

Évaluer et intervenir auprès de personnes atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie : Comment trouver l'équilibre?

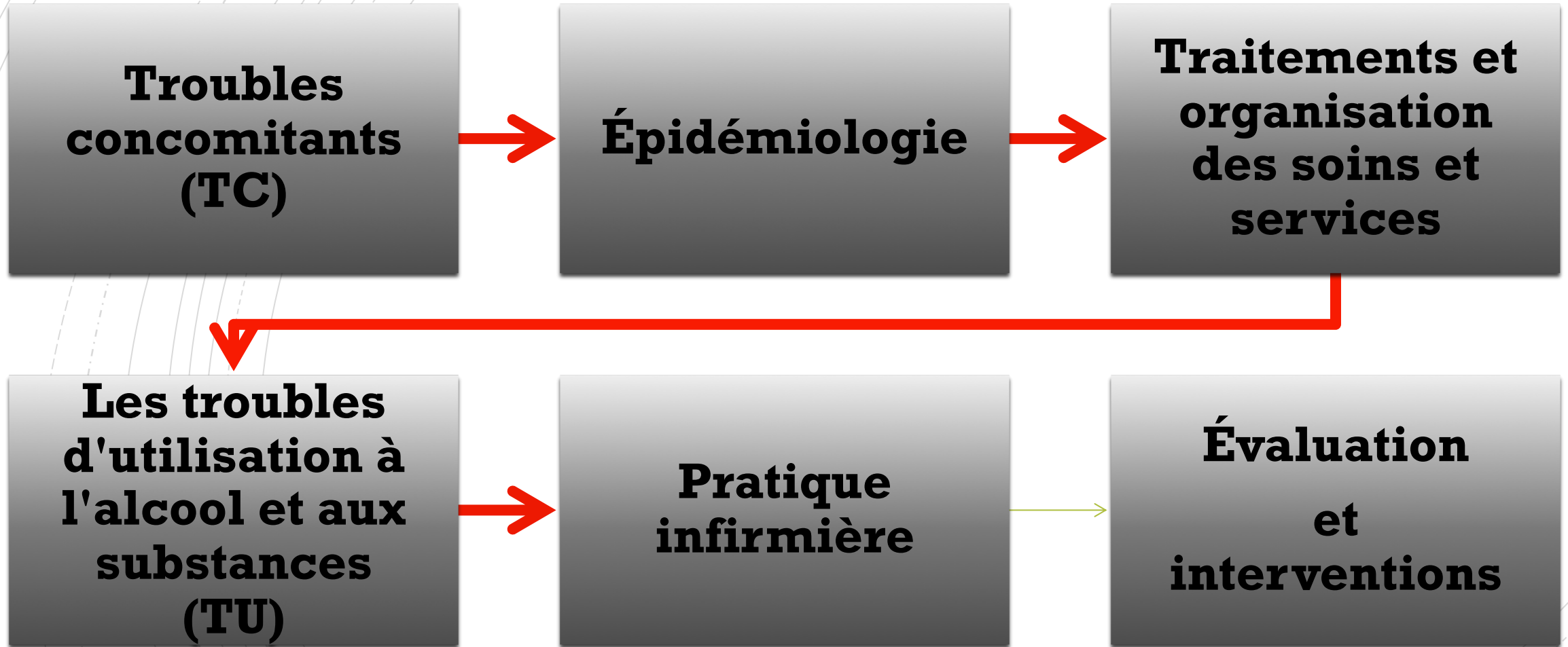


Gabrielle Chicoine, inf. M.sc., Ph.D. (c)

Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI)


Conseillère clinique et recherche, Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC)

Plan de la présentation



Objectifs de la présentation

- **Faire preuve d'une connaissance des TC et des TU;**
- **Comprendre les relations entre troubles mentaux et TU;**
- **Comprendre l'organisation des soins et services offerts aux personnes atteintes de TC;**
- **Comprendre les particularités de la pratique professionnelle auprès de personnes atteintes de TC;**
- **Connaître les principes de bases reliés aux approches de prévention de la rechute (PR);**
- **Reconnaître ses propres limites en tant que professionnel;**
- **Trouver des pistes de solutions pour garder l'équilibre dans la pratique auprès des patients ayant des TC;**

A black and white photograph showing a close-up of a hand holding a pen, poised to write on a document. Another hand is visible in the background, slightly out of focus. The scene is set against a dark background, possibly a desk or table.

Les troubles
concomitants
(TC):

De quoi s'agit-il?



Épidémiologie des TC

Données sur les troubles concomitants: *les études principales*

Aux États-Unis:

- 1) **Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. et Goodwin, F. K.** (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511-2518.
- 2) **Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G. et Leaf, P. J.** (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *American Journal Orthopsychiatry*, 66(1), 17-31.
- 3) **Substance Abuse and Mental Health Services Administration** (2013). *Results from the 2012 National Survey on Drug use and Health: Summary of National Findings*. Repéré à <http://store.samhsa.gov/shin/content/NSDUH14-0904/NSDUH14-0904.pdf>

Données sur les troubles concomitants: *les études principales (suite)*

Au Canada:

- 1) **Rush, B.** et Koegl, C. J. (2008). Prevalence and Profile of People with Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders within a Comprehensive Mental Health System. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 810-821. doi: 10.1177/070674370805301207
- 2) **Urbanoski, K.**, Inglis, D. et Veldhuizen, S. (2017). Service Use and Unmet Needs for Substance Use and Mental Disorders in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(8), 551-559. doi: 10.1177/0706743717714467
- 3) **Khan, S.** (2017). *Rapport sur la santé: Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada*. Ottawa, ON: Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.pdf>

Données sur les troubles concomitants: *les études principales (suite)*

Au Québec:

- 1) Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 1.2)*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/troubles-mentaux-toxicomanie.pdf>
- 2) O'Neill, S., Lapalme, M. et Camiré, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS>

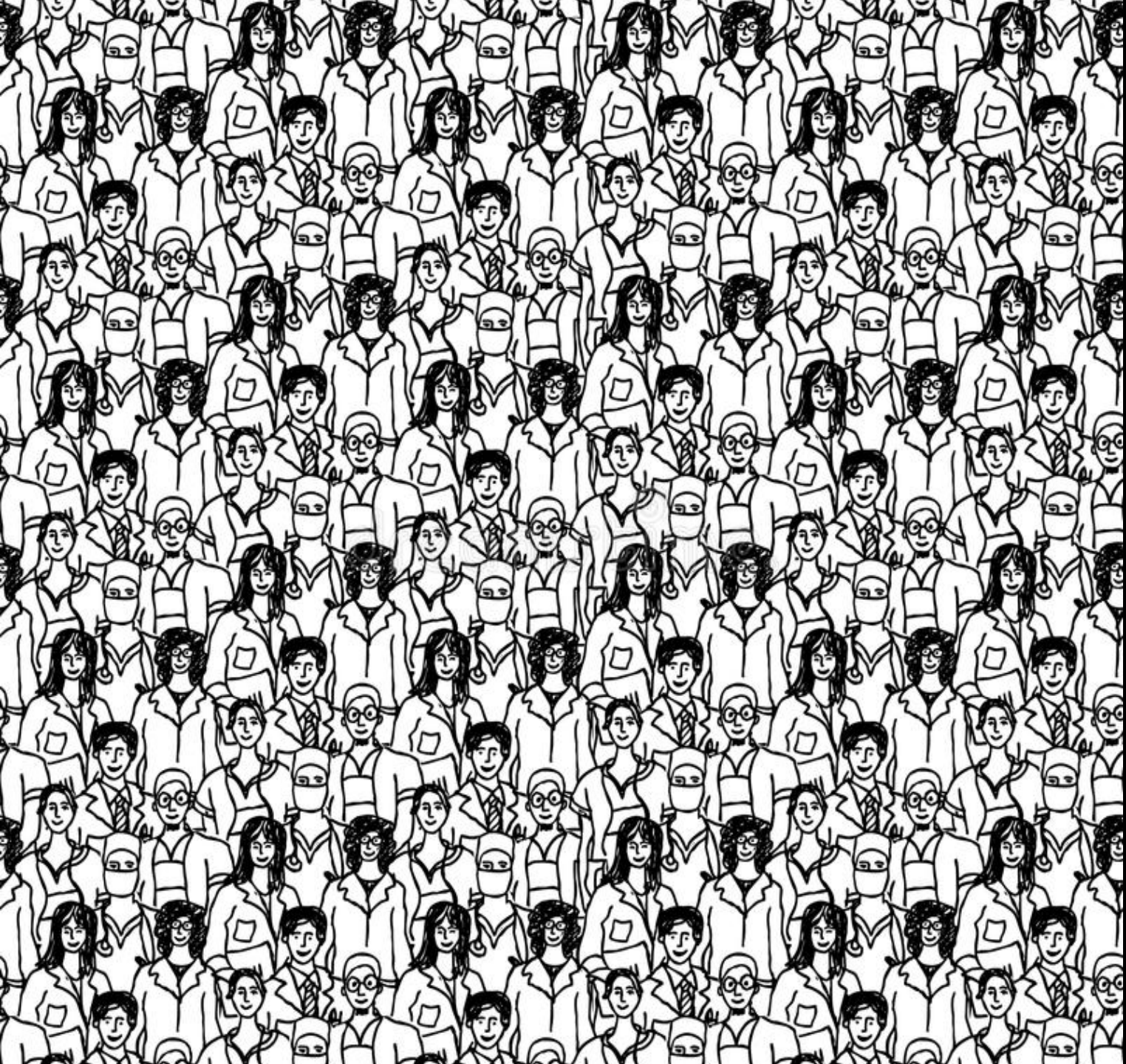
Statistiques en bref

- 1) Représente **1,7 %** des canadiens âgés de 15 à 64 ans ont présenté un trouble mental et un trouble d'utilisation aux substances au cours de leur vie;
- 2) Dépasse **50%** chez les personnes atteintes de troubles mentaux ou ayant utilisé des services en santé mentale;
- 3) Troubles d'utilisation aux substances (TUS): **3 à 4** fois plus de risque de développer un trouble mental, association positive selon le sexe (masculin);
- 4) Troubles mentaux: **2** fois plus de risque de TU à l'alcool et **4** fois pour les drogues illégales.

Statistiques en bref (suite):

Comorbidités psychiatriques

Diagnostic psychiatrique	Risque au cours de la vie de développer un trouble lié à une substance
Schizophrénie	47%
Trouble bipolaire type 1	56%
Trouble dépressif majeur	27%
Trouble anxieux	23.7%
Trouble de personnalité antisociale	60 à 80%



Les troubles
concomitants:

**La
majorité
plutôt que
l'exception**

Conséquences graves pour les personnes atteintes de TC: *Indices de santé mentale, de bien-être et de qualité de vie*

- 1) Évolution défavorable des deux conditions;
- 2) Taux de suicide élevé;
- 3) Plus d'automutilation;
- 4) Troubles de comportements;
- 5) Besoins de santé non-satisfaits;
- 6) Risque de violence augmenté.

Conséquences graves pour les personnes atteintes de TC: *Indices de santé physique*

Plus de complications médicales physiques:

- Impact de la prise de substances sur l'état général ou sur d'autres maladies physiques concomitantes (diabète, maladie cardiovasculaires);
- Maladies infectieuses transmissibles et leur traitement;
- Les troubles cognitifs secondaires à toxicomanie.

Conséquences graves pour les personnes atteintes de TC: *Iniquités de santé*

- 1) **Disparités au niveaux des soins offerts:** seulement 7,6% auraient reçus des soins pour les deux conditions alors que plus de 55% n'auraient reçus aucun traitements;
- 2) **Accessibilité aux services;**
- 3) **Victime de discrimination.**

Conséquences graves pour les personnes atteintes de TC: *Et quoi encore ...*

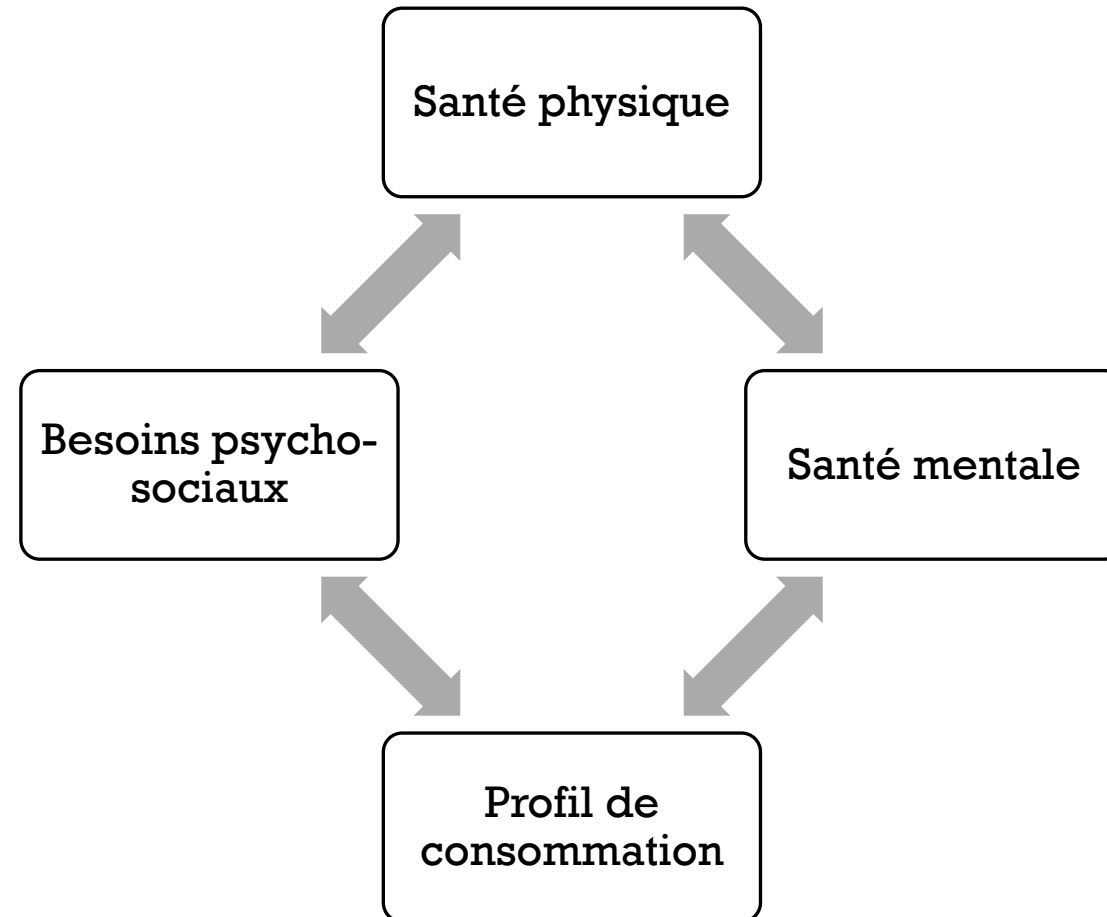
Vulnérabilité sociale:

- + risque d'isolement;
- + risque d'incarcération;
- + risque d'itinérance;
- + risque d'instabilité sociale;
- Employabilité, niveaux de scolarité.

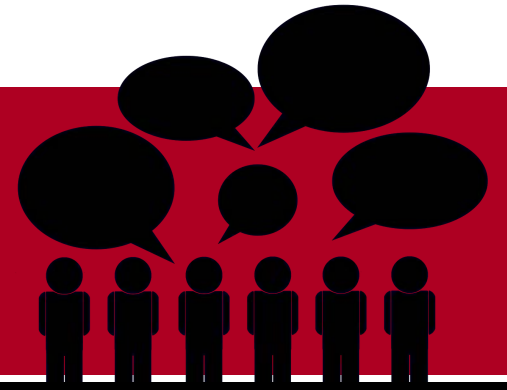
Les données statistiques longitudinales

- **Chronicité et récurrence;**
- **13 % charge de morbidité mondiale;**
- **Fardeau économique important.**

En somme... *Complexité, instabilité et chronicité*



Pratique réflexive

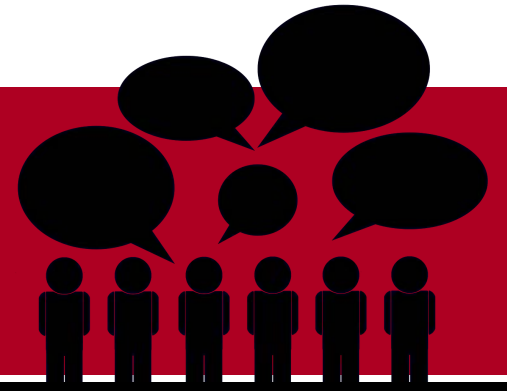


Et maintenant que
faire de tout ces
chiffres ?



**Comment ces
nouvelles
connaissances
peuvent-elles être
utiles à ma pratique
d'infirmière
spécialisée en santé
mentale ?**

Quelques pistes d'intégration des données épidémiologiques dans votre pratique ...



- ✓ Reconnaître **la vulnérabilité** de la clientèle;
- ✓ Adopter **des attitudes** et une **approche particulière**: risques = demeurer vigilant, non-jugement, accueillir la personne atteinte de TC peu importe le service consulté;
- ✓ Se rappeler que les raisons de consultations initiales et / ou les diagnostics psychiatriques/ médicaux **ÉVOLUERONT** nécessairement au fil du temps;
- ✓ Prévenir les risques associés aux TC.

Quelques pistes d'intégration des données épidémiologiques dans votre pratique ...



- ✓ Évaluer les **conséquences associés** aux TC chez la personne atteinte, son entourage... et sur les équipes traitantes!;
- ✓ Évaluer régulièrement les différentes sphères de la vie des personnes atteintes de TC: **bio-psycho-sociales**;
- ✓ Reconnaître **ses propres limites** face à la complexité et l'instabilité des TC: la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle;
- ✓ Orienter la personne vers le ou les **services appropriés**.



Traitements et organisation des soins et services

TRAITEMENT SÉQUENTIEL

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

TRAITEMENT PARALLÈLE

- ✓ Les deux conditions sont traitées simultanément par deux équipes de traitement différentes, chacune étant spécialisée dans l'une des problématiques.

TRAITEMENT INTÉGRÉ

- ✓ Les deux conditions sont traitées simultanément par la même équipe de traitement (intégration des deux programmes).

**Traitement efficace reconnu à ce jour:
Les traitements intégrés**

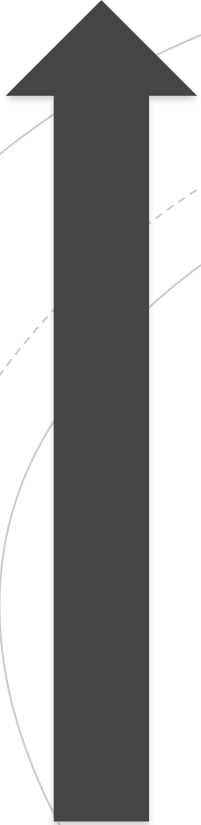


EXPIRÉ?

OÙ RÉFÉRER LA PERSONNE?

Très sévère

Sévérité de la toxicomanie



Services spécialisés
en dépendance

Programmes intégrés
spécialisés en
comorbidité

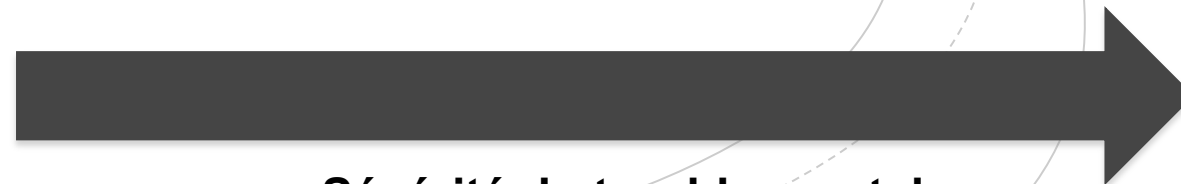
- . No wrong door
- . Organisation centrée sur le patient et ses besoins

- . Fluidité
- . Flexibilité
- . Dimensions sociales et physiques

Services de
première ligne

Services spécialisés
en santé mentale

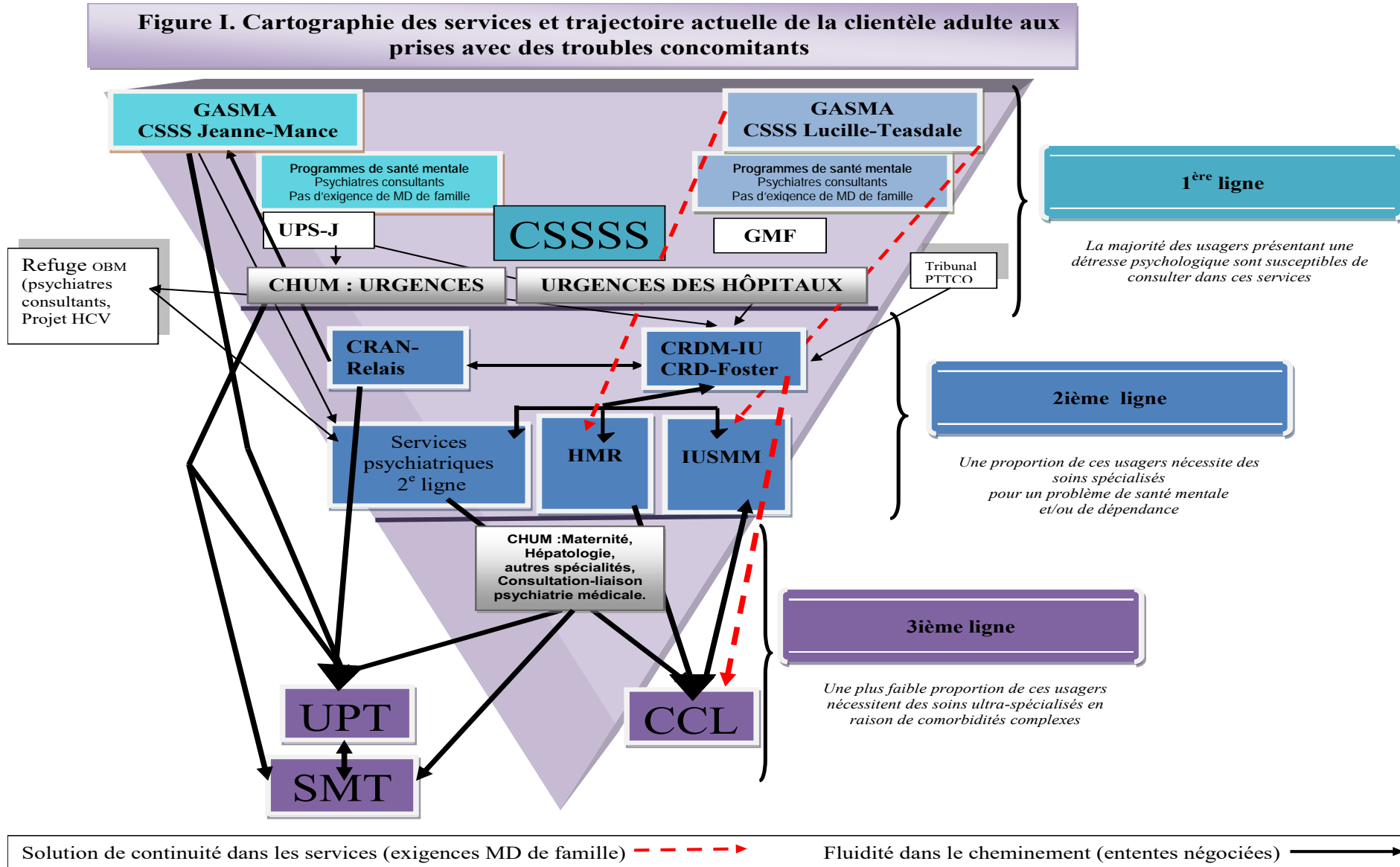
Légère



Très sévère

Sévérité du trouble mental

UN RÉSEAU COMPLEXE...



TRAITEMENT INTÉGRÉ DES COMORBIDITÉS...

Quelques bémols

- Le traitement intégré n'est pas une panacée: mêmes défis qu'en psychiatrie et en toxicomanie;
- Pour l'instant, le bénéfice se situe davantage dans la structure des programmes et la capacité à offrir des services pour les deux problématiques que dans la spécificité des interventions;
- La grande majorité des personnes souffrant de troubles concomitants ne sont pas suivies dans des services surspécialisés;
- Traitement intégré \neq service ultraspécialisé;
- C'est aux institutions de s'adapter aux patients et à leurs besoins, et non l'inverse.

IL FAUT CHANGER LA RECETTE

- ✓ Augmenter la capacité de prise en charge intégrée dans les différentes lignes du réseau, dans le respect du mandat de chacun;
- ✓ Organiser des modalités de développement des compétences et de soutien clinique aux acteurs du réseau qui suivent cette population;
- ✓ Les services surspécialisés comme acteurs de soutien au réseau.



« Est-ce que cette personne correspond à nos critères? »

« Où dois-je référer le patient? »

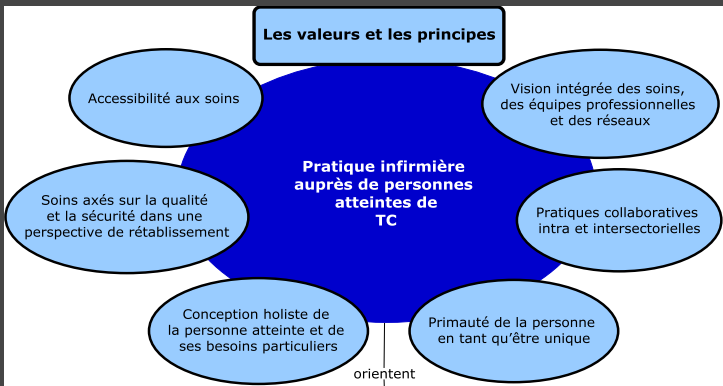


« Jusqu'où je peux aller et qu'est-ce que je peux faire pour cette personne, compte tenu de mon expertise? »

« Comment puis-je développer mes compétences et mon confort pour intervenir auprès de cette clientèle? »



Pratique infirmière et troubles concomitants



Les critères d'une pratique infirmière de qualité

L'exercice infirmier

- La promotion de la santé mentale;
- La prévention des problèmes de santé dont les troubles mentaux et le suicide;
- La prestation de soins en lien avec le traitement des troubles mentaux, des problèmes de santé, des comorbidités ou des TC

dans le but de

Maintenir ou de rétablir la santé globale de la personne atteinte ou à risque de présenter un problème de santé

(Durand et Laflamme, 2016)

Des activités principales

- Évaluation de l'état de santé
- Surveillance clinique
- Suivi infirmier

(Durand et Laflamme, 2016)

Des contextes d'exercice

s'étalent

Sur l'ensemble du continuum de soins

représenté par

Les services de proximité (première ligne):

- Groupe de médecins de famille (GMF)
- Centre locaux de services communautaires (CLSC)
- Guichet d'accès en santé mentale - adulte
- Équipes interdisciplinaires de suivi des personnes itinérantes
- Les équipes d'intervention en situation de crise dont l'urgence psychosociale-Justice (UPS-J)
- Soins à domicile

Les services spécialisés (deuxième ligne):

- Unité d'hospitalisation des centres hospitaliers
- Clinique ambulatoire des centres hospitaliers
- Centre de réadaptation en dépendance
- Urgence psychiatrique

Les services superspécialisés: (troisième ligne):

- Équipes interdisciplinaires de suivi des personnes ayant des problématiques de santé complexes telles que les TC (unité d'hospitalisation interne et clinique ambulatoire)

peuvent être

- Spécifiques à la santé mentale ou à la psychiatrie
- Spécifiques aux TC
- Spécifiques au domaine de la dépendance
- Non-spécifiques aux domaines de la santé mentale, de la psychiatrie, de la dépendance ou des TC

avec

Une clientèle diversifiée:

- En fonction de l'âge (p. ex. enfants, adolescents, jeunes adultes, adultes, personnes âgées)
- En fonction de la problématique de santé (p. ex. troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles psychotiques, TUS, etc.)
- D'autres milieux ayant une mission spécifique (p.ex. milieu scolaire, soins palliatifs, soins de longue durée, urgence générale, etc.)

- Standard 1: offrir des soins de qualité dans le cadre d'une relation thérapeutique**
 - Standard 2: offrir des activités de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie**
 - Standard 3: évaluer la condition physique et mentale des personnes présentant un trouble mental**
 - Standard 4: exercer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier**
 - Standard 5: effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes**
 - Standard 6: intégrer à sa pratique clinique les principes de base et les interventions selon les meilleures pratiques**
 - Standard 7: assurer la gestion des situations de santé à risque**
 - Standard 8: évaluer les personnes présentant un risque suicidaire et assurer la gestion de la situation en milieu hospitalier et en communauté**
 - Standard 9: coordonner les soins et services et en assurer la continuité**
 - Standard 10: faire preuve de leadership infirmier et favoriser la collaboration intraprofessionnelle, interprofessionnelle et intersectorielle**
 - Standard 11: assurer son développement professionnel pour offrir des soins et services de qualité**
- (Durand et Laflamme, 2016)

Schématisation de la pratique infirmière auprès de personnes atteintes de troubles concomitants

Perceptions et besoins des infirmières en santé mentale dans leur pratique auprès des personnes ayant des TC

Études qualitatives exploratoires et descriptives

- Sentiment d'être dépourvue
- Intervention perçue comme stressante et complexe
- Aisance face aux problèmes de toxicomanie
- 70% des infirmières en santé mentale n'ont aucune formation en toxicomanie

(Clearly et al., 2009; Clutterbuck et al., 2009; Maslin et al., 2001; Moore, 2012; O'Gara et al., 2005; Padwa et al., 2015)

Étude phénoménologique

- Manque de connaissances
- Sentiment de ne pas détenir les compétences requises
- Orienter et référer adéquatement

(Coombes et Wratten, 2007)

Et vous ...

*Comment réagissez-vous lorsque
vous êtes appelés à intervenir
auprès de personnes atteintes de
TC?*



Troubles d'utilisation à l'alcool et aux substances (TU)

Critères du DSM-5: TUS

- 1) Consommation importante ou sur une période plus longue que prévue;**
- 2) Désir ou efforts persistants pour diminuer ou contrôler;**
- 3) Beaucoup de temps passé à obtenir/ consommer et récupérer des effets;**
- 4) Désir impérieux de consommer (*craving*);**
- 5) Utilisation répétée menant à l'incapacité de remplir des obligations majeures;**
- 6) Utilisation poursuivie malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux récurrents ou continuels;**
- 7) Activités sociales, professionnelles ou de loisirs réduites au profit de la consommation;**
- 8) Utilisation répétée malgré les effets néfastes sur la santé physique et psychologique;**
- 9) Tolérance;**
- 10) Sevrage;**
- 11) Persistance d'usage malgré que la personne soit consciente que la substance soit la cause d'un problème physique ou psychique.**

■ DÉPRESSEURS

(benzodiazépines, opiacés, **GHB**, alcool)

■ STIMULANTS

(cocaïne, amphétamines)

■ HALLUCINOGENÈS

(cannabis, LSD, PCP)

Classification
des substances
psychoactives
(SPA)

TABLEAU DE SENSIBILISATION AUX DROGUES

DÉPENDANCE / L'abus de drogues peut mener à la dépendance physique et/ou psychologique (toxicomanie) et entraîner des conséquences graves sur la santé et la sécurité de l'utilisateur, ainsi que des conséquences sociales et judiciaires.



PROTÉGER. RENSEIGNER. INFLUENCER.

DÉPRESSEURS

Ils ralentissent les fonctions psychiques d'un individu en diminuant le niveau d'éveil et l'activité générale du cortex cérébral. Ils calment l'utilisateur.

STIMULANTS

Ils activent les fonctions psychiques d'un individu. Ils augmentent le niveau d'éveil et l'activité générale du cortex cérébral. Ils accélèrent les processus mentaux.

PERTURBATEURS

Ils déstabilisent les fonctions psychiques d'un individu. Ils provoquent des altérations plus ou moins marquées du fonctionnement cérébral, de la perception, de l'humeur et des processus cognitifs.

SUBSTANCE	GHB	HÉROÏNE	COCAÏNE	AMPHÉTAMINE/ MÉTHAMPHÉTAMINE	MDPV/ MÉPHÉDRONE	CANNABIS	MDMA (Ecstasy)	KÉTAMINE	CANNABINOÏDES SYNTHÉTIQUES						
APPARENCE															
DESCRIPTION ET MODES DE CONSOMMATION USUELS	LIQUIDE INCOLORE, PARFOIS INODORE, LÉGER GOÛT SALÉ OU SAVONNEUX POSSIBLE Injéré	POUDRE VARIANT DU BLANC AU BRUN Fumé/Inhalé + Injété	POUDRE CRISTALLINE LUISANTE Injété + Prisé (sniffé)	PETITES ROCHES BLANCHES, BEIGES OU JAUNÂTRES Fumé/Inhalé	Amphétamine/ Méthamphétamine COMPRIMÉS AUX FORMES, COULEURS ET LOGOS VARIÉS Injéré	POUDRE BLANCHE OU DE COULEURS VARIÉES Fumé/Inhalé + Injété + Prisé (sniffé)	Méthamphétamine FINS CRISTAUX TRANSPARENTS ET LUSTRES Fumé/Inhalé + Injété	MDPV/ Méphédronne CRISTAUX OU POUDRE CRISTALLINE GÉNÉRALEMENT BLANCHE Prisé (sniffé)	MDPV COMPRIMÉS AUX FORMES, COULEURS ET LOGOS VARIÉS Injéré	FEUILLES ET FLEURS SÈCHÉES (COCOTTES), TONS DE VERT ET BRÛN Fumé/Inhalé + Injéré	PÂTE OPAQUE, DE CONSISTANCE MOLLE À DURE, AUX TONS DE BRÛN PÂLE À NOIR Fumé/Inhalé	LIQUIDE ÉPAIS ET VISQUEUX, AUX TONS DE JAUNE, ORANGÉ, VERT, BRÛN OU NOIR Fumé/Inhalé	COMPRIMÉS AUX COULEURS, FORMES ET LOGOS VARIÉS, CAPSULES, POUDRE EN FINS CRISTAUX Injéré	POUDRE BLANCHE Prisé (sniffé)	MÉLANGE D'HERBES, D'ÉPICES OU DE MATÉRIEL VÉGÉTAL Fumé/Inhalé
APPELLATIONS COURANTES	<i>GH, ecstasy liquide, petit jus, drogue du viol</i>	<i>Smack, China white, Hard stuff, point, Jazz</i>	<i>Coke, poudre, coca, neige</i>	<i>Crack, roche, Freebase</i>	<i>Speed, Peanut, pitules</i>	<i>Meth</i>	<i>Crystal meth, Glass, Ice, cristal, Tina</i>	<i>Sels de bain, nourriture pour plantes, cocaïne synthétique</i>	<i>Speed, Ecstasy</i>	<i>Pot, Weed, marijuana, mari, marie-jeanne, herbe, vert</i>	<i>Hasch, résine, brun</i>	<i>Huile, hasch liquide, huile de marijuana, Honey oil</i>	<i>Ecstasy, E, Molly, Party pill, Speed</i>	<i>Spécial K, K, vitamine K</i>	<i>Spice, Yucatan fire, K2, JWH-018, JWH-073, HU-210, HU-211, CP 47</i>
EFFETS REDERCHÉS *	Euphorie, diminution des inhibitions et de l'anxiété, relaxation.	Euphorie, sensation de bien-être et de satisfaction, séduction.	Euphorie, augmentation de la sociabilité, poussée d'énergie et sensation de vigueur, augmentation de l'acuité mentale, de la confiance en soi, des perceptions sensorielles (auditives, tactiles, visuelles et sexuelles).	Euphorie, augmentation de l'énergie et de la vivacité d'esprit, diminution de l'appétit, sensation de bien-être.	Euphorie, augmentation de l'énergie, excitation, sociabilité, insouciance, accentuation des perceptions sensorielles.	Euphorie, sensation de bien-être, hilarité, impression de calme et de relaxation, sociabilité, insouciance, accentuation des perceptions sensorielles.	Euphorie, amplification des émotions, impression de sensualité et augmentation du besoin d'intimité, accentuation et distorsion des perceptions sensorielles et du plaisir.	Euphorie, sensation de flottement, stimulation, insensibilité à la douleur, hallucinations extracorporelles, révélations mystiques.	Euphorie, sensation de bien-être, hilarité, impression de calme et de relaxation, sociabilité, insouciance, accentuation des perceptions sensorielles.						
EFFETS SECONDAIRES *	Difficultés d'élocution, séduction, nausées, étourdissements, vomissements, diarrhée, incontinence urinaire, spasmes musculaires, tremblements, manque de coordination, anesthésie générale, amnésie. En cas de surdose : convulsions, hallucinations, diminution de la fréquence cardiaque, hypotension, larmoiement, dépression respiratoire, inconscience, coma, mort.	Absence d'émotivité, perturbation de l'humeur, agitation ou ralentissement psychomoteur, difficultés de concentration, difficultés d'élocution, acuité visuelle réduite, somnolence. En cas de surdose : stupeur, coma, dépression respiratoire, arrêt cardio-respiratoire, mort.	Anxiété, dépression, diminution de l'appétit, augmentation de la fréquence cardiaque, hypertension. En cas de surdose : douleurs thoraciques, arythmie, confusion, convulsions, dépression respiratoire, coma, mort.	Anxiété, irritabilité, altération du jugement, augmentation de la fréquence cardiaque et de la température corporelle, hallucinations tactiles, diminution de l'appétit, pensées agressives, colère, paranoïa, insomnie. En cas de surdose : hypertension, douleurs thoraciques, défaillance rénale, psychose toxique, coma, mort.	Augmentation de la fréquence cardiaque, hypertension, arythmie, hallucinations, agitation, douleurs thoraciques, anxiété. En cas de surdose : attaques de panique, violence extrême, paranoïa, psychose toxique, convulsions, mort.	Altération de la perception du temps, ralentissement physique et mental, perte de concentration, d'ambition et d'initiative, baisse de la pression artérielle, augmentation de la fréquence cardiaque. En cas de surdose ou d'usage chronique : perte de motivation, somnolence, confusion, désorientation, délire, dépression, psychose toxique, déclenchement de schizophrénie latente.	Anxiété, insomnie, perte de motivation, hallucinations visuelles, fatigue, état dépressif, augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque, rétention urinaire. En cas de surdose : agitation, panique, paranoïa, convulsions, dépression grave, psychose toxique, insuffisance rénale.	Trouble de la pensée, épisodes de dissociation, changements de l'humeur, des perceptions, de la pensée et de l'état de conscience, distorsions visuelles, mauvais voyage (<i>bad trip</i>). En cas de surdose : paralysie, convulsions, séduction prolongée, mort par dépression respiratoire.	Somnolence, altération de la perception du temps, trouble de la mémoire à court terme, confusion, dépression. En cas de surdose : sédation, difficultés d'élocution, ataxie, dépression respiratoire, coma, mort. <small>Dépendance physique ou psychologique inconnue jusqu'à maintenant.</small>						
SIGNES ET SYMPTÔMES OBSERVABLES	Somnolence, confusion, amnésie, ralentissement des gestes, diminution de la force musculaire.	Contraction des pupilles, réduction de la fréquence respiratoire, traces d'injections, paroles et gestes lents, diminution de l'appétit, démanagements de la peau, peau moite, sécheresse de la bouche, transpiration excessive.	Dilatation des pupilles, déshydratation, narines gercées, saignements de nez, traces d'injections, renflements, sécheresse de la bouche et des lèvres, difficultés d'élocution, manque de coordination, transpiration, tremblements, hyperactivité.	Agitation, dilatation des pupilles, transpiration ou frissons, sécheresse de la bouche, nausées ou vomissements, perte de poids, tremblements, confusion, nécrose de la peau.	Confusion, transpiration excessive, décoloration de la peau, nausées et vomissements, comportement erratique, agitation extrême.	Rougeur des yeux, sécheresse de la bouche, manque de coordination, appétit démesuré.	Dilatation des pupilles, entretent, transpiration excessive, grincement des dents, tension des mâchoires, diminution de l'appétit.	Perte de conscience, perte de mémoire, manque de coordination, difficultés d'élocution, fièvre, saignements de nez, nausées, arthrite, confusion, ralentissement de la respiration.	Rougeur des yeux, sécheresse de la bouche, manque de coordination, tremblements.						
MESSAGES IMPORTANTS	<ul style="list-style-type: none"> Fait principalement à partir d'un puissant solvant industriel (GBL), le GHB est une drogue très souvent associée aux soirées festives. Le GHB est de plus en plus populaire, notamment auprès des jeunes. Contrairement à la croyance populaire, le GHB est consommé la plupart du temps de façon volontaire, pour le plaisir. Le GHB existe également sous forme de poudre blanche. 	<ul style="list-style-type: none"> La dépendance à l'héroïne s'installe rapidement dans la majorité des cas. Elle peut entraîner la marginalisation sociale chez plusieurs usagers. L'héroïne est une drogue dont les effets sont imprévisibles. Les consommateurs ne connaissent pas le niveau de pureté ni la puissance de la drogue. 	<ul style="list-style-type: none"> La toxicité des produits de coupe et autres contaminants de la cocaïne, tels que le levamisole (vermifuge animal), peut entraîner des effets secondaires graves pour la santé. La consommation de méthamphétamine et d'amphétamine peut rapidement conduire à des problèmes d'abus et de dépendance. La méthamphétamine est l'une des substances les plus souvent retrouvées dans les comprimés de drogues de synthèse distribués au Québec. Le risque de dépendance est décuplé lorsque la drogue est inhalée ou injectée (effet plus rapide). 	<ul style="list-style-type: none"> La méthamphétamine est au moins deux fois plus puissante que l'amphétamine. En plus d'être toxique pour le système nerveux, elle peut causer des dommages permanents au cerveau. La consommation de méthamphétamine et d'amphétamine peut rapidement conduire à des problèmes d'abus et de dépendance. La méthamphétamine est l'une des substances les plus souvent retrouvées dans les comprimés de drogues de synthèse distribués au Québec. Le risque de dépendance est décuplé lorsque la drogue est inhalée ou injectée (effet plus rapide). 	<ul style="list-style-type: none"> Le MDPV est une drogue puissante et toxique aux effets dévastateurs. Les « sels de bain » sont des drogues de synthèse qui produisent des effets stimulants et hallucinogènes. Ils peuvent contenir une ou plusieurs substances, les plus communes étant la MDPV et la méphédronne. À ne pas confondre avec les sels de bain conventionnels à usage hygiénique. Le MDPV peut également se cataloguer sous les perturbateurs, en raison de ses propriétés hallucinogènes. 	<ul style="list-style-type: none"> Le cannabis ne doit pas être considéré comme une drogue banale. Une consommation régulière peut entraîner une dépendance psychologique. La dépendance physique peut aussi s'installer chez les personnes qui consomment de fortes doses quotidiennement. Son trafic est une source importante de revenus pour les organisations criminelles. Il leur permet de financer d'autres activités illicites, causant de graves répercussions dans les communautés. 	<ul style="list-style-type: none"> La MDMA est l'une des drogues synthétiques les plus recherchées et dont les dangers sont sous-estimés. La composition d'un comprimé présenté comme étant de l'Ecstasy est souvent incertaine. Il peut en fait contenir plusieurs autres produits, dont la méthamphétamine. 	<ul style="list-style-type: none"> La kétamine est souvent utilisée en surdose volontaire, afin de provoquer un choc à la limite de la mort (<i>near death experience</i>). Une expérience dite « réussie » se conclut par une réanimation. La kétamine existe également sous forme liquide. 	<ul style="list-style-type: none"> Les cannabinoïdes synthétiques sont des substances 100 % chimiques, vaporisées sur un mélange d'herbes, d'épices ou de matériel végétal. Les effets des cannabinoïdes synthétiques sont similaires à ceux du cannabis. 						



STATUT LÉGAL : Toutes les substances présentées sont illégales. Les drogues ainsi que les précurseurs servant à les produire sont classés aux Annexes I à VIII de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Les infractions varient de possession simple à possession en vue du trafic, trafic, importation, exportation, possession en vue d'exportation et production. Toutes ces infractions sont passibles de sanctions criminelles.

MISE EN GARDE

Les effets ressentis peuvent varier d'un individu à l'autre selon l'état de santé physique et mentale, la taille, le poids, le sexe, l'âge, la quantité consommée, le degré de pureté du produit, le mode d'administration et le contexte de consommation (mélange avec d'autres drogues ou avec de l'alcool, lieu, état psychologique et affectif, etc.).

ATTENTION À LA POLYCONSOMMATION (LES MÉLANGES)
Les drogues de synthèse sont mises en marché sous forme de comprimés attrayants et disponibles à petit prix de façon à attirer une clientèle souvent très jeune qui en banalise la consommation.

FLEAU CHEZ LES JEUNES
Elles sont faites d'un mélange de substances et de produits chimiques fabriqués de façon artisanale dans des laboratoires clandestins par des organisations criminelles. Celles-ci changent constamment l'apparence, le nom, la couleur et la forme des substances de même que les logos qui peuvent être visibles sur les substances et les contenants. L'utilisateur n'a donc aucune idée de ce qu'il consomme ni de la dose réelle qui est absorbée.

ATTENTION AUX DROGUES SYNTHÉTIQUES
Elles sont faites d'un mélange de substances et de produits chimiques fabriqués de façon artisanale dans des laboratoires clandestins par des organisations criminelles. Celles-ci changent constamment l'apparence, le nom, la couleur et la forme des substances de même que les logos qui peuvent être visibles sur les substances et les contenants. L'utilisateur n'a donc aucune idée de ce qu'il consomme ni de la dose réelle qui est absorbée.

ABUS DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE
Bien que les médicaments prescrits sur ordonnance ne soient pas des substances illégales, l'abus de médicaments d'ordonnance est une tendance à la hausse. Un croit à tort que les médicaments sur ordonnance sont sans danger, mais leur abus peut entraîner des effets aussi néfastes que les drogues illicites et entraîner la dépendance.



SERVICE DE SENSIBILISATION AUX DROGUES ET AU CRIME ORGANISÉ DE LA GRC
www.rmg-gp.gc.ca/gp/hv/ressources/mbb-swar-fr.html



BESOIN D'AIDE ? DROGUE : AIDE ET RÉFÉRENCE (24 H/7 JOURS) MONTRÉAL : 514 527-2626/ AUTRES RÉGIONS : 1 800 265-2626/ WWW.DROGUE-AIDEREFFERENCE.QC.CA



Aaaah l'alcool...
La cause et la solution
de tous nos problèmes dans la vie !



Pourquoi consommer?

- **Pour se sentir bien**
- **Pour se sentir mieux**
- **Pour satisfaire la curiosité**
- **Pour le sentiment d'appartenance**
- **Pour « gérer » sa maladie**
- **Pour palier les effets secondaires des Rx.**



L'être humain est programmé pour
fuir ce qui est souffrant, éviter ce qui
est désagréable.

On lutte donc pour ne pas
ressentir d'inconfort.

Traitement curatif?

Maladie chronique?

« Addiction is a primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry. Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations. This is reflected in an individual pathologically pursuing reward and/or relief by substance use and other behaviors »

(American Society of Addiction Medicine, 2011)

Récurrance



Diabète



HTA



Asthme



RÉMISSION

35%

Rémission récente: Consiste en au moins 3 mois (mais moins que 12) sans que des critères du DSM-V ne soient applicable (sauf l'envie de consommer).

Rémission prolongée: Consiste en au moins 12 mois sans critères applicables.



L'évaluation auprès des personnes atteintes de TC

Objectifs spécifiques

- **Identifier les éléments à approfondir lors d'une évaluation en troubles concomitants**
- **Comprendre les particularités et la complexité des situations vécues par les usagers**
- **Utiliser différentes stratégies pour obtenir les renseignements importants**

Pourquoi une évaluation exhaustive en troubles concomitants ?

- Usagers ont des parcours de vie ultra-complexes et rocambolesques
- Connaître en profondeur pour savoir où et comment intervenir
- Offrir des soins complets à une clientèle souvent marginalisée à cause de leurs problématiques de santé en toxicomanie et en santé mentale
- Éviter les erreurs du passé et reprendre ce qui a bien fonctionné
- Éviter de dédoubler les suivis
- Déterminer si notre service est le meilleur endroit pour répondre aux besoins
- Référer ailleurs si nécessaire

Quoi évaluer ?

Identification

Allergies

Suivis actuels

Suivi médical

Suivi psychiatrique

Suivi toxico

Autres types de suivi

Antécédents judiciaires et statut légal actuel

Antécédents médico-chirurgicaux

Itss et immunisation

Antécédents psychiatriques

Liste des diagnostics psy

Chronologie

Antécédents psychiatriques familiaux

Médication

Essais médicaments dans le passé

Pharmacie

Fidélité au traitement actuel et antérieur

Dosette

Programme Alerte

Profil de consommation

Quoi évaluer ? (suite)

- Démarches antérieures en lien avec la toxicomanie
- Structure familiale, réseau social et de soutien
- Histoire personnelle et sociale
- Histoire de la maladie actuelle et contexte de référence
- Évaluation de l'état mental : Besoins / préoccupations / objectifs du patient

Généralités

- Offrir un temps où le patient se sent écouté et non interrogé
- Poser les questions plusieurs fois pour clarifier les réponses
- Faire bon usage des questions ouvertes et fermées
- Respecter la personne, ajuster selon la disponibilité du professionnel et du patient
- Questions hors de votre champ d'expertise (social, médical, activités, toxico, psy)
- Planifier assez de temps avec le patient, étaler sur plusieurs rencontres
- Faire venir les dossiers des autres établissements, parler aux autres intervenants impliqués avec le patient, interpellé la famille, au besoin.

Astuces et pièges à éviter

- Éviter de se contenter de réponses vagues. Reformuler.
- Ne pas négliger certains sujets de peur de froisser (sexualité, ITSS, toxico, UDI, etc.)
- Appeler les choses par leur nom pour obtenir des réponses précises
- Mentionner au patient ce que l'on souhaite qui soit précisé
- S'aider de formulations : « certaines personnes me disent », « il arrive pour certains »
- Prétextes pour vérifier certaines choses sensibles :
Ex : prendre TA pour vérifier les marques d'injection.
- Accepter les révélations du patient avec ouverture

ITSS et immunisation

Souvent négligé dans le monde de la psychiatrie

- Vaccins hépatites A+B, vaccin pneumonie, vaccin grippe
- VIH, hépatite C, syphilis, gonorrhée/chlamydia
- Traitements hépatite C antérieurs, autres traitements ITSS
- Comportements à risque au niveau de la consommation (partage de seringues, pipes crack, pailles, utilisation SIS, organisme de distribution de matériel, naloxone)
- Relations sexuelles à risque, nombre de partenaires dans les derniers mois prostitution, HARSAH, chemsex (sexualité et usage de drogues), saunas, etc.

4 sites à Montréal (1 ambulant)
Cactus, Spectre de rue,
l'Anonyme, Dopamine

Antécédents judiciaires :

« Non, je suis pas un criminel... »

En respectant la volonté du patient à révéler le passé :

- Crimes violents
- Crimes en lien avec la consommation : vols, trafic, vente de drogues, fausses prescriptions
- Différencier quelques jours au poste et le pénitencier fédéral
- A-t'il été jugé non criminellement responsable dans le passé ?
- Conduite avec facultés affaiblies (alcool et drogues)
- Thérapies ordonnées par la cour
- Nombre d'années de détention à vie
- Suivis de probation, conditions spéciales (alcootest, quadrilatère)

Les antécédents psychiatriques

« Non, je n'ai jamais vraiment eu de suivi... »

- Le premier contact avec la psychiatrie
- suivis passés (psychiatres, psychologues, TS, neuropsych, infirmier, ergo, groupe, etc.)
- visites à l'urgence pour intoxication, idées suicidaires, symptômes manie, symptômes psychotiques, crises paniques
- Suivi à l'enfance/adolescence dans le cadre scolaire, TDAH, difficultés d'apprentissage
- Diagnostics passés et présents
- Chronologie détaillée des antécédents avec dates, lieux, noms
- Médicaments psychiatriques essayés (antidépresseurs, antipsychotiques, antidépresseurs)
Effets secondaires ?
- Épisodes psychotiques, paranoïa, psychoses toxiques, tentatives de suicide, manie, dépression, anxiété/panique, sommeil, comportements obsessionnels, trouble d'attention, lien entre les symptômes et la consommation

Consommation de drogues et d'alcool

« J'en prends rarement, mais j'en n'achète pas !!! »

- Quelles sont les drogues de choix?
- Effets recherchés (sommeil, anxiété, euphorie, anesthésie, oublier des traumatismes, social)
- Nom, quantité en grammes ou volume, voie, fréquence

Roh : 3 grosses bières die PO 1,18L 10% 6/7 (21 consommations) ou crack 40-60\$ (2-3 quarts) fumé 5/7

- Début, depuis quand cela est problématique, régulier, quotidien?
- Dernière conso, heure de la première consommation dans la journée
- Impact sur le fonctionnement, sur le couple, sur le quotidien
- Tentatives d'arrêt dans le passé (thérapies, hospitalisations)

La consommation de drogues et d'alcool (suite)

- Sx sevrage, sx intox (spécifiques aux substances), DT, convulsion, paranoïa, psychose
- Périodes d'abstinence avec durée précise
- Utilisation de matériel stérile, SIS
- Nommer toutes les substances lorsque le patient nie prendre d'autres drogues

(Tabac, alcool, cannabis, amphétamines, coke, *opioïdes (tx substitution antérieurs)*, *MDMA/ecstasy*, *GHB*, *kétamine*, *benzos*, *médicaments autres*, *stéroïdes*, *jeux*, *jeux vidéos*, *produits naturels*, *cafés*, *boissons énergisantes*, *suppléments (gaba commandé par Internet, par exemple)*).

Liste de médication actuelle

- DSQ !!! Attention particulière aux médicaments psychoactifs. Multiples prescripteurs ?
- Répertorier le nom de chacun des médicaments, les doses, fréquence de service
- Questionner l'abus de la médication
(Ex : Rx TDAH se sniffent, opioïdes s'injectent, la codéine s'extrait de comprimés avec Tylenol)
- Faire la différence entre les doses prescrites et les doses consommées
surtout quand il est question de benzos, opiacés et de somnifères
Exemple : une prescription d'Ativan 1 mg bid PRN servie au mois –
peut être prise en 4 jours en *binge* au début du mois pour se redescendre d'un trip ou être pris
2-3x par semaine à coups de 3-4 mg avant de se coucher

Démarches en toxicomanie

« Ouais, j'ai fait des tonnes de thérapies dans ma vie !!! »

- Année, nom de la thérapie, durée, séjour complété, mesures disciplinaires ?
- Lesquelles ont été les plus aidantes, quelle approche, quel milieu, quelle région ?

Différencier :

- Réinsertion sociale, thérapies courtes, résidentielles, désintox en hôpital, désintox en communautaire, séjour de dégrisement, visites à l'urgence, groupes AA,CA,NA, parrainage par un pair.

Histoire de la maladie actuelle

« *Ça va pas si mal ...* »

- Les événements récents, les visites récentes dans le système de santé
- Le fonctionnement récent
- Les stressseurs dans le réseau social, la famille, au travail
- Fonctionnement au travail
- La journée type
- La consommation récente
- L'intensité des symptômes des maladies connues
(*Ex : sx psychotiques, manie, dépression, anxiété*)
- Ce qui a poussé le patient à consulter récemment

Histoire de vie

« *J'ai été envoyé dans des familles d'accueil...* »

- Petite enfance : climat familial, ambiance avec la fratrie, adoption ?
- Fonctionnement école primaire : concentration, notes, relations avec les pairs, sociabilité, consultations avec des professionnels
- Secondaire / adolescence : fonctionnement à l'école, réussite scolaire, concentration, drogues, cercle d'amis, relation avec les autres, relations amoureuses, décrochage scolaire, travail, relation avec la famille
- Jeune adulte : études post-secondaires, emplois, relations amoureuses, sociabilité, drogues, hospitalisations, début de certains sx psychiatriques
- Vie adulte: variable selon la situation, éléments marquants et fonctionnement général.

Le réseau et le fonctionnement social

« Je n'ai plus grand monde autours de moi »

- Amis proches, personnes significatives, à qui peut-il parler en cas de détresse ? avec qui fait-il des activités pour se détendre ?
- Solitaire ou sociable ?
- À quel endroit habite la famille ? Pourquoi avoir coupé les ponts avec la famille ?
- Amis / famille sont-ils consommateurs ?
- Lien avec des organismes communautaires, intervenants de confiance ?
- Dettes, revenu, logement, milieu de vie (appartement, ressource d'hébergement)
- Activités productives actuelles (bénévolat, travail, études)
- Ambiance au travail, lien avec ses collègues ?

Pour conclure sur l'évaluation en TC...

- Utilisez l'évaluation pour cibler les besoins de la personne
- Plus vous aurez d'information, plus il vous sera facile d'intervenir
- Une bonne évaluation est une entrevue où l'individu se sent écouté et respecté



L'histoire de Mme Cloutier: Discussion de cas

- **Mme Cloutier est une femme de 48 ans, elle est en couple avec une femme depuis environ 9 ans avec qui elle habite dans une maison. Elle a un fils âgé de 14 ans d'une union antérieure qui va à l'école secondaire et dont elle a la garde 1 semaine sur deux. Elle est sans emploi depuis plus de 10 ans, suite à sa séparation avec le père de son fils, les procédures légales ont été extrêmement douloureuses pour elle.**
- **Mme Cloutier a consommé de l'alcool (bière) pour la 1^{ère} fois de sa vie à l'âge de 13 ans, cette consommation est devenue plus régulière vers l'âge de 25 ans et problématique dès le début. Elle est atteinte d'une cirrhose avancée du foie et est suivie de façon régulière par un hépatologue qui lui a indiqué que si elle continuait à boire de la sorte, son pronostic était évalué à 6 mois.**
- **Elle a été référée en clinique externe de psychiatrie, où vous travaillez, pour une évaluation et un suivi thérapeutique. Les dx actuels retenus sont: TU ROH sévère actuellement abstinent x 1 mois, risque élevé de rechute, TAG, possible PTSD, Tr dépressif induit par ROH vs primaire, Trouble VS traits de personnalité groupe B (limite-narcissique).**
- **Lors de votre 1^{er} entretien, vous constatez qu'elle minimise les effets de ROH sur sa vie et dit qu'elle n'est pas à risque de rechute, elle répète sans cesse qu'elle est sobre car «elle n'a pas le choix», et se plaint d'être constamment dépressive, fatiguée en plus de faire de l'insomnie.**

Sur quels éléments orientez-vous votre évaluation?



Les approches thérapeutiques auprès des personnes atteintes de TC

Prévention de la rechute: De quoi s'agit-il exactement?

- **Approche thérapeutique**
- **Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**
- **Soutien**
- **Habiletés de *copings***

En d'autres mots ...

Apprendre à faire face aux
cravings, aux **tentations**
et aux **situations à**
risque de rechute.

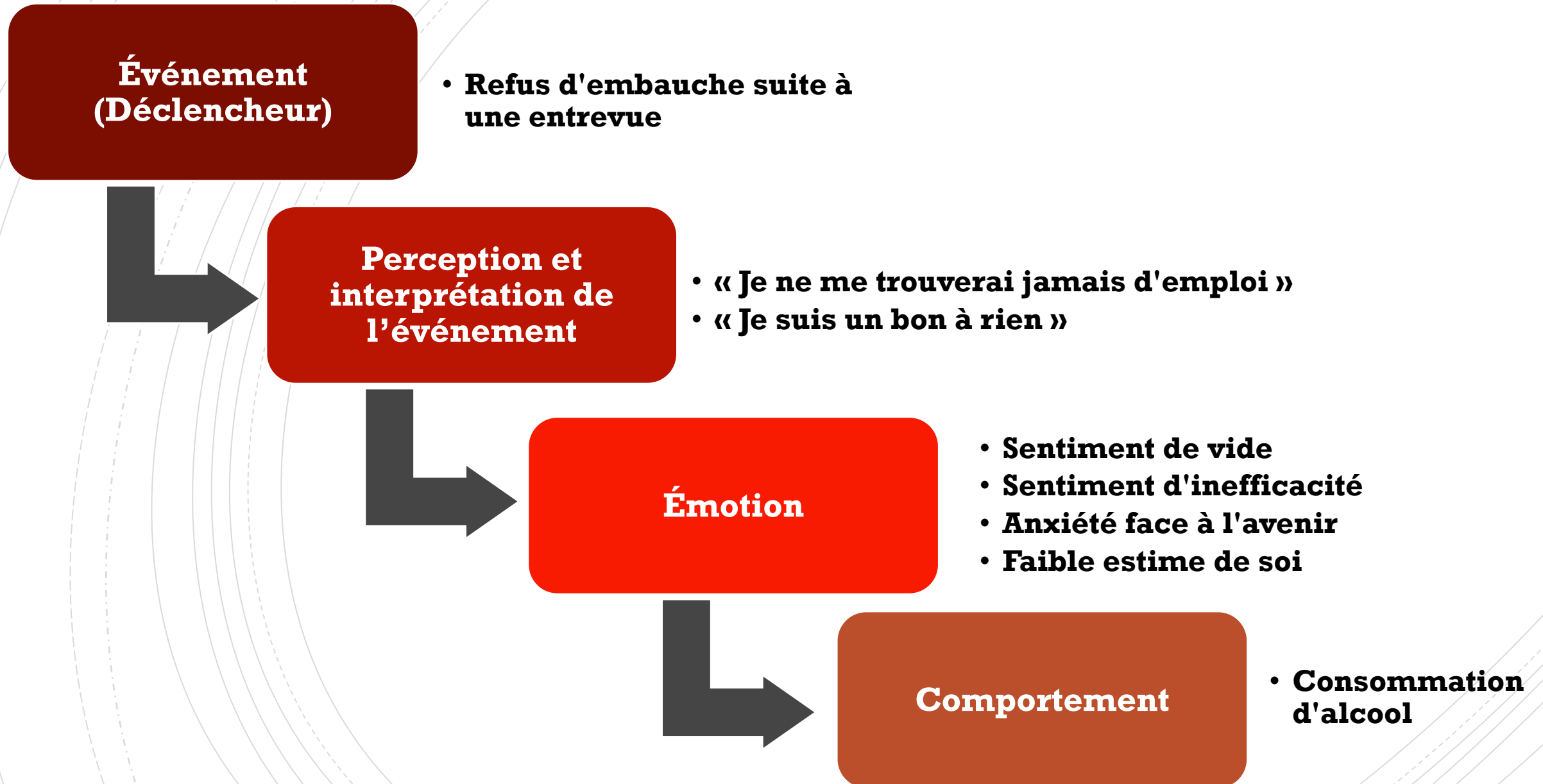
Prévention de la rechute: Principes de TCC

- **Les comportements jouent un rôle essentiel dans l'acquisition, le maintien et l'exacerbation des TU.**
- **En opposition avec suppression des symptômes: On doit apprendre à tolérer la douleur!**
- **Apprendre à accepter les choses qui sont hors de notre contrôle et mettre l'accent sur ce que l'on peut contrôler.**
- **Passer à l'action...**
- **Thérapie brève, structurée et centrée sur le présent**

Prévention de la rechute: Principes de TCC (suite)

- **Permet de modifier les croyances et pensées dysfonctionnelles en utilisant des techniques cognitives et comportementales spécifiques, dans un contexte d'alliance thérapeutique.**
- **S'appuie sur la conception que les pensées et les comportements irrationnels permettent le maintien des problèmes de consommation par des évaluations spécifiques des situations, des émotions et des comportements.**

TCC pour prévenir la rechute: Modèle simplifié



TCC pour la PR: Principes fondamentaux

1

**Alliance
thérapeutique**

2

**Évaluation initiale
rigoureuse est
indispensable ET
évaluation
continue**

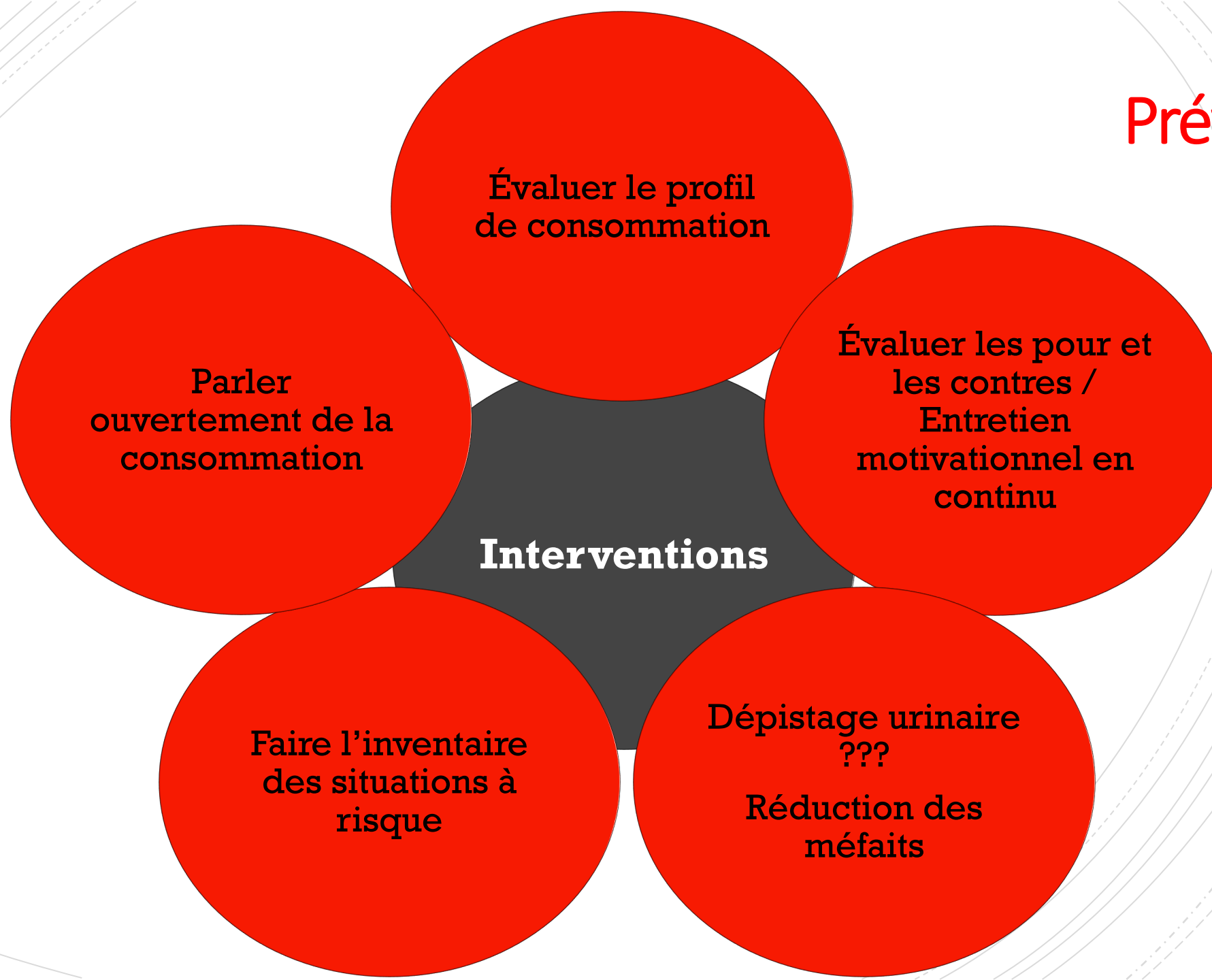
3

**Normalisation de
la souffrance**

4

**Efficacité et utilité
des interventions
pour le patient
sont ré-évaluées
constamment**

Prévention de la rechute: Cours 101



En tant qu'infirmière vous pouvez offrir des informations au patient sur les effets nocifs de sa consommation et les précautions à prendre: **C'est aussi ça de la prévention!**

- Sur sa santé physique
- Sur sa santé mentale
- Les données probantes
- Les options de traitements de substitutions (Méthadone, patch de nicotine, anti-dépresseurs, autres Rx pour diminuer l'anxiété)

**Prévention de la
rechute:
Cours 101**

- 1** Sachez que toute forme de cannabis présente des risques pour la santé. **La seule manière d'éviter tout risque, c'est de ne pas en consommer.** Si vous choisissez de consommer du cannabis, réduisez les risques pour votre santé en respectant les recommandations suivantes.
- 2** Plus jeune vous commencerez à en consommer, plus vous augmenterez vos risques de problèmes de santé graves. Les adolescents, en particulier ceux de moins de 16 ans, devraient repousser le moment de leur première consommation de cannabis le plus longtemps possible. **Retardez le plus longtemps possible le moment de votre première consommation de cannabis pour diminuer le risque de problèmes de santé reliés à cette substance.**
- 3** Un produit de cannabis qui est puissant ou concentré est plus nocif pour votre santé. En consommant des produits à haute teneur en tétrahydrocannabinol (THC), principal ingrédient psychoactif du cannabis, vous devenez plus vulnérable à l'apparition de problèmes graves, tels que la dépendance ou d'autres troubles de santé mentale. Le cannabidiol (CBD), autre ingrédient du cannabis, module certains des effets psychoactifs du THC. **Si vous choisissez de consommer, optez pour des produits moins puissants, c'est-à-dire à plus faible teneur en THC ou qui contiennent une proportion plus élevée de CBD par rapport au THC.**
- 4** **Évitez les cannabinoïdes synthétiques.** La plupart d'entre eux sont plus puissants et plus dangereux que le cannabis naturel. K2 et Spice en sont des exemples. Leur consommation peut entraîner de graves problèmes de santé, comme des convulsions, des troubles du rythme cardiaque, des hallucinations et, dans de rares cas, la mort.
- 5** **Fumer du cannabis brûlé (dans un joint par exemple) est le mode de consommation le plus nocif parce qu'il touche directement les poumons.** D'autres options sont moins dommageables pour les poumons, comme la vaporisation et l'ingestion d'aliments contenant du cannabis, mais gardez à l'esprit qu'elles ne sont pas non plus sans risque.
- 6** **Si vous décidez de fumer du cannabis, évitez de prendre de grandes bouffées ou de retenir votre respiration.** Ces pratiques d'inhalation augmentent la quantité de substances toxiques absorbée par les poumons et le corps, et peuvent entraîner des problèmes pulmonaires.
- 7** Plus fréquemment vous consommez du cannabis, plus vous courez le risque de problèmes de santé, surtout si vous en consommez chaque jour ou presque. Limiter votre consommation à un usage occasionnel au plus, par exemple une fois par semaine ou le week-end, est une bonne façon de réduire les risques pour votre santé. **Essayez autant que possible de limiter votre usage du cannabis.**
- 8** **Le cannabis réduit votre capacité à conduire un véhicule ou à faire fonctionner des machines. Ne faites pas ces activités après avoir consommé du cannabis et tant que vous en ressentez les effets.** Ces effets durent généralement au moins six heures, mais ce temps varie d'une personne à l'autre et selon le produit utilisé. La prise conjointe de cannabis et d'alcool affaiblit encore plus vos facultés. Évitez cette combinaison avant de conduire ou de vous servir de tout type de machinerie.
- 9** Certaines personnes sont plus vulnérables à l'apparition de problèmes de santé liés à la consommation de cannabis. **Évitez de consommer du cannabis si vous avez des antécédents personnels ou familiaux de psychose ou de problèmes liés à l'utilisation d'une substance. Les femmes enceintes devraient aussi l'éviter complètement.**
- 10** **Évitez de combiner les comportements à risque décrits ci-dessus.** Lorsque vous prenez du cannabis, plus vous cumulez de risques, plus vous risquez de faire du tort à votre santé.

Notez que ces recommandations visent principalement l'usage non thérapeutique du cannabis.

Les études suggèrent que...

Les interventions de PR en individuel ou en groupe est très efficace.

Pour certains individus, les interventions de PR de groupe serait plus bénéfique que la TCC individuelle, car elle favorise la normalisation de l'expérience et l'échange de stratégies

Les interventions de PR offrent de l'espoir et soutiennent que les personnes peuvent avoir un certain contrôle sur leurs problèmes de consommation.



**Création d'un
groupe de
thérapie pour
prévenir la
rechute**

*Unité de
psychiatrie des
toxicomanies du
CHUM*

Unité de psychiatrie des toxicomanies (UPT) du CHUM

- Service de traitement intégré de 3^e ligne voué aux patients qui souffrent de toxicomanie et de problèmes de santé mentale.
- Mandats: Expertise-conseil et intervention dans les périodes de crise et d'instabilité importante tant au niveau de la consommation que de la santé mentale.
- Épisodes de soins: Stabilisation des patients (des pathologies psychiatriques, médicales, addictives) en vue de l'orientation vers les ressources habituelles de traitement et de réadaptation en 1^{ère} et 2^e ligne.
- Continuum de soins et services.

Approches préconisées

- Approche ***Structured Relapse Prevention*** (Herie & Watkin-Merek, 2006).
- Principes de thérapie *cognitivo-comportementale (TCC)*.
- Principes d'entretien motivationnel.
- Réduction des méfaits.

Prévention de la rechute: Pour qui?

- **Trouble mental stable.**
- **Abstinence ou consommation contrôlée.**
- **Désir de changement ou de maintien de nouvelles habitudes de vie:
Toujours clair?**
- **Motivation ???**

**Stades de
changement et
phases de tx**

Pré-contemplation
(Évaluation)

Contemplation
(entretien
motivational)

Action
(Initiation au
changement)

Préparation
(Plan de tx
individualisé)

Maintien
(Maintien du
changement)



But et objectifs du groupe de Prévention de la rechute

BUT

- Aider les usagers à développer des **stratégies de coping** leur permettant de faire face, dans le quotidien, à un ensemble de **déclencheurs** et de **situations à risque** de consommation de SPA.

OBJECTIFS DÉTAILLÉS

- Développer une **meilleure autocritique** en lien avec leur rapport à la consommation.
- Développer une **confiance** en leur capacité à confronter et gérer les déclencheurs de rechute et, éventuellement, une **autonomie** et une efficacité dans leurs comportements et attitudes en lien avec la prévention de la rechute.

Plus concrètement...

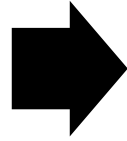
Amener les usagers à **reconnaître** et **anticiper** les situations à risque de rechute.

Accompagner l'utilisateur à travers des exercices d'analyse des comportements et de restructuration cognitive.

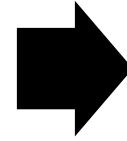
Pratiquer de nouvelles **stratégies de coping** leur permettant de prévenir une rechute.

Exemples d'exercice: Analyse des distorsions cognitives et des comportements

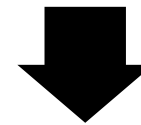
Problèmes de la vie courante:
Ne pas réussir à se créer un réseau social d'amis.



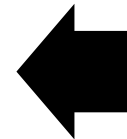
Croyance:
Les gens ne me trouvent pas intéressant, ma vie est misérable.



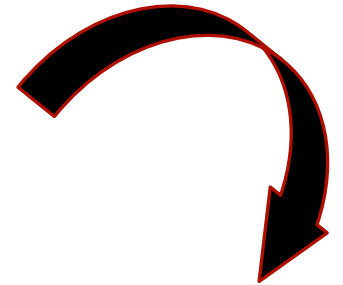
Émotions:
Repli sur soi, anxiété en situation sociale, honte.



Comportements:
Besoin urgent de consommer et rechute



Pensée automatique:
Consommer de l'alcool m'aide à interagir avec les autres.



Douleur émotionnelle

Contenu type
d'une séance

1) Journal de la consommation hebdomadaire:

**Discussions en lien avec les situations à
risques/ cravings/ déclencheurs
expérimentés par les participants et les
stratégies de *coping* qui se sont avérées
efficaces**

Nom: _____ Date: _____

Échelle de consommation

En surveillant les situations risquées que vous pouvez rencontrer ainsi que les pulsions et les tentations que vous pouvez sentir pour soit boire ou consommer de la drogue, vous pouvez développer de meilleures stratégies de gestion et des comportements alternatifs. En gardant un œil sur votre consommation de substances vous avez une vue d'ensemble de votre état de santé. Le simple exercice de surveillance quotidienne peut, en soi, vous aider à atteindre vos objectifs.

Pour chaque jour de cette semaine:

Décrivez une situation risquée (pulsion, tentations et cravings) que vous avez vécue durant la journée. Décrivez où vous étiez à quel moment, avec qui vous étiez; que faisiez-vous, pensiez et ressentiez et ce qui s'est passé.	Décrivez ce que vous avez fait Pour gérer la situation (ex. : prendre une marche, quitter la situation, réfléchir aux conséquences négatives de consommer).	Si vous avez consommé, indiquez la substance et la quantité.
lundi		
mardi		
mercredi		
jeudi		

**Un outil à utiliser lors
de vos entrevues:
Le journal de
consommation
hebdomadaire**

2) Exemples de thèmes à aborder concernant les stratégies de *copings*

Séance #1	L'abus de substances, effets néfastes de la consommation, liens entre pensées/comportements
Séance #2	Les déclencheurs (situations à risque) et les causes de la rechute
Séance #3	Gestion des symptômes de maladie et des effets secondaires
Séance #4	Gestion des <i>cravings</i> et de l'inconfort physique
Séance #5	Gestion des émotions/ pensées intrusives/ anxiété, relaxation/spiritualité
Séance #6	L'estime de soi et la confiance en soi
Séance #7	Gestion de la colère et de l'impulsivité
Séance #8	Le deuil de la consommation, gérer l'ennui, activation comportementale
Séance #9	Gestion des problèmes de la vie courante, gestion des priorités/ temps/ argent
Séance #10	Les saines habitudes de vie (sommeil, exercices, alimentation, santé sexuelle, etc.)
Séance #11	Les relations saines, apprendre à mettre ses limites, rencontrer de nouvelles personnes
Séance #12	Améliorer son réseau de soutien

Gestion des cravings

	Lister les événements/ symptômes/ situations	Ce que je vais faire (Stratégies de coping)
Situations à risque ou déclencheurs	Nouvel emploi Me sentir seul Dispute avec un membre de ma famille	Appeler un ami ou mon intervenant pour en parler Aller à un groupe AA Ligne d'écoute Aller prendre une marche, me distraire.
Signes précurseurs	Isolement Insomnie <i>Cravings</i> passagers Anxiété	Prendre une médication au besoin pour mieux dormir Prendre du temps de repos Prendre congé du travail et prendre rendez-vous urgent avec un intervenant
Urgence!	Idées noires <i>Cravings</i> intenses Comportements autodestructeurs	Urgence-toxico Urgence de l'hôpital

**Exemple d'exercice:
Normaliser le
sentiment de deuil
relié à l'arrêt de la
consommation**

Ce que j'ai perdu	Sentiment ou émotion	Nouveau comportement
Exemple: Amis qui consomment toujours, avoir du <i>fun</i> et faire la fête	Exemple: Tristesse, ennui, frustration	Exemple: Organiser des soirées film/restaurant avec mon nouveau colocataire

Plan de maintien du changement hebdomadaire

Mon engagement de la semaine

Mon objectif: _____

Mon niveau de confiance que j'atteindrai mon objectif:

■ 0% ■ 20% ■ 40% ■ 60% ■ 80% ■ 100%

Situations à risque/ déclencheurs

Plan pour y faire face

Quels sont les situations à risque que je pourrai rencontrer cette semaine?

(Ex.: Rencontrer un ami qui consomme)

Quelles sont les stratégies de coping?

- Éviter la situation
- Assister à un groupe de soutien, appeler une ligne d'écoute.
- Appeler un ami, un membre de la famille ou un intervenant.
- Me rappeler de ce qui va m'arriver si je consomme (conséquences).
- Autres choses que je peux faire :



Vous pouvez soutenir la personne atteinte de TC à **changer** ses habitudes de consommation et/ou **maintenir** sa sobriété ...

Si elle le desire!



La rechute fait **partie intégrante** du processus de changement de l'utilisateur ...

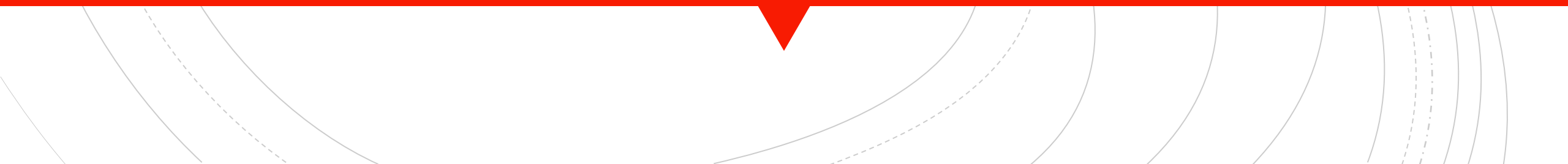
Il ne s'agit pas d'un échec professionnel!



En conclusion: Pour trouver l'équilibre ...



Questions ???
Commentaires ...



Références

- Adams, M. W. (2008). Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 101-108. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01210.x
- Adlaf, E. M., Begin, P. et Sawka, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Une enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens - La prévalence de l'usage et les méfaits (Rapport détaillé)*. Ottawa, ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Repéré à <http://ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-004029-2005.pdf#search=La%20pr%C3%A9valence%20de%20l%E2%80%99usage%20et%20les%20m%C3%A9faits%3A%20rapport%20d%C3%A9tail%C3%A9>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. (5^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Brems, C., Johnson, M. E., Bowers, L., Lauver, B. et Mongeau, V. A. (2003). Comorbidity training needs at a state psychiatric hospital. *Administration and Policy in Mental Health*, 30(2), 109-120.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini Ngui, A. et Fleury, M. J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives - Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques: Rapport de recherche*. Montréal, QC: Centre de réadaptation en en dépance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU). Repéré à http://dependancemontreal.ca/wp-content/uploads/2015/04/Rapport-TUS_CRDM-IU-vf.pdf
- Chow, C. M., Wieman, D., Cichocki, B., Qvicklund, H. et Hiersteiner, D. (2013). Mission impossible: Treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: A meta-analysis. *Mental Health and Substance Use*, 6(2), 150-168. doi: 10.1080/17523281.2012.693130
- Clearly, M., Walter, G., Hunt, G. E., Clancy, R. et Horsfall, J. (2008). Promoting Dual Diagnosis Awareness in Everyday Clinical Practice. *Journal of psychosocial nursing*, 46(12), 43-49.
- Clutterbuck, R., Tobin, D., Orford, J., Copello, A., Preece, M., Birchwood, M., . . . McGovern, D. (2009). Exploring the attitudes of staff working within mental health settings toward clients who use cannabis. *Drugs: education, prevention and policy*, 16(4), 311-327.
- Coombes, L. et Wratten, A. (2007). The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 382-392. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01094.x
- Deans, C. et Soar, R. (2005). Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatric Mental Health Nurse*, 12(3), 268-274. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00830.x
- Fleury, M. J., Bamvita, J. M., Aube, D. et Tremblay, J. (2010). Clinical practice settings associated with general practitioners who take on patients with mental disorders. *Healthcare Policy*, 5(4), 90-104.
- Fleury, M. J., Djouini, A., Huynh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Menard, J. M. et Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 168, 293-306. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625

Références (suite)

- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M. et Caron, J. (2015). Profiles Associated Respectively with Substance Dependence Only, Mental Disorders Only and Co-occurring Disorders. *The Psychiatric Quarterly*, 86(3), 355-371. doi: 10.1007/s11126-014-9335-1
- Granholt, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., . . . Jeste, D. V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 162(3), 520-529. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.520
- Herie, M. et Watkin-Merek, L. (2006). *Structured Relapse Prevention: An Outpatient Counselling Approach*. (2^e éd.). Toronto, ON: Center for Addiction and Mental Health (CAMH).
- Khan, S. (2017). *Rapport sur la santé: Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada*. Ottawa, ON: Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.pdf>
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. et Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Jama*, 284(13), 1689-1695.
- Mueser, K. T. et Gingerich, S. (2013). Treatment of Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 424-439. doi: 10.1080/19371918.2013.774676
- O'Neill, S., Lapalme, M. et Camiré, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf
- Organisation mondiale de la santé (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=47B020D7C667E007EB4C22560C4009BF?sequence=1
- Padwa, H., Guerrero, E. G., Braslow, J. T. et Fenwick, K. M. (2015). Barriers to Serving Clients With Co-occurring Disorders in a Transformed mental Health System. *Psychiatric Services*, 66(5), 547-550.
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D. et Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47-59. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. et Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511-2518.
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., . . . Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 800-809. doi: 10.1177/070674370805301206
- SAMHSA (2014). *Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*. Repéré à <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>