

ECHO[®] CHUM

Troubles concomitants

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

Intégration des soins et impasses thérapeutiques

16 septembre 2025

23 septembre 2025

Simon Dubreucq

Psychiatrie des toxicomanies, CHUM

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

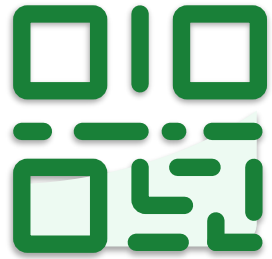
Nom du conférencier : Simon Dubreucq

**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 Améliorer sa compréhension de l'intégration des soins
- 2 Utiliser l'intégration des soins pour aider à résoudre des situations d'impasses
- 3 Se donner une structure pour réfléchir les situations d'impasses et l'intégration des soins



**Join at slido.com
#3095853**



Un patient souffre d'un épisode dépressif et d'un trouble d'usage d'alcool. Il est suivi par son médecin de famille qui gère son traitement antidépresseur. Il a aussi été référé à un professionnel en dépendance qui le voit régulièrement pour le traitement de son trouble d'usage d'alcool.

Ce type d'approche représente:



Un patient souffre d'un épisode dépressif et d'un trouble d'alcool. Il est suivi par son médecin de famille. Celui-ci a discuté de l'impact de la consommation d'alcool sur les symptômes dépressifs et exploré ses objectifs. Les symptômes dépressifs étant légers, ils conviennent ensemble de ne pas débuter d'antidépresseurs. Le patient tentera d'augmenter son niveau d'activité physique et souhaite tenter une période d'arrêt de la consommation d'alcool. Les risques de sevrage et l'aide nécessaire pour y parvenir sont explorés. L'évolution des symptômes dépressifs et leur lien avec la consommation seront surveillés et le traitement ajusté si nécessaire. Ce type d'approche représente:

Cas Cliniques

Jeune homme de 19 ans, maladie affective bipolaire, TU stimulant et autres substances, visites à l'urgence à répétition en lien avec la consommation d'amphétamines et l'exacerbation de ses symptômes. Il ne voit toutefois pas pourquoi vous insistez pour qu'il modifie sa consommation.

Femme 39 ans, TPL, TSPT, TAG, TU d'alcool. + de 10 tentatives de suicide. Continue de consommer ROH malgré vos efforts pour l'amener à cesser sa consommation. Elle vous reproche de ne rien faire pour elle et de ne pas être en mesure de lui enlever son mal de vivre.

Homme 59 ans, schizophrénie, plusieurs comorbidités physiques, consommation de médication antidouleurs et benzodiazépines. Demeure avec des symptômes psychotiques importants. Polypharmacie et échec de nombreux antipsychotiques.

Troubles concomitants

Toxicomanies et santé mentale

Prévalence élevée

Évolution défavorable

Dangerosité accrue

Complications médicales/physiques

Vulnérabilité sociale

Difficultés d'accessibilités aux soins

Suivi plus chaotiques

Épuisement des proches et des professionnels

Modèle de soins troubles concomitants

CECTC

Traitement séquentiel

- ✓ Traitement d'une première condition et traitement de l'autre condition par la suite.

Traitement parallèle

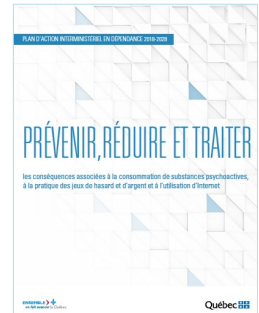
- ✓ Les deux conditions sont traitées simultanément par deux équipes différentes.

Traitement intégré

- ✓ Les deux conditions sont traitées simultanément par la même équipe de traitement;
- ✓ Pas une panacée, mais données dans l'ensemble soutiennent sa supériorité;
- ✓ Traitement intégré $\neq$ service 3^e ligne.

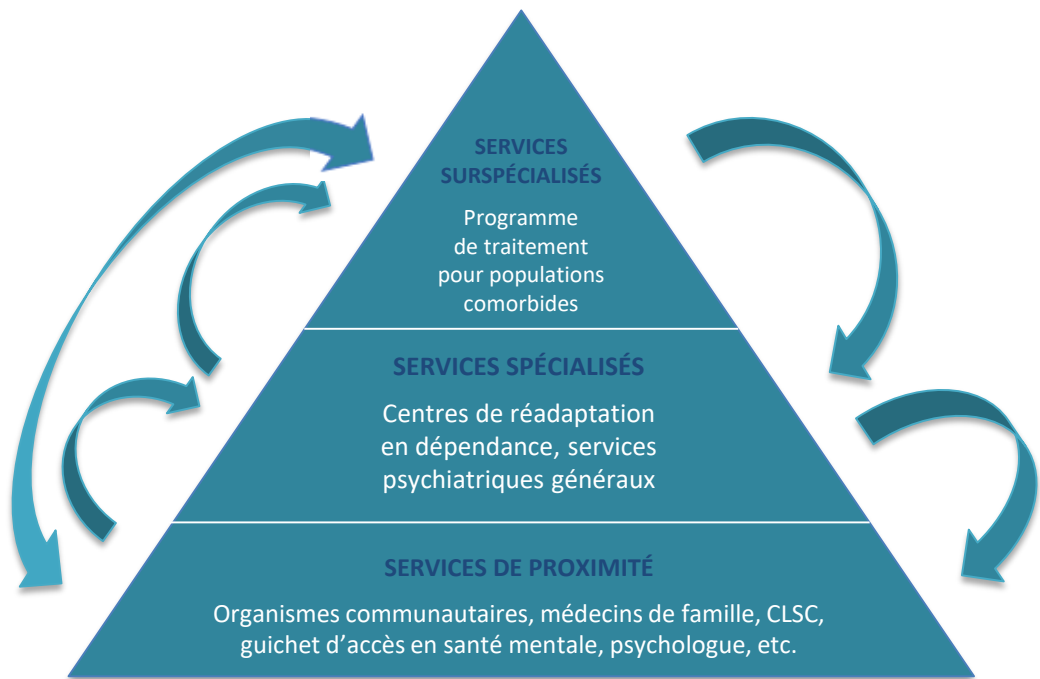
Modèle de soins troubles concomitants CECTC

- Étant donné la fréquente concomitance et l'interdépendance des troubles mentaux et des dépendances, ces deux problèmes de santé doivent être abordés conjointement et de façon intégrée.
 - « (Cette vision intégrée) implique une réduction des limites organisationnelles et cliniques, une révision des critères d'accès aux services et un travail de proximité... L'idée selon laquelle les personnes doivent traiter leur dépendance avant de bénéficier de services en santé mentale doit être changée. Un changement de paradigme s'impose afin que l'organisation et la prestation des services soient réellement adaptées aux réalités et aux besoins des personnes. »
 - **Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, MSSS**
- Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des modèles probants d'organisation de services adaptés à la concomitance des troubles mentaux et des TUS.
 - **Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028, MSSS**



Modèle d'organisation du Québec

Améliorer la capacité d'intégration à tous les niveaux

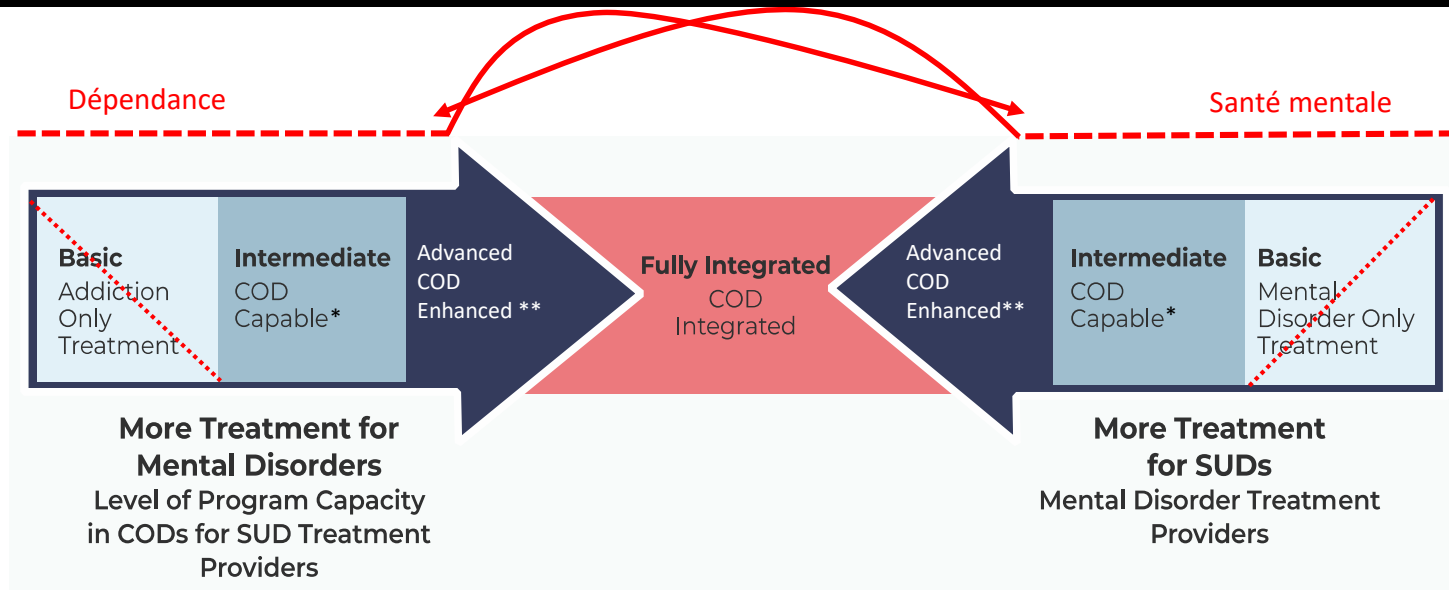


Quelques ingrédients :

- ✓ Dépistage, évaluation, interventions, référence
- ✓ Trajectoires basées sur les bonnes pratiques
- ✓ Trajectoires claires, simples et bien diffusées
- ✓ Miser sur les forces du réseau public et communautaire

Modèle de l'ASAM

Transformation progressive des pratiques de chacun des secteurs



*ASAM dual diagnosis capable

* * ASAM dual diagnosis enhanced

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.

Rappels de base

Empathie

Bienveillant

Sans jugement

Rôle d'expert sans en prendre nécessairement la position

S'adapter au contexte (urgence, bureau, équipe multi etc.)

Intégrer tout en reconnaissant ses limites

Cas Cliniques

Jeune homme de 19 ans, maladie affective bipolaire, TU stimulant et autres substances, visite à l'urgence à répétition en lien avec la consommation d'amphétamines et l'exacerbation de ses symptômes. Il ne voit toutefois pas pourquoi vous insistez pour qu'il modifie sa consommation.

1- Dangereusité/Urgence?

2- Situation du patient Vs réaction à la situation (émotions patient, les nôtres, de l'équipe, du système)

3- Qu'est-ce que j'offrirai normalement/que me disent les données probantes?

4- Est-ce que ce que j'offre est en lien avec les objectifs de changement du patient/avec ses priorités?

Questions à se poser

1- Dangérosité/Urgence?

Intensité des symptômes
thymiques/psychotiques

Risque auto-hétéroagressif

Impact sur le jugement et capacité à assurer
ses besoins de base

Intoxication/surdose

Sevrage

Complications médicales

Influence TU sur état mental

Influence état mental sur TU

Facteurs protecteurs

Rapidité de la détérioration et présence de symptômes résiduels?

Objectifs si hospitalisations? Alternatives?

RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX



Questions à se poser

2- Situation du patient Vs réaction à la situation (émotions du patient, les nôtres, de l'équipe, du système)

Environnement et sévérité du trouble

Réponses aux traitements

Attention au réflexe: Le problème c'est qu'il consomme

Environnement et sévérité du trouble

Réponse aux traitements

Attention au réflexe: Le problème c'est qu'il devient psychotique

Frustrations et sentiment d'impuissance (patient, nous, équipe)

Malaise/peur

Autres émotions

Limite des lois/du système

Attention au risque de vouloir trouver une solution instantanée à un problème persistant

Objectifs réalistes et espoir

Questions à se poser

3- Qu'est-ce que j'offrirai normalement/que me disent les données probantes?

Revoir le diagnostic
Offre de service bio-psycho-sociale
optimisée?
Obstacles à l'optimisation

Préciser chaque TU
Traitement bio-psycho-sociale optimisée?
Obstacles à l'optimisation

Moyens de combiner les traitements?
Nécessité de traiter plus agressivement/adapter l'approche?
Adaptation de ce plan aux limites du système
Menu des options larges (SM, TU, médical, social etc.)
Planification des prochaines étapes en incluant la personne

Questions à se poser

4- Est-ce que ce que j'offre est en lien avec les objectifs de changement du patient/avec ses priorités?

Objectifs au delà du trouble

Influence de l'autocritique

Influence du traitement sur les objectifs de
changement

Objectifs au-delà du trouble

Abstinence, réduction de la consommation

Réduction des risques et dommages

Peut varier d'une substance à l'autre

Rarement aucun objectif

Esprit motivationnel

Les changements prennent du temps

Parfois objectifs en contradictions avec le niveau de dangerosité

Pour et contre des mesures légales

Implications de la personne à toutes les étapes

Cas Cliniques

Prendre en considération les 4 questions dans leur ensemble

Réfléchir au menu des options

Réfléchir aux meilleures stratégies pour que la personne ait accès à ces options.

Si pas possible à court terme, conditions pour qu'elle y ait accès

Prévoir des plans B (C, D etc.)

Limites si évolution défavorable

Discussion des risques avec la personne, ses proches, l'équipe etc.

Cas Cliniques

Tentez par vous-même le processus

Femme 39 ans, TPL, TSPT, TAG, TU d'alcool. + de 10 tentatives de suicides. Continue de consommer ROH malgré vos efforts pour l'amener à cesser sa consommation. Elle vous reproche de ne rien faire pour elle et de ne pas être en mesure de lui enlever son mal de vivre.

Homme 59 ans, schizophrénie, plusieurs comorbidités physiques, consommation de médication antidouleurs et benzodiazépines. Demeure avec symptômes psychotiques importants. Polypharmacie et échec de nombreux antipsychotiques.

- 1- Dangersité/Urgence?
- 2- Situation du patient Vs réaction à la situation (émotions du patient, les nôtres, de l'équipe, du système)
- 3- Qu'est-ce que j'offrirai normalement/que me disent les données probantes?
- 4- Est-ce que ce que j'offre est en lien avec les objectifs de changement du patient/avec ses priorités?

Santé mentale

Les deux

Dépendance

Prochaine séance...

D'ici à la prochaine séance:

Prendre une situation clinique ayant suscité un questionnement et utiliser les 4 questions discutées aujourd'hui

Prochaine séance:

Discussion sur le phénomène des portes tournantes

Remerciements

Les diapositives 8-9-10 et 11 proviennent ou ont été adaptées à partir d'une présentation du soutien conseil du CECTC

Références

1. INESSS (2016) Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Avis rédigé par Sébastien O'Neil et Micheline Lapalme. ETMIS 2016; 12(01) : 1-83.
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf
2. 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>
3. 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
4. Brousselle A et al. Health Care Manage Rev. 2010 Jul-Sep;35(3):212-23
5. Rush (2010) et Rush et Nadeau (2011); fondé sur le modèle à niveaux décrit dans la Stratégie nationale sur le traitement (2008)
6. Karapareddy, Journal of Dual Diagnosis, 2018; INESSS : Modèles de dispensation des soins et services aux personnes, 2016

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://ruisss.umontreal.ca/cectc/>

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants

