

Évaluation du risque de surdose et feuille de travail du plan de sécurité

Les différentes drogues ont différents effets, et certaines drogues sont plus susceptibles d'entraîner une surdose que d'autres. La surdose d'opioïdes peut entraîner un ralentissement du rythme cardiaque et de la respiration. La surdose de stimulants (intoxication sévère) peut entraîner divers symptômes qui durent un certain temps, notamment une accélération du rythme cardiaque, de l'agitation, une douleur à la poitrine et de l'anxiété. Cette feuille de travail peut vous aider à identifier des modifications de vos pratiques liées à la consommation de drogue pouvant réduire votre risque de surdose.

Cette feuille de travail est remplie de façon volontaire. Vous pouvez ignorer les questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre à n'importe quel moment. Veillez à ne pas fournir de données personnelles susceptibles de vous identifier, comme votre nom, votre date de naissance ou votre adresse. Cette feuille de travail est confidentielle. Aucune information que vous fournirez n'aboutira à des mesures punitives relatives à la consommation de drogue dont il est mentionné. Vos informations doivent être stockées de façon sécurisée (soit par vous-même en prenant cette feuille de travail avec vous après la session, ou par le gestionnaire de cas s'il la garde pour vous). Ne fournissez pas d'informations sur votre consommation de drogue qui pourraient avoir un impact sur votre droit de résidence ou des services dont vous bénéficiez.

Pratiques liées à la consommation de drogue

Quelles drogues (avec ou sans prescription) consommez-vous généralement ? (Choisissez toutes les réponses applicables.)

- Héroïne ou fentanyl Crack ou cocaïne Crystal meth Pilules (opioïdes)
 Pilules (benzodiazépines) Alcool Autre : _____

Comment consommez-vous ces drogues ? (Choisissez toutes les réponses applicables.)

- En les sniffant En les fumant En les injectant En les avalant Autre : _____

Quelle quantité de ces drogues consommez-vous généralement en même temps (par exemple, un sachet, 2 grammes, ou cela dépend) ?

Les sections suivantes peuvent vous aider à évaluer votre risque de surdose et à réfléchir à des façons de réduire votre risque.

Bandelettes de dépistage des drogues

Utilisez-vous des bandelettes réactives au fentanyl ou à la xylazine pour tester vos drogues ?

- Oui Non

Si la réponse est **oui** :

- **À quelle fréquence utilisez-vous des bandelettes réactives pour tester vos drogues ?**

- **Quelles drogues testez-vous ?** _____
- **Que faites-vous si le test est positif et que vos drogues en contiennent ?**

- **Que faites-vous si le test est négatif et que vos drogues n'en contiennent pas ?**

Mélange de drogues

Consommez-vous généralement plus d'une drogue à la fois ? Oui Non

Si la réponse est **non**, allez à la section Tolérance et médicaments contre les troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Si la réponse est **oui** :

- **De quels types de drogues s'agit-il ? (Choisissez toutes les réponses applicables.)**
 Stimulants Dépresseurs Antipsychotiques (neuroleptiques) Hallucinogènes
- **Dans quel ordre consommez-vous ces drogues ?**

- **Pourriez-vous éviter de consommer plus d'une drogue à la fois ?** Oui Non

Si vous ne pouvez pas éviter de consommer plus d'une drogue à la fois, pourriez-vous :

- **Consommer chaque drogue en quantité moindre ?** Oui Non
- **Attendre de voir comment vous vous sentez avant de consommer une autre drogue ?**
 Oui Non

Tolérance et médicaments contre les troubles liés à la consommation d'opioïdes

Avez-vous déjà arrêté de consommer de la drogue, même pendant un ou deux jours ?

Oui Non

Si la réponse est **oui**, lorsque vous consommez à nouveau de la drogue après un arrêt, pourriez-vous :

- **Consommer une quantité moins importante que d'habitude, au cas où votre tolérance ait diminué ?** Oui Non
- **Consommer plus lentement (par exemple, en sniffant moins, en l'injectant plus lentement ou en ajoutant plus d'eau à votre injection) ?** Oui Non

Prenez-vous actuellement des médicaments contre les troubles liés à la consommation d'opioïdes (medication for opioid use disorder, MOUD), comme la méthadone ou la buprénorphine (bupé) :

Oui Non

Si la réponse est **oui**, avez-vous assez en termes de quantité avec votre ordonnance jusqu'à votre prochain rendez-vous ?

Oui Non

Si la réponse est **non**, êtes-vous intéressé(e) pour en apprendre plus sur les MOUD afin de vous aider à gérer votre consommation d'opioïdes ? Oui Non

Naloxone

Où pouvez-vous vous procurer un kit de naloxone si vous n'en avez pas, ou si vous avez utilisé ou perdu le vôtre ? Si vous n'êtes pas sûr(e), discutez de vos options avec le personnel qui vous accompagne.

Où pouvez-vous garder votre kit de naloxone dans le cas où vous en avez besoin ?

Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de transporter un kit de naloxone ?

Gardez-vous votre kit de naloxone bien en vue lorsque vous consommez de la drogue ?

Oui Non

Des personnes de votre entourage ont-elles leur propre kit de naloxone ?

Oui Non Je ne suis pas sûr(e)

Des personnes de votre entourage savent-elles comment utiliser la naloxone ?

Oui Non Je ne suis pas sûr(e)

Des personnes de votre entourage savent-elles où vous conservez votre naloxone ?

Oui Non Je ne suis pas sûr(e)

La naloxone est-elle facile d'accès dans le lieu où vous consommez généralement de la drogue ?

Oui Non

Environnement

Où consommez-vous généralement de la drogue ?

Y a-t-il une porte à l'endroit où vous consommez de la drogue ? Oui Non

Si la réponse est **oui**, la porte se ferme-t-elle à clé ? Oui Non

Quelqu'un peut-il vous voir dans ce lieu ? Oui Non

Quelqu'un peut-il venir s'assurer que vous allez bien ou venir vous aider si vous faites une surdose dans ce lieu ? Oui Non

Devez-vous vous dépêcher lorsque vous consommez de la drogue dans ce lieu ? Oui Non

Y a-t-il une zone stérile où vous pouvez préparer vos drogues ? Oui Non

Si la réponse est **oui**, cet endroit est-il bien éclairé ? Oui Non

Que pouvez-vous faire pour rendre l'endroit où vous avez l'habitude de consommer de la drogue plus sûr ?

Personnes pouvant apporter leur aide

Consommez-vous seul(e) ou en présence d'autres personnes ?

Seul(e) Avec une autre personne En groupe Parfois seul(e), parfois avec d'autres personnes

Avez-vous un téléphone portable ? Oui Non Parfois

Si la réponse est **oui** ou **parfois**, pouvez-vous activer un minuteur ou une alarme sur votre téléphone qui se déclenche au bout de trois à cinq minutes, afin qu'une personne à proximité puisse intervenir si vous n'êtes pas en mesure de l'éteindre ?

Oui Non

Quand ou si vous consommez seul(e), y a-t-il quelqu'un à proximité qui peut venir veiller sur vous ?

Oui Non

Si la réponse est **oui**, pouvez-vous demander à la personne de venir voir comment vous allez si elle n'a aucune réaction de votre part au bout de trois à cinq minutes ? Oui Non

Si la réponse est **non**, pouvez-vous appeler ou écrire à une personne qui sera en mesure d'envoyer des secours si elle n'a aucune réaction de votre part au bout de trois à cinq minutes ?

Oui Non

Si la réponse est **non**, pouvez-vous appeler l'assistance téléphonique « Never Use Alone » (Ne jamais consommer en solo) au 877 696 1966 ? Oui Non

Si ou quand vous consommez en présence d'autres personnes :

- **Pouvez-vous consommer chacun votre tour (de façon décalée) au cas où l'un d'entre vous fait une surdose ?**

Oui Non

- **Pouvez-vous garder de la naloxone à portée de main au cas où l'un d'entre vous fait une surdose ?** Oui Non

- **Avez-vous discuté ensemble de la façon dont veiller les uns sur les autres au cas où l'un d'entre vous fait une surdose ?**

Oui Non

Si la réponse est **non**, comment pourriez-vous commencer la conversation ? En partageant mon plan de sécurité

En leur posant des questions sur leur plan de sécurité En leur disant où se trouve ma naloxone

Autre : _____

Santé globale

Avez-vous une maladie affectant votre système respiratoire ?

Asthme Maladie pulmonaire obstructive chronique (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) Bronchite Virus respiratoire

Allergies Autre : _____

Prenez-vous des médicaments prescrits par votre médecin pour traiter cette maladie ?

Oui Non

Si la réponse est **oui**, les médicaments contrôlent-ils vos symptômes ? Oui Non

Si la réponse est **oui**, avez-vous assez de médicaments jusqu'à votre prochain rendez-vous ?

Oui Non

Si la réponse est **non**, pouvez-vous appeler votre prestataire de soins de santé pour réaliser un rendez-vous de suivi ?

Oui Non

Si la réponse est **non**, pouvez-vous obtenir un renouvellement ou réaliser un rendez-vous de suivi avec votre prestataire de soins de santé ?

Oui Non

Fumez-vous l'une de ces substances ?

Tabac Cannabis K2 Crack Autre : _____

Souhaitez-vous en savoir plus sur les options disponibles pour arrêter ou réduire la consommation de ces substances ? Oui Non

Souhaiteriez-vous utiliser des patchs ou des chewing-gums à la nicotine pour réduire votre consommation de tabac ?

Oui Non

Mon plan de sécurité contre la surdose

Raisons pour lesquelles je ne veux pas faire de surdose :

Risques que je suis prêt(e) à prendre :

Risques que je ne suis pas prêt(e) à prendre :

Stratégies pour réduire mon risque de surdose :

Comment puis-je rester en sécurité si je consomme seul(e) :

Comment puis-je rester en sécurité si je consomme avec d'autres personnes :

Choses qui empêchent ma consommation d'être plus sûre :

Ressources auxquelles je peux accéder pour améliorer ma santé et réduire mon risque de surdose et d'autres risques (par exemple, programmes d'échange de seringues, centres de prévention des surdoses et sites de dépistage des drogues) :

Mesures que je peux prendre pour améliorer ma santé et réduire mes risques :
