

ECHO[®] CHUM

Troubles concomitants

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

Gestion des “portes tournantes”

30 septembre 2025 (Groupe A)

7 octobre 2025 (Groupe B)

D^r Simon Dubreucq

Psychiatrie des toxicomanies, CHUM

RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX



Université
de Montréal

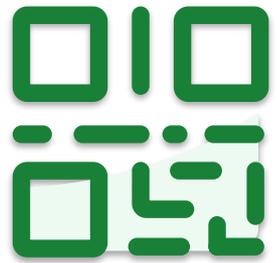


Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels



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.



**Join at slido.com
#1134052**

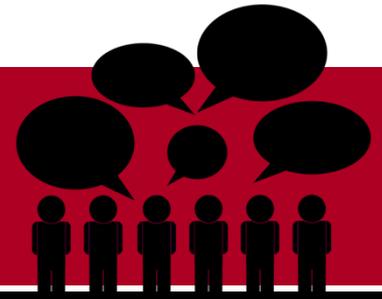


Vrai ou faux. Le phénomène de porte tournante est un phénomène typiquement québécois qui est nettement moins présent dans les autres juridictions.



Vrai ou faux: Le phénomène de la porte tournante est un phénomène nouveau de la dernière décennie en raison de la crise des opioïdes et de la pandémie.

Objectifs



Permettre aux partenaires de :

- 1 Revoir l'historique du phénomène de porte tournante
- 2 Discuter de l'impact des troubles concomitants sur le phénomène de porte tournante
- 3 Explorer des pistes de solution pour élaborer un plan d'intervention/de traitement lorsqu'un patient « fait la porte tournante »

Cas Clinique

Retour sur le cas de la première capsule

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.

Porte tournante (revolving door)

Historique

Années 60

Psychiatrie communautaire, pharmacologie et désinstitutionnalisation:
Hospitalisations plus courtes
Soutien social variable
Inobservance et consommation de substance
Judiciarisation/incarcérations
Réhospitalisations

Années 70-90:

Description du phénomène de porte tournant (revolving door)
E-Unis, Canada, Québec, Europe, Australie etc.

Demeure un enjeux contemporain

Gestion, Clinique, Média, Société...

Review

The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review

Joana Fonseca Barbosa¹ and João Gama Marques^{1,2}

International Journal of Social Psychiatry
2023, Vol. 69(5) 1075–1089
© The Author(s) 2023
SAGE
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journalsPermissions
DOI: 10.1177/0020717923119328
journals.sagepub.com/home/isp
SAGE

Document généré le 04/03/2024 08:54

Santé mentale au Québec

Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
Characteristics of the revolving door syndrome at Louis-Hippolyte Lafontaine Hospital

Henri Dorvil

Volume 12, numéro 1, juin 1987
Aspects de la désinstitutionnalisation

ISSN: 1198-5646/87/0001-0001\$07.50
DOI: 10.7146/ajps.120200754
After six months of reading

Extrait de l'article
Cet article examinera par questionnaire les caractéristiques de l'effacement des records d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. À la fin de l'article, des recommandations sont formulées sur les critères de sélection des patients hospitalisés par des soins continus dans un hôpital de soins de longue durée de la province de Québec.

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Annales Médico Psychologiques 1987, 208(7), 276-281
<http://www.elsevier.com/locate/ANM>

Communication

Syndrôme de la porte tournante en psychiatrie en 2006
Revolving door syndrom

B. Casin, S. Bahkhal¹, Touati, L. Aïan, N. Skurik

Centre Anne-Milidon-Charbon, 1105, rue d'Arènes, 75008 Paris, France
Disponible sur Internet le 05 août 2007

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE RECHERCHE EN SCIENCE
ET DE SERVICES SOCIAUX

RUISS

Université
de Montréal

Projet
ECHO[®]

Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

CHUM

Porte tournante (revolving door)

Causes possibles

Systemiques

- Manque de suivi externe
 - Critères d'exclusions multiples des programmes et accessibilité aux services
- Accès au logement/hébergement difficile
- Accessibilités aux substances
- Effritement du tissu social
- Société +/- inclusive

Facteurs de risque

- Psychose (mais pas obligatoire)
- Comorbidités dont personnalité
- Consommation de substances
- Inobservance au traitement

- Faible réseau social
- Pertes des repères occupationnels/routines

Rappel troubles concomitants

Évolution

Prévalence élevée
Évolution défavorable
Dangerosité accrue
Complications médicales/physiques
Vulnérabilité sociale
Difficultés d'accessibilités aux soins
Suivi plus chaotiques

Porte tournante (revolving door)

Pistes de solutions systémiques

Plusieurs initiatives au fil des ans:

UPS-J, PAJ-SM

Cliniques itinérances

Suivis communautaires

Programmes de réaffiliations/réinsertion dans les refuges

SIV, SIF, SIM

ABC

TIBD

Initiatives de retour à l'emploi etc.

Porte tournante (revolving door)

Comment aborder la situation?

Comment ne pas blâmer les patients ni les déresponsabiliser?

Comment ne pas se décourager?

TU comme trouble persistant

Parallèle avec santé mentale et autres maladies « chroniques »

Base neurobiologique

Changements persistent même après abstinence prolongée

Pronostic

Abstinence ou usage contrôlé vs fonctionnement?

Données variables, taux de rémission de 15 à 95% selon études...

En moyen 40-55% rémission

Taux rémission annuel environ 6 à 9%

Moyenne de 17 ans avant rémission

Diabète, asthme et HTA: environ 50% nécessitent réévaluation et ajustement tx chaque année

Fleury et al. Remission from substance use disorders: a systematic review and meta-analysis, *Drug Alcohol Depend.* 2016 Nov 1;168:293-306. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625. Epub 2016 Aug 29

Porte tournante (revolving door)

Réflexion

Tenter de voir au-delà du problème aigu

Risques sur-sous diagnostique lorsqu'en situation de crise/sevrage/intox

Tenter d'avoir un portrait de l'évolution au long cours

Se décoller de la situation aiguë

Regarder ce qui a été tenté dans le passé.

Réfléchir aux stratégies pour tenter de changer les patterns répétitifs

Faire le deuil de l'équipe parfaite. Si référence, plan entre temps.

Intégration via les 4 questions + une vision à moyen terme

Porte tournante (revolving door)

Réflexion

Limites urgence/hospitalisations

Prendre du recul pas toujours facile

Sachant les risques de rechute, le voir comme une étape et non une solution

Ne pas voir l'hospitalisation ou une visite à l'urgence comme un but en soi
Les patients qui ne sont « jamais à la bonne place »

Objectif à court terme, comment s'inscrit-il dans un objectif à + long terme.

Procéder par étape.

Porte tournante (revolving door)

Retour sur le cas

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.

Manie qui se résout rapidement, garde des sx psychotiques résiduels.

Tu stimulant et ROH. Tableau sevrage stimulant à l'avant plan

Sous antipsychotique po. Ne le prend pas vraiment. Pas intéressé à changer Rx.

Accepte de rester quelques jours à l'hôpital

Agité 24h puis dort beaucoup

Après 5 jours, plus tonique, bien éveillé, signe refus de traitement

Porte tournante (revolving door)

Alternative

1- Dangereusité/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?

Cible de traitements/attentes réalistes

Rétablissement

Plan à moyen terme/au-delà de la situation aigue

Prévoir d'avance les prochaines étapes

Porte tournante (revolving door)

Alternative

Même situation en tenant compte que la visite actuelle s'inscrit comme une étape d'un plan à + long terme vu porte tournante

Menu des options offerts autant pour TU que tr. psychiatrique et enjeux sociaux
Principe qu'on ne peut refaire toujours la même chose qui ne marche pas en l'adaptant aux objectifs/souhaits du patient.

Faire verbaliser la personne sur ses préférences + discuter des prochaines étapes/cadre

Explorer la vision du rétablissement pour la personne, ce qui est important pour lui

Documenter le plan convenu

Documenter le cadre convenu

Porte tournante (revolving door)

Exemples d'options « au menu »

Médication/adhésion

Santé mentale

TU

Formes injectable

Suivi psycho-social et médical

Communautaire

Implications des proches

Plan en cas d'urgence/de sécurité

Changements souhaités par la
personne

Thérapie

CRD

12 étapes

Occupationnel

Mesures légales

Changement du cadre des hospitalisations et
clarifier le but des hospitalisations

Alternatives hospitalisations

Porte tournante (revolving door)

Retour sur le cas

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.

Manie qui se résout rapidement, garde des sx psychotiques résiduels.

Tu stimulant et ROH. Tableau sevrage stimulant à l'avant plan

Sous antipsychotique po. Ne le prend pas vraiment. Pas intéressé à changer Rx.

Accepte de rester quelques jours à l'hôpital

Agité 24h puis dort beaucoup

Après 5 jours, plus tonique, bien éveillé, signe refus de traitement

Mais plan déjà convenu pour la prochaine fois

Le patient n'a pas tout mis en échec/expérience potentiellement +

Moins de découragement lors de son retour

Prochaine séance...

Prendre un cas que vous connaissez qui fait la porte tournante

Utilisez les stratégies discutés

Peu importe le résultat clinique, voir si votre propre niveau d'inconfort diminue

Références

Dorvil Henri, Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'hôpital Louis-H Lafontaine, Santé mentale au Québec, 1987, XII, 1, 79-89
Riopel, Louise et Aude Fournier (2009) , « Questions de pratiques en santé mentale : les portes tournantes» , *Revue du CREMIS* , 2(1) .

Di Giovanni P, Di Martino G, Zecca IAL, Porfilio I, Romano F, Staniscia T. The Revolving Door Phenomenon: Psychiatric Hospitalization and Risk of Readmission Among Drug-Addicted Patients. *Clin Ter.* 2020 Sep-Oct;171(5):e421-e424. doi: 10.7417/CT.2020.2252. PMID: 32901786.

Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res.* 2007 Apr;34(2):137-50. doi: 10.1007/s11414-007-9055-5. Epub 2007 Apr 17. PMID: 17437186.

Fonseca Barbosa J, Gama Marques J. The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry.* 2023 Aug;69(5):1075-1089. doi: 10.1177/00207640221143282. Epub 2023 May 20. PMID: 37209104; PMCID: PMC10338701.

Fleury et al. Remission from substance use disorders: a systematic review and meta-analysis, *Drug Alcohol Depend.* 2016 Nov 1;168:293-306. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625. Epub 2016 Aug 29

Bahji, A et al., Training in Substance Use Disorders, Part 1: Overview of Clinical Practice 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 Use 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

Contactez

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

Visitez notre site :

<https://ruiss.s.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

