

ECHO[®] CHUM

Troubles concomitants

Programme de télémentorat accrédité
par le DPC de l'Université de Montréal

Les traitements intégrés en troubles concomitants

3 octobre et 10 octobre 2023

Pascale Desaulniers, travailleuse sociale

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom du conférencier : Inscrire votre nom ici

En relation ou non avec le contenu de cette activité, j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou de tout ordre avec une société à but lucratif ou j'estime que je dois divulguer à l'auditoire un intérêt ou une orientation particulière, non pécuniaire.

Nom de l'organisme	Type d'affiliation (Subvention, honoraires, conférenciers, actionnariat majoritaire, autres...)	Date

Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom du conférencier : Pascale Desaulniers

**Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel
en lien ou non avec le contenu de cette présentation.**

Objectifs de la capsule de formation

Permettre aux partenaires de :

- 1 Identifier les pratiques d'intégration des soins
- 2 Comprendre les avantages des soins intégrés
- 3 Explorer les différents types modèles d'intégration
- 4 S'approprier les moyens d'adapter ses services

Vignette

Un cas type des services non-intégrés (modèle séquentiel)

Homme de 37 ans, se présente à l'urgence pour traiter ses champignons et avoir de l'aide

- consommateur de crystal meth,
- se parle seul, aurait certains propos paranoïdes (se ferait suivre par la mafia) depuis plusieurs mois
- accuse avoir des champignons qui sortent de son corps (plusieurs plaies et lésions apparentes)
- l'équipe traitante regarde ses plaies et lui donne congé avec de la crème. Il lui propose aussi une référence en centre de réadaptation en dépendance que le patient refuse. Dans le dossier, il est inscrit possibles lésions de grattage avec psychose toxique induite aux stimulants.

Les jours suivants, le patient se présente à nouveau pour les mêmes plaintes.

**Que faire cette fois-ci? Quels soins croyez-vous qu'il bénéficiera?
Quel traitement devrait lui être offert?**

Vignette (suite)

Si nous tentions un modèle parallèle

Monsieur comprend qu'il a un problème de consommation et accepte finalement la référence au hébergement en dépendance et est admis en services internes pour cesser le crystal meth. Une référence a aussi été transmise au GASMA pour une évaluation de son état mental.

Rapidement après son admission, les autres résidents se plaignent de son comportement, le patient reste éveillé toute la nuit, soliloque et semble de plus en plus à se méfier des autres. Il fini par crier après une résidente l'accusant d'être de la famille Rizutto et cette altercation mis fin abruptement au séjour thérapeutique du patient.

Il rechuta à sa sortie et retourna à l'urgence.

Qu'est-il arrivé selon vous?

Quel aspect manquait-il dans la prise en charge de Monsieur?

Que signifie les soins intégrés ?

Tout faire, tout en même temps, pas vraiment mais pas loin!

Objectif principal : traiter les deux (ou plus) troubles de façon simultanée, par la même équipe

Pourquoi?

- Les études ont démontrées que les résultats étaient supérieurs dans l'ensemble versus les autres modèles.
- Les coûts quoique supérieurs démontrent tout de même un cout-bénéfice avantageux par une diminution des charges indirectes (économie de temps, meilleure gestion de ressources, diminution du temps passé aux urgences, meilleure navigation dans le système)
- Les deux troubles sont **DÉSORGANISANTS** (ça fait partie du problème!) et la sévérité/complexité est plus difficile à traiter.

Et les autres modèles :

Séquentiel : traiter un trouble dans un premier temps pour être en mesure d'accéder au traitement du deuxième trouble

Parallèle : traiter simultanément un trouble dans un équipe et le deuxième trouble dans une autre équipe

Que signifie les soins intégrés ? (suite)

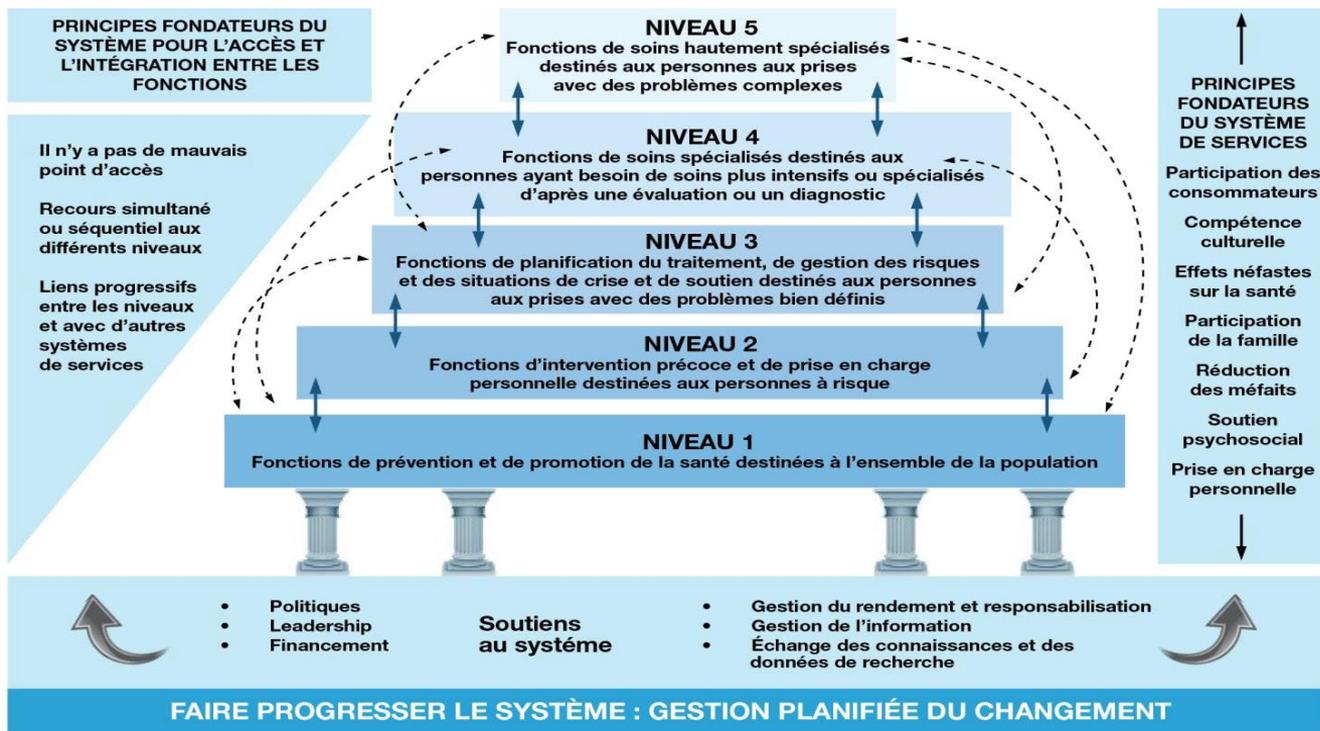
Tout faire, tout en même temps, pas vraiment mais pas loin!

Les principes et approches des traitements intégrés

- Empathie, compassion, optimisme, **confiance** et respect
- Alliance thérapeutique, partenariat de soins et participation des familles
- Approches holistiques, **multidisciplinaires**, de réduction des méfaits, de « no wrong door », par niveau de soins, basées sur des données probantes (EM, CBT, Rx, etc.)
- Services intégrés, flexibles, **centrés sur la personne**, axés sur ses forces, son rétablissement et adaptés au plan culturel
- Collaboration interprofessionnelle, inter-service et intersectorielle
- Continuité** de soins (transition services jeunesse-adulte, **gestion de cas**, « outreach », « assertive follow-up » lorsque requis)
- Soutien organisationnel structuré et développement des compétences
- Évaluation des programmes et amélioration continue de la qualité des services

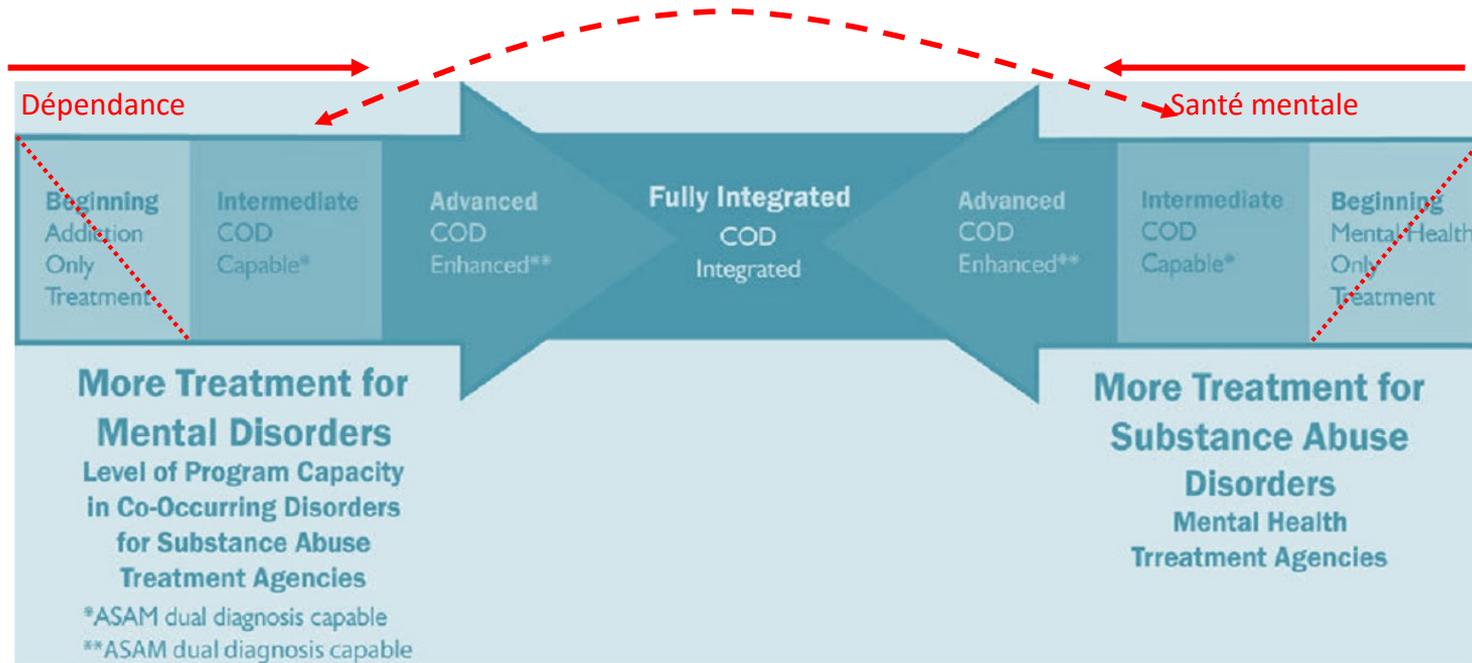
Un des types de modèles d'intégration

La flexibilité et l'accessibilité au cœur de ce modèle



Modèle de l'ASAM

Une transformation qui peut être progressive



Source: SAMHSA, 2008, p.44



Vignette (suite)

Si nous tentions un modèle intégré

À sa nouvelle présence à l'urgence pour les mêmes plaintes, Monsieur est rencontré par la travailleuse sociale qui lui verbalise qu'il doit en avoir assez d'être si préoccupé et lui parle de ses collègues du SIV qui pourraient l'aider à diminuer son anxiété. Elle propose une **rencontre avec le SIV** dans les prochains jours. De plus, le médecin propose des **antipsychotiques** pour diminuer l'importance des champignons dans les pensées du patient et ainsi diminuer son anxiété.

Lors du suivi avec le SIV différents sujets sont abordés : la consommation de crystal meth (patient ne veut pas cesser mais accepte de discuter sur ce aspect donc **interventions motivationnelles et réduction des méfaits**) mais aussi enjeux de **plaies** (consultation en dermato, suivi de l'évolution), la prise de **médication**, le fonctionnement du patient, l'**hébergement** et la gestion budgétaire. Le patient verbalise ses projets de partir sa compagnie.



Axes d'amélioration possibles

Vous pouvez changer des choses! Oui papa!

Amélioration de l'accès : no wrong door, reaching out, gestion de cas, détection systématique

Amélioration des traitements : viser avant tout l'alliance, aborder systématiquement les deux problématiques tant dans l'évaluation que dans les interventions (certains outils d'évaluation en GASMa inclus dépendance)

Amélioration des références : développer des **partenariats** et lien avec les ressources complémentaires, prévoir des mécanismes pour éviter l'abandon

Comment tentez-vous d'offrir des traitement intégrés à la personne?

Axes d'amélioration possibles

Vous pouvez changer des choses! Oui papa!

Amélioration des compétences en ressources humaines : **formation dans l'autre domaine** ou spécialisée en trouble concomitants, avoir accès à de la supervision

Amélioration de l'évaluation des programmes : trouver des indicateurs pour **évaluer les impacts** (diminution des abandons, meilleur fonctionnement des personnes, sentiment d'efficacité des intervenants), **outils validés disponibles**

Amélioration dans la gestion et les procédures : philosophie et valeurs de l'établissement, **chartes**, collaboration interdisciplinaire et inter-établissement

Tout n'a pas à être amélioré/parfait d'un seul coup!

L'important c'est de viser certaines améliorations qui sont réalistes pour vous et vos équipes.

Messages clés

C'est possible à tous les niveaux!

- Il faut **faire de votre mieux** pour aborder les 2 problématiques tout en favorisant l'alliance et la flexibilité.
- Se doter de moyens pour **ne pas oublier l'une ou l'autres** des problématiques (voir en déceler d'autres, santé, sexualité, logement)
- Pas besoin d'être un « spécialiste » en trouble concomitant.
- La majorité des personnes ayant des troubles concomitants NE SONT PAS suivis dans des services spécialisés, il est donc dans l'intérêt de tous de **se sentir plus compétent et d'ajuster nos services**.
- Les traitements intégrés ne sont pas une chasse gardée des services surspécialisés, tous les services peuvent améliorer leurs soins, devenir plus « capable » vers la problématique complémentaire.

Références

1. Présentation PPT de « Formation au processus de soutien-conseil des établissements demandeurs », créée par M. Jean-Marc Ménard pour le CECTC (2023)
2. Karapareddy, Journal of Dual Diagnosis, 2019; INESSS : Modèles de dispensation des soins et services aux personnes, 2016
3. Rush (2010) et Rush et Nadeau (2011); fondé sur le modèle à niveaux décrit dans la Stratégie nationale sur le traitement (2008)
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. SAMHSA Publication No. PEP20-02-01-004. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020.
5. NSW Ministry of Health. Effective Models of Care for Comorbid Mental Illness and Illicit Substance Use - Publications and resources [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 18]. Available from: <http://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/publications/Publications/comorbid-mental-care-review.pdf>

QUESTIONS? COMMENTAIRES?

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



MERCI!

Pour information :

echo.tc.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca

Visitez notre site :

<https://ruiss.umontreal.ca/cectc/>

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants

