidents utilisateurs de SPA du Manoir de l'âge d'or. Les divergences entre les discours des résidents et des professionnels lors des entrevues sont également énoncées et discutées. Ensuite, le comité des résidents est analysé, soit le degré de participation, la constitution du groupe ainsi que la préparation et la présentation de l'infographie. Ultérieurement, les principales retombées du projet ainsi que les défis et éléments ayant favorisé le projet de recherches sont nommés. Pour finir, les limites de la présente recherche sont examinées.

#### 6.1 Retour sur le chapitre résultats

Comme mentionné à plusieurs reprises, le but du projet était de co-construire une intervention collective avec les résidents consommateurs de SPA du Manoir de l'âge d'or dans le but de sensibiliser et outiller les professionnels de l'hébergement à leur réalité. Pour ce faire, l'étudiante a fait deux activités. Premièrement, des entrevues individuelles avec les participants (résidents et professionnels) ont été effectuées. Les entrevues individuelles ont permis de faire plusieurs constats. Les résidents vivent plusieurs insatisfactions au Manoir de l'âge d'or, notamment beaucoup d'ennui, de solitude et plusieurs mécontentements en lien avec le soutien et les services mise en place en lien avec leur consommation de SPA. Plusieurs employés ont des perceptions négatives et des propos stigmatisants envers les résidents qui consomment des SPA. Ensuite, il y avait un manque de communication important entre les différents acteurs du Manoir de l'âge d'or. Effectivement, plusieurs divergences sont ressorties du discours des résidents et des professionnels. Par exemple, les résidents ont affirmé ne recevoir aucune aide ou soutien en lien avec leur consommation de SPA, tandis que les professionnels ont déclaré offrir de nombreux services spécialisés. Cet aspect est abordé plus loin dans le chapitre. Deuxièmement, un comité des résidents

a été mis sur pied pour co-construire l'intervention collective. Dans ce groupe, les résidents ont participé activement aux activités. Au cours des rencontres du comité, le groupe a décidé de bâtir une infographie et de la présenter aux employés et gestionnaires de l'établissement afin de leur exprimer leur situation. L'infographie a été utilisée pour établir un canal de communication entre les différents acteurs. Pour finir, en plus, de sensibiliser et outiller les professionnels du Manoir de l'âge d'or, le comité des résidents a eu plusieurs retombées secondaires, ceux-ci sont abordés plus loin dans le chapitre.

## 6.2 Les participants

### 6.2.1 Résidents : Caractéristiques personnelles

Comme mentionné dans le chapitre portant sur les résultats, les cinq résidents ont des caractéristiques personnelles semblables. Effectivement, ceux-ci sont plus jeunes que les autres résidents de l'établissement et des autres CHSLD, la moyenne de leur âge se situe à 63,8 ans. Par la suite, les cinq résidents sont des hommes célibataires ou divorcés avec un faible niveau de scolarité. Ces caractéristiques personnelles des résidents appuient la littérature recensée. En effet, la revue de littérature de Selmi (2014) qui porte sur les interventions infirmières auprès des personnes âgées résidentes dans un établissement où elles peuvent consommer de l'alcool souligne que la majorité des aînés qui consomment de manière importante sont plus jeunes que le reste des résidents de l'hébergement. De plus, cet auteur affirme qu'il existe une plus grande proportion d'hommes célibataires qui consomment de l'alcool dans les milieux d'hébergement (Selmi, 2014).

De plus, les cinq résidents consommaient déjà des SPA à leur arrivée au Manoir de l'âge d'or. Ainsi, ceux-ci se retrouvent dans la catégorie des consommateurs précoces qui a été décrite dans le deuxième chapitre portant sur l'état des connaissances. Selon la littérature consultée, les consommateurs précoces constituent la majorité des consommateurs âgés, et ils ont normalement un passé de consommation (Marquette et al, 2010).

## 6.2.2 Professionnels : Manque de formations et de connaissances spécifiques

La situation qui a eu lieu la première journée, soit un employé qui trouve de la cocaïne et que l'opinion de l'étudiante est demandée car personne ne sait quoi faire avec la substance, démontre les difficultés du Manoir de l'âge d'or en lien avec la gestion de SPA. Cette situation vient corroborer ce qui est observé dans la littérature scientifique. Effectivement, comme le souligne Graziani (2010), la consommation de SPA auprès des aînées en établissement engendre plusieurs défis et complications à l'équipe médicale. Par la suite, la première personne qui a trouvé le sachet de cocaïne dans l'hébergement n'a pas informé le chef de l'unité, car elle croyait que c'était un sachet de cannabis. Cette situation démontre le manque de connaissances des professionnels sur les SPA. Selon la littérature consultée, le personnel soignant devrait avoir plus de connaissances et de formations spécifiques sur les enjeux entourant la consommation de SPA considérant leur grande proximité avec les résidents (Paille, 2014). D'ailleurs, quelques auteurs soulignent que les équipes médicales peuvent parfois éviter ou ignorer la consommation de SPA des résidents à cause de leur manque de connaissance spécifique. Certains soignants ne se sentent pas équipés pour aborder cette souffrance que la consommation de SPA peut apporter (Leurs et *al*, 2010 ; Menecier et *al*, 2003). Ainsi, ce manque de formation peut engendrer des interventions inappropriées avec les résidents qui consomment des SPA. Lors d'un caucus entre deux employés, suite à la trouvaille du sachet de cocaïne, une employée affirme qu'elle trouvait bizarre depuis quelques jours le résident soupçonné. Cependant, elle explique avoir attribué ses symptômes et ses comportements à la maladie. Ce résultat vient également appuyer les textes scientifiques. Gauthier (2013) explique notamment que les symptômes et les maux associés à une consommation fréquente de SPA sont souvent confondus avec ceux de maladie, de perte d'autonomie ou reliés à l'âge. En plus de témoigner du manque de formation et de connaissances spécifiques des professionnels de la santé, cet évènement démontre également un manque de procédure en lien avec les substances non régulées au Manoir de l'âge d'or. Comme mentionné dans le chapitre portant sur les résultats, personne ne savait comment réagir face à cet évènement. Ceci soutient l'idée de plusieurs chercheurs, soit qu'il manque de consensus concernant les meilleures méthodes à adopter envers cette clientèle (Graziani, 2010 ; Rouleau et *al*, 2011). Toutefois, contrairement à ce qui est rapporté dans la littérature, la consommation de SPA des résidents est prise en compte quotidiennement au Manoir de l'âge d'or (plan de consommation, présence d'une éducatrice). En effet, plusieurs



auteurs affirment que la consommation de SPA en générale dans les centres d'hébergement est considérée seulement si elle est dérangeante ou dangereuse (Selmi, 2014), ce qui n'est pas le cas au Manoir de l'âge d'or.

### 6.3 Les entrevues individuelles

#### 6.3.1 Discussions informelles et enregistrements

Lors des entrevues individuelles auprès des résidents, l'étudiante a remarqué que certains avaient des discours différents lors des discussions informelles comparativement aux entrevues enregistrées. Par exemple, en discussion informelle, un résident dit avoir déjà eu peur d'un employé ou encore qu'il ne reçoit aucune aide. Par contre, lors de l'entrevue, le même résident dit que les employés sont gentils et courtois. L'étudiante s'est questionnée sur ce changement de discours en peu de temps. Est-ce que le fait que les entrevues soient enregistrées décourage les résidents à dire ce qu'ils ressentent réellement ? Est-ce que ceux-ci ont peur des réactions du Manoir de l'âge d'or en lien avec leurs confessions ? Est-ce que le résident en question a voulu se conformer socialement, c'est-à-dire se conformer aux normes sociales, et accepter les façons de penser ou de se comporter de la majorité des gens (Lapointe, 2015). Peut-être que le résident a honte d'avoir ressenti de la peur envers un employé, ainsi il minimise ce qu'il vit ? L'étudiante n'a pas questionné le résident sur son changement de discours, par contre, ce changement est questionnable. Est-ce que les résultats auraient été différents si l'étudiante n'avait pas enregistré les entrevues ? Effectivement, dans l'étude d'Anaïs Theviot (2021) qui porte sur les enjeux méthodologiques du confinement et des entretiens à distance, celle-ci affirme que certains participants ont eu des réticences à se faire enregistrer ou filmer, car ils avaient peur de dire des « bêtises » lors de l'entrevue. Ainsi, certains participants ont refusé de participer à l'entretien à cause de l'enregistrement (Theviot, 2021). Il est donc possible que l'enregistrement ait réellement modifié les réponses du résident lors de l'entrevue avec l'étudiante. Par conséquent, il s'agit d'une possible limite dont il faut tenir compte. Par ailleurs, il serait pertinent d'effectuer une réflexion méthodologique sur le recours à l'enregistrement d'entrevues avec des populations en situation de vulnérabilité.

### 6.3.2 Insatisfactions des résidents au Manoir de l'âge d'or

Les entrevues individuelles avec les résidents ont rapporté plusieurs insatisfactions concernant le Manoir de l'âge d'or. Tout d'abord, les cinq résidents questionnés ont affirmé vivre beaucoup d'ennui et de solitude dans l'hébergement. En effet, plusieurs chercheurs sont en mesure d'établir une relation entre la solitude et la vieillesse (Paille, 2014; Selmi, 2014). Selon la littérature recensée, environ une personne âgée sur quatre souffrirait de solitude et aurait souhaité faire plus d'activité sociale au cours de la dernière année (domicile et hébergement) (Kirouac et Charpentier, 2018). Effectivement, les résidents questionnés lors de l'entrevue auraient apprécié avoir plus d'activités, notamment plus adaptées à leur forme physique et davantage de sortie à l'extérieur. Considérant que les résidents consommateurs de SPA se distinguent du profil type de CHSLD, les textes scientifiques affirment que les centres pour personnes âgées sont parfois moins équipés pour offrir des services adaptés à cette clientèle plus jeune (Selmi, 2014). Par la suite, les résidents ont dit ne pas avoir assez de soutien spécialisé et individualisé en lien avec leur consommation de SPA au Manoir de l'âge d'or. D'ailleurs, quelques résidents croient que les employés manquent de formation et de temps pour les aider. Encore une fois, ces observations viennent corroborer la littérature. En effet, selon le texte de Menecier et *al* (2003), l'équipe médicale a parfois tendance à laisser les résidents à eux-mêmes, étant donné leur faible connaissance sur le sujet et leur gêne à discuter de SPA. Pour finir, certains résidents ont déclaré qu'il y avait un manque de communication, de considération et d'écoute de la part des professionnels de l'établissement. Ceux-ci ont l'impression que les employés manquent de sensibilité envers leur réalité. Effectivement, la littérature consultée reconnaît le manque de considération envers cette clientèle. D'ailleurs, le texte de Menecier et *al* (2003) émet l'hypothèse que contrairement à certains écrits, les résidents consommateurs sont généralement connus par l'établissement, mais ne sont pas considérés. Les auteurs rapportent que ce manque de considération peut s'exprimer parfois comme du déni chez les professionnels de l'hébergement, ce qui reflète un problème plutôt de l'ordre du savoir-être que du savoir-faire. De plus, le texte de Menecier et *al* (2003), soulève l'importance de la communication entre les différents acteurs de l'établissement (équipe médicale, famille, gestionnaires, résidents) pour améliorer la cohérence dans les soins.

### 6.3.3 La consommation de SPA au Manoir de l'âge d'or et les conséquences

Évidemment, lors des entrevues individuelles des résidents, plusieurs éléments sont ressortis concernant la consommation de SPA. Tout d'abord, les principales raisons de consommations évoquées par les résidents étaient: pour s'évader, pour avoir de la joie de vivre, pour oublier des événements du passé, pour tolérer la solitude ainsi que pour atténuer des symptômes de maladie physique et psychologique. Les éléments rapportés par les résidents appuient la littérature. Effectivement, la consommation de SPA permet aux personnes âgées d'éliminer leurs pensées négatives ou encore de mettre de la couleur dans leur vie selon plusieurs auteurs (Gauthier, 2013; Paille, 2014). De plus, plusieurs auteurs dressent un lien entre la solitude et la consommation de SPA chez les personnes âgées (Pérodeau, Guidon et Goyer, 2001; Paille, 2014; Selmi, 2014). Effectivement, les auteurs déclarent que les personnes âgées subissent habituellement un rétrécissement de leur cercle social avec l'âge. Ainsi, plusieurs personnes peuvent souffrir de solitude. La solitude peut engendrer de la souffrance psychologique chez l'individu, et par conséquent elle peut avoir un impact sur la consommation de SPA (Pérodeau, Guidon et Goyer, 2001; Paille, 2014; Selmi, 2014). Par contre, la littérature rapporte que la raison principale de consommation de SPA chez les personnes âgées est pour faire face à leur nouvelle réalité (perte d'autonomie, retraite, deuil, etc.) (Forget, 2000; Paille, 2014; Pérodeau, Guindon et Goyer, 2001), mais cela n'a pas été nommé par les résidents qui ont été questionnés dans le cadre de ce projet. Toutefois, malgré que cela n'a pas été énoncé par les résidents, il est logique de penser que le changement de milieu de vie, par exemple passer de l'hôpital ou la rue au Manoir de l'âge d'or aurait pu influencer leur consommation de SPA à la hausse. Selon les réponses rapportées par les résidents, c'est cependant le contraire qui est observé. Effectivement, la consommation de SPA des résidents a diminué depuis leur arrivée au Manoir de l'âge d'or, ce point est abordé dans le prochain paragraphe.

Ensuite, les résidents ont évoqué les principales conséquences de leur consommation de SPA. Les résidents ont mentionné plusieurs conséquences négatives de leur consommation, soit physiques et psychologiques. En effet, certains résidents ont déclaré souffrir de cirrhose, de crise d'épilepsie, d'agressivité ou d'anxiété suite à leur consommation de SPA. La littérature souligne qu'une grande quantité de SPA peut réduire les capacités du corps à combattre, ce qui peut engendrer plusieurs problèmes de santé physique, de comportements et d'anxiété (Gauthier, 2013; Graziani, 2010;

Leurs et *al*, 2010; Paille, 2014). Pour finir, les cinq résidents questionnés ont affirmé que depuis qu'ils sont au Manoir de l'âge d'or, leur consommation de SPA a diminué. Cette information a questionné l'étudiante. Pourquoi la consommation de SPA des résidents a-t-elle diminué ? Peut-être que le fait d'arriver dans un nouvel environnement avec des règles plus strictes (plan de consommation, règles intérieurs) a fait diminuer leur consommation de SPA ? Comme souligné dans le chapitre portant sur les résultats, chaque résident a un plan de consommation. Comment le Manoir de l'âge d'or a-t-il réussi à mettre sur pied un système de gestion d'alcool et de cannabis dans un hébergement pour personnes âgées ? Dans la littérature, il y a quelques études en lien avec des programmes de gestion d'alcool (PGA) avec des populations similaires (personnes en situation d'itinérance). Ces programmes de gestion d'alcool incluent plusieurs éléments, notamment un hébergement sécuritaire, un plan de consommation, du soutien psychosocial et médical, entre autres. Ces services peuvent également être implantés dans certains établissements pour personnes âgées (Motta-Ochoa et *al*, 2022). Une revue systématique de la littérature montre que les programmes de gestion d'alcool qui offrent un hébergement et autorisent une quantité d'alcool prédéfinie, par exemple le plan de consommation du Manoir de l'âge d'or, ont comme résultats une diminution de la consommation d'alcool chez les usagers, une stabilisation des habitudes de consommation, une diminution des interactions avec le corps policier et une diminution des visites hospitalières (Flores-Aranda et Toussaint, 2018). Ainsi, cela vient peut-être expliquer la réduction de consommation de SPA des résidents du Manoir de l'âge d'or. Il est important de souligner que les programmes de gestion d'alcool s'appuient sur une approche de réduction des méfaits.

Comme mentionné, l'étudiante s'est également appuyée sur la posture de réduction des méfaits pendant son projet d'intervention. D'ailleurs, cette approche a facilité le lien de confiance de l'étudiante avec les résidents. L'étudiante a présenté le projet comme étant un comité pour discuter de la consommation de SPA au Manoir de l'âge d'or. Par contre, à aucun moment, l'étudiante n'a évoqué l'arrêt de consommation ou l'abstinence, mais elle a plutôt mis de l'emphase sur l'amélioration de la situation autour de la consommation. L'étudiante a tenu pour acquis que les substances sont présentes de manière durable à l'hébergement. De plus, l'étudiante a vu les résidents au-delà de la consommation, c'est-à-dire comme des individus à part entière, et pas seulement des consommateurs, comme souligné dans les programmes de gestion d'alcool (PGA). Bref, l'unité spéciale du Manoir de l'âge d'or pourrait être considérée comme un programme de

gestion d'alcool tel que décrit par Motta-Ochoa et *al* (2022). Toutefois, le Manoir de l'âge d'or se distingue des PGA par la gestion de la consommation de cannabis et du tabac également.

Par ailleurs, il peut être intéressant d'évoquer la notion même de la réduction des méfaits. Dans les années 1980, le concept de réduction des méfaits commence à faire son entrée dans le vocabulaire de la santé publique. Et selon certains auteurs, cette approche s'est peu à peu « institutionnalisée » (Roe, 2005). La réduction des méfaits s'est développée comme une approche visant à dénoncer les inégalités dans le système social et à encourager une reprise de pouvoir chez les individus. Le recours à cette approche par différentes instances, dont des organismes publics, a mené, selon certains auteurs, à une forme de réduction des méfaits « institutionnalisée ». Celle-ci tend davantage à l'individualisation, la responsabilisation des individus et le calcul des coûts sociaux (Boucher et *al.*, 2017). Aussi, dans la réduction des méfaits « institutionnalisée », les individus sont perçus comme des êtres à « protéger ». Naturellement, cette nouvelle façon de voir les choses s'éloigne des origines militantes de la réduction des méfaits (Momméja, 2022). Certains auteurs expliquent que le gouvernement cherche l'option la moins coûteuse pour la société, ainsi il est plus facile de protéger les individus des risques que de réellement changer le système social. D'autres auteurs affirment même que le concept de réduction des méfaits est rendu une forme de « marketing » de la part des gouvernements, et que ceux-ci désirent démontrer à tout coup que la stratégie est efficace (Roe, 2005). Tel que parfois les moyens ou les instruments pour calculer la réussite peuvent être questionnables. Ainsi, une distance et des contradictions s'installent entre la pensée « militante » de la réduction des méfaits et la version « institutionnalisée » (Momméja, 2022). À travers les entrevues avec les professionnels, il est effectivement possible de voir la responsabilisation que les professionnels et l'hébergement accordent aux résidents qui consomment des SPA. Au Manoir de l'âge d'or, la réduction des méfaits semble être appliquée parfois de manière « institutionnalisée », mais également selon la vision plus traditionnelle.

#### 6.3.4 Les conséquences de la consommation de SPA : L'impact des perceptions négatives sur les offres de services des résidents

Lors des entrevues avec les professionnels, plusieurs d'entre eux semblaient avoir des perceptions négatives envers les consommateurs de SPA du Manoir de l'âge d'or. Tout d'abord, l'étudiante a remarqué qu'il y avait plusieurs discours antagonistes entre les approches que les professionnels

disaient préconiser à l'établissement et leurs propos. Notamment, les employés affirment mettre de l'avant l'approche de la réduction des méfaits. Comme mentionné dans le chapitre portant sur le cadre théorique, la réduction des méfaits ne vise pas l'arrêt de consommation, mais la diminution des conséquences associées à celle-ci (Brisson, 1997). Par contre, au cours des entrevues, plusieurs propos des professionnels tournent autour de l'abstinence. L'abstinence se définit par Brisson (2014), comme étant l'élimination de l'usage. Par exemple, les professionnels se demandent ce qui ferait en sorte que les résidents entrevoient une vie sans consommation ou encore ce qu'il manque aux résidents dans la vie pour cesser leur consommation. De plus, les textes scientifiques portant sur la réduction des méfaits soutiennent que celle-ci s'appuie sur deux philosophies. Tout d'abord, le pragmatisme qui soutient que les SPA sont là pour rester et par la suite l'humanisme qui défend l'idée que le consommateur est digne de respect et a des droits (Brisson, 1997 ; Landry et Lecavalier, 2003). En effet, selon les principes de l'humanisme, les professionnels doivent aller à la rencontre des usagers, offrir divers services et favoriser l'empowerment (Brisson, 2014). Par contre, les propos de certains professionnels de l'établissement ne semblent pas être dans l'esprit de l'humanisme, notamment quand les professionnels affirment que les résidents consommateurs ne changeront jamais. Comment les employés et les gestionnaires du Manoir de l'âge d'or peuvent affirmer mettre de l'avant l'approche de la réduction des méfaits alors que certains professionnels semblent manquer d'humanisme ? Comme le souligne Brisson (2014), l'approche humaniste nécessite d'offrir plusieurs moyens selon les besoins des usagers. Ses services doivent être à bas seuil d'exigence, c'est-à-dire faire preuve de flexibilité avec les individus. Par exemple, le milieu ne doit pas demander l'abstinence et doit voir les personnes au-delà de la consommation (Brisson, 2014).

Par la suite, les employés affirment mettre de l'avant le respect au Manoir de l'âge d'or, par contre, certains de leurs propos démontrent le contraire. En effet, au cours des entrevues avec les professionnels, l'étudiante a constaté que les employés avaient plusieurs perceptions négatives envers les résidents qui consomment des SPA. Notamment, les professionnels pensent : « qu'ils sont des alcooliques, qu'ils ne changeront jamais, qu'ils se « foutent » de leur consommation, qu'ils ne sont pas présents mentalement, qu'ils sont antisociaux, qu'ils profitent du système, qu'ils sont dangereux, qu'ils manipulent le personnel pour consommer davantage » et plus encore. Ces perceptions négatives et ses propos stigmatisants ont certainement des impacts sur la disponibilité

et le rôle de soutien des professionnels auprès des résidents qui consomment des SPA. En effet, comme indiqué dans le chapitre portant sur le cadre théorique dans la section de la perspective anti-oppressive afin de « sortir » des oppressions, les intervenants se doivent de faire une auto-réflexion sur leurs situations personnelles, soit leurs valeurs, leurs perceptions et leurs expériences. Comme le souligne Lee et *al* (2017), l'auto-réflexion permet entre autres aux intervenants de mieux comprendre (prise de conscience) les rapports de pouvoir ou encore les messages sociaux qui dominant dans l'institution. Naturellement, prendre en considération sa propre situation personnelle en lien avec les messages sociaux dominants a un impact sur la relation avec le client. Comme le souligne le texte de Lee et *al* (2017), aucun intervenant ne peut être neutre, les expériences personnelles contribuent aux systèmes de domination de la société. Ainsi, inconsciemment ou consciemment, les employés de l'établissement peuvent contribuer à maintenir les résidents dans l'oppression. De plus, Lapierre et Lévesque (2013) déclarent que pour s'inscrire dans l'approche anti-oppressive, les intervenants doivent croire que le changement social est possible. Toutefois, malgré que les professionnels n'ont pas été questionnés sur cette notion, les observations de l'étudiante semblent démontrer que les intervenants ne croient pas aux changements sociaux auprès des résidents qui consomment des SPA.

Les auteurs expliquent que notre vécu et nos croyances peuvent influencer nos comportements. Ainsi, les expériences personnelles des professionnels influencent leurs représentations concernant les personnes âgées qui consomment (Menecier et *al*, 2019). D'ailleurs, selon Menecier et *al* (2019) la majorité des soignants ont des perceptions négatives envers l'alcool et les personnes qui en consomment, ce qui engendre peu de bien-être dans la relation entre le soignant et le soigné. Ces perceptions négatives peuvent causer du rejet de la part des soignants. Ainsi, le fait que les professionnels aient ces perceptions négatives impacte certainement leurs interventions quotidiennes envers les résidents. En effet, la littérature consultée souligne que les soignants peuvent avoir des difficultés à établir une relation de confiance avec un individu, lorsque ce dernier a une position contraire à leurs valeurs. Par exemple, certains professionnels peuvent dénigrer la consommation d'alcool et voir cela comme étant uniquement nuisibles sans prendre en compte les bénéfices que l'alcool peut apporter aux résidents (Menecier et *al*, 2019).

### 6.3.5 Divergence entre le discours des résidents et des professionnels lors des entrevues

Les entrevues individuelles ont permis à l'étudiante de récolter beaucoup d'informations sur la situation de consommation de SPA au Manoir de l'âge d'or. Par contre, comme souligné dans le chapitre portant sur les résultats, il y a quelques points qui divergent entre les résidents et les professionnels. Tout d'abord, les résidents affirment ne pas recevoir d'aide en lien avec leur consommation de SPA, tandis que les professionnels déclarent qu'il y a plusieurs services et du soutien en place en lien avec leur consommation. Les résidents voient plusieurs éléments (aide pour le budget, plan de consommation) comme du contrôle alors que les professionnels le voient comme de l'aide. Par la suite, les résidents affirment ne pas recevoir d'aide spécialisée en consommation, ce qui est contredit par certains professionnels qui déclarent avoir des formations sur la consommation de SPA. Peut-être que la perception ou la définition de soutien est différente pour les deux groupes ? Peut-être que les services mis en place par l'établissement ne répondent pas aux besoins des résidents consommateurs ? Cette situation peut illustrer une forme d'injustice épistémique (Gobrie, 2019). Les résidents subissent peut-être une injustice de témoignage, c'est-à-dire que les gens, dont les professionnels de l'établissement, accordent peut-être moins d'importance à leurs discours ou peut-être que ceux-ci sont incapables de nommer ou identifier ce qu'ils ressentent à cause de la stigmatisation dont ils sont objet (Gobrie, 2019) ? Le texte de Godrie (2019) discute de l'injustice herméneutique. Cette injustice se définit lorsqu'il n'y a aucun mot pour décrire une catégorie de souffrance. Ainsi, les individus peuvent avoir de la difficulté à faire reconnaître ce qu'ils vivent, ce qui peut apporter de la souffrance physique, psychologique et du refoulement de leurs émotions chez ses personnes. Cela expliquerait peut-être pourquoi les résidents ne sont pas capables d'articuler leurs besoins. De plus, Godrie (2019) soulève que pour aller contre l'injustice épistémique, il faut s'assurer que chaque acteur du projet (chercheurs, usagers) soit reconnu comme expert du sujet, ce qui permettrait aux résidents de ne plus vivre d'injustice de témoignage.

De plus, les résidents affirment que le personnel est toujours dans le bureau, alors que les employés qui travaillent sur l'étage spécialisé en consommation et itinérance affirment passer beaucoup plus de temps sur le plancher que sur les autres étages. Ces exemples démontrent le manque de communication entre les divers acteurs du Manoir de l'âge d'or et le manque de considération que les résidents peuvent vivre. Comme souligné plus haut dans la section : Insatisfaction des résidents



du Manoir de l'âge d'or, la littérature reconnaît le manque de considération et de communication auprès des personnes âgées qui consomment des SPA (Menecier et *al*, 2003). En effet, la littérature souligne que la considération des professionnels envers les résidents consommateurs peut être superficielle, la consommation de SPA est tabou et peu discutée avec les résidents (Selmi, 2014).

## 6.4 Le comité des résidents

### 6.4.1 Type de participation : Co-construction

Comme souligné, le comité a permis aux résidents de co-construire l'intervention collective et de faire passer le « message » aux professionnels de l'établissement, afin que les services mis en place dans l'hébergement répondent à leur réalité et besoin. En effet, le comité a été un espace pour les résidents afin qu'ils s'entendent sur les éléments à agir (revendiqué). Les résidents se sont entendus pour dire que ceux-ci ressentaient beaucoup d'ennui, de contrôle, d'un manque de considération et de soutien en lien avec leur consommation de SPA au Manoir de l'âge d'or. De cette façon, le comité a permis de donner la voix aux résidents pour que ceux-ci s'expriment aux acteurs clés de l'établissement. Ainsi, on peut affirmer que la participation des résidents a été élevée dans le projet, considérant la co-construction et l'intervention collective. La littérature recensée affirme d'ailleurs que dans les approches participatives, il y a différent degré d'engagement possible (Loignon et *al*, 2018). La littérature consultée nous permet de constater que plusieurs recherches, qualifiées comme participatives, sont en réalité seulement des recherches consultatives. Afin d'être dans une recherche participative, les participants doivent avoir un droit décisionnel sur ce qui se passe (Loignon et *al*, 2018). Dans le comité du Manoir de l'âge d'or, les résidents sont vus comme des partenaires au projet (pouvoir décisionnel), ainsi l'intervention collective est de nature participative. Selon Loignon et *al* (2018), « une recherche engagée devrait permettre une participation active, équitable et réelle des personnes » (p.6). Comme le souligne cet auteur, il doit y avoir un mélange des trois savoirs, soit les savoirs universitaires et théoriques, les savoirs d'actions et d'engagement et les savoirs expérientiels dans les projets de recherches (Loignon et *al*, 2018). Effectivement, le savoir scientifique (chercheur, expert), ne doit pas être le seul considéré. Le savoir expérientiel des participants ainsi que le savoir d'actions et d'engagement (revendications, actions) doivent être pris en compte avec la même importance. La combinaison des trois savoirs

permet entre autres de co-construire les savoirs afin que le résultat soit représentatif de tous (Loignon *et al.*, 2018).

#### 6.4.2 Constitution du groupe : Impact sur le groupe

Selon Turcotte et Lindsay (2019), la constitution d'un groupe a beaucoup d'impact sur le déroulement et les résultats de l'intervention. Le comité du Manoir de l'âge d'or était composé de cinq hommes consommateurs avec plusieurs ressemblances socio-démographiques, comme souligné plus haut dans le chapitre. Ainsi, le comité des résidents était un groupe considéré homogène. Selon la littérature consultée, il est important d'avoir un certain degré d'homogénéité pour que la cohésion se développe dans le groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). Par contre, l'étudiante s'est questionnée sur les impacts de la taille du groupe et de la grande homogénéité du groupe sur la prise de décision ? Comme mentionné, dans le chapitre portant sur les résultats, le groupe a réussi à faire plusieurs consensus facilement au cours des différentes rencontres. Effectivement, Turcotte et Lindsay (2019) affirment que lorsque la cohésion et l'homogénéité sont trop fortes, les participants cherchent à maintenir la paix et l'équilibre et par le fait même à éviter les conflits, ainsi, le consensus est facile à obtenir. De plus, les textes scientifiques examinés affirment qu'un groupe trop homogène peut avoir de la misère à voir et faire les choses différemment. Ainsi, un groupe trop semblable peut avoir des difficultés à échanger (Turcotte et Lindsay, 2019), ce qui expliquerait la facilité de consensus du groupe et la moins grande variété de divergence. Ensuite, la littérature consultée affirme que la taille d'un groupe a un impact sur le fonctionnement du groupe, notamment sur la prise de décision, la cohésion et l'intimité (Turcotte et Lindsay, 2019). Par exemple, le groupe n'a pas eu de difficulté à choisir le médium de communication. Aussitôt qu'un résident a évoqué l'infographie ou encore la présentation en présentiel, le consensus s'est fait rapidement, peu de résidents ont apporté des alternatives. Ainsi, le groupe semble avoir été affecté par la grande homogénéité. Pour finir, l'étudiante s'est demandé si le fait que les résidents se connaissent majoritairement avant l'intervention a eu un impact sur le développement de l'intimité et la cohésion dans le groupe. Comme mentionné dans le chapitre portant sur les résultats, la cohésion et l'intimité sont arrivées rapidement dans le groupe. Considérant la familiarité entre les membres, l'étudiante pense que l'interaction du groupe a été plus facile. En effet, les textes scientifiques démontrent que l'intimité des membres augmente lorsque le groupe développe de la familiarité. Ainsi, il est probable que l'intimité et la cohésion se

soient développées plus rapidement, considérant la connaissance des individus avant le début du groupe (Turcotte et Lindsay, 2019).

#### 6.4.3 Présentation de l'infographie

Lorsque le groupe a décidé de faire une présentation pour montrer l'infographie, celui-ci avait demandé à l'étudiante d'inviter plusieurs personnes. Par contre, seulement deux personnes sur cinq avaient confirmé leur présence. Cela avait contrarié le comité des résidents, car le groupe voyait la présentation de l'infographie, comme une opportunité d'être considéré. Finalement, lors de la présentation de l'infographie, d'autres gestionnaires et employés étaient présents. Un gestionnaire a décidé d'inviter d'autres acteurs clés du Manoir de l'âge d'or, car il trouvait la présentation importante. Cela démontre l'ouverture du milieu au projet d'intervention. Pendant la présentation de l'infographie, l'étudiante a remarqué que certains résidents minimisaient leurs émotions et leur réalité lors des échanges avec les employés et les gestionnaires. Ainsi, l'étudiante s'est questionnée sur ce comportement. Après une réflexion, les résidents ont peut-être agi avec un biais de désirabilité sociale. Selon Paulhus (1991), la désirabilité sociale se définit par la tendance d'une personne à agir de manière socialement acceptable pour montrer ses meilleures facettes. En effet, le biais de désirabilité sociale semble avoir eu un impact sur la présentation de l'infographie. Peut-être que les résidents étaient impressionnés par le statut des gestionnaires et voulaient leur faire une belle impression ? Peut-être que les résidents n'étaient pas à l'aise de parler publiquement à des personnes avec un certain statut ? Peut-être que les résidents avaient peur d'être perçus comme des individus qui se plaignent ou qui avaient peur de perdre certains « privilèges » considérant qu'ils nommaient des « faiblesses » de l'hébergement ? La littérature consultée souligne que le biais de désirabilité sociale, vouloir bien se présenter socialement, est provoqué par la présence de deux éléments, soit la nature des questions (sujets traités, sujets délicats) et la présence d'une personne clé (Butori et Parguel, 2010). Effectivement, d'autres études démontrent que le biais de désirabilité sociale diminue quand les informations rapportées par les participants restent confidentielles (Lapointe, 2015). Dans la situation de la présentation de l'infographie, les deux éléments sont présents soit le sujet de consommation de SPA (délicat) et la présentation devant plusieurs acteurs imposants du Manoir de l'âge d'or. Ainsi, il est logique de penser que les résidents ont agi dans un biais de désirabilité sociale.

Ensuite, la présentation de l'infographie est directement reliée à l'approche de l'empowerment qui est décrite dans le chapitre portant sur le cadre théorique. Évidemment, le fait que les résidents présentent par eux-mêmes leurs revendications (intervention collective) permet de reconnaître leurs capacités pour modifier leur propre environnement. Effectivement, comme le souligne Lemay (2007), acquérir du pouvoir pour changer leurs conditions de vie est la base de l'empowerment. Les textes scientifiques examinés soulignent qu'étant donné la grande capacité de changement des individus et les nombreuses façons d'arriver à l'action, l'intervenant doit soutenir de plusieurs façons le groupe. Comme le souligne Lemay (2007), une dimension importante du soutien est d'établir des liens entre les différents acteurs importants dans leur situation. Au Manoir de l'âge d'or, ce qui est visé est un changement au niveau des structures de l'établissement. Ces changements au niveau des structures s'inscrivent dans un changement social, tel que défini par Le Bossé (2003). Aussi, il semble important de nommer que le groupe souhaitait présenter l'infographie au personnel de l'établissement pour clore le projet d'intervention. Cependant, les gestionnaires du Manoir de l'âge d'or ont fait encore plus. Quelques gestionnaires ont pris la décision d'afficher l'infographie sur plusieurs étages de l'hébergement pour sensibiliser le plus d'employés possible et ont décidé de faire une réunion d'équipe pour revenir sur cette présentation et discuter concrètement de solution pour améliorer la situation des résidents consommateurs de la résidence. L'infographie a agi comme un canal de communication entre les résidents, les professionnels et gestionnaires. Cela diverge de la littérature consultée. En effet, comme souligné plus haut dans le chapitre, certains auteurs rapportent que le personnel en hébergement a parfois tendance à ne pas considérer et écouter les résidents (Menecier et al, 2003), ce qui n'est pas le cas dans cette situation.

Pour finir, la présentation de l'infographie appuie également la perspective anti-oppressive. Comme souligné dans le troisième chapitre portant sur le cadre théorique, l'intervention collective dans la perspective anti-oppressive se traduit par : « l'élaboration et la mise en œuvre d'actions et de revendications » (Lapierre et Levesque, 2013, p.57). Effectivement, lors de la rencontre finale, le comité a « revendiqué » les changements qu'ils souhaitent voir au Manoir de l'âge d'or. La présentation du comité a agi au niveau des structures sociales de l'établissement. Les auteurs, qui préconisent la perspective anti-oppressive, affirment que les changements doivent avoir lieu dans les structures sociales, politiques ou économiques (Buetti et al, 2019). Ensuite, la sensibilisation

du personnel à la réalité des consommateurs de SPA au Manoir de l'âge d'or avait un objectif de « libération d'oppressions ». Comme mentionné plus haut, plusieurs professionnels de l'établissement avaient des perceptions négatives des résidents et cela engendrait des impacts sur leurs conditions de vie à l'hébergement. Ainsi, la présentation visait entre autres à briser les perceptions, pour libérer les résidents des oppressions qu'ils peuvent vivre, comme mentionné plus haut dans le chapitre.

## 6.5 Discussion de mi-parcours et de fin parcours : retombées de l'intervention

Tout d'abord, les principales retombées du projet d'intervention sont d'avoir établi un canal de communication entre les différents acteurs et le fait que les quatre objectifs semblent avoir été travaillés. Par contre, l'étudiante a pu remarquer plusieurs autres retombées secondaires à travers le projet, notamment dans la démarche du groupe. Les retombées secondaires ont pu être constatées avec les discussions de mi-parcours et de fin-parcours. Par exemple, lors de la discussion de mi-parcours, deux résidents ont affirmé se sentir déjà plus écoutés par les professionnels. Ceci est très étonnant, considérant que l'infographie n'avait pas encore été présentée aux employés de l'hébergement, peut-être que ce sentiment est dû à une augmentation d'empowerment ? Les résidents ont peut-être plus de confiance en eux pour discuter avec les professionnels ? Comme souligné plus haut dans le chapitre, les résidents avaient une participation élevée au projet. La littérature consultée affirme qu'une participation active à un projet permet d'augmenter le sentiment d'empowerment et d'estime de soi des individus (DeRobertis, 1981 ; Loignon et *al*, 2018). De plus, comme mentionné, les résidents du comité ont été invités à contribuer au projet dès le commencement de l'intervention. Dès le début, l'étudiante a misé sur les capacités des individus à modifier eux-mêmes leur situation personnelle et leur a attribué un pouvoir décisionnel dans le projet. En effet, la littérature consultée sur l'approche d'empowerment déclare que l'un des objectifs est d'augmenter la capacité des personnes à agir sur leur situation. Ces personnes doivent être au centre de la démarche et doivent avoir une contribution importante, notamment un droit décisionnel dans la démarche (Le Bossé, 2003). Ainsi, dans le comité des résidents, l'étudiante était seulement une partenaire au projet de recherche. Comme le souligne Lemay (2007), l'approche de l'empowerment veut l'égalité des acteurs, tant le savoir professionnel qu'expérientiel est pris en compte. Ainsi, les résidents étaient peut-être plus à l'aise de discuter avec les professionnels.

Ensuite, lors de la discussion de fin parcours, quelques résidents disent à l'étudiante qu'ils se sentent davantage considérés et écoutés suite à la présentation de l'infographie. D'ailleurs, le sentiment d'espoir est invoqué par le comité, un résident affirme avoir vu une porte ouverte. Par la suite, comme démontré dans le chapitre portant sur les résultats, le degré de satisfaction des résidents concernant le projet d'intervention est élevé ainsi que leur confiance en la mise en place de l'intervention. Effectivement, la littérature consultée souligne que la satisfaction des individus dans une approche collaborative est habituellement élevée si la démarche a débuté selon leurs besoins et leurs préoccupations (Loignon et *al*, 2018). De plus, certains auteurs affirment que dans les groupes avec une forte cohésion, la confiance en soi des membres augmente (Turcotte et Lindsay, 2019). Comme mentionné plus haut dans le chapitre, la cohésion a été très rapide dans le groupe. Aussi, étant donné que la présentation de l'infographie s'est bien déroulée, le sentiment d'empowerment, de confiance en soi ainsi que de compétence a possiblement augmenté chez les résidents. En effet, selon Doré (2017), le sentiment de compétence est l'un des cinq principaux attributs de l'estime de soi, avec l'acceptation de soi, l'attitude envers soi, la valeur accordée à soi et le respect. Ainsi, avec l'augmentation du sentiment de compétence des résidents, tout porte à croire qu'il y a eu possiblement une augmentation de leur estime de soi. Selon Doré (2017), l'estime de soi se définit par « la résultante d'une évaluation subjective que la personne porte sur elle-même » (p.21). L'estime de soi engendre des impacts sur la façon de se percevoir, sur les comportements et la façon d'agir (Dorée, 2017). Bref, l'augmentation du sentiment de compétence, d'empowerment, de considération et d'estime de soi sont des retombées secondaires du projet d'intervention.

Par contre, entre les deux discussions (mi-parcours et fin), le degré de bien-être rapportés par les résidents a chuté. L'étudiante s'est questionnée sur la diminution du bien-être. Est-ce que cette diminution peut s'expliquer par le sujet de discussion du comité (sujet lourd) ? Est-ce que cela peut s'expliquer par la fin du groupe ? Quelques résidents ont nommé vivre des émotions négatives face à la fin du groupe (tristesse, peur). En effet, comme le soulignent Turcotte et Lindsay (2019), les membres d'un groupe peuvent vivre plusieurs émotions et ressentis négatifs à la fin d'un groupe. Notamment de la tristesse, de l'anxiété, un sentiment de perte, une perte de confiance en soi ou un sentiment d'abandon (Turcotte et Lindsay, 2019). Ainsi, la fin du groupe peut expliquer la diminution de bien-être observés auprès des résidents. Toutefois, afin d'atténuer les émotions

négligentes associées à la fin du groupe, l'étudiante a mis plusieurs choses en place. Elle a notamment bien préparé les résidents à la fin du groupe et à chacune des rencontres du comité, elle rappelait la personne ressource de l'établissement en cas de besoin. D'ailleurs, pendant toute la durée du projet, aucun participant n'est allé voir la personne ressource du Manoir de l'âge d'or.

## 6.6 Défis rencontrés lors du projet d'intervention

### 6.6.1 Défis de recrutement : préoccupation éthique

Comme mentionné dans le chapitre portant sur les résultats, le recrutement pour les résidents a été très rapide et facile. Effectivement, plusieurs résidents voulaient signer le document de consentement dès le premier contact avec l'étudiante. Cette situation a rendu mal à l'aise l'étudiante, elle a d'ailleurs refusé que les résidents signent le formulaire d'information et de consentement au premier contact. Cette situation a apporté un questionnement à l'étudiante concernant l'attitude des résidents et sur l'importance du consentement éclairé. Malgré que les résidents qui ont participé au projet de l'étudiante étaient considérés aptes, ils étaient en situation de vulnérabilité. En effet, l'étudiante avait le grand souci que les résidents comprennent les objectifs, les activités et le degré d'implication nécessaire au projet d'intervention. Selon la littérature consultée, il est d'ailleurs impératif que les participants puissent donner un consentement libre, éclairé et continu au projet de recherche. Pour ce faire, le chercheur doit transmettre toutes les informations nécessaires de la recherche aux participants potentiels, afin que ceux-ci puissent prendre une décision dite « éclairé » (Giroux, 2003).

Également soulignés dans le chapitre portant sur les résultats, certains résidents ont rapporté ressentir de l'ennui et de la solitude au Manoir de l'âge d'or. Ces sentiments peuvent peut-être expliquer la rapidité des résidents à vouloir s'engager au projet de recherche. Les résidents ont probablement apprécié le temps à discuter avec l'étudiante. Ainsi, les résidents ont peut-être pensé que s'ils acceptaient de participer au projet, ils passeraient d'autres moments à échanger avec l'étudiante ou ont vu l'intervention comme une activité pour se désennuyer. Par conséquent, peut-être que les résidents ont voulu s'engager dans le projet de recherche pour revivre des moments semblables, sans prendre en compte l'ensemble des éléments de la recherche. Par contre, comme le souligne Giroux (2003), le privilège thérapeutique ne peut pas être utilisé pour donner son

consentement. Les résidents doivent avoir tous les renseignements nécessaires pour donner un consentement libre et éclairé. Après réflexion, l'étudiante est soulagée d'avoir refusé que les résidents signent le formulaire de consentement dès la première rencontre, et d'avoir permis à ceux-ci de réellement prendre en compte les différents aspects de la recherche pour donner un consentement éclairé.

### 6.6.2 Le temps

Le deuxième défi rencontré au cours de ce projet est le temps. Comme soulevé dans le chapitre de la méthodologie, le projet d'intervention devait s'étendre sur 140 heures, soit de dix à quatorze semaines. Considérant que le projet d'intervention incluait deux activités majeures, le temps était une contrainte importante pour l'étudiante et a nécessairement eu des impacts sur les résultats. Six semaines ont été allouées au comité des résidents, ce qui est très court. Effectivement, selon Turcotte et Lindsay (2019), habituellement un groupe à court terme comporte entre une et cinq rencontres. Ainsi, il aurait pu être intéressant de prévoir une ou deux rencontres supplémentaires au groupe pour leur laisser davantage de temps pour co-construire leur intervention collective. D'ailleurs, comme souligné dans le chapitre des résultats, en ce qui concerne les stades de développement du groupe (préaffiliation/confiance, pouvoir et contrôle/autonomie, intimité/proximité, différenciation/interdépendance et séparation), le groupe semble avoir atteint seulement le stade: intimité/proximité selon le journal de bord de l'étudiante. Selon les auteurs, les stades de développement du groupe ont un impact lors de la séparation du groupe. Turcotte et Lindsay (2019) affirment que lorsque la séparation du groupe se fait après le stade différenciation/interdépendance, les participants en ressortent habituellement avec un sentiment de satisfaction et de compétence. Par contre, lorsque la séparation du groupe se fait aux stades de pouvoir et contrôle/autonomie ou le stade d'intimité/ proximité, les membres peuvent en ressortir avec des sentiments négatifs, notamment une perte de confiance ou un découragement envers sa situation (Turcotte et Lindsay, 2019). Ainsi, avec davantage de temps, le groupe aurait pu atteindre le stade de différenciation/interdépendance, ce qui aurait amélioré le « après » du groupe. Par contre, il est important de souligner qu'il est étonnant que le groupe ait atteint le troisième stade de développement (intimité/proximité) dans un groupe aussi court. L'étudiante pense que le fait que les résidents se connaissaient déjà avant le début du groupe a permis d'accélérer les stades de



développement. Bref, malgré que les objectifs aient été atteints par le groupe, il aurait été pertinent d'allonger le groupe d'une ou deux rencontres.

### 6.6.3 COVID-19

Le troisième défi rencontré est la COVID-19. Effectivement, la pandémie a eu des impacts directement sur les résultats de l'étudiante. Premièrement, quelques semaines après le début de son intervention, une éclosion a eu lieu au Manoir de l'âge d'or. Ainsi, pendant quelques semaines, l'étudiante ne pouvait pas se déplacer comme elle le souhaitait dans l'établissement. De cette façon, l'étudiante a seulement recruté cinq résidents au lieu de six ou huit comme elle le désirait au début. D'ailleurs, le fait que l'étudiante ne puisse pas se déplacer sur chaque étage pendant quelques semaines a peut-être nui à sa relation de confiance avec les résidents, car elle avait dit à ceux-ci qu'elle allait revenir les voir la semaine suivante, mais elle n'a pas pu le faire. Par la suite, la COVID-19 a probablement eu des impacts lors des entrevues individuelles, considérant que l'étudiante ainsi que les participants devaient respecter les mesures sanitaires et la distanciation physique en tout temps. Effectivement, l'étudiante devait porter un uniforme complet (chandail et pantalon), un masque N95 et des lunettes en contact des résidents et du personnel. De plus, les résidents devaient également porter un masque lorsqu'ils étaient en contact avec l'étudiante. Ainsi, l'équipement et la distance entre l'étudiante et les participants (résidents et professionnels) ont peut-être rendu l'intimité et la confiance plus difficile lors des entrevues individuelles considérant que le sujet traité était délicat. Pour finir, la pandémie a assurément eu un impact sur le comité des résidents également. L'étudiante et les résidents devaient évidemment respecter les mêmes mesures sanitaires que les entrevues individuelles. Comme mentionné dans le chapitre des résultats, les membres du groupe devaient laisser une chaise entre chaque participant autour de la table, ainsi cette distance a probablement impacté la cohésion et l'intimité dans le groupe. En effet, la littérature souligne qu'une grande distance entre les participants peut faire obstacle à la cohésion et l'intimité du groupe (Turcotte et Lindsay, 2019). De plus, parfois il était plus difficile de comprendre les résidents lorsqu'ils parlaient avec un masque. Comme le souligne la littérature consultée, le masque peut nuire à la relation avec le client. Notamment dans l'établissement d'une relation de confiance et dans la communication non verbale (Calvignac, 2020). Pour contrer ses difficultés, l'étudiante a discuté des obstacles avec les résidents, ainsi ceux-ci ne le prenaient pas

personnel quand les membres laissent une chaise vide à côté d'eux ou lorsque quelqu'un leur demandait de répéter.

#### 6.6.4 État de santé des résidents

Un quatrième défi rencontré est l'état des résidents. Comme souligné dans le chapitre des résultats, les résidents avaient des difficultés avec leur mémoire à long terme. Ainsi, l'étudiante a dû s'adapter considérablement à cette réalité. Elle a notamment dû répéter à plusieurs reprises les concepts et les thèmes abordés lors des rencontres du comité. Aussi, l'étudiante a dû faire des résumés en début et en fin de rencontre pour faciliter le processus de groupe. De cette façon, l'étudiante a dû revoir son organisation de rencontre, car beaucoup de temps était destiné au résumé et pour répéter. Donc, l'étudiante a utilisé le concept de syntonisation, défini comme un acte: « Fait pour un intervenant de cerner les préoccupations immédiates du groupe et de décoder le climat ambiant de façon à pouvoir adapter son action en conséquence » (Turcotte et Lindsay, 2019, p. 142). Cela explique notamment pourquoi les rencontres ont souvent dépassé l'heure qui leur était allouée. Pour la réussite du projet d'intervention, l'étudiante n'a pas eu d'autre choix de s'adapter à cette condition. En effet, comme le souligne Hugonot-Diener et al (2015), pour les participants avec des difficultés cognitives, il est impératif d'utiliser du vocabulaire simple et courant ainsi que de valider leurs compréhensions de la situation et des informations. De plus, la limitation de mémoire des résidents a nui au rôle de l'étudiante. Effectivement, l'étudiante n'a pas réussi à être en périphérie dans le groupe autant qu'elle le souhaitait. Malgré qu'elle a pu avoir un rôle moins central au fil des rencontres, elle a dû rester au centre. Les résidents étaient « dépendants » de l'étudiante pour les rencontres du comité, ceux-ci n'étaient pas en mesure de commencer les rencontres sans l'étudiante. Par contre, avec une adaptation, il a été facile de compléter l'intervention de groupe avec les résidents.

### 6.7 Éléments favorisant pour le projet d'intervention

#### 6.7.1 Le Manoir de l'âge d'or : Milieu physique et ouverture

Tout d'abord, le milieu physique du Manoir de l'âge d'or a été un élément favorisant dans le projet d'intervention. Considérant que la plupart des résidents sortent de leur chambre dans le jour, il a

été facile pour l'étudiante d'entrer en contact avec ceux-ci dans les divers milieux communs. Effectivement, la grande disponibilité des résidents a été aidant pour l'étudiante. Les résidents sortent peu du Manoir de l'âge d'or et ont peu d'activité leur étant destinée. Ainsi, les résidents étaient très disponibles pour l'étudiante, il a été facile de trouver des moments pour effectuer les entrevues individuelles et les diverses rencontres du comité des résidents. Par la suite, lors des entrevues individuelles, l'étudiante avait à sa disposition un bureau ou encore elle pouvait aller dans la chambre du résident en question, ce qui a permis d'avoir de l'intimité lors de l'entrevue. Pour finir, le local destiné au comité des résidents a été très aidant. Le local était parfait pour ce genre de rencontre. Comme mentionné au chapitre des résultats, les participants du comité pouvaient tous s'asseoir autour d'une grande table, ce qui favorisait les échanges, dont les dynamiques d'aide mutuelles. Comme mentionné également dans le chapitre portant sur les résultats, la qualité du local a un impact sur les phénomènes de groupe. Turcotte et Lindsay (2019) soulignent que la qualité du local a un impact sur l'intimité et sur le climat de confiance. Aussi, ces auteurs affirment que la stabilité du lieu facilite l'évolution du sentiment d'appartenance pour les membres du groupe (Turcotte et Lindsay, 2019).

Deuxièmement, l'ouverture du milieu d'intervention a été très aidant pour l'étudiante. En effet, contenue de la co-construction de l'intervention collective avec le comité des résidents du Manoir de l'âge d'or, l'étudiante ne pouvait garantir qu'elle serait le « résultat final du groupe ». Cependant à aucun moment, cela n'a posé problème à l'établissement. Au contraire, le Manoir de l'âge d'or a soutenu l'étudiante et lui a donné « carte blanche ». L'hébergement a accordé une grande confiance à l'étudiante. De plus, c'est les résidents qui ont décidé au cours des rencontres du comité de présenter leur infographie à des membres du personnel. Cette initiative des résidents a été très bien reçue des gestionnaires de l'établissement, ceux-ci ont pris au sérieux cette intervention et ont démontré une grande ouverture pour améliorer la situation des résidents consommateurs du Manoir de l'âge d'or.

#### 6.7.2 Soutien financier de l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD)

Évidemment, le soutien financier de l'IUD a été indispensable dans le cadre de ce projet d'intervention. Tout d'abord, une grande partie du montant a été alloué à la retranscription des verbatims des entrevues individuelles avec les dix participants. Cette aide a permis à l'étudiante de

se concentrer davantage dans l'élaboration du comité des résidents. Ensuite, l'autre partie du budget a été consacré au dédommagement financier des participants. Effectivement, considérant que le projet s'inscrit dans la co-construction, le dédommagement financier a permis de reconnaître la contribution des participants au projet. Le dédommagement financier a permis une cohérence avec le cadre théorique de l'étudiante, soit l'empowerment et l'approche anti-oppressive. Le montant alloué a également permis de reconnaître leurs expériences et leur vécu. Dans ce projet, les résidents étaient vus comme les experts de la situation, et le savoir expérientiel de ceux-ci était valorisé et reconnu. Cette position de l'étudiante converge avec les résultats de sondage de Rebecca Cheff (2018). Celle-ci a questionné des chercheurs sur les raisons de dédommagement de participants dans le cadre de recherche. Les chercheurs ont déclaré entre autres dédommager les participants afin de reconnaître la contribution et le savoir expérientiel de ceux-ci (Cheff, 2018).

## 6.8 Limites du mémoire

Ce présent projet de recherche-intervention a quelques limites. Tout d'abord, les cinq résidents qui ont participé au projet d'intervention avaient des caractéristiques personnelles très semblables, ainsi l'échantillon des résidents était très homogène. Cet échantillon homogène a certainement eu des impacts sur la transférabilité de la recherche. La transférabilité est définie par Kemp (2012) comme: « l'habileté à généraliser dans et au-delà du contexte d'étude » (p.121). Effectivement, si la même recherche était faite dans un autre CHSLD avec des résidents aux caractéristiques personnelles différentes, les résultats seraient possiblement distincts de ceux de la présente recherche. Par la suite, il est possible que les résidents aient été, au moment de l'entrevue ou lors des rencontres du comité, sous l'influence de SPA. Ceci peut influencer les perceptions et les ressentiments des situations vécues et rapportées. Cependant, notre démarche consiste à prendre en compte le point de vue de ces personnes, et de tenir compte de leur savoir expérientiel, ce qui permet d'agir dans un cadre de justice épistémique (Godrie, 2019). Godrie (2019) insiste sur l'importance de la justice épistémique, qui se traduit par la justice entre les différents savoirs (ex : scientifique vs expérientiel). Les propos rapportés par les résidents sont peut-être biaisés par les SPA, ce qui pourrait dans certains cas engendrer de fausses conclusions. Toutefois, malgré la possible intoxication aux SPA, l'étudiante a tenté d'accorder de la crédibilité à tous les participants. Il est important de souligner qu'à aucun moment, l'étudiante a jugé que ceux-ci étaient trop intoxiqués pour participer aux activités du projet. D'une autre part, il est important de souligner

qu'une recherche qualitative apporte beaucoup de subjectivité de la part du chercheur. Notamment, le chercheur est au centre de l'intervention. Afin d'être cohérente avec son cadre théorique, et plus particulièrement la perspective anti-oppressive, l'étudiante a effectué une démarche réflexive sur sa situation personnelle, notamment en lien avec la consommation de SPA et les personnes âgées. Effectivement, les expériences personnelles influencent notre façon de voir les choses, ainsi pour être consciente de son biais, l'étudiante a fait une démarche réflexive. Cela a entre autres permis à l'étudiante d'être sensible et vigilante afin de ne pas participer aux oppressions présentes dans le milieu d'intervention. De plus, il aurait pu être pertinent d'évaluer de manière objective les retombées de l'intervention, notamment lors du comité des résidents. Les sentiments de compétence, d'empowerment et d'estime de soi auraient pu être évalués à l'aide d'outils standardisés. Pour finir, comme mentionné plus haut, il se peut que les participants aient été soumis à un biais de désirabilité sociale (Lapointe, 2015) pendant le projet d'intervention, notamment lors des entrevues semi-dirigées ou lors des rencontres du comité. Par contre, pour contrer ce risque, l'étudiante a adopté une position de non-jugement envers les participants et a demandé aux résidents de même lors des rencontres du comité.

## 6.9 Apport de la présente recherche

Lors de la revue de littérature, l'étudiante a trouvé peu de recherches sur les personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA en contexte d'hébergement. Lorsqu'elle trouvait une recherche, c'était habituellement des chercheurs qui tentaient de faire un portrait de la consommation des personnes âgées pour différentes substances, mais les recherches avaient rarement lieu dans des centres d'hébergement pour personnes âgées (Leurs et *al*, 2010; Menecier et *al*, 2003; Selmi, 2014). Ainsi, cette recherche apporte un nouvel angle à littérature sur la consommation de SPA auprès des personnes âgées. Effectivement, pour une rare fois, les personnes âgées consommatrices de SPA sont directement impliquées dans le développement d'une intervention les concernant. Cette implication des résidents (co-construction) a eu plusieurs retombées positives auprès de la population comme mentionné plus haut dans le chapitre. Malgré plusieurs perceptions négatives envers cette population de la part du monde médical, l'intervention collective et l'intervention de groupe sont facilement accessibles avec les personnes âgées ou en perte d'autonomie consommatrice de SPA. D'ailleurs, la co-construction permet de mettre de l'emphase sur l'égalité, la justice épistémique, la justice sociale et l'empowerment (Godrie, 2019).

De plus, cette recherche avait deux populations cibles (résidents et professionnels) et cela a permis de voir la réalité de chaque population, ce qui est également peu commun dans les autres recherches sur le sujet. En effet, la revue de littérature de Selmi (2014), déclare qu'il est temps de faire une grande évolution de la pratique et de mettre davantage d'accent sur la vision et la sensibilisation du personnel.

Pour les prochaines recherches, il pourrait être pertinent de miser davantage sur le personnel des établissements des personnes âgées comme le suggère Selmi (2014) afin d'augmenter leurs connaissances. Peut-être, faire l'inverse ? C'est-à-dire construire une « intervention » avec le personnel pour que ceux-ci puissent communiquer avec les gestionnaires ? Comme mentionné, il manque de procédures claires face à la gestion de la consommation dans les milieux d'hébergement pour personnes âgées, il pourrait être pertinent de faire un comité avec les professionnels pour faire une base de procédures claires à présenter aux gestionnaires concernant la gestion des SPA ? Ou encore un comité des professionnels pour déconstruire leur perception négative envers les personnes âgées qui consomment ? Sinon, il pourrait également être pertinent de refaire un groupe avec les personnes âgées, mais au lieu de faire un groupe de tâche, faire un groupe basé sur l'entraide.

## CONCLUSION

L'intention du projet de recherche-intervention était de co-construire une intervention avec les personnes vivant en CHSLD qui consomment des SPA. La question de recherche était : dans un contexte d'hébergement pour personnes âgées ou en perte d'autonomie, comment co-construire avec des personnes ayant des enjeux associés à leur consommation de substances psychoactives, une intervention collective visant à sensibiliser et outiller les professionnels de la santé à mieux comprendre ce phénomène ? Quatre objectifs ont été ciblés pour ce projet de recherche-intervention. Tout d'abord, le premier objectif était de favoriser l'adéquation entre les besoins des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA et les services qui leur sont offerts par les professionnels en milieu d'hébergement. Pour y arriver, l'étudiante a tout d'abord fait des entrevues individuelles avec des résidents et des professionnels. Les entrevues individuelles ont permis à l'étudiante de prendre connaissance du point de vue des résidents ainsi que des professionnels sur la consommation de SPA au Manoir de l'âge d'or. Ensuite, afin de favoriser l'adéquation entre les besoins des résidents et les services offerts dans l'établissement, les résidents ont présenté leur infographie aux gestionnaires du Manoir de l'âge d'or. Cette présentation a permis d'établir la communication entre les différents acteurs. Le deuxième objectif était de favoriser « l'empowerment » des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA. Pour atteindre cet objectif, les résidents ont été impliqués rapidement dans le projet d'intervention. Effectivement, le comité des résidents a été construit selon les réponses des entrevues individuelles et selon les besoins des résidents. Le troisième objectif était de sensibiliser et augmenter les connaissances des professionnels en milieu d'hébergement à propos de la consommation de substance chez les personnes âgées en perte d'autonomie en contexte d'hébergement. Le dernier objectif du projet d'intervention était d'outiller les professionnels en milieu d'hébergement pour intervenir auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie qui consomment des SPA en milieu d'hébergement. Le troisième et le quatrième objectifs ont été répondus avec la présentation de l'infographie par les résidents aux professionnels et aux gestionnaires du Manoir de l'âge d'or ainsi que par la diffusion de ce mémoire.

Les entrevues individuelles ont permis de faire plusieurs constats sur le point de vue des résidents et des professionnels. Notamment, les résidents vivent plusieurs insatisfactions au Manoir de l'âge

d'or (ennui, solitude, manque de soutien) et les professionnels ont plusieurs perceptions négatives et des propos stigmatisants envers les résidents qui consomment des SPA. Ensuite, les entrevues ont permis de faire ressortir un manque de communication entre les différents acteurs du Manoir de l'âge d'or. D'ailleurs, l'infographie a été utilisée pour établir un canal de communication entre les résidents et les gestionnaires, les résidents ont pu exprimer leurs ressentiments. Pour l'avenir, afin de continuer à améliorer la situation au Manoir de l'âge d'or en lien avec la consommation de SPA, il serait important que la communication perdure entre les résidents, les employés et les gestionnaires. Cette communication permettrait, en autres, d'améliorer les insatisfactions des résidents et faire diminuer les perceptions négatives chez les employés. De manière plus générale, les autres centres d'hébergement (CHSLD, résidents privés pour personnes âgées) avec une population similaire au Manoir de l'âge d'or gagneraient également à faire augmenter la communication entre les différents acteurs afin de prendre conscience de la réalité présente dans l'établissement.

Pour conclure, ce projet de recherche-intervention semble pertinent pour la recherche. Effectivement, il a peu d'études qui sondent les personnes âgées consommatrices pour les questionner sur leurs perceptions ainsi que les inclure dans la co-construction d'une intervention qui les concernent. Pour les prochaines études, ils pourraient être pertinent de miser d'avantager sur les professionnels (ou équipes médicales) afin de co-construire une intervention avec ceux-ci ou sinon de discuter de leurs perceptions négatives et fausses représentations de la situation.



ANNEXE A  
CERTIFICATION ÉTHIQUE UQAM (CERPÉ)

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE  
RENOUVELLEMENT**

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : La consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées en contexte d'hébergement: le développement d'une intervention collective

Nom de l'étudiant : Annie-Pier Gauthier

Programme d'études : Maîtrise en travail social (mémoire d'intervention)

Direction(s) de recherche : Jorge Flores-Aranda

**Modalités d'application**

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

**Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission.** Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-11-17**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sylvie Lévesque  
Professeure, Département de sexologie  
Présidente du CERPÉ FSH

### AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : La consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées en contexte d'hébergement: le développement d'une intervention collective

Nom de l'étudiant : Annie-Pier Gauthier

Programme d'études : Maîtrise en travail social (mémoire d'intervention)

Direction(s) de recherche : Jorge Flores-Aranda

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.



Sylvie Lévesque  
Professeure, Département de sexologie  
Présidente du CERPÉ FSH

**ANNEXE B**  
**CERTIFICATION ÉTHIQUE CIUSSS**

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'Île-de-Montréal**



**Formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche**

Titre du protocole : **La consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées en contexte d'hébergement: le développement d'une intervention collective**

Numéro(s) de projet : **2022-1439**

Formulaire : **F9 - CCSMTL-5114**

Identifiant Nagano : **Projet maîtrise APG**

Date de dépôt initial du formulaire : **2022-10-25**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Monsieur Jorge Flores-Aranda, Ph. D.**

Date de dépôt final du formulaire : **2022-10-25**

Date d'approbation du projet par le CER : **2021-11-08**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

**Suivi du BCER**

**1. Statut de la demande:**

Demande approuvée

L'approbation annuelle de ce projet est renouvelée du 2022-11-08 au 2023-11-08 .

Monsieur Renaud Lachapelle

## ANNEXE C

### AFFICHE DE RECRUTEMENT POUR LES RÉSIDENTS

(page 4)

#### Quels sont les bénéfices liés à la participation ?

- Contribuer à faire mieux connaître votre expérience sur la consommation de substances psychoactives comme l'alcool, le cannabis ou d'autres drogues dans le contexte du centre d'hébergement.
- Faire le point sur certaines dimensions de votre vie.
- Changer les choses dans le centre d'hébergement
- Augmenter votre estime de soi personnel
- Être inclus dans un processus de co-développement d'une intervention.

#### Pour plus d'information :

Téléphone cellulaire : 514-613-2571 (du lundi au vendredi, 9h à 12h ou entre 13h à 17h).

Courriel : [gauthier.annie-pier.2@courrier.ugam.ca](mailto:gauthier.annie-pier.2@courrier.ugam.ca)

*Projet approuvé par le Comité d'éthique de la recherche sur les Dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.*

(page 1)



## INVITATION À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

*La consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées en contexte d'hébergement : le développement d'une intervention collective*

## Chercheurs :

Annie-Pier Gauthier supervisé par Jorge Flores-Aranda.

## Qu'est-ce que cette recherche ?

Cette recherche a pour but de :

- Co-construire une intervention avec les résidents ayant une consommation de substances psychoactives pour outiller et sensibiliser le professionnel du Manoir de l'âge d'or.
- Mieux connaître les expériences des personnes qui résident au Manoir de l'âge d'or qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres drogues.

Pour ce faire, nous sollicitons les points de vue de résidents dans le centre d'hébergement du Manoir de l'âge d'or.

## Qu'est-ce que la participation implique ?

Participer à des entretiens sous forme de discussion ou participer à un comité portant sur :

- Votre arrivée en centre d'hébergement
- Votre consommation d'alcool, cannabis ou autres drogues, actuelle et passée.
- Le soutien que vous avez peut-être reçu pour répondre à des inquiétudes ou à des problèmes en lien avec cette consommation au centre d'hébergement.
- Les programmes d'aide au centre d'hébergement.
- Vos suggestions pour améliorer ce soutien.

L'entrevue durera 45 minutes et sera enregistrée en format audio numérique.

## ANNEXE D

### AFFICHE DE RECRUTEMENT POUR LES PROFESSIONNELLS

(page 4)

#### Quels sont les bénéfices liés à la participation ?

- Contribuer à faire mieux connaître les expériences des personnes qui utilisent des substances comme l'alcool, le cannabis ou d'autres drogues en centre d'hébergement.
- Participer à l'amélioration des connaissances et des pratiques de soins à destination de ces personnes.
- Faire le point sur certaines dimensions de votre travail auprès de cette population.
- Améliorer vos connaissances/outils pour cette clientèle

#### Pour plus d'information :

Téléphone cellulaire : 514-613-2571 (du lundi au vendredi, 9 à midi ou entre 13 à 17 heures).

Courriel : [gauthier.annie-pier.2@courrier.uqam.ca](mailto:gauthier.annie-pier.2@courrier.uqam.ca)

Projet approuvé par le Comité d'éthique de la recherche sur les Dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

(page 1)



#### INVITATION À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

*La consommation de substances  
psychoactives chez les personnes âgées en  
contexte d'hébergement : le  
développement d'une intervention  
collective.*

## Chercheurs :

Annie-Pier Gauthier supervisé par Jorge Flores-Aranda.

## Qu'est-ce que cette recherche ?

Ce projet vise à co-construire une intervention avec les personnes vivant au Manoir de l'âge d'or et ayant une consommation de substances psychoactives (SPA) (alcool, cannabis et drogues illicites). La co-intervention vise à outiller et sensibiliser les professionnels qui travaillent quotidiennement avec cette clientèle.

## Qu'est-ce que la participation implique ?

Participer à un entretien sous forme de discussion portant sur :

- les profils et les besoins des résidents qui consomment des SPA
- les services en place au centre d'hébergement pour les résidents qui consomment de l'alcool, du cannabis ou autres drogues.
- les défis et enjeux que pose cette consommation pour l'organisation des services et les pratiques d'intervention
- les améliorations possibles de l'intervention auprès de ces personnes

L'entrevue durera 45 minutes et sera enregistrée en format audionumérique.

**ANNEXE E**  
**SCRIPT COURRIEL DE CONTACT PROFESSIONNELS**

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal. Mon projet de recherche s'intitule : *La consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées en contexte d'hébergement : le développement d'une intervention collective. Ce projet s'inscrit dans un plus large projet mené par l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-Île-de-Montréal.*

Ce projet vise à co-construire une intervention avec les personnes vivant au Manoir de l'âge d'or et ayant une consommation de substances psychoactives (SPA) (alcool, cannabis et drogues illicites). L'intervention co-développée vise à outiller et sensibiliser les professionnels qui travaillent quotidiennement avec cette clientèle.

Nous aimerions nous entretenir avec des professionnels du Manoir de l'âge d'or afin de mieux saisir leurs expériences et les pratiques déployées au contact des résidents qui présente une consommation de substances psychoactives.

Les critères d'admissibilité sont les suivants :

- a) travailler au Manoir de l'âge d'or depuis au moins un an (toutes professions confondues)
- b) comprendre et s'exprimer suffisamment bien en français,
- c) être en contact avec des personnes présentant une consommation de substances psychoactives.

Nous souhaitons vous inviter à une entrevue individuelle. La rencontre se déroulera en présentiel et sera menée par l'étudiante. La rencontre durera au maximum 45 minutes. Elle sera réalisée sur vos heures de travail ou hors de vos heures de travail, selon ce qui convient le mieux. Au cours de cette rencontre, nous souhaiterions connaître votre opinion sur les enjeux que représentent la consommation de substances psychoactives des résidents ainsi que les pistes d'amélioration envisageables.

Votre participation est volontaire et librement consentie. Votre refus éventuel serait sans conséquence pour vous dans votre milieu de travail.

Si vous êtes intéressé.es, nous vous ferons parvenir le formulaire plus détaillé d'information et de consentement en lien avec la participation au projet.

Merci de votre précieuse collaboration,

Annie-Pier Gauthier



**ANNEXE F**  
**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DES RÉSIDENTS DU**  
**MANOIR DE L'ÂGE D'OR POUR LES ENTREVUES INDIVIDUELLES**

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

**Entrevue individuelle - Résidents**

Titre du projet : *La consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées en contexte d'hébergement : le développement d'une intervention collective*

Chercheurs principaux : Annie-Pier Gauthier, candidate à la maîtrise en travail social à l'UQAM supervisé par Jorge Flores-Aranda, Ph. D., professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal.

\*\*\*

*Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent avant de vous décider. Il se peut que ce formulaire contienne des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas ou que vous vous posiez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en faire part à l'étudiante. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation à ce projet de recherche est volontaire.*

\*\*\*

## **1. Description du projet de recherche**

Ce projet vise à construire ensemble une intervention avec les personnes vivant au Manoir de l'âge d'or qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances. L'intervention vise à outiller et sensibiliser les professionnels qui travaillent chaque jour avec cette population.

Un autre objectif de cette recherche est de mieux comprendre les expériences, les besoins, et le soutien de ces personnes au Manoir de l'âge d'or.

## **2. Participation attendue au projet**

Si vous acceptez de participer à l'étude :

- 1) Vous serez invité à participer à une entrevue individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes ; des pauses sont prévues. Nous pourrions vous proposer une deuxième entrevue pour approfondir certains sujets de discussion.
- 2) L'entrevue sera menée par l'étudiante. L'entrevue sera audio-enregistrée et retranscrite par la suite. La portion audio sera conservée à des fins de transcription et d'analyse. Le tout sera dénominalisé et anonymisé lors de la retranscription, c'est-à-dire que toutes les informations qui pourraient vous identifier seront changées par des codes. L'entrevue se fera en présentiel au Manoir de l'âge d'or.
- 3) Au début de la rencontre, nous vous poserons quelques questions à votre sujet.
- 4) Ensuite, nous vous proposons une discussion sur les thèmes suivants :
  1. Votre vie au Manoir de l'âge d'or
  2. Votre consommation d'alcool ou de drogues actuelle et passée
  3. L'aide que vous pourriez avoir reçue ou recevez en lien avec cette consommation de la part des services de santé et des services sociaux.
  4. Vos suggestions concernant des services de soutien et de soins pour les personnes qui consomment de l'alcool, des drogues, etc. et qui résident au Manoir de l'âge d'or.
- 5) Nous pourrions vous recontacter après l'entrevue pour vous mettre au courant des principaux résultats de la recherche, si cela vous intéresse.
- 6) Après l'entrevue, nous pourrions vous recontacter pour faire partie d'un comité des résidents. Dans le comité nous vous proposons une discussion sur les moyens d'améliorer les conditions de vie au Manoir de l'âge d'or. Les résidents y seront libres d'y participer ou non.

## **3. Avantages de la participation au projet**

Votre participation aidera à mieux comprendre les parcours et les besoins des personnes qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances et qui vivent au Manoir de l'âge d'or. Les informations que vous allez nous donner pourraient faciliter des changements au Manoir de l'âge d'or. Cette recherche pourrait également vous donner l'occasion d'être entendu, de partager vos expériences et vos points de vue sur les besoins des personnes qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances et sur les services offerts au Manoir de l'âge d'or.

#### **4. Risques et inconvénients de la participation au projet**

Il y a peu de risques liés à votre participation. Toutefois, il se peut que les questions posées vous rappellent certains sujets ou événements sensibles que vous avez vécus. Vous pouvez en tout temps refuser de répondre à ces questions ou interrompre l'entrevue.

En ce qui concerne la confidentialité, il y a un risque minimal que vos propos soient entendus par d'autres personnes. Afin de réduire au maximum ce risque, les entrevues seront faites dans un endroit privé de votre lieu de vie, dans votre chambre ou un espace privé qui vous sera facilement accessible.

Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec le personnel de votre centre d'hébergement afin qu'il puisse vous donner du secours ou vous diriger vers les ressources appropriées. Vous pouvez également en discuter avec l'étudiante qui vous dirigera vers les ressources disponibles dans votre centre d'hébergement ou à l'extérieur.

Finalement, le danger de contracter la COVID pendant l'entrevue représente un risque minimal. L'étudiante respectera toutes les consignes du Ministère de la santé et des services sociaux, de la Direction de la recherche du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et de la direction de l'installation où vous résidez. L'étudiante a également ses deux vaccins pour se protéger de la COVID et pour protéger les autres.

Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire pour l'entretien.

#### **5. Confidentialité des données de la recherche**

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle dans les limites prévues par la loi et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche.

Pour préserver votre identité et la confidentialité de vos informations, nous vous donnerons un numéro de code qui va relier votre nom à votre dossier de recherche. Seulement l'étudiante et son directeur auront accès à la liste où il est possible de voir quel nom correspond à quel numéro de code. Ces renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau verrouillé du directeur de l'étudiante, Jorge Flores-Aranda, à l'université du Québec à Montréal.

Les renseignements collectés seront gardés dans des fichiers informatiques sur des ordinateurs protégés par un mot de passe. De plus, ces données seront sauvegardées sur le serveur sécurisé de l'UQAM et seulement l'étudiante et son directeur vont y avoir accès.

Aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée. L'ensemble des données collectées sera détruit 7 ans après la fin du projet de recherche.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que le chercheur soit obligé de donner l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-

de-l'Île-de-Montréal, par l'établissement ou par les organismes qui financent la recherche. Ces personnes et ces organismes respectent tous une politique de stricte confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer rapidement avec vous, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le directeur de l'étudiante dans un classeur barré situé dans son bureau de l'UQAM.

Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis sur vous et les faire changer au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

Tel que prévu par la loi, la confidentialité pourra être brisée par l'équipe de recherche dans le cas où la sécurité d'un participant ou d'une autre personne pourrait être en danger de façon imminente. Dans ce cas, vous serez informé des préoccupations, des démarches mises en place par les membres de l'équipe de recherche et des ressources d'accompagnement pertinentes et utiles pour vous. Les données recueillies ne seront partagées avec aucun intervenant de votre milieu de vie, mais si une situation de maltraitance était soupçonnée, elle pourrait être rapportée aux autorités appropriées, selon les lois du Québec.

## **6. Diffusion des résultats de la recherche**

Les résultats du projet seront diffusés par le biais du mémoire qui sera déposé dans le cadre de la maîtrise en travail social, ainsi que lors de conférence et par la publication d'articles scientifiques. De plus, le fruit du travail du comité d'intervention pourrait être diffusé dans différents milieux. Par exemple, si le comité décide de faire des capsules vidéos pour outiller et sensibiliser le personnel du Manoir de l'âge d'or, il se peut que les capsules soient diffusées dans différents hébergements et sur le site de l'Institut universitaire sur les dépendances. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer l'adresse à laquelle nous pourrions vous le faire parvenir : \_\_\_\_\_

## **7. Compensation financière pour la participation à la recherche**

Vous recevrez 20 \$ (montant horaire) en compensation des contraintes liées à votre participation à ce projet de recherche, selon les modalités appropriées.

## **8. Liberté de participation à la recherche et droit de retrait**

Votre participation est volontaire. Vous pouvez refuser de participer au projet sans avoir besoin de vous justifier, et sans que cela nuise à vos relations avec le chercheur du projet, les intervenants, gestionnaires et autres usagers de votre ressource d'hébergement. De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps par avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause aucun tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seraient alors détruits si vous le souhaitez. Le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche.

## **9. Utilisation secondaire des données**

Avec votre permission, il se peut que les informations que vous nous donnerez soient utilisées, avant la date prévue de leur destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes sollicité(e) aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité d'un des membres de l'équipe et seront autorisés par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

## **10. Responsabilité en cas de préjudice**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **11. Personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Annie-Pier Gauthier au 514-613-2571 ou Jorge Flores-Aranda au 514-987-3000 poste 4991.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal au numéro suivant : (514) 593-3600.

Pour toute question concernant les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal au numéro de téléphone suivant : (514) 809-3821 ou encore par courriel à l'adresse suivante : [helene.scheed.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:helene.scheed.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca).

Sachez que si une situation d'urgence se développe, il va y avoir un protocole et des procédures mises en place pour faire face à la situation. Les résidents pourront aussi appeler la ligne Aide Abus Aînés 1-88-489-2287 (ABUS).

## 12. Consentement à la recherche

### Déclaration de la personne qui participe à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les connaissances au sujet des besoins des personnes vivant des problèmes en lien avec l'usage de substances psychoactives.

Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement (si différent du chercheur principal)

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

\_\_\_\_\_  
Nom et rôle

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Déclaration du chercheur/de la chercheuse responsable du projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du chercheur/de la chercheuse

\_\_\_\_\_  
Date

L'original du formulaire sera conservé à l'Université du Québec à Montréal et une copie signée sera remise au participant.

Le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique le 15 novembre 2021.

## ANNEXE G

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DES PROFESSIONNELS POUR LES ENTREVUES INDIVIDUELLES

#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

##### *Entrevue individuelle : Professionnels*

Titre du projet : *La consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées en contexte d'hébergement : le développement d'une intervention collective*

Chercheurs principaux : Annie-Pier Gauthier, candidate à la maîtrise en travail social à l'UQAM supervisé par Jorge Flores-Aranda, Ph. D., professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal.

\*\*\*

*Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de considérer les renseignements qui suivent avant de vous décider. Il se peut que ce formulaire contienne des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas ou que vous vous posiez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en faire part à l'étudiante qui mènera l'entrevue. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et librement consentie. Votre refus éventuel serait sans conséquence pour vous dans votre service ou dans l'établissement.*

\*\*\*

## **1. Description du projet de recherche**

Ce projet vise à co-construire une intervention avec les personnes vivant au Manoir de l'âge d'or et qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances. L'intervention vise à outiller et sensibiliser les professionnels qui travaillent quotidiennement avec cette clientèle.

Un autre objectif de cette recherche est de mieux comprendre les expériences, les besoins, et le soutien de ces personnes au Manoir de l'âge d'or.

## **2. Participation attendue au projet**

Si vous acceptez de participer à l'étude :

- 1) Vous serez invité à participer à une entrevue individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes.
- 2) Avant le début de la discussion, on vous posera quelques questions dans le but de mieux décrire les caractéristiques des personnes qui ont participé à notre étude.
- 3) L'entrevue sera menée par l'étudiante et sera audio-enregistrée et retranscrite. La portion audio sera conservée à des fins de transcription et d'analyse. Le tout sera dénominalisé et anonymisé lors de la retranscription, c'est-à-dire que toutes les informations qui pourraient vous identifier seront changées par des codes. L'entrevue sera réalisée en présentiel au Manoir de l'âge d'or ou à distance. Elle sera réalisée sur vos heures de travail ou hors de vos heures de travail, selon ce qui convient le mieux.
- 4) Pendant l'entrevue, des questions vous seront posées sur les thèmes suivants :
  - Les profils et les besoins des personnes consommant des substances psychoactives (alcool, drogue, cannabis) dans les contextes des ressources d'hébergement pour personnes âgées
  - Les défis et les enjeux dans l'accompagnement et la prise en charge de ces personnes.
  - Les options possibles pour améliorer l'offre d'intervention destinée à cette population.
  - Les facteurs qui peuvent constituer des obstacles à l'amélioration de l'offre d'intervention
- 5) Nous pourrions également vous recontacter pour vous informer de la tenue d'événements et de la disponibilité des documents qui vous permettront, si vous êtes intéressé, d'être mis au courant des principaux résultats du projet.

## **3. Avantages de la participation au projet**

Vous retirerez peu d'avantages à ce projet. Par contre, après la diffusion du matériel informatif du comité des résidents, vous pourriez acquérir des connaissances sur leur situation. Votre participation aidera à mieux comprendre les besoins des personnes qui utilisent des substances psychoactives et qui fréquentent des ressources d'hébergement pour les personnes âgées. Ces connaissances pourraient améliorer les soins et services offerts à ces personnes. Ce projet pourrait vous donner l'occasion d'être entendu, de partager vos expériences et points de vue sur les besoins des personnes qui utilisent des substances psychoactives et les services qui leur sont offerts.



#### **4. Risques et inconvénients de la participation au projet**

Un premier risque minimal concerne des émotions négatives que pourraient susciter certaines questions. Vous demeurez libres de refuser de répondre à toute question ou d'interrompre l'entrevue individuelle, à votre convenance.

L'inconvénient à votre participation concerne le temps nécessaire pour l'entrevue.

#### **5. Confidentialité des données de la recherche**

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle dans les limites prévues par la loi et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos renseignements, nous vous attribuerons un numéro de code reliant votre nom à votre dossier de recherche. Seuls l'étudiante et son directeur auront accès à la liste de correspondance entre les noms des participants et ces numéros de codes. Ces renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau verrouillé de Jorge Flores-Aranda, à l'université du Québec à Montréal.

Les renseignements recueillis seront gardés dans des fichiers informatiques sur des ordinateurs protégés par un mot de passe et conservés sur un serveur protégé de l'UQAM.

Aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée. L'ensemble des données collectées sera détruit 7 ans après la fin du projet de recherche.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que le chercheur doive permettre l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales et Santé publique, par l'établissement ou par les organismes qui financent la recherche. Ces personnes et ces organismes adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservées pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement.

Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis à votre sujet et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

Tel que prévu par la loi, la confidentialité pourra être brisée par l'équipe de recherche dans le cas où la sécurité d'un participant ou d'autrui pourrait être en danger de façon imminente. Dans ce cas de figure, vous serez informé des préoccupations, des démarches mises en place par les membres

de l'équipe de recherche et des ressources d'accompagnement pertinentes qui pourraient vous être accessibles et utiles.

## **6. Diffusion des résultats de la recherche**

Les résultats du projet seront diffusés par le biais du mémoire qui sera déposé dans le cadre de la maîtrise en travail social, ainsi que lors de conférence et la publication d'articles scientifiques. De plus, le fruit de la co-intervention pourrait être diffusé dans différents milieux. Par exemple, si le comité décide de faire des capsules vidéos pour outiller et sensibiliser le personnel du Manoir de l'âge d'or, il se peut que les capsules soient diffusées dans différents hébergements et sur le site de l'Institut universitaire sur les dépendances et de ses partenaires. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer l'adresse à laquelle nous pourrions vous le faire parvenir : \_\_\_\_\_

## **7. Compensation financière pour la participation à la recherche**

Vous recevrez 20 \$ (montant horaire) en compensation des contraintes liées à votre participation à ce projet de recherche, selon les modalités appropriées.

## **8. Liberté de participation à la recherche et droit de retrait**

Votre participation est volontaire. Vous pouvez refuser de participer au projet sans avoir besoin de vous justifier, et sans que cela nuise à vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants et vos gestionnaires. De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seraient alors détruits si telle était votre demande. Le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche.

## **9. Utilisation secondaire des données**

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de leur destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes sollicité(e) aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité du chercheur principal et seront autorisés par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

## 10. Responsabilité en cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## 11. Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Annie-Pier Gauthier au 514-613-2571 ou Jorge Flores-Aranda 514-987-3000 poste 4991.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal au numéro suivant : (514) 593-3600.

Pour toute question concernant les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal au numéro de téléphone suivant : (514)-809-3821 ou encore par courriel à l'adresse suivante : [helene.scheed.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:helene.scheed.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca).

## 12. Consentement à la recherche

### Déclaration de la personne qui participe à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les connaissances au sujet des besoins des personnes vivant des problèmes en lien avec l'usage de substances psychoactives.

Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement (*si différent du chercheur principal*)

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et rôle

Signature

Date

**Déclaration du chercheur/de la chercheuse responsable du projet de recherche**

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du chercheur/de la chercheuse

\_\_\_\_\_  
Date

L'original du formulaire sera conservé à l'Université du Québec à Montréal et une copie signée sera remise au participant.

Le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique le 15 novembre 2021.

**ANNEXE H**  
**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DES RÉSIDENTS POUR**  
**LE COMITÉ DES RÉSIDENTS**

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

**Comité - Résidents**

Titre du projet : *La consommation de substances psychoactives chez les personnes âgées en contexte d'hébergement : le développement d'une intervention collective*

Chercheurs principaux : Annie-Pier Gauthier, candidate à la maîtrise en travail social à l'UQAM supervisé par Jorge Flores-Aranda, Ph. D., professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal.

\*\*\*

*Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent avant de vous décider. Il se peut que ce formulaire contienne des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas ou que vous vous posiez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en faire part à l'étudiante. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation à ce projet de recherche est volontaire.*

\*\*\*

## **2. Description du projet de recherche**

Ce projet vise à construire ensemble une intervention avec les personnes vivant au Manoir de l'âge d'or qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances. L'intervention vise à outiller et sensibiliser les professionnels qui travaillent chaque jour avec cette population.

Un autre objectif de cette recherche est de mieux comprendre les expériences, les besoins, et le soutien de ces personnes au Manoir de l'âge d'or.

## **2. Participation attendue au projet**

Si vous acceptez de participer à l'étude :

- 1) Vous serez invité à participer à un comité avec d'autres résidents du Manoir de l'âge d'or pour environ 5 à 7 séances (chaque séance est d'une durée maximale de 60 minutes).
- 2) L'étudiante va participer au comité des résidents.
- 3) Le but du comité est de construire ensemble une intervention dans l'objectif d'outiller et sensibiliser les professionnels du Manoir de l'âge d'or à propos des résidents qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances.
- 4) Ensuite, dans le comité, nous vous proposons une discussion sur les thèmes suivants :
  1. Votre consommation d'alcool ou de drogues au Manoir de l'âge d'or
  2. Le soutien des professionnels de l'hébergement en lien avec votre consommation d'alcool ou de drogues.
  3. Les améliorations possibles au Manoir de l'âge d'or en lien avec l'enjeu de la consommation de substances.
- 5) Nous pourrions vous recontacter après le comité pour vous mettre au courant des principaux résultats de la recherche, si cela vous intéresse.
- 6) Le comité va avoir lieu en présentiel au Manoir de l'âge d'or.

## **3. Avantages de la participation au projet**

Votre participation aidera à mieux comprendre les parcours et les besoins des personnes qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances et qui fréquentent le Manoir de l'âge d'or. Ces connaissances pourraient améliorer les soins et services donnés à ces personnes et permettre des changements au Manoir de l'âge d'or. Cette recherche pourrait également vous donner l'occasion d'être entendu, de partager vos expériences et vos points de vue sur les besoins des personnes qui consomment de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances et sur les services offerts au Manoir de l'âge d'or. L'intervention construite ensemble peut augmenter votre sentiment de confiance en vous et vous donner le sentiment de contribuer à améliorer votre milieu de vie.

#### **4. Risques et inconvénients de la participation au projet**

Il y a peu de risques liés à votre participation. Toutefois, il se peut que les thèmes qui seront discutés au comité vous rappellent certains sujets ou événements sensibles que vous avez vécus. Vous pouvez en tout temps refuser de répondre à ces questions ou de quitter la séance.

En ce qui concerne la confidentialité, il y a un risque que vos propos sortent du comité étant donné que d'autres résidents seront présents. Afin de réduire au maximum ce risque, les réunions du comité se feront dans un endroit privé et l'étudiante abordera l'importance de la confidentialité lors de la première rencontre. L'étudiante va demander à tous les résidents que les séances restent confidentielles et que les sujets abordés lors du comité ne sortent pas de la salle. Par contre, malgré l'engagement à la confidentialité de tous les participants, l'étudiante ne peut garantir le comportement des résidents.

Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec le personnel de votre centre d'hébergement afin qu'il puisse vous donner du secours ou vous diriger vers les ressources appropriées. Vous pouvez également en discuter avec l'étudiante qui vous dirigera vers les ressources disponibles dans votre centre d'hébergement ou à l'extérieur.

Finalement, le danger de contracter la COVID pendant le comité représente un risque minimal. L'étudiante respectera toutes les consignes du Ministère de la santé et des services sociaux, de la Direction de la recherche du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et de la direction de l'installation où vous résidez. L'étudiante a également ses deux vaccins pour se protéger de la COVID et pour protéger les autres.

Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire pour les séances du comité.

#### **5. Confidentialité des données de la recherche**

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle dans les limites prévues par la loi et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche.

Pour préserver votre identité et la confidentialité de vos informations, nous vous donnerons un numéro de code qui va relier votre nom à votre dossier de recherche. Seulement l'étudiante et son directeur auront accès à la liste où il est possible de voir quel nom correspond à quel numéro de code. Ces renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau verrouillé du directeur de l'étudiante, Jorge Flores-Aranda, à l'université du Québec à Montréal.

Les renseignements collectés seront gardés dans des fichiers informatiques sur des ordinateurs protégés par un mot de passe. De plus, ces données seront sauvegardées sur le serveur sécurisé de l'UQAM et seulement l'étudiante et son directeur vont y avoir accès.

Aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée. L'ensemble des données collectées sera détruit 7 ans après la fin du projet de recherche.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que le chercheur soit obligé de donner l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, par l'établissement ou par les organismes qui financent la recherche. Ces personnes et ces organismes respectent tous une politique de stricte confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer rapidement avec vous, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le directeur de l'étudiante dans un classeur barré situé dans son bureau de l'UQAM.

Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements sur vous et les faire changer au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

Tel que prévu par la loi, la confidentialité pourra être brisée par l'équipe de recherche dans le cas où la sécurité d'un participant ou d'une autre personne pourrait être en danger de façon imminente. Dans ce cas, vous serez informé des préoccupations, des démarches mises en place par les membres de l'équipe de recherche et des ressources d'accompagnement accessibles et utiles pour vous. Les données recueillies ne seront partagées avec aucun intervenant de votre milieu de vie, mais si une situation de maltraitance était soupçonnée, elle pourrait être rapportée aux autorités appropriées, selon les lois du Québec.

## **6. Diffusion des résultats de la recherche**

Les résultats du projet seront diffusés par le biais du mémoire qui sera déposé dans le cadre de la maîtrise en travail social, ainsi que lors de conférences et par la publication d'articles scientifiques. De plus, le fruit du travail du comité d'intervention pourrait être diffusé dans différents milieux. Par exemple, si le comité décide de faire des capsules vidéos pour outiller et sensibiliser le personnel du Manoir de l'âge d'or, il se peut que les capsules soient diffusées dans différents hébergements et sur le site de l'Institut universitaire sur les dépendances. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer l'adresse à laquelle nous pourrions vous le faire parvenir : \_\_\_\_\_

## **7. Compensation financière pour la participation à la recherche**

Vous recevrez 20 \$ (montant horaire) en compensation des contraintes liées à votre participation à ce projet de recherche, selon les modalités appropriées.



## **8. Liberté de participation à la recherche et droit de retrait**

Votre participation est volontaire. Vous pouvez refuser de participer au projet sans avoir besoin de vous justifier, et sans que cela nuise à vos relations avec le chercheur du projet, les intervenants, gestionnaires et autres usagers de votre ressource d'hébergement. De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps par avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause aucun tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seraient alors détruits si vous le souhaitez. Le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche.

## **9. Utilisation secondaire des données**

Avec votre permission, il se peut que les informations que vous nous donnerez soient utilisées, avant la date prévue de leur destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes sollicité(e) aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité d'un des membres de l'équipe et seront autorisés par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

## **10. Responsabilité en cas de préjudice**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **11. Personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Annie-Pier Gauthier au 514-613-2571 ou Jorge Flores-Aranda au 514-987-3000 poste 4991.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal au numéro suivant : (514) 593-3600.

Pour toute question concernant les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal au numéro de téléphone suivant : (514) 809-3821, ou encore par courriel à l'adresse suivante : [helene.scheed.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:helene.scheed.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca).

Sachez que si une situation d'urgence se développe, il va y avoir un protocole et des procédures mises en place pour faire face à la situation. Les résidents pourront aussi appeler à la ligne Aide Abus Aînés 1-888-489-2287 (ABUS).

## 12. Consentement à la recherche

### Déclaration de la personne qui participe à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les connaissances au sujet des besoins des personnes vivant des problèmes en lien avec l'usage de substances psychoactives.

Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Nom du participant

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement (si différent du chercheur principal)

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

\_\_\_\_\_  
Nom et rôle

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Déclaration du chercheur/de la chercheuse responsable du projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du chercheur/de la chercheuse

\_\_\_\_\_  
Date

L'original du formulaire sera conservé à l'Université du Québec à Montréal et une copie signée sera remise au participant.

Le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique le 15 novembre 2021.

## Grille d'observation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle

Date :

Consigne : En tenant compte de la réalité du présent groupe, notez pour chacune des dynamiques d'aide mutuelle, la case correspondant le mieux à ce qui s'y passe.

### 1. Partage d'information et d'idées

Les membres d'un groupe qui vivent des situations similaires partagent des valeurs, des croyances, des idées, des informations qui peuvent être utiles au but du groupe. Chaque membre contribue à enrichir la mise en commun d'information et devient des personnes-ressources les unes pour les autres.

- Les membres du groupe partagent entre eux, peu d'information et d'idées.
- Les membres partagent un peu sur des idées, des valeurs et des croyances relatives aux réalités vécues en lien avec leur contexte de groupe.
- Il y a une circulation d'information au sujet des idées, des valeurs et croyances relatives aux réalités vécues.
- Les membres sont des personnes-ressources les unes pour les autres.

Commentaires :

### 2. Confrontation des idées

Le groupe donne l'occasion aux membres de lancer leurs idées et d'entendre un autre son de cloche. Un lieu de confrontation où les points de vue peuvent être émis et évolués librement et en toute sécurité.

- Les différences d'idées et de points de vue sont peu exprimées.
- Les débats et la confrontation d'idées se déroulent dans un climat d'ouverture et de sécurité.
- Lors de débats d'idées, le groupe est attentif à l'argument de départ, à la confrontation des opinions et à la synthèse de la discussion.
- La qualité des débats et de la confrontation d'idées permet l'évolution ou le changement d'opinions.

Commentaires :

### 3. La discussion des sujets tabous

Le groupe en tant que microsociété recrée des sujets tabous liés à son contexte de vie en général et à sa raison d'être comme groupe. L'accès aux thèmes-tabous permet de parler de sujets normalement jugés inacceptables et projette le groupe vers un travail en profondeur.

- Le groupe traite peu de sujets délicats.
- Le groupe est réceptif à une discussion en surface sur des sujets tabous.
- Le groupe explore en profondeur les sujets tabous liés à sa raison d'être.
- Le traitement de sujets tabous par le groupe contribue à l'atteinte de ses objectifs.

Commentaires :

### 4. La proximité : « Toutes et tous dans le même bateau »

Partager ses préoccupations conduit les membres du groupe à prendre conscience qu'ils ne sont pas seuls à avoir les mêmes sentiments et ou besoins et qu'ils vivent des réalités semblables.

- Les membres sont centrés sur leurs besoins personnels et sont peu sensibles aux préoccupations des autres membres.
- Le groupe prend conscience de la similitude des réalités individuelles et découvre que tous sont dans le même bateau.
- La prise de conscience d'être dans le même bateau permet aux membres de s'aider mutuellement et de donner du sens à l'expérience.
- Le groupe utilise ses ressources pour développer de nouvelles compétences.

Commentaires :

## Grille d'observation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle

### 5. Le soutien mutuel

Le groupe offre du soutien, de la compassion et de l'empathie à ses membres. C'est dans les périodes difficiles et de conflits que l'acceptation inconditionnelle et la sollicitude s'imposent.

- Le groupe offre peu de soutien et d'empathie.
- Le climat du groupe est plus sympathique qu'empathique.
- Le groupe est capable de soutien mutuel et d'empathie à l'égard de la situation d'un membre.
- Lors de périodes difficiles, le groupe fait preuve d'acceptation inconditionnelle et de soutien.

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. Les attentes et les demandes mutuelles

Pour permettre la réalisation du but commun, le groupe peut exiger que chacun s'y implique. Cette norme permet de mettre en œuvre les attentes et les demandes que les membres s'adressent les uns aux autres. Les membres travaillent individuellement sur leurs problèmes.

- Le groupe demande peu d'implication de ses membres.
- Le groupe examine conjointement et sérieusement les problèmes qui réunissent ses membres.
- Le groupe développe des compétences de réflexion à propos du but commun.

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 7. L'aide à la résolution de problèmes

Les membres apportent leurs préoccupations et leurs espoirs s'engageant dans un processus de résolution de problèmes. L'utilisation consciente de soi et de son expérience personnelle est la clé de voûte de ce processus de résolution de problème. Nous ne sommes pas dans l'échange de conseils. L'expérience personnelle de chacun est peu utilisée.

- Les problèmes de chacun sont peu connus par les uns et les autres.
- Les problèmes de chacun sont connus par les membres du groupe et celui-ci peut aider une personne qui vit une situation particulière.
- Les processus collectifs de résolution de problème sont significatifs pour tous les membres du groupe.

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 8. L'expérimentation de façons de faire et d'être

En créant un climat favorable à la prise de risques, le groupe offre la sécurité nécessaire à expérimenter d'autres modes de communication, d'interaction et de façons d'être, de penser et d'agir. Le groupe devient un laboratoire d'expérimentation. Les apprentissages faits pourront être transférés dans des situations à l'extérieur du groupe.

- Les membres ne prennent pas le risque d'expérimenter de nouvelles façons de faire à l'intérieur du groupe.
- Le groupe expérimente avec réserve de nouvelles façons de faire.
- Dans un esprit de laboratoire d'expérimentation, le groupe accepte d'apprendre par essai et erreur.
- En fonction des réalités respectives, les membres transfèrent ces expérimentations dans des situations extérieures au groupe.

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Grille d'observation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle

### 9. Le potentiel de la force du nombre

La force du nombre développe un sentiment d'être plus fort ensemble que seul et peut s'exprimer de différentes manières : par exemple, par une plus grande détermination de chacun à se mobiliser vers l'atteinte de ses objectifs personnels et à promouvoir comme groupe des actions collectives.

- Les membres du groupe n'ont pas conscience d'une force commune.
- Le groupe a une détermination pour l'atteinte des objectifs personnels et de groupe.
- Le groupe a conscience que l'union fait la force.
- Le groupe mène des actions sociales à l'extérieur du groupe qui font sens pour lui.

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 10. L'aide mutuelle à l'extérieur du groupe

Il s'agit des phénomènes d'aide mutuelle existant en dehors du présent groupe

- En dehors du groupe, les membres n'ont pas conscience qu'ils peuvent développer leur système d'aide mutuelle.
- Certains membres ont conscience qu'ils peuvent développer leur système d'aide mutuelle.
- La plupart des membres développent un système d'aide mutuelle à l'extérieur.
- Le groupe développe son système à l'extérieur.

Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 11. Observations générales

Certaines dynamiques d'aide mutuelle peuvent ne pas s'appliquer à votre groupe. Inscrire le ou les numéros de cette ou ces dynamiques :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Donner un exemple d'aide mutuelle qui s'est produit dans votre groupe (*depuis la dernière mesure*).

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ginette Berteau, I.s., École de travail social, UQAM, Montréal, Québec  
 Louise Warin, ESAS, HELMo, Liège, Belgique.  
 Janvier 2014.

## ANNEXE J

### GRILLE DE L'INVENTAIRE DES COMPÉTENCES DE MACGOWAN

#### INVENTAIRE DES COMPÉTENCES EN TRAVAIL SOCIAL AVEC LES GROUPES

Élaboré par Mark J. Macgowan, PhD, à partir des normes de l'Association pour la pratique du travail social avec les groupes (2006), (*Association for the Advancement of Social with Groups, AASWG*)

Traduit par Jean-Martin Deslauriers, École de service social, Université d'Ottawa

Cet inventaire est basé sur la seconde édition des Standards de pratiques de l'AASWG (2006). Il a pour but de mesurer le niveau auquel vous estimez posséder les habiletés pour les concrétiser.

Ce questionnaire n'est pas un test, il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses.

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Items	NIVEAU DE CONFIANCE À quel point êtes-vous confiant(e) de maîtriser cette compétence?
<b>"L'intervenant de groupe..."</b>	1: Très peu confiant(e) 2: Peu confiant(e) 3: Confiant(e) 4: Très confiant(e)
<b>Valeurs fondamentales</b>	
1. Aide chaque membre à apprécier les contributions des autres, afin que les idées de chacun soient entendues et considérées.	
2. Respecte et valorise hautement la diversité dans toutes ses dimensions, telles la culture, l'origine ethnique, le genre, l'orientation sexuelle, les limitations physiques et mentales, ainsi que l'âge.	
3. Crée un environnement de groupe qui offre la possibilité de vivre et de pratiquer les principes démocratiques d'égalité et d'autonomie. Cette valeur est présentée au groupe et renforcée lorsque les membres la mettent de l'avant.	
<b>Phase pré-groupe (planification et recrutement) et constitution d'un nouveau groupe</b>	
4. Obtient le soutien organisationnel pour que le groupe soit reconnu.	
5. Choisit le type de groupe, la structure, les processus et la taille appropriés à l'atteinte des objectifs du groupe.	
6. Rejoint et recrute les participants potentiels du groupe.	
7. Obtient le consentement des membres potentiels et des autres personnes concernées tel que requis par les directives éthiques et les exigences organisationnelles.	
8. Clarifie les objectifs et les attentes des futurs membres du groupe et utilise ces informations pour évaluer la contribution potentielle des participants à l'atteinte des objectifs du groupe.	
9. Aide les membres à préciser leurs objectifs en les formulant de façon à pouvoir en évaluer le niveau de réussite.	
10. Choisit un lieu et un moment de rencontre qui favorisent le confort des membres, la sécurité et l'accès au groupe.	
11. Prépare les membres du groupe à l'aide de moyens appropriés (qui diffèrent selon que le groupe favorise l'atteinte d'objectifs individuels ou la réalisation d'objectifs organisationnels ou communautaires).	
12. Démonstre de l'empathie en étant attentif aux sentiments et aux réactions des membres qui se joignent au groupe.	
13. Sait comment sélectionner les membres du groupe en respectant les principes de composition d'un groupe (peut ne pas s'appliquer si la composition du groupe est déterminée par d'autres).	
14. Rédige un énoncé clair des objectifs du groupe qui reflète à la fois les besoins des membres et la mission et les objectifs de l'organisme (souvent élaboré en collaboration avec les membres du groupe).	
15. Tient compte d'éventuels impacts contextuels, environnementaux et sociaux sur le groupe.	

16. Le cas échéant, explique les objectifs et le fonctionnement du groupe à des non-membres tels que d'autres membres du personnel, des parents, ou d'autres acteurs locaux ou organismes référents.	
17. Considère les enjeux liés tant au contenu qu'à l'utilisation d'exercices, de matériel et de ressources nécessaires.	
18. Identifie et utilise des méthodes pour suivre les progrès du groupe (par exemple, des notes sur l'évolution du groupe, des évaluations formelles et informelles).	
19. Lorsque pertinent, évalue, de concert avec ses collègues, l'incidence des similitudes et des différences dans leurs approches, leurs styles et leur communication.	
20. Lorsque pertinent, fait le bilan avec ses collègues de travail après chaque session et planifie la suite.	
21. Recourt à de la supervision [ou consultation] sur une base régulière.	
<b>Phase initiale de l'intervention de groupe</b>	
22. Travaille en collaboration avec les membres afin d'élaborer un contrat de départ qui identifie les tâches à réaliser, les objectifs à atteindre et le processus par lequel le travail se fera.	
23. Aborde la question de la confidentialité et ses limites.	
24. Aide les participants à identifier et clarifier leurs objectifs individuels et les objectifs du groupe.	
25. Aide les membres à faire des liens entre leurs objectifs individuels et les objectifs du groupe.	
26. Suscite la pleine participation de tous les membres du groupe.	
27. Sollicite les commentaires des membres sur les progrès du groupe.	
28. Lorsque pertinent, emploie des stratégies particulières dans le travail avec les membres « contraints » et comprend l'impact sur la dynamique d'un groupe constitué de membres non-volontaires.	
29. Établit des liens avec les membres individuellement, ainsi qu'avec le groupe dans son ensemble.	
30. Aide les participants à établir des liens les uns avec les autres.	
31. Souligne les points communs des membres.	
32. Encourage les membres à communiquer directement les uns avec les autres.	
33. Cherche à aider le groupe à établir des normes de participation qui favorisent la confiance et la sécurité.	
34. Cherche à cultiver l'aide mutuelle au sein du groupe.	
35. Reconnaît l'impact de divers facteurs psychologiques, socio-culturels et environnementaux sur la participation des membres.	
36. Favorise une réflexion sur des normes qui s'avèrent nuisibles au groupe lorsqu'elles apparaissent.	
37. Favorise l'autonomie et l'initiative.	
38. Encourage l'empowerment des membres	
<b>Phase intermédiaire de l'intervention de groupe</b>	
39. Établit des liens entre les préoccupations et besoins individuels et les objectifs du groupe.	
40. Propose des idées concrètes de programmation et d'activités qui soutiennent les objectifs du groupe tout en aidant les membres à atteindre leurs objectifs individuels.	
41. Évalue les progrès accomplis en tenant compte des objectifs individuels et collectifs.	
42. Identifie les difficultés et les obstacles qui nuisent aux capacités du groupe et de ses membres d'atteindre leurs objectifs.	
43. Si les obstacles sont liés aux besoins spécifiques d'un membre, le cas échéant, s'entretenir avec lui à l'extérieur du groupe.	
44. Veille à ce que le groupe accorde de l'attention aux besoins particuliers de chacun des membres (ex » physiques, cognitifs, linguistiques ou culturels).	
45. Aide les membres à entreprendre une démarche de résolution de problèmes, à faire des choix, à prendre des décisions et à évaluer les retombées possibles de leurs décisions.	
46. Effectue des synthèses des séances avec le groupe.	
47. Planifie les étapes à venir avec le groupe.	
48. Revoit le contrat initial avec les membres, si nécessaire, pour favoriser l'atteinte des objectifs individuels et collectifs.	
49. Clarifie et interprète les modes de communication entre les membres, entre les participants et les intervenants et entre le groupe et les systèmes extérieurs.	

50. Sert de modèle, encourage une communication et des rétroactions honnêtes entre les membres et entre le groupe et les intervenants.	
51. Révise les valeurs et les normes du groupe.	
52. Aide les membres à identifier et formuler l'expression de leurs sentiments.	
53. Aide les membres à percevoir la communication verbale et non-verbale.	
54. Aide les membres à résoudre des conflits au sein du groupe.	
55. Lorsqu'approprié, favoriser la création de liens entre les participants pouvant perdurer au-delà du groupe.	
56. Utiliser des stratégies d'empowerment pour aider les membres à s'approprier le fonctionnement du groupe.	
57. Aide les membres à identifier et à utiliser des ressources intérieures et extérieures au groupe.	
58. Utilise des techniques de tenue de dossiers pour évaluer ses habiletés liées au leadership et au processus d'intervention de groupe	
59. Utilise des interventions appropriées aux populations desservies et aux objectifs visés tels que rapportées dans les recherches, l'expérience d'intervenants et toutes autres sources de connaissances professionnelles.	
<b>Phase finale de l'intervention de groupe</b>	
60. Prépare à l'avance les participants à la fin du groupe.	
61. S'il s'agit d'un groupe favorisant des changements psychosociaux, aide les membres à identifier les gains et les changements accomplis résultant de leur participation au groupe. S'il s'agit d'un groupe de travail, permet aux membres de discuter de ce qu'ils ont appris de cette expérience et qui leur sera utile dans d'autres groupes de travail (consiste à considérer comment l'atteinte des objectifs du groupe contribuera au fonctionnement de l'organisation et/ou de la communauté).	
62. Discute de l'impact du groupe sur des systèmes extérieurs au groupe (par exemple, la famille, l'organisation, la communauté.)	
63. Identifie et discute des manifestations directes et indirectes des réactions des membres à la fin du groupe.	
64. Partage ses sentiments en tant qu'intervenant face à la fin du groupe.	
65. Aide les participants à partager leurs sentiments à l'égard de la fin du groupe entre eux et avec les intervenants.	
66. Évalue systématiquement l'atteinte des objectifs individuels et collectifs (routine d'évaluation systématique de l'expérience du groupe pourrait / devrait être entretenue de façon constante plutôt qu'uniquement à la fin).	
67. Aide les membres à établir des contacts avec d'autres organismes et d'autres programmes, lorsque pertinent.	
68. Aide les participants à appliquer leurs nouvelles connaissances et compétences dans leur vie quotidienne.	
69. Encourage les membres à donner des rétroactions sur le rôle et le travail de l'intervenant de groupe.	
70. Prépare un rapport sur le groupe pour l'organisme, pour les participants et pour des organismes référents si nécessaire.	

#### Références

AASWG. (2006). *Standards for social work practice with groups* (2nd Ed.). Retrieved June 5, 2012, from [http://www.aaswg.org/files/AASWG\\_Standards\\_for\\_Social\\_Work\\_Practice\\_with\\_Groups.pdf](http://www.aaswg.org/files/AASWG_Standards_for_Social_Work_Practice_with_Groups.pdf)

Macgowan, M. J. (2012). A standards-based inventory of foundation competencies in social work with groups. *Research on Social Work Practice*.

Macgowan, M. J., & Vakharia, S. P. (2012). Teaching standards-based group work competencies to social work students: An empirical examination. *Research on Social Work Practice*, 22(4), 380-388.

Wilson, F. R., & Newmeyer, M. D. (2008). A standards-based inventory for assessing perceived importance of and confidence in using ASGW's core group work skills. *The Journal for Specialists in Group Work*, 33(3), 270- 289.



**ANNEXE K**  
**OUTILS DE PRÉ-QUALIFICATION POUR LES RÉSIDENTS**

Date d'entrevue : \_\_\_\_\_

No de participant-e : \_\_\_\_\_

Bonjour,

Je me présente, je m'appelle Annie-Pier Gauthier. Je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'université du Québec à Montréal.

**CONSOMMATION ACTUELLE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (3 derniers mois)**

Afin de savoir si vous êtes éligible à participer à cette recherche, permettez-moi de vous poser une question:

***Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous consommées au cours des trois derniers mois ? (usage non médical seulement)***

- Tabac (cigarette, cigare, tabac à chiquer, cigarette électronique, etc.)
- Alcool (bière, cooler, vin, spiritueux, etc.)
- Cannabis (pot, marijuana, joint, herbe, hash, etc.)
- Cocaïne (coke, crack, free base, etc.)
- Stimulants de type amphétamine (speed, crystal, peach, ecstasy, Ritalin®, sels de bain, etc.)
- Solvants (colle, essence, décapant, dissolvant, etc.)
- Calmants ou somnifères (Valium®, Ativan®, Rivotril®, Fiorinal®, etc.)
- Hallucinogènes (LSD, champignons magiques, PCP, kétamine, salvia, etc.)
- Opioïdes (héroïne, morphine, méthadone, codéine, hydromorphone, etc.)
- Autres substances : \_\_\_\_\_ (par ex : GHB, poppers, stéroïdes, etc.)

**ANNEXE L**  
**OUTILS DE PRÉ-QUALIFICATION POUR LES PROFESSIONNELS**

Date d'entrevue : \_\_\_\_\_

No de participant-e : \_\_\_\_\_

Bonjour,

Je me présente, je m'appelle Annie-Pier Gauthier. Je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'université du Québec à Montréal.

**EMPLOI**

- 1) Vous travaillez depuis combien de temps au Manoir de l'âge d'or ? \_\_\_\_\_
- 2) Quelle profession vous pratiquer au Manoir de l'âge d'or ? \_\_\_\_\_
- 3) Êtes-vous en contact avec des résidents qui consomment des substances psychoactives (alcool, cannabis et drogues) \_\_\_\_\_ ?

## ANNEXE M

### GUIDE DE L'ENTREVUE INDIVIDUELLE AVEC LES RÉSIDENTS

#### Guide de l'entrevue

##### 1) Présentation

- Je me présente à nouveau, je m'appelle Annie-Pier Gauthier, je suis étudiante à la maîtrise en travail social, je suis heureuse d'être avec vous aujourd'hui.
- Quel est votre nom ?
- Comment allez-vous aujourd'hui ?

##### 2) Arrivé au Manoir de l'âge d'or

- J'aimerais que vous me racontiez votre arrivée au Manoir de l'âge d'or.
- Quand êtes-vous arrivé ?
- Quelles raisons vous ont amené à venir vivre ici ?
- Comment vous trouvez votre vie ici ?

##### 3) Consommation actuelle et passée (Dire avant l'enregistrement)

- Comment décririez-vous votre consommation actuelle d'alcool, cannabis ou d'autres drogues ?
  - Quelles substances vous consommez ?
  - Pourquoi vous consommez ?
  - À quelle fréquence vous consommez ses substances ? Quelle quantité ?
  - Comment vous vous procurez ses substances ?
- Est-ce que votre consommation d'alcool, cannabis ou d'autres drogues ont évolué dans le temps ?
  - Est-ce que vous consommiez déjà des substances lors de votre arrivée au Manoir de l'âge d'or ?
  - Est-ce que votre arrivé au Manoir de l'âge d'or a fait diminuer votre consommation d'alcool ?

- Est-ce que votre consommation a un impact sur votre vie ? Sur les membres de votre famille ? votre vie au Manoir de l'âge d'or ?
- Qu'est-ce que la consommation apporte dans votre vie ?
- Pourquoi vous continuez de consommer malgré les conséquences ?

#### **4) Assistance et soutien de la part du personnel du Manoir de l'âge d'or face à votre consommation**

- Est-ce que vous recevez actuellement de l'aide ou du soutien particulier pour vous assister par rapport à votre consommation de SPA ?
- Quel quart de métier vous aides le plus au Manoir de l'âge d'or ?
- Les professionnels vous aident de quelle façon ?
- Est-ce qu'il a des services mis en place par le Manoir de l'âge d'or ou par les employés pour vous soutenir avec votre consommation de substance psychoactive ?
- Comment le service ou l'aide pourrait être amélioré ?

#### **5) Dialogue**

- Qu'est-ce que vous aimeriez dire aux employés en lien avec votre consommation de substances?

#### **6) Conclusion**

- Est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous des questions ou des commentaires ?

## ANNEXE N

### GUIDE DE L'ENTREVUE INDIVIDUELLE AVEC LES PROFESSIONNELS

#### Guide de l'entrevue

##### 1) Présentation

- Je me présente à nouveau, je m'appelle Annie-Pier Gauthier, je suis étudiante à la maîtrise en travail social, je suis heureuse d'être avec vous aujourd'hui.
- Quel est votre nom ?
- Comment allez-vous aujourd'hui ?
- Décrivez votre poste et votre mandat, en quelques mots.
- Depuis combien de temps êtes-vous à ce poste ?
- Pouvez-vous me décrire le Manoir de l'âge d'or dans vos mots ?

##### 2) Consommation en hébergement

- Est-ce que vous côtoyez des résidents avec des problèmes de consommation au quotidien dans le cadre de votre emploi ?
- Quelles sont les substances les plus consommées ?
- À votre connaissance comment les résidents se procurent ses substances ?
- Pouvez-vous me décrire des situations où la consommation d'alcool, cannabis et d'autres drogues chez les résidents a posé un problème pour votre emploi ou pour les autres résidents ?
- Quels sont les services en place pour cette clientèle en lien la dépendance et la consommation ?

##### 3) Les résidents et les services qui sont offerts

- Comment décririez-vous ces personnes (résidents qui consomment des substances psychoactives) ?
- Quel est le profil des résidents qui consomment (santé physique, santé psychologique, perte autonomie) ?
- Selon vous, quels sont les besoins de soutien de ces personnes ?

- Selon vous, quels sont les enjeux de la consommation de substances psychoactives par les résidents au Manoir de l'âge d'or ? Exemples ?
- Quelles sont les conséquences de la consommation de substances sur la vie des résidents ?
- Quelles sont les stratégies qui sont préconisées par le Manoir de l'âge d'or en lien avec cette clientèle ?
- Qu'est qui est fait pour accompagner cette clientèle ? Procédure ?
- Comment les choses pourraient être améliorées au Manoir de l'âge d'or pour soutenir, accompagner et comprendre les résidents qui consomment des substances psychoactives ?
- Quelles interventions pourraient être mises de l'avant ? (Du point de vue du personnel et du point de vue de l'établissement) ?
- Qu'est qui pourrait empêcher l'amélioration des pratiques auprès des résidents qui consomment des substances psychoactives ?

#### **4) Dialogue**

- Si vous pouviez poser une question aux résidents qui consomment des substances psychoactives, quelle serait-elle ?
- Qu'est-ce que vous aimeriez que les résidents vous expliquent sur leurs consommations ?

#### **5) Conclusion**

- Avez-vous des éléments à ajouter par rapport à ce qui s'est discuté jusqu'à présent ?
- Y a-t-il une question que nous aurions dû vous poser ? Si oui, laquelle ?

### **Remerciements**

## ANNEXE O

### QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE POUR LES RÉSIDENTS

#### Questionnaire socio-démographique pour les résidents

1. Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_
2. Quel était votre sexe à la naissance ? \_\_\_\_\_
3. Il y a des personnes qui ne s'identifient pas à leur sexe de naissance et nous avons une question sur le sujet. À quel genre vous identifiez-vous ?  
  
\_\_\_\_\_

4. Êtes-vous né(e) au Canada ? \_\_\_\_\_

Si Non, 4.1. Dans quel pays êtes-vous né(e) ? \_\_\_\_\_

4.2. Depuis combien de temps vivez-vous au Canada ? \_\_\_\_\_ année(s)

5. Vous considérez-vous célibataire ou en couple ? \_\_\_\_\_

6. Avez-vous des enfants ? \_\_\_\_\_

Si Oui, 6.1. Combien d'enfant(s) avez-vous ? \_\_\_\_\_ enfant(s)

7. Quel est votre niveau d'études le plus élevé ?

Note: *Une année d'études secondaires est considérée complétée si les cours de français, anglais et mathématiques ont été réussis.*

1. Aucune instruction
2. Quelques années d'école primaire
3. École primaire terminée
4. Quelques années d'études secondaires
5. Test équivalence niveau secondaire (TENS) / AES (équivalent secondaire)
6. Études secondaires terminées
7. Diplôme d'études professionnelles (DEP)
8. Attestation d'études collégiales (AEC)
9. Quelques années de cégep / collège / école de métiers
10. Cégep / collège / école de métiers terminée (Diplômes d'études collégiales - DEC)
11. Quelques cours ou années d'études universitaires
12. Études universitaires terminées
13. Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**ANNEXE P**  
**GRILLE DE CODIFICATION POUR LES ENTREVUES INDIVIDUELLES DES**  
**RÉSIDENTS**

**Grille de codification- entrevue individuelle des résidents**

0. Introduction/ présentation
  - 0.1 Codification sur la présentation et introduction des entrevues avec les résidents
  
1. Arrivée au Manoir de l'âge d'or
  - 1.1 Arrivée au Manoir de l'âge d'or : Codification des informations sur l'arrivée au Manoir de l'âge d'or des résidents
  - 1.2 Raisons : Codification sur les raisons d'arrivée au Manoir de l'âge d'or chez les résidents
  
2. Satisfaction
  - 2.1 Satisfaction : Codification sur la satisfaction des résidents de leur vie au Manoir de l'âge d'or.
  - 2.2 Insatisfaction : Codification sur les insatisfactions des résidents de leur vie au Manoir de l'âge d'or.
  
3. Consommation de substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or
  - 3.1 Substances consommées et fréquences : Codification des substances consommées par les résidents au Manoir de l'âge d'or ainsi que la fréquence.
  - 3.2 Raisons / motivations : Codification sur les raisons/ motivations de consommation de substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or
  - 3.3 Distribution (procuration) de la consommation : Codification sur la façon que les résidents se procurent leurs substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or et de la façon que la consommation est gérée.
  - 3.4 Évolution consommation : Codification sur l'évolution de la consommation de substances psychoactives chez les résidents du Manoir de l'âge d'or



- 3.5 Conséquences physiques : Codification sur les conséquences physiques de la consommation de substances psychoactives sur la vie des résidents
  - 3.6 Conséquences psychologiques : Codification sur les conséquences psychologiques de la consommation de substances psychoactives sur la vie des résidents.
  - 3.7 Conséquences antérieures : Codification sur les conséquences de la consommation de substances psychoactives chez les résidents avant leur arrivée au Manoir de l'âge d'or
  - 3.8 Bénéfices : Codifications sur les bénéfices de la consommation de substances psychoactives chez les résidents du Manoir de l'âge d'or
- 4. Soutien / accompagnement / aide
    - 4.1 Soutien/ aide : Codification sur l'aide et le soutien que les résidents reçoivent au Manoir de l'âge d'or en lien avec leur consommation de substances psychoactives
    - 4.2 Services : Codification sur les services mis en place par le Manoir de l'âge d'or et les employés pour les résidents qui consomment des substances psychoactives
    - 4.3 Pistes d'amélioration : Codification sur les améliorations sur le service au Manoir de l'âge d'or pour les résidents qui consomment des substances psychoactives
- 5. Dialogue
    - 5.1 Questions : Codification sur ce qu'aimeraient dire les résidents aux employés du Manoir de l'âge d'or en lien avec leur consommation de substances psychoactives.
- 6. Conclusion
    - 6.1 Commentaires : Codification des ajouts, commentaires ou des questions à la fin de l'entrevue
- 7. Autres pertinents
    - 7.1 Communication : Codification de la communication entre les résidents et le personnel du Manoir de l'âge d'or.
    - 7.2 Expérience : Codification des expériences des résidents avant le Manoir de l'âge d'or.
    - 7.3 Raisons de consommation : Codification sur les raisons de consommations de substances psychoactives dans le passé.

**ANNEXE Q**  
**GRILLE DE CODIFICATION POUR LES ENTREVUES INDIVIDUELLES DES**  
**PROFESSIONNELS**

**Grille de codification- entrevue individuelle des professionnels**

- 0. Introduction\présentation\ emploi
  - 0.1 Codification sur les informations concernant leur emploi actuel (poste, mandat, tâches, expériences)
  - 0.2 Codification sur les informations concernant leur expérience d'emploi antérieure au Manoir de l'âge d'or.
  
- 1. Manoir de l'âge d'or
  - 1.1 Description du Manoir de l'âge d'or : Codification sur les descriptions de l'hébergement par les employés
  - 1.2 Approches : Codification des approches préconisées au Manoir de l'âge d'or avec les résidents qui consomment des substances psychoactives.
  
- 2. Consommation de substances psychoactives en hébergement
  - 2.1 Substances consommées : Codification sur les substances psychoactives consommées en hébergement
  - 2.2 Procuration des substances : Codification sur la façon que les résidents se procurent les substances psychoactives
  - 2.3 Conséquences physiques de la consommation de substances : Codification où les professionnels expliquent des conséquences /problématiques physiques de la consommation de substances psychoactives chez les résidents du Manoir de l'âge d'or.
  - 2.4 Conséquences comportementales de la consommation de substances : Codification où les professionnels expliquent des conséquences comportementales de la consommation de substances psychoactives chez les résidents du Manoir de l'âge d'or.

- 2.5 Conséquences psychologiques de la consommation de substances : Codification où les professionnels expliquent des conséquences psychologiques de la consommation de substances psychoactives chez les résidents du Manoir de l'âge d'or.
- 3. Profil / perceptions des résidents qui consomment
  - 3.1 Profil des résidents qui consomment des substances psychoactives : Codification lorsque les employés décrivent le profil des résidents qui consomment des substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or.
  - 3.2 Perception envers les résidents : Codification lorsque les employés expliquent leurs perceptions envers les résidents qui consomment des substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or.
- 4. Services offerts aux résidents du Manoir de l'âge d'or en lien avec leur consommation de substances psychoactives
  - 4.1 Services : Codification des ressources en place pour les résidents qui consomment des substances psychoactives en dehors des services habituels du CHSLD
  - 4.2 Besoins d'intervention : Codification des besoins d'interventions des résidents qui consomment des substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or.
  - 4.3 Besoins sociaux : Codification des besoins sociaux des résidents qui consomment des substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or.
  - 4.4 Pistes d'amélioration : Codification lorsque les employés parlent de l'amélioration des pratiques/ accompagnement des résidents qui consomment des substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or
  - 4.5 Obstacles : Codification lorsque les employés parlent des obstacles potentiels aux améliorations des pratiques avec les résidents qui consomment des substances psychoactives. (à regarder si sous-codes ?)
- 5. Dialogue
  - 5.1 Questions : Codification lorsque les professionnels expliquent ce qu'ils aimeraient dire ou demander aux résidents qui consomment des substances psychoactives au Manoir de l'âge d'or.

5.2 Communication : Codification lorsque les professionnels parlent de la communication entre les différents acteurs du Manoir de l'âge d'or.

6. Conclusion

6.1 Commentaires : Codification des ajouts, commentaires ou des questions à la fin de l'entrevue

7. Autres pertinents

7.1 Les manques : Codification sur les manques de Manoir de l'âge d'or pour accompagner et soutenir les résidents qui consomment des substances psychoactives.

7.2 Besoins d'intervenants : Codification sur les besoins d'intervenants au Manoir de l'âge d'or pour améliorer leur intervention avec les résidents qui consomment des substances psychoactives.

8. Autres non pertinent

# ANNEXE R

## INFOGRAPHIE



## BIBLIOGRAPHIE

- Alain, M. et Dessurault, D. (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Association des infirmiers et infirmières du Canada (2011). *La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : Implication pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers*. [Document de travail]. Ottawa.
- Bauer, M. (2005). Le respect de la personne âgée dépendante en institution. *VST-vie sociale et traitements*, 86 (2) : 116 -134.
- Beaudry, M., & Trottier, G. (2018). *Les habiletés d'intervention en relation d'aide, Guide d'apprentissage*. Presse de l'Université Laval.
- Berteau, G. (2006). *La pratique de l'intervention de groupe : perceptions, stratégies et enjeux*. Québec, Qc : PUQ.
- Berteau, G., & Warin, L. (2014). *Grille d'observation des dynamiques ou phénomènes d'aide mutuelle*.  
[https://www1.otstcfq.org/wpcontent/uploads/2018/05/grille\\_aide\\_mutuelle\\_0.pdf](https://www1.otstcfq.org/wpcontent/uploads/2018/05/grille_aide_mutuelle_0.pdf)
- Beynon, C-M. (2008). Drug use and ageing: older people do take drugs! *Age Ageing*, 38(1):8-10.
- Blazer DG, & Wu L-T. (2009). The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: national survey on drug use and health (NSDUH). *Am J Geriatrics Psychiatry*, 17(3), 237-245.
- Boucher, L. M., Marshall, Z., Martin, A., Larose-Hébert, K., Flynn, J. V., Lalonde, C., Pineau, D., Bigelow, J., Rose, T., Chase, R., Boyd, R., Tyndall, M., & Kendall, C. (2017). Expanding conceptualizations of harm reduction : Results from a qualitative community-based participatory research study with people who inject drugs. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0145-2>
- Boutinet, J.-P. (2005). *Anthropologie du projet*. Paris : PUF : 1re éd. "Quadrige".
- Boutinet, J.-P. (2010). *Les deux temps de conduite à projets et leurs conduites itératives*. PUF : formation et pratiques professionnelles
- Brisson, P. (2014). *Prévention des toxicomanies*. Aspects théoriques et méthodologiques. Deuxième édition. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation pratiques*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- Buetti, D., Taylor, S., & Lapierre, S. (2019). Interventions fondées sur les déterminants sociaux de la santé : Quelles implications pour le travail social structurel? *Service social*, 65(1), 40-53. <https://doi.org/10.7202/1064589ar>
- Butori, R. & Parguel, B. (2010). Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *Sciences humaines*. 1-20, France. Récupéré le 5 mars 2023 à <https://shs.hal.science/halshs-00636228>
- Calvignac, C. (2020). Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ? *Sciences humaines*. 1-6. Récupéré le 3 mars 2023 à <https://hal.science/hal-02904432v1/document>
- Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance (2015). *Plan de développement d'une unité spécialisée au Centre d'hébergement du Manoir de l'âge d'or*. [Document non publié]. Centre d'hébergement du Manoir de l'âge d'or : CSSS Jeanne-Mance.
- Cheff, R. (2018). Compensating Research Participants : A Survey of Current Practices in Toronto. *Wellesley Institute*.
- CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (2020), *Offre de service soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du centre-sud-de-l'île-de-Montréal*. Récupéré le 24 juin à [https://www.extranetccsmtl.ca/fileadmin/CIUSSS/DirectionsCliniques/ProgrammeSAPA/QuiSommesNous/PPT\\_Offre\\_de\\_service\\_SAPA\\_Master\\_version\\_INTRANET\\_20191127\\_\\_1\\_.pdf](https://www.extranetccsmtl.ca/fileadmin/CIUSSS/DirectionsCliniques/ProgrammeSAPA/QuiSommesNous/PPT_Offre_de_service_SAPA_Master_version_INTRANET_20191127__1_.pdf)
- Colliver, JD., Compton, WM., Gfroerer, J. C, et Condon T. (2006). Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. *Ann Epidemiol*; 16(4), 257-265.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2021). *Mandat sur la performance des soins et services aux aînées-COVID-19 : Portrait des Québécois de 65 ans et plus*. Québec : l'auteur. Récupéré de [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Rapportpr%C3%A9liminaire\\_Mandat/RapportsAssoci%C3%A9s/CSBE\\_Portrait-des-65-ans-etplus.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Rapportpr%C3%A9liminaire_Mandat/RapportsAssoci%C3%A9s/CSBE_Portrait-des-65-ans-etplus.pdf)
- Conus, F., Gonzalez-Sicilla, D. & Camirand, H. (2022). *Enquête québécoise sur le cannabis 2021 : La consommation de cannabis et les perceptions des Québécois. Portrait et évolution de 2018 à 2021*. [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 175 p. Récupéré de <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-cannabis-consommation-perceptions-evolution-2018-2021.pdf>
- De Robertis, C. (1981). *Méthodologie de l'intervention en travail social*, Paris, Le Centurion.
- Deslauriers, J.-P., & Bourget, M. (1997). Groupes et organisation communautaire. Les passerelles de l'intervention. *Service social*, 46(2-3), 77-100. <https://doi.org/10.7202/706761ar>

- Deslauriers, J.-P., Turcotte, D., & Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2016). Introduction au travail social (3e édition, Ser. Collection travail social). Presses de l'Université de Laval. <https://www.deslibris.ca/ID/450942>.
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : Analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>
- Doucet, H. (2002). L'éthique de la recherche. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Doucet, M-C. (2019). *Maîtrise en travail social : guide du mémoire d'intervention*. [Guide]. École de travail social de l'université du Québec à Montréal.
- Éducalcool (2020). *Alcool et santé : L'alcool et les aînés*. Québec : l'auteur. Récupéré de <https://www.educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Lalcool-et-les-ai%CC%82ne%CC%81s.pdf>
- Fleury-Payeur, F., Azeredo, A-C. (2021). La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2020. *Bulletin sociodémographique*, Institut de la statistique du Québec, 25 (3), 1-7. Récupéré de <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-mortalite-et-lesperance-de-vie-au-quebec-en-2020.pdf>
- Flores-Aranda, J., Toussaint, P. (2018). *Revue systématique sur les modalités et les effets de services de type Wet*. Montréal, Québec. Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Collections de BAnQ. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3500953>
- Forget, J. (2000). *L'usage inapproprié de substances psychoactives chez les aînés : poser des gestes concrets dès maintenant*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), Québec.
- Fortin, M-F., Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). : Montréal : Chenelière éducation.
- Gauthier, J. (2013). *L'intervention de réseau auprès de personnes âgées aux prises avec un problème de toxicomanie : exploration de stratégies d'intervention à partir d'un service de soutien à domicile : rapport d'analyse*. [Document non publié]. Université de Montréal.
- Giroux, M. (2003). L'expérimentation auprès des personnes atteintes de maladie neurodégénérative. *M/S : médecine sciences*, 19(10), 1016–1024.
- Gouvernement du Québec (2021a), *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe- Tout le Québec : consommation de cannabis et autres drogues*. Récupéré le 27 juin 2022 à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consommation-de-cannabis-et-autres-drogues/>



- Gouvernement du Québec (2021b), *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*. Récupéré le 25 juin 2021 à <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/etablissement/centre-dhebergement-du-manoir-de-lage-dor>
- Graziani, P. (2010). La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. *Drogues, santé et société*, 9 (2), 49–74. <https://doi.org/10.7202/1005300ar>
- Godrie, B. (2019) « La co-construction des savoirs au prisme de l'épistémologie et des inégalités sociales », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Savoirs savants, savoirs d'action et politiques publiques, consulté le 27 mai 2021.  
URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/11620>
- Guindon, M. et Cappeliez, P. (2011). Attitudes et perception de contrôle des personnes âgées envers la prise de médicaments à action anxiolytique, sédatrice et hypnotique (ASH). *La Revue canadienne du vieillissement*, 30 (1), 113-126.
- Harper, E. et Dorvil, H. (2013). *Travail social : Théories, méthodes et pratiques*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Hugonot-Diener, L., Duron, E., Husson, J-M. et Rigaud, A-S. (2015) « Le consentement à la participation à une recherche clinique des sujets âgés ayant des difficultés cognitives », *Éthique publique* [En ligne], vol. 10, n° 2 | 2008, consulté le 30 novembre 2022. DOI : <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.1461>
- Institut national de santé publique du Québec (2020). *Portrait statistique : la consommation d'alcool chez les personnes âgées au Québec*. [Document PDF]. Récupéré de [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2680\\_portrait\\_statistique\\_consommation\\_alcool\\_aines.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2680_portrait_statistique_consommation_alcool_aines.pdf)
- Institut de la statistique du Québec (2020). Le bilan démographique du Québec, *Édition 2020*, 183p. Québec : l'auteur. Récupéré de <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2020.pdf>
- Kemp, S. J. (2012). Constructivist Criteria for Organising and Designing Educational Research How Might an Educational Research Inquiry Be Judged from a Constructivist Perspective? *Constructivist Foundations*, 8(1), 118-125.
- Kirouac, L. & Charpentier, M. (2018). Solitudes et vieillissement : les expériences d'aînés qui vivent seuls. *Sociologie et sociétés*, 50(1), 157–182. <https://doi.org/10.7202/1063695ar>
- Landry, M. & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1). <https://doi.org/10.7202/007187ar>
- Lapierre, S., & Levesque, J. (2013). 25 ans plus tard... et toujours nécessaires ! Les approches structurelles dans le champ de l'intervention sociale. *Reflets*, 19(1), 38-64. <https://doi.org/10.7202/1018041ar>

- Lapointe, S. (2015). *Évaluation des distorsions cognitives et biais de désirabilité sociale chez les agresseurs sexuels d'enfants*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. Récupéré de papyrus, l'archive de publications électroniques de l'UDEM.  
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11864>
- Le Bossé, Y. (2003). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 30–51.  
<https://doi.org/10.7202/009841ar>
- Lee, E. O. J., MacDonald, S.-A., Caron, R., & Fontaine, A. (2017). Promouvoir une perspective anti-oppressive dans la formation en travail social. *Revue Intervention*, 145, 7-19.
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 165–180. <https://doi.org/10.7202/016983ar>
- Leurs, P., Huvent-Grelle, D., Lelievre-Leroy, S., Roche, J. & Puisieux, F. (2010). La consommation d'alcool en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est excessive. *La presse médicale*, 39 (12), 280-288. doi: 10.1016/j.lpm.2010.02.054
- Loignon, C., Dupéré, S., Godrie, B. et Leblanc, C (2018). « Dés-élitiser » la recherche pour favoriser l'équité en santé. Les recherches participatives avec des publics en situation de pauvreté en santé publique », *Éthique publique* [En ligne], vol. 20, n° 2 | 2018, consulté le 27 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/>
- Macgowan, M. (2006). *Inventaire des compétences en travail social avec les groupes*.  
[https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2018/05/inventaire\\_des\\_compétences\\_en\\_travail\\_social\\_avec\\_les\\_groupes\\_0.pdf](https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2018/05/inventaire_des_compétences_en_travail_social_avec_les_groupes_0.pdf)
- Marquette, C., Guillou-Landreat, M., Grall Bronnec, M., Vermeulen, O. & Vernisse, J. L. (2010). Sujets âgés et substances psychoactives : État des connaissances. *Psychotropes*, 16 (3), 161-178.
- Menecier, P., Prieur, V., Arèzes, C., Menecier, L. & Rotheval. (2003). L'alcool et le sujet âgé en institution. *Gérontologie et société*, 26 (105), 133-149.  
<https://doi.org/10.3917/g.s.105.0133>
- Menecier, P., Menecier- Ossia, L., Fernandez, L. & Rolland, B. (2020). Conduites addictives du sujet âgé. *La revue de gériatrie*, 45 (10), 589- 602.
- Menecier, P., Fernandez, L., R.Galiano, A & Ploton, L. (2019). Attitudes et croyances de soignants hospitaliers envers le mésusage d'alcool de sujets âgés : étude par entretiens de recherche. *Annales Médico-Psychologiques*. 6 (177), 544-550.  
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.11.013>

- Ministère de la santé et des services sociaux (2018), *Cadre de référence et de normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée : document d'introduction*. Québec : l'auteur.
- Momméja, L. (2022). *Suivi en logement de personnes avec un enjeu de consommation : comment se déploie l'approche de réduction des méfaits au sein des programmes « logement d'abord » ?*. Mémoire. Montréal (Québec), Université du Québec à Montréal, Maitrise en travail social.
- Motta-Ochoa, R., Incio-Serra, N., Poliquin, H., MacDonald, S., Huynh, C., Côté, P-B., Fallu, J-S & Flores-Aranda, J. (2022). A place to be safe, feel at home and get better: including the experiential knowledge of potential users in the design of the first wet service in Montreal, Canada. *Harm Reduct Journal*, 19 (34), 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/s12954-022-00616-6>
- Nicolet, L., Gosselin, S., Mallet, L.(2016). La déprescription des benzodiazépines chez la personne âgée. *Bulletin d'information toxicologique*, 32 (1), 10-16.
- Ninacs, W. A. (1995). *Empowerment et service social : approches et enjeux*. *Service social*, 44(1), 69–93. <https://doi.org/10.7202/706681ar>
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2015). *Normes de pratiques pour le travail social de groupe*. [Document PDF]. Récupéré de [https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2018/05/normes\\_pratique\\_ts\\_de\\_groupe.pdf](https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2018/05/normes_pratique_ts_de_groupe.pdf)
- Paille, F. (2014). Groupe de travail de la SFA et de la SFGG : Personnes âgées et consommation d'alcool. *Alcoologie et addictologie*, 36 (1), 61-72.
- Paris, A. (2001). Les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans six pays de l'OCDE : Planification-évaluation santé services sociaux. *Collection études et analyses 45*, 1-143.
- Paturel, D. (2014). La recherche participative comme enjeu pour la recherche en travail social. *Sociographe*, 5(7), 103-124.
- Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 17–59). Academic Press.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50006-X>
- Pérodeau, G., Guindon, M. & Goyer, L. (2001). Consommation chronique de psychotropes chez les aînés : Jalons théoriques et pratiques pour les cliniciens. *Revue québécoise de psychologie*, 22 (2), 1-23.
- Pullen-Sansfaçon, A. (2013). La pratique anti-oppressive. In E. Harper & H. Dorvil, *Le travail social; Théories, méthodologies et pratiques* (p. 353-373). Presses de l'Université du Québec.

- Rioux, M. (2016). *Aspects physiologiques et pharmacologiques des psychotropes : manuel d'accompagnement, TXM-120*. Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé.
- Robitaille, A. (2016). *La transition à la retraite et la consommation d'alcool : une étude exploratoire auprès de sept retraités*. (mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Récupéré d'*Archipel*, l'archive de publications électroniques de l'UQAM <http://www.archipel.uqam.ca>.
- Roe G. (2005). Harm reduction as paradigm: is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Crit Public Health*. 2005;15(3):243–50.
- Rouleau, A., Bélanger, C., O'Connor, K. & Gagnon, C. (2011). Évaluation de l'usage à risque des benzodiazépines chez les personnes âgées : facteurs de risque et impacts. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 123–144. <https://doi.org/10.7202/1008593ar>
- Selmi, B. (2014). *Les interventions infirmières auprès des personnes âgées résidentes au sein d'un lieu de vie concernant leurs consommations abusives d'alcool : travail dirigé*. Haute École de Santé de Fribourg.
- Theviot, A. (2021). *Confinement et entretien à distance : quels enjeux méthodologiques ?* Terminal [En ligne], 129 | 2021, mis en ligne le 15 mars 2021, consulté le 01 mars 2023. URL : <http://journals.openedition.org/terminal/7193> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/terminal.7193>
- Turcotte, D., Lindsay, J. (2019). *L'intervention sociale auprès des groupes* (4<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Vermette, G. (2001). *La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir : guide d'intervention*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), Montréal.