

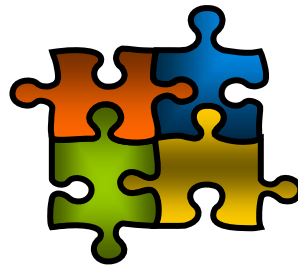
Neuvième session d'échanges

Offerte dans le cadre du programme de formation croisée pour améliorer la continuité des services et programmes auprès des jeunes, des jeunes à risque et de ceux aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

Troubles alimentaires et consommation chez les jeunes (15-30 ans): mieux comprendre pour mieux agir.

**23 novembre 2012
Institut Douglas**

Cahier du participant



Bienvenue à cette neuvième session de formation offerte dans le cadre du « Programme de formation croisée pour améliorer la continuité des services et programmes auprès des jeunes, des jeunes à risque et de ceux aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie ».

Historique des formations croisées dans le sud-ouest de Montréal

Initié par le Comité des partenaires en santé mentale du sud-ouest de Montréal (COPASM) en 2002, le programme de formation croisée consiste en des activités de formation conjointes et des échanges de personnel entre les ressources en santé mentale, en toxicomanie et en prévention desservant la clientèle du sud-ouest de Montréal, ainsi que les policiers du territoire. Jusqu'à maintenant, les sessions d'échanges ont permis de rejoindre 1 203 intervenants, alors que 221 stages ont pu avoir lieu dans le cadre des rotations positionnelles.

La **formation croisée** (« cross training ») est une approche de plus en plus utilisée pour améliorer le fonctionnement des services en réseau. Elle vise une meilleure compréhension du rôle de chacun des partenaires pour ainsi assurer une continuité des services plus optimale.

Les programmes de formation croisée impliquent généralement des **rotations positionnelles** dans différentes équipes oeuvrant auprès d'une même clientèle pour permettre à des intervenants d'acquérir des connaissances sur d'autres organisations, d'autres modes d'interventions et de nouveaux champs d'expertise. La formation croisée vise l'acquisition de connaissances et l'amélioration d'habiletés par des personnes qui assurent des services à des clientèles à risque de présenter ou présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

« Le but n'est pas de rendre les intervenants capables d'effectuer le travail d'autres professionnels, mais de mettre de l'avant un environnement de collaboration amélioré afin de remplir un continuum de besoins des clients. »

- Simmonds, 2003

La session de formation à laquelle vous participez aujourd'hui consiste en de courtes présentations, des ateliers de discussion, un panel et une synthèse de la journée regroupant des intervenants des réseaux de la santé mentale, de la toxicomanie, de la sécurité publique et de la santé publique. Ce format d'échange est celui qui a été proposé lors d'une consultation auprès d'informateurs clés de chacun des réseaux. Vous êtes plus de 200 intervenants provenant d'équipes en santé mentale, en toxicomanie, en prévention, du corps policier ainsi que du milieu communautaire et universitaire.

Au nom de tous les partenaires impliqués dans la mise en place de ce projet, je vous souhaite la bienvenue à cette session d'échanges.



Michel Perreault, Ph.D.

Neuvième session d'échanges dans le cadre du programme de formation croisée Le 23 novembre 2012 de 8h30 à 15h30 à l'Institut Douglas

Troubles alimentaires et consommation chez les jeunes (15-30 ans): mieux comprendre pour mieux agir

Organisation de l'activité

En 2009, grâce au financement de Santé Canada, l'équipe dirigée par Michel Perreault, Ph.D., de l'Institut Douglas a mené une consultation sur les besoins de formation des gens qui oeuvrent auprès des jeunes (15-30 ans) à risque ou aux prises avec des troubles de santé mentale et de toxicomanie. Les résultats de cette consultation ont permis d'identifier les thèmes prioritaires sur lesquels porteront les sessions d'échanges, dont la présente sur les troubles de l'alimentation et la consommation chez les jeunes. La formule basée sur des discussions de cas cliniques en petits groupes impliquant des intervenants des différents réseaux est celle qui a été proposée lors des consultations. Suite aux sessions d'échanges des années passées, la compilation des commentaires d'évaluation émis par les participants a permis d'apporter certains ajustements au déroulement de ces sessions afin de correspondre plus adéquatement aux besoins des participants. Entre autres, les suggestions émises ont fourni l'opportunité d'alléger le déroulement de la journée et d'octroyer davantage de temps aux échanges et discussions de groupe basés sur des cas cliniques.

Les objectifs de la session d'échanges

La présente session d'échanges (23 novembre 2012) vise à :

Mieux comprendre les méthodes d'évaluation des symptômes et d'intervention pour jeunes et adultes dans les cas de troubles alimentaires et de consommation concomitants.

La synthèse de la journée sera basée sur les échanges en ateliers où seront abordées trois vignettes cliniques auxquelles les participants apposeront une trajectoire de services.

Les participants

Plus de deux cents intervenants, responsables de programmes et policiers participent à cette journée. Ils viennent des principaux centres montréalais en psychiatrie et toxicomanie impliqués aussi dans le sud-ouest de Montréal, dont l'Institut Douglas – Institut universitaire en santé mentale, le Centre Dollard Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, la Direction de santé publique de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill et le Service de police de la ville de Montréal. On compte aussi, parmi les participants et les personnes impliquées dans l'organisation de la journée, des intervenants des établissements du réseau de la santé ainsi que ressources alternatives et communautaires du sud-ouest de Montréal (le Carrefour Jeunesse Emploi de l'Ouest de l'île, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun, le Centre de référence du grand Montréal, Portage et le Centre de crise L'Autre Maison), en plus d'autres ressources telles que l'Association des centres de réadaptation en dépendance, Anorexie et Boulimie Québec (ANEB), Cumulus : prévention des toxicomanies, GCC la Violence : groupe communautaire contre la violence, Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec.

Personnes contacts

Michel Perreault, PhD, Institut Douglas, 514-761-6131, poste 2823

michel.perreault@douglas.mcgill.ca

Michaël Sam Tion, Institut Douglas, 514-761-6131, poste 2835

michael-sam.tion@douglas.mcgill.ca

Remerciements

Cette activité vous est offerte gratuitement grâce au financement de l'Institut Douglas, de Santé Canada, du Programme Prends Soins de Toi (fondation) et à la contribution des organismes qui soutiennent la participation de leurs intervenants. Un merci tout spécial aux personnes qui ont, une fois de plus, généreusement accepté de participer à l'organisation de la journée à titre de conférenciers, responsables d'atelier ainsi qu'aux rapporteurs qui se sont joints à l'équipe de recherche pour soutenir l'événement. Merci !

Troubles alimentaires et consommation chez les jeunes (15-30 ans): mieux comprendre pour mieux agir.

Vignettes cliniques

Vignette adolescent : Marie, 17 ans

Marie est une jeune fille de 17 ans qui vit avec son père et sa sœur jumelle dans l'ouest de l'île. Sa mère est décédée d'une tumeur maligne au cerveau il y a cinq ans. Marie entretenait une relation très étroite avec sa sœur, mais depuis la mort de sa mère, elle s'est éloignée d'elle et de son père. Ce dernier a essayé d'organiser des activités avec sa fille, telles que des sorties au cinéma, comme ils avaient l'habitude de le faire, mais Marie n'y est plus intéressée.

Un an après le décès de sa mère, Marie a commencé à réduire considérablement son alimentation. En deux mois, elle a perdu 25 livres, son poids est alors tombé de 130 livres (IMC-Indice de masse corporelle-de 21) à 105 livres (IMC de 16.9). Marie avait 13 ans quand elle a reçu un diagnostic d'anorexie mentale à l'Hôpital Sainte-Justine, six mois après l'apparition des symptômes. À ce moment, son poids avait un IMC de 15 et elle n'avait plus de menstruations. Son père l'a amenée à l'hôpital après qu'elle se soit évanouie suite à un jeûne de 24 heures. Marie a été retenue à l'hôpital pendant 7 mois contre sa volonté, cette période lui a permis de retrouver un poids normal de 125 livres. Après avoir quitté l'hôpital, débute une période pendant laquelle Marie se force à manger, mais de manière excessive. Ses prises de nourriture sont alors suivies systématiquement de vomissements provoqués. Marie continua à perdre du poids de façon importante.

Au cours de la dernière année, Marie a commencé à consommer, plusieurs fois par semaine, des stimulants comme la cocaïne et des amphétamines afin de contrôler son appétit et gérer ses émotions négatives (anxiété et tristesse). Elle rapporte avoir des idées suicidaires récurrentes et a fait plusieurs tentatives de suicide par surdose d'amphétamines et d'alcool. Marie souffre particulièrement d'instabilité affective au cours des six derniers mois, ce qui pousse son psychiatre à penser qu'elle développe un trouble de personnalité limite concomitant. Marie étant réticente à établir un lien affectif dans la continuité, elle ne se présente pas à toutes ses sessions de thérapies. Ainsi, le cycle de symptômes se maintient.

De plus, Marie rencontre depuis peu la travailleuse sociale de son école car ses professeurs, inquiets à son sujet, ont remarqué qu'elle s'isolait des autres. Son réseau social devient limité, d'abord de par son tempérament timide et anxieux, mais aussi parce qu'elle évite les interactions sociales où la nourriture est présente. Malgré le fait qu'elle ait perdu beaucoup de poids (IMC de 17), Marie est dégoûtée par son corps et

se cache en portant des vêtements amples. Quand elle sort, elle passe la plupart de son temps avec d'autres jeunes qui ont, comme elle, des problèmes de toxicomanie.

Marie s'est mise récemment à travailler de longues heures, dans un café, comme serveuse afin de gagner l'argent dont elle a besoin pour financer ses périodes de consommation excessive de nourriture qu'elle alterne avec la consommation de drogue, le tout afin de gérer son humeur.

Questions de discussion

1-Le cas de Marie est-il représentatif de la clientèle avec laquelle vous travaillez ?

2-Quels éléments d'analyse feriez-vous ressortir dans le cas de Marie?

- Ce qui peut l'aider :
- Ce qui peut être un obstacle pour elle :

3-Quelles seraient les priorités afin d'aider Marie ?

4-Quel est le constat général que vous aimeriez faire ressortir de votre atelier concernant cette vignette ?

Vignette adolescent : Sarah, 16 ans

Sarah est une jeune fille de 16 ans qui vit chez sa mère et son beau-père. Elle va chez son père une fin de semaine sur deux. Sarah a une demi-sœur de 9 ans souffrant de diabète juvénile diagnostiqué à l'âge de 5 ans. La maladie de sa demi-sœur entraîne plusieurs suivis médicaux et interventions à la maison, car il s'est avéré difficile de contrôler son diabète durant les premiers mois suivant le diagnostic. Le père de Sarah a eu plusieurs épisodes dépressifs depuis le début de l'âge adulte, aucun toutefois n'a nécessité d'hospitalisation.

Une amie d'école de Sarah, Chloé, soucieuse de l'état de son amie, consulte l'infirmière scolaire. En effet, Sarah a rapporté à Chloé avoir tenté diverses diètes amaigrissantes depuis deux ans et avoir trouvé « LA » bonne façon de perdre du poids. Sa façon, selon ce qu'elle a confié à Chloé, n'implique aucune privation alimentaire. Chloé informe l'infirmière qu'elle a déjà entendu Sarah être malade aux toilettes, une fois à l'école et une fois en visite chez elle. Aux deux occasions, Sarah avait alors affirmé avoir une indigestion. Chloé mentionne trouver que son amie a perdu du poids dans les derniers mois et qu'elle est plus irritable qu'à l'habitude. Les professeurs rapportent également une chute des résultats académiques de Sarah depuis l'an dernier, un manque de concentration et une démotivation grandissante. Finalement, Chloé avoue avoir consommé du cannabis à quelques reprises avec Sarah les fins de semaine lors de « partys », mais elle s'inquiète de voir son amie en consommer seule tous les soirs durant la semaine. Selon Chloé, Sarah ne verrait aucun problème à ce niveau, expliquant que « ça la relaxe ».

L'infirmière réussit à obtenir une rencontre avec Sarah afin d'évaluer la situation. Sarah accepte la prise de signes vitaux, mais refuse de se faire peser. Les signes vitaux sont instables. Après avoir été questionnée par l'infirmière, elle explique les résultats de cette évaluation par la consommation de cannabis. Elle interdit à l'infirmière de contacter ses parents, par peur de leur réaction face à la drogue. Elle promet à l'infirmière de cesser de consommer du « pot » et accepte un rendez-vous avec elle la semaine suivante pour suivi.

La semaine suivante, la mère de Sarah reçoit un appel du Provigo l'informant que sa fille a été prise à voler des tablettes de chocolat. Elle va chercher sa fille à l'épicerie et comme il s'agit d'une première offense selon le Provigo, la situation est réglée à l'amiable. La mère de Sarah confronte sa fille sur ce comportement. Sarah se ferme comme une huitre et explique simplement à sa mère qu'elle voulait amener ces chocolats à une fête d'amis et qu'elle n'avait pas d'argent pour en acheter. La mère de Sarah est inquiète car d'après ce qu'elle

connaît de sa fille, elle n'aurait jamais volé quoique ce soit dans le passé. Elle a également remarqué la baisse de ses résultats de rendement académiques. Ne sachant comment aborder la situation, et se heurtant à un mur de silence de la part de Sarah, elle aborde le sujet avec l'équipe traitante de sa fille diabétique afin d'obtenir leur avis à ce sujet.

Les parents de Sarah se sont séparés lorsqu'elle avait 4 ans, mettant ainsi fin à une relation assez houleuse, entre autre en lien avec les épisodes dépressifs du père et un certain laisser-aller de sa part (selon la mère). Elle a obtenu la garde complète de sa fille (avec visites chez le père aux deux fins de semaine). Madame a rencontré son conjoint actuel un an plus tard. Ils ont emménagé ensemble assez rapidement. La demi-sœur de Sarah est née lorsque cette dernière avait 7 ans. Différents problèmes de santé sont apparus chez la petite, et après plusieurs consultations médicales, le diagnostic de diabète juvénile est tombé. Au domicile familial, plusieurs changements ont eu lieu pour s'adapter à la réalité d'une enfant souffrant d'une telle maladie chronique.

En parallèle, Sarah a vécu plusieurs épisodes d'intimidation et d'exclusion de la part de ses pairs en 5e et 6e année. Elle souffrait à l'époque d'un certain embonpoint pour lequel elle était souvent agacée dans la cour d'école. Sa meilleure amie l'a laissée pour d'autres jeunes plus 'populaires'. Sarah n'osait pas parler de ses difficultés sociales avec ses parents car ils étaient très occupés par les soins à prodiguer à leur cadette. Peu après le passage au secondaire, Sarah s'est promis d'effectuer des changements qui l'amèneraient à être plus incluse dans les groupes sociaux qui prévalaient autour d'elle. C'est vers la fin du secondaire 1 que les essais de diètes amaigrissantes ont commencé.

Questions de discussion

1-Le cas de Sarah est-il représentatif de la clientèle avec laquelle vous travaillez ?

2-Quels éléments d'analyse feriez-vous ressortir dans le cas de Sarah ?

- Ce qui peut l'aider :
- Ce qui peut être un obstacle pour elle :

3-Quelles seraient les priorités afin d'aider Sarah ?

4-Quel est le constat général que vous aimeriez faire ressortir de votre atelier concernant cette vignette ?

Vignette jeune adulte : Christine, 24 ans

Christine, 24 ans, est venue s'installer au Québec il y a 2 ans, en provenance d'une autre province, pour vivre avec son petit ami de 22 ans, Steven, qu'elle a connu sur l'Internet. Steven travaille à temps plein pour son oncle dans un entrepôt. Depuis la naissance de sa fille qui est maintenant âgée de 6 semaines, il travaille autant qu'il peut dans le but d'acheter une voiture. Christine lui signifie qu'elle a besoin de lui à la maison, tandis que Steven pense qu'il se doit de travailler plus souvent «pour y arriver». Cette situation crée depuis peu des conflits dans le couple.

Avant la grossesse de Christine, le couple consommait de la marijuana et de la cocaïne fréquemment. Cependant, la jeune femme dit avoir arrêté de consommer pendant sa grossesse. Elle est vraiment fière d'avoir été en mesure d'arrêter de prendre de la cocaïne pendant sa grossesse. Puisqu'elle ne donne pas le sein à sa fille, elle a recommencé à fumer de la marijuana quelques fois par semaine afin de l'aider à «gérer les choses».

Après l'accouchement, Christine a eu un suivi parce que son nouveau-né a de la difficulté à prendre du poids. Elle communique alors à l'infirmière de l'équipe en périnatalité son vécu et certains symptômes, tel que ses cauchemars, l'hyper vigilance quand son copain n'est pas présent à la maison et son impression de ne pas « être là » à d'autres moments. Par la suite, l'infirmière l'a référée aux services de première ligne de l'équipe en santé mentale du même CLSC afin de soigner des symptômes de Trouble de stress post-traumatique et recevoir de l'aide face à des conflits en lien avec sa vie couple. Il a été difficile d'avoir une première rencontre avec Christine, car elle ne peut pas se déplacer facilement pour se rendre au CLSC, avec son nouveau bébé surtout pendant le temps hivernal du moment.

Lors du premier rendez-vous, la travailleuse sociale remarque plusieurs cicatrices sur les mains, les bras, les poignets, les jambes et le cou de Christine. La mère parle de son anxiété qu'elle relie à sa fille. Elle souhaitait profondément avoir un enfant et était très excitée à l'idée d'en avoir un. À présent, elle se sent incapable de faire face à ses responsabilités en tant que mère et a le sentiment «de ne même pas être là des fois». Pendant sa grossesse Christine a pris tout près de 70 livres mais a perdu 50 livres depuis son accouchement. Elle se sent «énorme» et dit à la blague que c'est la faute de sa fille. La travailleuse sociale se rend compte que lorsque le bébé semble avoir faim, elle l'appelle la «petite cochonne». Tandis que lorsqu'elle est en train de

changer son bébé, elle l'appelle «petite grosse». Depuis qu'elle a accouché, et plus particulièrement depuis qu'elle a perdu le poids pris pendant sa grossesse, Christine a de la difficulté à dormir en plus d'avoir «toutes sortes de cauchemars à nouveau».

Christine dévoile, petit à petit, son lourd passé à la travailleuse sociale : abus sexuels, production de pornographie juvénile réalisée par son beau-père qui, plus tard, a été condamné. Christine a passé la plupart de son enfance dans plusieurs familles d'accueil. Elle mentionne avoir été abusée même pendant qu'elle était prise en charge.

Sa seule «vraie famille» a été sa dernière mère d'accueil, souffrant de scléroses en plaques, qui vit dans la province où Christine a grandi. Elle est régulièrement en contact avec elle à travers l'application Skype (conversation téléphonique et visuelle sur Internet). Le couple, accompagné de leur bébé, planifie d'aller lui rendre visite lorsque les conditions routières seront plus favorables. Selon Christine, la seule thérapie qui l'a aidée est venue de quelqu'un de «vraiment bien» que sa mère d'accueil connaissait. Cette personne spécialisée dans le traitement du Trouble de stress post-traumatique et qui travaillait pour un Centre en santé mentale l'a suivi de 17 à 19 ans.

Steven a été élevé par sa mère monoparentale qui n'a jamais eu une autre relation sérieuse depuis. Elle est d'un bon soutien, par contre, le couple ne souhaite pas trop son implication car, selon Christine, elle a «tendance à vouloir organiser notre vie». La nouvelle maman se sent plus proche de l'oncle de Steven et de sa femme.

La travailleuse sociale a reçu un appel de l'infirmière périnatale car elle a de la difficulté à rejoindre Christine. Cette dernière lui a suggéré d'aller passer des analyses de sang car son taux de fer pendant sa grossesse était assez bas. Les résultats de l'analyse sanguine de Christine sont inquiétants : son taux de potassium et de fer sont très bas, elle a des étourdissements, se sent faible et sa pression est basse depuis qu'elle a eu sa fille.

Lorsque la travailleuse sociale a appelé chez Christine, Steven lui a dit que celle-ci était en train de dormir. Son petit ami n'a pas été surpris lorsque la travailleuse sociale lui a mentionné qu'elle voulait parler à Christine à propos de son état de santé. Ce dernier raconte que sa copine «était encore dans toutes sortes d'histoires avec la nourriture» mais ne voulait pas élaborer davantage de peur qu'elle ne se fâche après lui.

Questions de discussion

1-Le cas de Christine est-il représentatif de la clientèle avec laquelle vous travaillez ?

2-Quels éléments d'analyse feriez-vous ressortir dans le cas de Christine ?

- Ce qui peut l'aider :
- Ce qui peut être un obstacle pour elle :

3-Quelles seraient les priorités afin d'aider Christine ?

4-Quel est le constat général que vous aimeriez faire ressortir de votre atelier concernant cette vignette ?