

Espace mémoire

Résumé de l'entrevue réalisée avec Docteur Diane Sauriol et Collette Boulanger en lien avec les consultations pédopsychiatriques avec le Centre jeunesse de Montréal-IU dans le secteur centre-sud et le secteur ouest

23 août 2017

Invitées:

Dr Diane Sauriol, pédopsychiatre à l'hôpital Ste-Justine
Collette Boulanger, conseillère clinique

Animation:

Louise Baillargeon, conseillère clinique à la retraite du CJM

Secrétaire:

Diane Jodoin, conseillère cadre à la retraite du CJM

Introduction:

L'entrevue avec le Dr.Sauriol a pour but de revenir sur l'expérience de consultation en pédopsychiatrie par le CJM et par les autres partenaires auprès de la clientèle jeunesse du territoire centre-sud (début des années 2000). Docteur Sauriol était chef du département de pédopsychiatrie à l'hôpital Notre-Dame et c'est avec elle et son équipe que se réalisa ce type de consultation. Cette formule de travail fut également développée dans le secteur ouest par Collette Boulanger avec le Dr. Fortin de l'hôpital Douglas.

Description de l'expérience ...devenue une modalité de travail :

Une consultation mensuelle en pédopsychiatrie a été mise en place avec le Dr. Sauriol, le CJM et les partenaires auprès de la clientèle jeunesse du territoire centre sud... une équipe réseau s'est ainsi constituée : pédo, CJM, CLSC des Faubourgs et CLSC Plateau- Mont-Royal, écoles.

Cette consultation avait pour but de présenter la situation d'enfants, adolescents aux prises avec des difficultés que l'on soupçonnait être de l'ordre de la santé mentale et pour lesquelles on questionnait la pertinence d'une évaluation en pédopsychiatrie et d'une possible prise en charge. Chaque situation ainsi présentée était dûment documentée: histoire du jeune et de sa famille / évaluations déjà complétées / différents rapports /observations et interventions en lien avec les difficultés actuelles /identification des inquiétudes et interrogations des intervenants...(précision: étaient invités à la consultation tous les intervenants impliqués auprès du jeune : école, loisirs, garderie, ect, leur apport était précieux et permettait une vision d'ensemble du jeune et de sa famille).

S'ensuivait un échange avec Dr. Sauriol et les cliniciens concernés auprès de ce jeune afin de cerner davantage la problématique et d'évaluer la pertinence d'une évaluation en

pédopsychiatrie. Si cette dernière était nécessaire, (et ce fut toujours le cas au cours des 10 ans que dura cette modalité de travail), un rendez-vous était rapidement fixé avec le jeune et ses parents. Précisons que les parents étaient, au préalable, informés de la possibilité de présenter la situation de leur enfant à cette consultation, les objectifs et questions étaient discutés avec eux.

Rapidement les suites de l'échange leur étaient présentées et discutées, une préparation à l'évaluation était faite.

Une fois l'évaluation complétée, une rencontre s'organisait avec l'équipe de pédopsychiatrie, les principaux intervenants et la consultante clinique pour prendre connaissance des résultats et échanger sur les suites à donner auprès du jeune et sa famille en précisant les rôles et responsabilités de chacun.

Nous décrivons ultérieurement les gains et difficultés rencontrés.

Contexte historique :

Revenons au contexte historique dans lequel s'est développée ce qui était à l'origine une expérimentation qui s'est transformée en une modalité de travail qui a vécu-survécu 10 ans.

Quelques réalités se sont conjuguées dans les années 1997-1998 :

À Montréal, existait alors, un important problème d'accès aux services pédopsychiatriques. En effet, aucun encadrement, entente, règle, modalité d'accès, définition et clarification des nécessaires caractéristiques cliniques pertinentes, aucun agent de liaison, en fait aucun dialogue construit et ni de coordination entre le CJM et la pédopsychiatrie qui auraient favorisé une perspective de services complémentaires.

Au centre jeunesse de Montréal, entité nouvellement créée par la fusion de 12 centres de réadaptation et du CSSMM, se vivait un climat d'insécurité, d'inquiétude : équipes démantelées, postes abolis, réouverture de postes. Cette période de réorganisation majeure et chaotique a eu des impacts importants auprès des jeunes et des intervenants. La relation établie jeunes/intervenants, équipes/groupes a été rompue et discontinuée plus d'une fois et a ainsi fragilisé bien des jeunes, ce qui se manifestait parfois par des états émotionnels intenses : colère, crise, tristesse, détresse, sentiment d'abandon, gestes suicidaires, tentatives ou suicides complétés. Les intervenants ont eu à composer avec des manifestations émotionnelles, psychiques intenses et récurrentes. Confrontés, inquiets, les intervenants dans un tel contexte se sentaient démunis, impuissants et en questionnements. Devant ces comportements suicidaires, l'intervention prônée par l'organisation fut de se tourner vers les urgences pédopsychiatriques des hôpitaux et ce, sans entente mutuelle au préalable : s'ensuivit des allers-retours insatisfaisants pour tous (jeunes/intervenants/CJM/pédopsychiatrie).

Ce constat mettait en évidence que l'organisation n'était ni préparée, ni soutenante et que la pédopsychiatrie de son côté jugeait que nombre de situations présentées à l'urgence ne relevaient pas de leur spécifique.

Dr. Sauriol ajoute que dans le passé, à Montréal, un certain nombre de pédopsychiatres étaient plutôt d'orientation psychanalytique et moins dans une lecture médicale (référant au DSM) avec diagnostics et médication pouvant ainsi entretenir une confusion dans la compréhension des problèmes des jeunes. Cette réalité évolua et la lecture médicale a cours partout maintenant et s'élabora une vision bio-psycho-sociale-médicale.

Donc une grande confusion générale régnait : sur la compréhension et définition du suicide, la présence ou non de la santé mentale dans les crises suicidaires, sur les indices de dépistage, sur les gestes pertinents à poser et leur séquence dans le temps, sur le partage des responsabilités et rôle de chacun, sur la formation, sur le nécessaire partenariat.

À cette même époque, un drame fut vécu : un jeune s'enleva la vie...alors qu'il était suivi en centre jeunesse. La situation de ce triste décès mit en évidence : les problèmes en santé mentale non décelés, le manque de formation des intervenants à cet égard et face à la problématique suicidaire, le rôle de la pédopsychiatrie dans ces problématiques, la difficulté d'accès à leurs services et le grand manque de concertation entre la pédo et les centres jeunesse.

Suite à cet événement tragique, l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) instaura un comité provincial afin de mieux cerner les problèmes et enjeux et de proposer différentes solutions.

De différentes régions de la province furent regroupés : médecins, pédopsychiatres, directeurs de CJM, directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ), chercheurs.

Un éventail de réponses émergèrent se situant dans différents registres :

- recherches sur le suicide (pour mieux connaître et comprendre) ;
- liens avec la santé mentale;
- revoir, bonifier et uniformiser les contenus de formation sur le suicide dispensés par différents partenaires avec l'implication de pédopsychiatres ;
- développement d'une compréhension commune de la problématique suicidaire et d'un langage commun;
- élaboration d'outils et de grilles d'analyse communes;
- formations des intervenants;
- développement et mise en place d'un protocole provincial d'intervention sur le suicide (et santé mentale) afin de mieux détecter les indices précurseurs et de mettre en place toutes les interventions nécessaires et pertinentes...en partenariat avec la pédopsychiatrie s'il y a lieu ;
- clarification et mise en place de modalités d'accès aux services pédo développées dans chaque hôpital.

Au cours de ces travaux : un souci constant : ne pas porter seul...soutenir les intervenants.

C'est donc dans cette foulée que naquit la proposition d'expérimenter cette formule de consultation mensuelle non seulement pour les problématiques suicidaires mais surtout pour les problèmes en santé mentale. « Un pari pour installer une culture de la consultation plutôt qu'une culture de l'urgence ...être au devant de la crise... »

Gains:

1. Expérience au CJM / centre-sud :

- Cette modalité de travail donna accès de façon organisée et stable aux services pédopsychiatriques du secteur ;
- Un dialogue s'instaura entre partenaires à travers le partage de préoccupations ;
- Un moyen pour se donner une prise sur le réel.

Lors de cette consultation s'élaborait un premier niveau de réponses aux questions les plus pressantes, des hypothèses étaient émises, la présence de problèmes en santé mentale identifiée, confirmation de la nécessité de l'évaluation pédo, précision des suites à donner et des responsabilités de chacun.

Si entre le moment de la consultation et la date d'évaluation surgissait une urgence, le contact s'établissait facilement et rapidement avec le médecin qui connaissant la situation pouvait donner un avis éclairé et si jugé pertinent voir le jeune et ses parents. Cette réalité s'avéra très précieuse et évita bien des voyages ratés à l'urgence. S'il y avait nécessité que le jeune soit vu à l'hôpital Ste-Justine, le médecin communiquait avec l'hôpital, car à cette époque existait une entente Hôpital Notre-Dame/Hôpital Ste- Justine pour l'hospitalisation de jeunes en pédopsychiatrie.

Ce travail conjoint permit de développer, de créer un réseau tant pour le CJM que pour la pédo, un langage et des outils communs, des liens personnalisés augmentant la confiance et une meilleure connaissance mutuelle de chacune de nos organisations.

Ce cadre mensuel de consultation organisée, prévue, maintenue au fil du temps devint un type de formation continue sur: la santé mentale et ses symptômes, les signaux précurseurs d'un trouble ou d'une crise, le suicide, les interventions différenciées selon les pathologies, les traitements en pédo, et la médication, etc.

Les intervenants apprirent rapidement à utiliser cette forme consultation et devinrent à l'affût des indices révélateurs de difficultés pouvant relever de la santé mentale. Le personnel clinique ressentait le soutien et vivait un soulagement à ne pas porter seul des situations extrêmement complexes.

Un réseau s'est créé entre la pédopsychiatrie, le CJM et les autres partenaires du secteur centre-sud personnalisant ainsi les liens et contribuant à une confiance mutuelle accrue.

À l'origine, c'est le CJM qui était demandeur auprès de la pédo. Avec le temps, à partir des expériences positives vécues, à une meilleure connaissance mutuelle, à des relations personnalisées efficaces ainsi qu'une détermination ferme à maintenir et qualifier cette collaboration, apparurent des demandes de consultations de la pédo au CJM. Ces demandes ayant trait aux signalements, aux difficultés ou aux refus de coopérer de certains parents, à notre mode de fonctionnement, etc. Une nouvelle dynamique plus harmonieuse, forte et efficace s'installa entre les partenaires.

Ce modèle expérimenté a influencé la pédo par la mise en place de structures semblables avec leurs partenaires en toxico, en itinérance, violence, sexualité et adolescence. De plus cette façon de travailler entre pédopsychiatres a contribué à une amélioration de leur climat de travail par une diminution des tensions et rivalités.

2. Expérience CJM/ ouest

La consultation pédo psychiatrique mise en place à l'ouest par Collette Boulanger, avec le Dr Fortin de l'hôpital Douglas connut un réel succès, très semblable à celui du Centre-sud.

Le Dr Fortin fut la seule médecin qui accepta de s'engager dans cette expérimentation sans équipe pédopsychiatrique en appui.

Par ces consultations, se créa une véritable équipe réseau avec les partenaires jeunesse de ce territoire : CJM, CLSC, écoles, organismes communautaires. Tous reconnaissent avoir beaucoup appris, ces consultations eurent de plus un effet de formation continue.

La fusion des CLSC provoqua dans ce territoire l'éclatement et la fin des consultations pédopsychiatriques telle que vécues de 2001 à 2007.

Il faut nommer cependant la complexité du partenariat liée au territoire de Verdun.

Pour un même CLSC, il y avait deux villes : Montréal et Verdun, deux commissions scolaires : CSDM (francophone), CSMG (anglophone), un service de pédopsychiatrie (francophone et anglophone), des organismes communautaires différents d'une ville à l'autre et heureusement une seule équipe au CJM. Une « rivalité » existait entre tous ces établissements ayant un effet de ballottage des jeunes entre les services. Un travail d'une année et demie fut nécessaire à l'assainissement du climat et au démarrage d'une équipe-réseau.

Une complicité se développa entre tous les membres de cette équipe-réseau et permit un mode de fonctionnement par référence mutuelle i.e chaque membre pouvait devenir une référence pour chacun : par exemple : école/CJM, CLSC / CJM, pas seulement pédo/CJM. Les jeunes de Verdun étaient pris en charge par la communauté clinique de Verdun. Ce fut un grand pas dans ce partenariat car face à la complexité des situations... « Nul ne peut faire seul... » Ce fonctionnement réseau donnait à rêver à d'autres CLSC.

En 2004, le CLSC St-Henri développe aussi une équipe-réseau avec ses partenaires territoriaux dont l'équipe du Dr. Sauriol en pédopsychiatrie.

Difficultés rencontrées :

- Roulement du personnel du CJM avec les effets d'instabilité, de discontinuité auprès des usagers mais également auprès des partenaires ;
- Délai et liste d'attente dans les évaluations et suivis en pédo en général ;
- Les règles de confidentialité au début de la démarche créent bien des obstacles, nous obligeant à réfléchir et clarifier une procédure respectueuse et transparente ;
- Nette tendance à refaire les évaluations qui avaient été réalisées, aujourd'hui une confiance plus grande s'est installée évitant ces répétitions inutiles et coûteuses.
- Différents niveaux de formation des intervenants au CJM : il est observé chez un certain nombre d'intervenants, un niveau de compréhension limitée et technique, une limite dans la lecture d'une dynamique, l'absence d'une lecture plus globale et une compréhension approfondie des éléments vécus...ressortant davantage avec les formations de niveau CEGEP.

En 2005, deux variables se conjuguèrent provoquant un effritement progressif des équipes-réseau construites : le plan d'action en santé mentale fait en sorte que le service de pédopsychiatrie de H. Notre-Dame déménage à l'hôpital Ste-Justine et la fusion des CLSC en CSSS avec un mandat modifié.

En effet, la décision de transférer le service pédo de H.N-Dame à Ste-Justine fut une perte pour tout le secteur centre-sud tant pour les intervenants que pour la population devant se déplacer pour obtenir les services pédo à Ste-Justine. La proximité des services exerce un impact favorable dans le consentement à recevoir des services et facilite les collaborations entre partenaires. Pour plusieurs, ce changement a mis en évidence leur très grande vulnérabilité... « Certains n'avaient jamais pris le métro de leur vie. »

Le plan d'action du ministère a eu pour effet de démanteler les équipes traitantes. Par exemple :

- Il n'y a plus d'équipes de traitement à l'hôpital, celui-ci se fait au CLSC entraînant une perte de qualité dans le suivi et la continuité.
- Le traitement pharmacologique se fait à l'hôpital et la thérapie au CLSC...existe donc le risque d'interventions dissociées.

Dans la réforme actuelle (2015), le temps pour le travail en réseau est très diminué et menace la continuité de ces réseaux essentiels.

Conditions favorables :

- Constat commun : une même clientèle en grandes difficultés et chacun confronté à ses limites : le CJM démunie face aux problèmes de santé mentale nécessitant des services pédo, l'hôpital aux prises avec des parents très démunis, peu motivés ou même opposés aux services, des enfants perturbés. Nous avons besoin l'un de l'autre... Une sorte de rencontre de deux désirs allant dans le même sens, s'entraider, chacun avec son spécifique, pour mieux répondre aux besoins des jeunes et de leur famille. « Nul ne peut faire seul, ensemble on est plus fort. »
- Établissement de liens personnalisés et mise en place d'agents de liaison, passerelle essentielle pour l'efficacité et la confiance ;
- Élaboration d'une vision commune et des buts recherchés centrés sur le jeune et sa famille ;
- Reconnaissance et acceptation du projet reconnu par la direction ;
- Appui direct par les gestionnaires ;
- Conditions adéquates de temps accordé à cette collaboration.

Recommandations :

Pour maintenir les acquis, il faut :

- Un appui et une volonté de la direction pour la formation du personnel à partir de cas cliniques sur des troubles sévères en santé mentale dans un cadre multidisciplinaire, de la pratique à la théorie ;
- Une reconnaissance du temps nécessaire au réseautage entre les hôpitaux pédopsychiatriques et les partenaires ;
- Une révision de la problématique des jeunes 18-24 ans ayant des troubles de santé mentale, ils présentent de sérieux problèmes de développement et une grande immaturité : amenant la nécessité de les traiter dans une perspective développementale ce qui ne se fait pas dans le réseau de santé mentale adulte.
Ainsi ces jeunes ne reçoivent pas les traitements pertinents à leur état. Il y a donc une grande nécessité de travailler de façon plus intégrée avec le réseau adulte ;
- L'identification des jeunes présentant des caractéristiques émergentes de troubles de personnalité limite et travailler avec l'approche dialectique comportementale ;

- La mise en place de projets pilote ;
- Une préoccupation de la clientèle immigrante, leurs problèmes de santé mentale et leurs traumatismes ;
- Une réflexion à tenir sur la consultation pédopsychiatrique en territoires.

En terminant, nous tenons à souligner et saluer les tables de consultation de 2e niveau présentes dans des sites d'hébergement : Dominique-Savio, Mont St-Antoine et Rose-Virginie Pelletier. Il s'agit d'une consultation régulière avec la pédopsychiatrie de ces secteurs et les professionnels (consultants, médecins, infirmières, chefs de services et intervenants concernés lors de la présentation et discussion d'une situation) œuvrant dans chacun de ces milieux.

Il s'agit exactement du même type de travail que celui décrit ci-haut, mais concernant la clientèle hébergée présentant des problèmes de santé mentale. Depuis plusieurs années, il s'y accomplit un travail extraordinaire de consultation et de concertation en vue de mieux comprendre et intervenir auprès de ces jeunes dont on présente la situation complexe dans ce lieu d'échange et de réflexion.

Faute de temps, nous n'avons pu malheureusement présenter de façon approfondie toute cette démarche et ses effets positifs tant auprès des jeunes que des intervenants et leur équipe.

Rédaction:

Diane Jodoin

Louise Baillargeon

Septembre 2017