

ECHO[®] CHUM

Troubles concomitants- JEUNESSE

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

Sujet de la capsule :
Gestion des impasses thérapeutiques

Date de la séance : 17 septembre 2025

D^{re} Clairéline Ouellet-Plamondon, MD, MSc, FRCPC

Psychiatre au CHUM

Clinique Jeunes adultes psychotiques

Service de psychiatrie des toxicomanies



Déclaration d'intérêt des membres du comité scientifique

Nom	Détails
Simon Dubreucq	aucun
Clairelaine ouellet Plamondon	aucun
Camille Fournier	aucun
Anne Wittevrongel	aucun
Jane Marie Ramil	aucun
Guyline Sarrazin	Aucun
Karine Lemay	Aucun
Stéphanie Grondin	aucun

*Ce programme bénéficie d'une subvention à visée éducative du
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de RBC Banque Royale.*

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



Atténuation des biais

☒ Sans objet

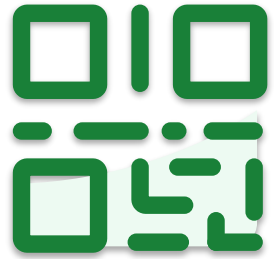
☐ Stratégies utilisées:

Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels



Nom du conférencier : Dre Clairéline Ouellet-Plamondon

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



**Join at slido.com
#2896431**

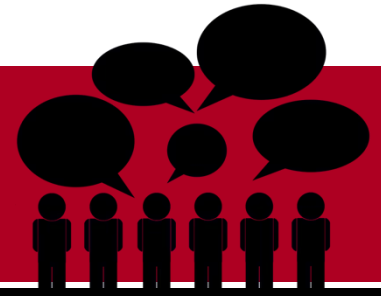


Lequel est vrai :



Selon vous, les patients les plus difficiles sont :

Objectifs



Permettre aux partenaires de :

- 1 Discuter des patients « difficiles » ; qui et pourquoi?
- 2 Explorer les stratégies d'intervention utiles en situation d'impasse
- 3 Se donner une structure pour réfléchir aux situations d'impasse

En clinique

Jeune homme de 19 ans, suivi depuis plus d'un an, vit avec sa famille, projette un retour aux études

TDAH et trouble bipolaire de type 1 récemment diagnostiqué

TU THC et stimulant et usage de drogues multiples récréatives

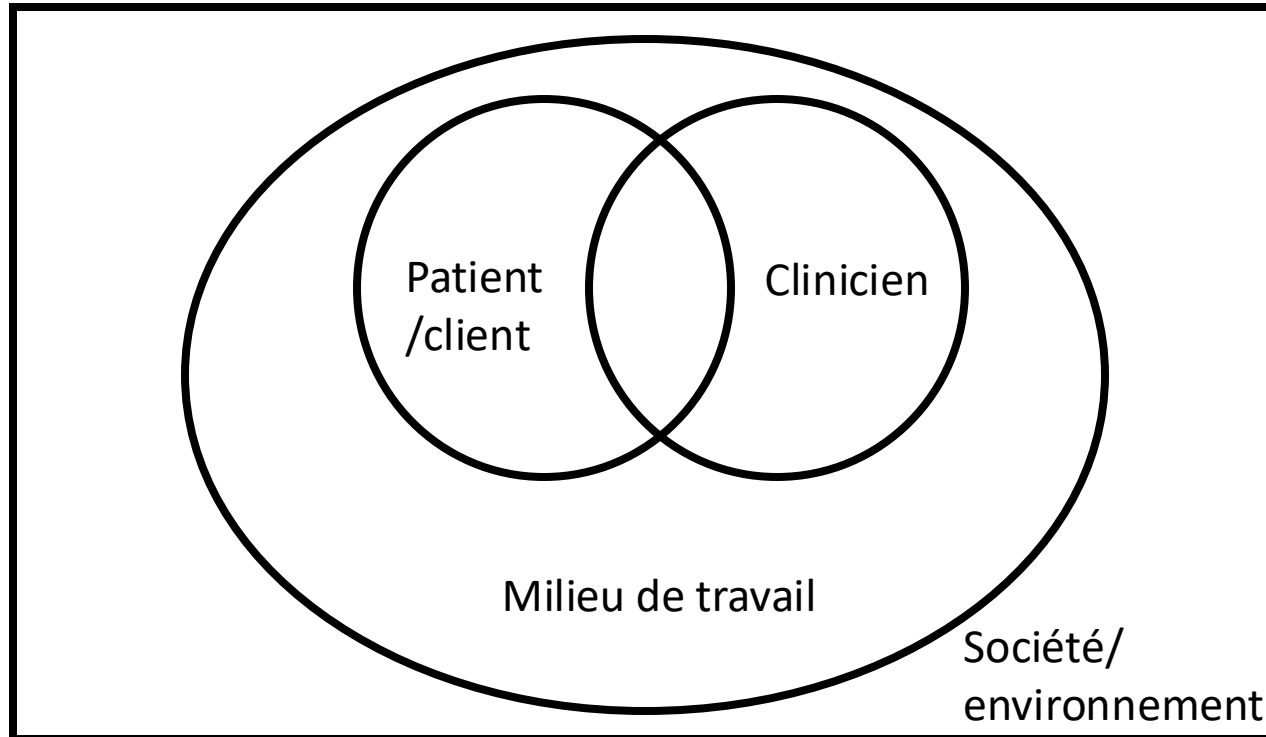
Antécédent de surdose

Dit vouloir changer mais aucun changement après des mois

Pression de la famille de résultats

Situations d'impasse

Patient « difficile »?



Situations d'impasse

Patient / client

Un problème complexe

Plusieurs problèmes

Toxicomanie sévère

Problèmes bio - psycho - sociaux

Collaboration

Motivation

Agressivité

Attentes irréalistes

Auto stigmatisation

Valeurs

Culture

Vécu traumatique (incluant via soins)

Expérience avec l'autorité

Relations passées

Situations d'impasse

Clinicien

Manque de connaissances

Sentiment d'impuissance

Émotions suscitées (peur, tristesse, etc.)

Trouble concomitant : souvent flou
diagnostic, complexité, souhait du
patient différent du
clinicien/équipe/société

Fatigue de compassion

Surcharge

Stigmatisation

Valeurs

Culture

Situations d'impasse

Milieu de travail

Philosophie de soins

Mandat

Ressources

Stigmatisation

Valeurs

Culture

Incitation aux traitements de plus en plus courts afin de rentabiliser les investissements

Situations d'impasse

Société / environnement

Rapidité des changements technologiques et industriels

- Problème d'adaptation continue
- Niveau de stress élevé

Augmentation de la toxicomanie, des double et triple diagnostics

Éclatement des familles, réseau social appauvri

Immigration avec valeurs culturelles et religieuses différentes qui ébranlent les modes usuels de compréhension et d'intervention

Lecompte, 2010



Situations d'impasse

Société / environnement

Choix sociétaux / gouvernementaux

Stigmatisation

Déterminants de la santé

Valeurs

Pauvreté

Culture

Solitude / réseau social appauvri

Exclusion socio-culturelle

Situations d'impasse

Troubles concomitants, toxicomanie et santé mentale

Prévalence élevée

Vulnérabilité sociale

Difficultés d'accessibilités aux soins

Évaluation plus complexe

Dangerosité accrue

Complications médicales/physiques

Suivis plus chaotiques

Pronostic plus réservé

Risque d'épuisement des proches et des professionnels

Stratégies d'intervention

Se questionner – prendre du recul sur la situation

Contextualiser l'impasse

Facteurs liés : au patient / client

au clinicien

au milieu et au système

Réaction personnelle à certains « types » de patients

Qu'est-ce qui génère de l'inconfort, de l'impuissance, de la colère et/ou un sentiment d'incompétence?

Frustration de ne pas être écouté?

Difficulté à réfléchir

Sentiment de peur/d'intimidation? ... Qu'est ce que cela nous dit du patient?

Sentiment d'être utilisé

Suscite le rejet ou l'envie de le sauver

Résistance au changement VS absence d'objectif commun?

Stratégies d'intervention

Se questionner – prendre du recul sur la situation

Se questionner sur ce que nous fait vivre le patient, reconnaître ce qui est plus difficile pour soi

Reconnaître que certains patients sont difficiles

Reconnaître que l'on peut involontairement contribuer à la présentation difficile du patient et que le contexte peut augmenter la difficulté

S'assurer comme soignant de faire de notre mieux pour adapter nos stratégies pour mieux rejoindre les patients « difficiles »

* En discuter avec des collègues

Stratégies d'intervention

Empathie – *se rappeler les facteurs présents*

Bienveillance – *obligation de moyens et non de résultats; non toute puissance*

Sans jugement – *liberté de choix*

Collaboration – *rôle d'expert sans être autoritaire*

Se rappeler que l'expression de la souffrance peut prendre diverses formes

Importance du non verbal. Ce n'est pas nécessairement l'information ou les mots dits qui sont les plus importants mais la façon de communiquer

Stratégies d'intervention

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

Avoir / revoir le cadre du suivi et le plan d'intervention

Avoir des limites claires – mais cela peut être dynamique en cours d'un suivi

Éviter de blâmer involontairement le patient

À moduler selon le degré d'alliance et votre connaissance du patient

C'est parfois long d'établir une relation thérapeutique...

Cadre de réflexion - Questions à se poser

1- Y a-t-il urgence / dangerosité?

2- Quels sont les facteurs contribuant à l'impasse (patient, soi, équipe, système)

- Lequel m'apparaît le plus important (prioriser les interventions)?

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

4- Est-ce que ce que l'offre est en lien avec le stade de changement du patient et ses objectifs (personnaliser les soins)?

- Ne pas rester seul avec la situation d'impasse, en discuter en équipe ou avec aide extérieure (ex. ECHO)
- Élaborer un plan et prévoir faire un suivi de la situation

En clinique

Jeune homme de 19 ans, TDAH, trouble bipolaire de type 1 récemment diagnostiqué, TU THC et stimulant et usage de drogues multiples récréatives, antécédent de surdose. Dit vouloir changer mais aucun changement après des mois. Pression de la famille de résultats.

1- Y a-t-il urgence / dangerosité?

non

2- Quels sont les facteurs contribuant à l'impasse (patient, soi, équipe, système)

Patient : **minimise usage – superficiel lors échanges – à risque surdose – refuse prise de sang**

Clinicien : **frustration liée manque d'authenticité – peur de surdose – continuer rx sécuritaire?**

sentiments partagés, pression de performance **facteur non modifiable**

Système : **Parents : exaspérés, peur** – Clinique : **pas de rv en soirée**

En clinique

Jeune homme de 19 ans, TDAH, trouble bipolaire de type 1 récemment diagnostiqué, TU THC et stimulant et usage de drogues multiples récréatives, antécédent de surdose. Dit vouloir changer mais aucun changement après des mois. Pression de la famille de résultats.

2- Quels sont les facteurs contribuant à l'impasse (patient, soi, équipe, système)

Le(s)quel(s) m'apparaît le plus important (prioriser les interventions)?

Patient : minimise usage – superficiel lors échanges – à risque surdose – refuse prise de sang

Cliniciens : **frustration liée manque d'authenticité** – **peur de surdose** – continuer rx sécuritaire?

sentiments partagés, pression de performance facteur non modifiable

Système : Parents : exaspérés, peur – Clinique : pas de rv en soirée

En clinique

Jeune homme de 19 ans, TDAH, trouble bipolaire de type 1 récemment diagnostiqué, TU THC et stimulant et usage de drogues multiples récréatives, antécédent de surdose. Dit vouloir changer mais aucun changement après des mois. Pression de la famille de résultats.

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

Frustration liée au manque d'authenticité : Réfléchir et discuter de la relation thérapeutique

Discussion psychiatre et intervenant, partager nos frustrations : on souhaiterait que nos interventions amènent un changement, impuissance, incompetence

Revue du contexte : ATCD abus enfance, difficulté à faire confiance, souhaite plaire, fonction de l'usage

- Apaise les frustrations, mise en évidence de l'importance du sentiment de sécurité
- Pré contemplation

Peur de surdose : Réduction des méfaits

En clinique

Jeune homme de 19 ans, TDAH, trouble bipolaire de type 1 récemment diagnostiqué, TU THC et stimulant et usage de drogues multiples récréatives, antécédent de surdose. Dit vouloir changer mais aucun changement après des mois. Pression de la famille de résultats.

4- Est-ce que ce que j'offre est en lien avec le stade de changement du patient et ses objectifs?

On va un peu trop vite... plan d'action difficile à mettre en place pour diminuer conso, + ambivalent finalement

Besoin d'apaisement : encore peu stratégies de rechange à la conso

5- Plan

Continuer de travailler l'alliance et le sentiment de sécurité (*trauma informed care*), être patient

Revenir davantage au motivationnel et préciser un objectif plus réaliste

Revoir principes de réduction des méfaits avec le jeune

Proposer une rencontre familiale où sera nommer notre peur de la surdose, impliquer le jeune et la famille dans la mise en place de stratégies sécuritaires

Projet occupationnel aidant : support pour maximiser chance de réussite

Entretenir respect et ouverture

Réévaluation du plan q mois



Lequel est vrai:



Selon vous, les patients les plus difficiles sont :

Prochaine séance...

D'ici à la prochaine séance :

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

Références

Bahji,A et al., Training in Substance ue Disorders, Part 1: Overview of Clinica Practlce Recommendations, Can J Psychiatry 2024;XX(ISS):XXX–XXX

<https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Addictions-Part-1-Clinical-Practice-Overview-2015-59-web-EN.pdf>

Crockford, D et al. Training in Substance ue Disorders, Part 2: Updated curriculum guidelines, Can J Psychiatry 2024;XX(ISS):XXX–XXX

https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Training-in-SUD-Part-2-Curriculum-Guidelines-CPA1232456_EN-1.pdf

QUESTIONS? COMMENTAIRES?

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



MERCI!

Pour information

Contactez

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

Visitez notre site :

<https://ruisss.umontreal.ca/cectc/services/echo-troubles-concomitants/>

Ce programme bénéficie d'une subvention à visée éducative du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de RBC Banque Royale.

