
CHRONIQUE

LE PROJET DE CONCERTATION *CONCERTO-VIE*¹

Objectifs

Ce projet de recherche-action ciblait les adolescents suicidaires recevant des services de réadaptation au Centre jeunesse de l'Estrie. Il visait à améliorer la prise en charge de ces jeunes en leur offrant de concert des services de réadaptation, des services psychosociaux, médicaux et pédopsychiatriques. Pour ce faire, des mécanismes de concertation ont été mis en place pour favoriser l'établissement d'un partenariat entre les différents professionnels impliqués, notamment entre les intervenants rattachés au Centre jeunesse, les professionnels de la santé (médecins omnipraticiens et pédopsychiatres) et les autres acteurs de la communauté (famille, école, organismes communautaires dont le Centre de prévention du suicide de l'Estrie). Le projet comportait quatre volets : 1) le dépistage et l'évaluation des personnes à risque, 2) l'intervention et le suivi des jeunes dépistés, 3) la formation et la supervision clinique des intervenants, 4) l'évaluation des effets de la concertation sur les jeunes, sur les intervenants et sur le développement du partenariat.

Origine du projet

L'idée de travailler à la mise en place d'un tel projet repose sur plusieurs constatations. D'abord, l'étude sur le dépistage réalisée dans dix Centres jeunesse auprès de 435 adolescents (Pronovost et Leclerc, 1998, 2002) révélait que les deux tiers des jeunes hébergés présentent un risque suicidaire modéré ou élevé, que les problèmes familiaux sont identifiés comme éléments déclencheurs pour 56 % des jeunes et que le placement en centre de réadaptation constitue un élément déclencheur pour 46 % de ceux-ci. Il ressort également que les intervenants considèrent souvent les

1. Pour le rapport de recherche, voir Thibault, Boisclair, Pronovost, St-Laurent et Leclerc (2002).

verbalisations suicidaires et les comportements dangereux ou autodestructeurs des adolescents comme des conduites manipulatrices, que 20 % d'entre eux ne peuvent se prononcer sur la présence ou l'absence de caractéristiques hautement associées au risque suicidaire chez les jeunes qu'ils accompagnent et qu'ils se sentent inquiets et démunis devant cette problématique.

En 1999, un comité de travail fut créé à la demande du Protecteur du citoyen (Le Protecteur du citoyen, 1999) à la suite de plusieurs décès survenus dans les Centres jeunesse. Ce groupe, formé de représentants de l'Association des Centres jeunesse du Québec, du Collège des médecins et du Protecteur du citoyen, avait comme mission de se concerter dans un plan commun de lutte au suicide visant les usagers des Centres jeunesse. Une des principales conclusions ressortant du rapport est la difficulté d'accès pour ces jeunes aux ressources médicales spécialisées en santé mentale et le manque de concertation entre les deux principaux réseaux d'intervention impliqués, soit les réseaux médico-hospitaliers et psychosociaux.

Finalement, le Centre jeunesse de l'Estrie avait lui aussi son lot de jeunes ayant fait des tentatives de suicide au cours des dernières années. La direction du centre, conjointement avec certains intervenants particulièrement impliqués dans cette problématique, a décidé de mettre en place un projet de recherche-intervention pour tenter de trouver des moyens efficaces et novateurs pour faire face à la situation.

Modèle de concertation mis en place

La concertation se définit comme « une démarche qui comprend l'ensemble des pratiques articulées d'un groupe d'acteurs décisionnels et autonomes qui ont convenu d'harmoniser non seulement leurs orientations, mais également leurs stratégies d'intervention et leurs actions concrètes au sein d'un secteur d'activités donné. » (Schneider, 1987). Le modèle de concertation expérimenté fait référence à trois niveaux d'intervention si on les considère sous l'angle des professionnels impliqués. Le premier niveau regroupe les intervenants sociaux et les intervenants de réadaptation qui participent au dépistage des adolescents à risque, à l'évaluation clinique ainsi qu'à l'élaboration, à l'application et à la révision du plan de services. Un conseiller clinique encadre ce premier niveau et joue un rôle d'interface avec les acteurs des autres niveaux. Le deuxième niveau comprend les médecins et les psychologues du centre qui soutiennent et alimentent les intervenants de réadaptation et les autres acteurs concernés sur le plan de l'évaluation et de l'intervention. Les psychologues assument l'évaluation et le suivi clinique de certains jeunes référés. Du côté médical, chaque jeune admis est rencontré par un médecin omnipraticien rattaché au centre dès son insertion dans le projet pour une évaluation physique et mentale et est suivi au besoin. Le

troisième niveau est constitué de l'équipe des pédopsychiatres qui participent au plan de services et qui peuvent hospitaliser le jeune si requis; ceux-ci se sont impliqués activement dans la formation des intervenants et dans la supervision des médecins omnipraticiens en ce qui concerne le volet santé mentale. Il faut souligner le partenariat important du Centre de prévention du suicide de l'Estrie avec les acteurs de tous ces niveaux.

Collecte de données

Au total, 82 adolescents ont été évalués à la suite de leur admission (ou inscription) en réadaptation; les dimensions mesurées étaient le *risque suicidaire*, la *sévérité des symptômes psychopathologiques* et le *contrôle de soi*. Les données révèlent une prévalence élevée de jeunes présentant un risque suicidaire (62,2 %); ces résultats concordent avec ceux de deux autres études menées en Centres jeunesse (Chagnon, 2000; Pronovost et Leclerc, 2002). Plus du tiers (37,2 %) des jeunes évalués affichent une sévérité avec des symptômes psychopathologiques et ceci à plus d'une échelle (comorbidité).

Une série d'instruments de mesure a également été administrée en pré-test et post-test, soit à l'adolescent, à ses parents ou aux professionnels, pour faire le suivi de l'implantation et pour évaluer les effets du projet. Finalement, 26 sujets ayant terminé le projet et complété les instruments de mesure ont constitué l'échantillon d'étude (groupe expérimental, n = 19; groupe contrôle, n = 7; âge moyen = 14,6 ans). Pour chacun des jeunes du groupe expérimental, les acteurs concernés par le plan de services s'engageaient à tenir trois rencontres de concertation, échelonnées sur six mois, pour permettre le suivi clinique. Une structure de formation et de supervision cliniques a été mise en place pour soutenir les acteurs pendant la durée du projet. Les jeunes du groupe contrôle recevaient les services tels que dispensés habituellement au Centre jeunesse.

Retombées

Plusieurs retombées directes ont été observées. Dans le groupe expérimental, en comparaison du groupe contrôle, il y a eu une diminution significative du niveau de risque suicidaire. De même, chez les jeunes du premier groupe, un nombre moins grand d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide ont été rapportées pendant la durée du projet. Outre ces effets positifs du projet chez les adolescents, d'autres effets positifs pour le milieu ressortent de l'évaluation de la démarche de concertation :

- Le milieu s'est doté d'instruments d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires, ainsi que d'un guide d'intervention en situation suicidaire, qui encadre et sécurise les intervenants.

- La tenue des rencontres de concertation a eu pour effet de briser l'isolement chez les intervenants et de leur apporter un filet de sécurité dans la prise en charge des jeunes. Les éléments les plus positivement évalués concernent la circulation de l'information sur le jeune et sa famille, une compréhension améliorée de la problématique suicidaire, une vision commune et une meilleure coordination des actions à poser. Les objectifs et les moyens retenus, en plus d'être endossés par tous les acteurs présents, étaient plus clairs et plus précis.
- La retombée majeure du projet est assurément la complémentarité et le rapprochement entre les professionnels du domaine psychosocial et les acteurs du milieu médical. La présence des médecins a été fort significative dans l'évaluation des troubles mentaux des adolescents dépistés, au moment du diagnostic et de la planification de l'intervention et lors des rencontres de concertation. Cela a permis aux intervenants psychosociaux et aux intervenants de réadaptation de mieux saisir la portée et les limites du travail des médecins et des pédopsychiatres; il en est de même du côté des médecins par rapport aux intervenants.
- La formation et le soutien clinique mis en place se sont révélés être des éléments clés pour développer la sécurité personnelle des intervenants et leur capacité d'accompagner des adolescents suicidaires. Ils signifient cependant que des mécanismes de soutien professionnel et personnel doivent être en place en tout temps dans le milieu en regard de cette lourde problématique.

La réalisation de ce projet ne s'est pas faite sans problèmes. Il importe de souligner la présence de certains facteurs qui ont entravé le processus de concertation. Mentionnons les changements d'intervenants impliqués dans le suivi des jeunes, les nombreuses contraintes d'horaires et la surcharge de travail des acteurs rendant difficile leur présence assidue aux rencontres. Plusieurs adolescents n'ont pu être retenus dans l'étude parce que les intervenants n'avaient pas complété les questionnaires de recherche, et ce, malgré de nombreuses relances. L'implication des parents dans le processus ne s'est pas faite comme nous l'avions espéré : les évaluations des intervenants à cet égard nous révèlent qu'ils ne se sentaient pas suffisamment outillés pour aborder cette problématique avec les parents par manque de temps et par crainte de ce que cela aurait pu déclencher chez ces parents eux-mêmes souvent vulnérables au suicide. Les informations au dossier ne sont pas toujours complètes ou ne circulent pas encore assez entre les acteurs. La problématique du suicide n'est pas suffisamment intégrée à un cadre de référence clinique, surtout dans la perspective de l'approche-programme développée dans les Centres jeunesse. Les acteurs nous ont manifesté leur désir d'avoir des formations plus longues, ceci répondant à un besoin de discuter et d'approfondir ce

thème. La pratique nous révèle par ailleurs que les intervenants sont plus mobilisés dans les situations d'urgence suicidaire, mais qu'une fois celles-ci résorbées, ils ont tendance à les considérer en « dormance ».

Conclusion

Le défi du projet Concerto-vie a été relevé, celui de permettre d'établir un cadre clinique permettant la prise en charge des adolescents suicidaires dans une ambiance de concertation entre les partenaires. Les adolescents suicidaires sont vulnérables, en grande détresse et soumis à plusieurs facteurs de risque. L'interaction concertée entre plusieurs professionnels ne peut que favoriser une dispensation de services adaptés aux besoins et aux espoirs de ces jeunes et de leurs familles. Devant ces retombées, il devient indiqué d'élargir cette approche de concertation et de l'implanter dans chacune des MRC avec les partenaires présents sur place, soit les intervenants, les conseillers cliniques, les chefs de service, les partenaires du CLSC, les familles d'accueil, les médecins généralistes, et ce, toujours avec le support de la pédopsychiatrie. De plus, le protocole provincial d'intervention en situation de problématique suicidaire (Association des Centres jeunesse du Québec, 2000) développé en juin 2000 constitue un appui à ce déploiement.

Comme tout projet expérimental, Concerto-vie a bénéficié de ressources, d'énergie et d'un financement qui ont permis l'encadrement essentiel sur le plan clinique et sur le plan de la réalisation de la recherche durant l'ensemble de la démarche. Les mêmes investissements, la même rigueur, la même constance dans le soutien sont requis pour que l'expérience se poursuive. Les conditions de survie des programmes nous rappellent régulièrement l'importance de persister dans la mise en place de modèles de pratique qui exigent des changements d'attitudes ainsi que l'attribution des ressources humaines et financières nécessaires et du temps de réalisation requis.

Références

- Association des Centres jeunesse du Québec (2000). *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les Centres jeunesse*. Montréal : Auteur.
- Chagnon, F. (2000). *Les événements stressants, les mécanismes d'adaptation et le suicide chez les adolescents admis en Centres de réadaptation*. Thèse de doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal.
- Le Protecteur du citoyen (1999). *Le suicide chez les usagers des Centres jeunesse : il est urgent d'agir!* Rapport du comité formé de représentants de l'Association des Centres jeunesse du Québec, du Collège des médecins du Québec et du Protecteur du citoyen.
- Pronovost, J. et Leclerc, D. (1998). *Le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en Centres jeunesse*. Rapport de recherche déposé à l'Association des Centres jeunesse du Québec.
- Pronovost, J. et Leclerc, D. (2002). *L'évaluation et le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en Centres jeunesse*. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*, 31(1), 81-100.
- Schneider, R. (1987). *Gestion par concertation*. Montréal : Agence d'Arc.

Thibault, M., Boisclair, J., Pronovost, J., St-Laurent, M. et Leclerc, D. (2002). *Concerto-vie : projet d'intervention concertée auprès des jeunes à risque suicidaire*. Rapport de recherche. Centre jeunesse de l'Estrie.

Jeannot Boisclair
Centre jeunesse de l'Estrie

Jocelyne Pronovost
Université de Québec à Trois-Rivières