

ECHO[®] CHUM

Troubles concomitants

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

Gestion des impasses thérapeutiques

17 septembre 2024 (Groupe A)

24 septembre 2024 (Groupe B)

D^r Simon Dubreucq

Psychiatrie des toxicomanies, CHUM

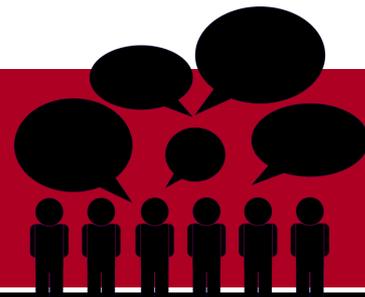
RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX



Université
de Montréal



Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels



Nom du conférencier : Dr Simon Dubreucq

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

Quiz pré-test



Q1: Lorsque nous souhaitons poser un diagnostic chez une personne souffrant d'un trouble concomitant, lequel des énoncés est faux:

- a) Il est important d'explorer les périodes d'abstinence incluant les séjours en milieu protégé pour préciser si un trouble psychotique est induit ou primaire
- b) Avec un bon questionnaire, il est possible de distinguer un trouble dépressif primaire d'un trouble dépressif induit par l'alcool dans 90 % des cas
- c) Lors d'un diagnostic de trouble psychotique induit, une proportion significative évoluera vers un trouble psychotique primaire
- d) L'obtention d'informations collatérales et une évaluation sur plusieurs rencontres peuvent aider dans le processus diagnostic

Quiz pré-test



Q2: Lequel des énoncés est vrai:

- a) La majorité des patients ayant des troubles concomitants susciteront des situations d'impasses thérapeutiques
- b) Les limites du système influencent peu les situations d'impasse thérapeutique
- c) Les valeurs du patient et les nôtres ont peu d'impact sur les situations d'impasse
- d) Nos propres réactions à certains type de patient/client peuvent être un outil précieux pour adapter notre stratégie face à une situation d'impasse thérapeutique.

Quiz pré-test



Q3: Lorsque vous rencontrez un patient que vous trouvez difficile, lequel de ces énoncés est faux:

- a) Il y a un risque de ne pas offrir des services requis par son état
- b) Lorsque le cadre thérapeutique est discuté, il est préférable d'opter pour une attitude autoritaire
- c) Il faut moduler ses interventions selon le stade de changement du patient
- d) Le soignant peut avoir le réflexe de blâmer involontairement le patient qu'il trouve difficile

Objectifs



Permettre aux partenaires de :

- 1 Discuter des caractéristiques des patients que nous pouvons trouver « difficiles »
- 2 Explorer des principales stratégies d'intervention à appliquer en situation d'impasse
- 3 Se donner une structure pour réfléchir les situations d'impasses

Cas Cliniques

Jeune homme de 19 ans, maladie affective bipolaire, TU stimulant, 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.

Caractéristiques situations d'impasses.

Patient « difficile »?

Toxicomanie

Problèmes médicaux

complexes/douleurs chroniques

Problèmes psychiatriques/
psychologiques

Motivation

Problème sociaux/familiaux

Problème relationnels

Agressif, non collaborant

Ayant des attentes irréalistes

Vécu traumatique (incluant contacts
médicaux antérieurs)

Stigmatisation

Enjeux de valeurs

Enjeux culturels

Agenda caché

Limites du système

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

RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX



Université 
de Montréal



Troubles concomitants

Flou diagnostique

Trouble induit vs primaire

Exemple d'indices pour distinguer:

Histoire temporelle

Évolution à l'arrêt

Type de symptômes

Autocritique

Histoire familiale

Mais

Historique difficile

Évolution dans le temps

Tr. psychotique induit vers primaire

Parfois difficile malgré tout

Tr. dépressif primaire vs induit par

ROH indifférentiable dans 35-40% des cas

Substances influencent la

symptomatologie tr. primaire

Absence de période sans

consommation

Vécu/expérience

Patient et soignant

Vécu traumatique

Expérience avec l'autorité

Victime d'abus

Relations passées

Valeurs/culture

Valeurs/culture/relations passées

Génère de l'inconfort/ Impuissance/

Sentiment d'incompétence

Frustration de ne pas être écouté/résistance
au changement

Peut nous empêcher de réfléchir

Fait peur/intimidant

Sentiment d'être utilisé

Suscite le rejet ou l'envie de le sauver

**Réaction personnelle à certains « type » de
patients**

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.)

Éviter de blâmer involontairement le patient

Rappels de base

Limite/cadre ne veut pas dire être bête/sec

L'expression de la souffrance peut prendre divers formes

Importance du non verbal. Ce n'est pas nécessairement l'information où les mots dits qui sont le plus important mais souvent la façon

Moduler selon l'alliance avec le patient et votre connaissance du patient

État d'esprit

Reconnaître que certains patients sont difficiles et que c'est normal

Reconnaître que l'on peut involontairement contribuer à la présentation difficile du patient ou que la situation peut augmenter la difficulté

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

Questions à se poser

1- Dangérosité/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 le stade de changement du patient/avec ses besoins?

NB: Ne pas rester seul avec la situation d'impasse, en discuter en équipe/aide extérieur au besoin

Cas Cliniques

Jeune homme de 19 ans, maladie affective bipolaire, TU stimulant, 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- Dangérosité/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 le stade de changement du patient/avec ses besoins?

Cas Cliniques

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.

1- Dangerosité/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 le stade de changement du patient/avec ses besoins?

Cas Cliniques

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- Dangerosité/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 le stade de changement du patient/avec ses besoins?

Prochaine séance...

Garder en tête votre cas clinique

Ajouter l'intégration des soins pour mieux réfléchir les impasses

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

MERCI!

Pour information :
echo.tc.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca

Visitez notre site:
<https://ruiss.umontreal.ca/cectc/services/echo-troubles-concomitants/>

RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

