

Évaluation préliminaire d'un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse à Montréal : faire face à l'incertitude institutionnelle et culturelle

Preliminary qualitative evaluation of a shared-care mental health programme with youths in Montréal: facing institutional and cultural uncertainty

Evaluación preliminar de un proyecto de cuidados multidisciplinarios en salud mental para la juventud en Montreal: enfrentar la incertidumbre institucional y cultural

Avaliação preliminar de um projeto de atenções concertadas em saúde mental da criança e do adolescente em Montreal: encarar a incerteza institucional e cultural

Lucie Nadeau, Cécile Rousseau, Yves Séguin et Nicolas Moreau

Volume 34, numéro 1, printemps 2009

Santé mentale en première ligne

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/029762ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/029762ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Nadeau, L., Rousseau, C., Séguin, Y. & Moreau, N. (2009). Évaluation préliminaire d'un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse à Montréal : faire face à l'incertitude institutionnelle et culturelle. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 127-142. <https://doi.org/10.7202/029762ar>

Résumé de l'article

Cet article décrit un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse dans un milieu pluriethnique de Montréal. Les auteurs examinent les ajustements à apporter au modèle prévalent pour répondre aux enjeux culturels et de coopération de services destinés à une population pluriethnique. Une évaluation qualitative préliminaire du projet révèle les nombreuses sources d'incertitude auxquelles sont confrontés les intervenants. Enfin, les auteurs formulent l'hypothèse selon laquelle les incertitudes, si elles génèrent malaise et confusion, permettent aussi une ouverture à l'innovation et à l'altérité.



Évaluation préliminaire d'un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse à Montréal : faire face à l'incertitude institutionnelle et culturelle

Lucie Nadeau*

Cécile Rousseau**

Yves Séguin***

Nicolas Moreau****

Cet article décrit un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse dans un milieu pluriethnique de Montréal. Les auteurs examinent les ajustements à apporter au modèle prévalent pour répondre aux enjeux culturels et de coopération de services destinés à une population pluriethnique. Une évaluation qualitative préliminaire du projet révèle les nombreuses sources d'incertitude auxquelles sont confrontés les intervenants. Enfin, les auteurs formulent l'hypothèse selon laquelle les incertitudes, si elles génèrent malaise et confusion, permettent aussi une ouverture à l'innovation et à l'altérité.

La prévalence élevée des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents et leur morbidité (Breton et al., 1999; Leckman et Leventhal, 2008) font de l'accessibilité aux soins de santé mentale une préoccupation majeure de santé publique pour cette population. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (2005), 15 % des enfants et adolescents québécois souffrent de troubles mentaux, mais une portion très limitée de cette population reçoit les soins appropriés, et ce essentiellement en milieu hospitalier. Au Québec comme ailleurs, c'est ce constat qui a contribué au développement des soins concertés¹, qui visent une meilleure accessibilité et une optimisation des soins (Bower et al., 2001). Ces soins sont fournis en proximité des milieux de vie des

* Pédopsychiatre, Centre Universitaire de Santé McGill; CSSS de la Montagne; Hôpital Général Juif.

** Pédopsychiatre, Centre Universitaire de Santé McGill; CSSS de la Montagne; Hôpital Général Juif.

*** Travailleur social, CSSS de la Montagne.

**** Chercheur Postdoctoral, Département de Kinésiologie, Université de Montréal; Équipe de recherche et d'intervention transculturelles, Université McGill.

enfants et adolescents, par l'intégration des apports professionnels multidisciplinaires de ces milieux à ceux des autres professionnels des institutions de santé.

Cet article s'interroge sur les défis particuliers qui surgissent dans l'organisation des soins concertés en santé mentale jeunesse, particulièrement lorsqu'ils s'adressent à une population pluriethnique. Sa réflexion est centrée autour d'un projet implanté dans un Centre de Santé et des Services sociaux (CSSS) montréalais.

Soins concertés et santé mentale jeunesse

Le modèle prévalent de soins concertés en santé mentale est basé sur des consultations demandées par les omnipraticiens, au psychiatre et/ou à un psychologue (Pauzé et Gagné, 2005). Bien que la littérature traite surtout d'initiatives en soins aux adultes (ICCSM, 2005), une majorité de projets en santé mentale jeunesse mobilise aussi la collaboration des professionnels médicaux (particulièrement entre omnipraticien et pédopsychiatre) et cible en particulier le trouble déficitaire de l'attention et la dépression (Salt et al., 2005; Hickie et al., 2007; Guevara et al., 2008). Ce modèle est caractérisé par une approche centrée sur les aspects diagnostiques et psychopharmacologiques qui tend à minimiser les dimensions psychologiques et socioculturelles.

Toutefois, d'autres travaux soulignent que la concertation élargie à tous les professionnels, médicaux ou non, permet d'éviter le travail en silo (Houle, 2007). Le changement de nom de la conférence annuelle de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) de « shared-care » à « collaborative care » reflète le désir de s'éloigner d'un terme trop associé au partage des soins entre professionnels médicaux pour souligner l'apport important des autres professions. D'ailleurs dans sa trousse à outils sur l'enfant et l'adolescent, l'ICCSM note l'apport essentiel d'une multidisciplinarité qui représente les différents milieux de l'enfant (familles, écoles et autres institutions sociales). Au Québec, l'expérience du Réseau intégré de la Montérégie (Rousseau et al., 2007) témoigne du bien-fondé d'un partenariat avec ces divers milieux dans le développement d'outils efficaces en soins concertés. Parmi les facteurs clés de réussite de ce réseau ont été mentionnés : l'implication précoce des cliniciens dans la conceptualisation du modèle, le respect des missions et expertises respectives, la bonne communication inter-établissements.

Peu de recherches évaluatives ont été réalisées sur les soins concertés en santé mentale jeunesse. En Angleterre, Abraham et Udwin (2002) ont comparé les patients référés à un service de psychologie situé

en proximité de leur milieu de vie avec les patients référés dans un service traditionnel de santé mentale. Les résultats suggèrent que les premiers obtiennent une évaluation plus vite et que moins de séances de traitement sont nécessaires pour atteindre les mêmes résultats thérapeutiques. Les auteurs soulèvent l'hypothèse qu'une intervention plus rapide diminue le temps nécessaire pour le traitement en prévenant une détérioration de la situation. Une autre étude montre une diminution significative du nombre de prescriptions de psychotropes lorsque des professionnels en santé mentale en première ligne² sont impliqués (Bower et Sibbald, 2000).

Adapter les soins concertés aux réalités d'un milieu multiculturel

Les soins concertés doivent s'adapter aux réalités socioculturelles de la population qu'ils desservent. D'une part, la diversité culturelle module la conception des maladies (leur sens)³, les signes par lesquels on les reconnaît, et les actes thérapeutiques qui sont jugés appropriés (Corin, 1992). Ces actes thérapeutiques peuvent inclure des savoir-faire traditionnels et des stratégies de soins différentes de celles de la majorité. D'autre part, les éléments de contexte, tels le vécu pré-migratoire, le trajet migratoire ou les expériences post-migratoires (dont la discrimination et la pauvreté) viennent moduler l'expérience de la maladie (Kleinman, et al., 1997; Porter et Haslam, 2005). De plus, la crainte d'être stigmatisé, la méfiance face au système de soins, les difficultés de communication, le sentiment d'être incompris, ou un vécu de discrimination entraînent une sous-utilisation des services en santé mentale chez les familles immigrantes (Kirmayer et al., 2003); leurs enfants sont aussi moins enclins à poursuivre un suivi après le premier rendez-vous (Pepler et Lessa, 1993; Roberts et Cawthorpe, 1995). Dans une étude en Angleterre, Saxena et al. (2002) révèlent que les enfants de minorités ethniques consultent davantage en première ligne qu'en deuxième ligne. Bien qu'il n'existe pas de données empiriques, des rapports cliniques semblent confirmer que cette observation s'applique aussi au Québec. De plus, les jeunes des communautés culturelles rébarbatifs à une consultation en santé mentale sont plus susceptibles d'être rejoints via le système scolaire, les services sociaux ou d'autres professionnels agissant en première ligne (Bibeau et al., 1992).

La sous-utilisation des services et la stigmatisation ont mené l'ICCSM à mettre l'accent sur cinq éléments-clés pour adapter les soins partagés à une population multiculturelle (ICCSM, 2006): (1) établir des relations de confiance avec les communautés, (2) développer la compétence culturelle des professionnels impliqués, (3) travailler avec

des interprètes, (4) porter attention aux éléments socio-économiques, et (5) prendre en compte la spécificité du trajet migratoire.

Un projet modèle de santé mentale jeunesse en milieu pluriethnique

Le projet en santé mentale jeunesse décrit dans cet article a été implanté au CSSS de la Montagne (CLSC Parc-Extension, Côte-des-Neiges et Métro), qui dessert les quartiers les plus pluriethniques de Montréal. Quatre-vingt pour cent des enfants et adolescents de ce territoire sont immigrants de première (35 %) et de deuxième (45 %) génération.

Le projet s'est bâti sur un partenariat de plus de dix ans entre l'équipe de psychiatrie transculturelle de l'Hôpital de Montréal pour enfants et des professionnels de Centre locaux de services communautaires (CLSC) et centre jeunesse, autour de consultation pour des familles d'immigration récente. Des séminaires interculturels et interinstitutionnels de discussion de cas permettaient une réflexion commune sur les pratiques. Ces premières collaborations ont établi un réseau de liens qui a permis d'aborder conjointement les difficultés d'accès des familles migrantes aux soins de santé mentale. En effet, de nombreuses familles recevaient des services de proximité dans leur milieu de vie, mais ne donnaient pas suite aux références en deuxième ligne. À partir de la fin des années quatre-vingt-dix, les consultations en pédopsychiatrie transculturelle se sont donc peu à peu déplacées vers des établissements travaillant en soins de proximité (CSSS et Centre Jeunesse) et desservant une population pluriethnique.

L'été 2007 a marqué un tournant dans cette initiative, avec la délocalisation de l'équipe de pédopsychiatrie transculturelle de l'hôpital vers les services de proximité du CSSS. Ce transfert des ressources était en accord avec l'esprit du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du gouvernement du Québec, qui implique une réorganisation des soins pour renforcer les capacités de la première ligne à prendre en charge ces soins (MSSS, 2005), et répondait au mandat du RUIS (Réseau Universitaire Intégré de Santé). Le CSSS a alors regroupé quelques travailleurs sociaux, infirmières, psychoéducateurs avec les pédopsychiatres afin de constituer le noyau d'une équipe santé mentale jeunesse. Ce travail s'articulait autour des autres programmes du CSSS dédiés aux jeunes : *Jeunes en difficulté*, *Déficience intellectuelle — troubles envahissants du développement (DI-TED)*, *Enfance-famille* et *École et milieu en santé*. L'offre de service s'adressait aussi au programme PRAIDA du CSSS, dédié aux revendicateurs de statut de réfugié, de même qu'à deux

organismes partenaires, le Centre de services préventifs à l'enfance (CSPE), un centre de pédiatrie sociale et La Maison Bleue, un centre de périnatalité.

Cette nouvelle organisation des services en santé mentale jeunesse au CSSS de la Montagne a marqué le début du projet de soins concertés. Dans ce projet, une coordonnatrice (travailleuse sociale) décide de l'orientation des demandes de service. Lorsque cela est jugé approprié, une consultation directe (avec le jeune et sa famille) ou indirecte (discussion de cas) est prévue avec un pédopsychiatre. Trois pédopsychiatres se partagent la tâche, pour un équivalent approximatif d'un temps plein. Les consultations faites en présence de l'intervenant pivot comprennent l'élaboration d'hypothèses cliniques, l'évaluation des risques et la formulation de pistes d'intervention ou de recommandations. Elles soutiennent aussi l'intervenant qui demeure le clinicien traitant qui assume les suivis parfois lourds. En plusieurs occasions, le travail de consultation consiste principalement à légitimer la démarche thérapeutique des intervenants de première ligne, un support qui leur permet de se sentir aptes à poursuivre des suivis ardu.

Des partenaires intersectoriels ou du milieu communautaire peuvent aussi être présents à la consultation. La consultation se veut flexible : elle peut être ponctuelle comme elle peut impliquer quelques rencontres rapprochées avec le pédopsychiatre, ou d'autres consultations plus tard dans le traitement. La consultation pédopsychiatrique vise à : (1) outiller l'intervenant en établissant ou en précisant un diagnostic, en permettant une compréhension des dynamiques en jeu, en co-élaborant ou en révisant conjointement un plan d'intervention, en transmettant des savoir-faire thérapeutiques ; (2) soutenir l'intervenant en participant à des interventions complexes ou délicates, en permettant l'expression des doutes, de l'ambivalence et du fardeau perçu tout en remobilisant les énergies autour de la famille ; et (3) accélérer l'accès aux services spécialisés ou de soutien supplémentaire en milieu scolaire.

La consultation est soutenue par un programme de formation continue qui prend plusieurs formes. Les séminaires interinstitutionnels de discussions de cas se poursuivent et ceux-ci s'avèrent des outils efficaces pour (1) diminuer la fragmentation des services, (2) offrir du soutien aux intervenants, et (3) transmettre des savoir-faire (Rousseau et al., 2005 ; De Plaen et al., 2005). Des formations ponctuelles et des supervisions de groupe s'ajoutent à ces séminaires.

La synergie entre les différents lieux d'apport clinique semble profiter à l'ensemble des partenaires parce qu'elle solidifie un réseau qui permet non seulement une connaissance des partenaires entre eux, et

donc un apprivoisement, mais aussi une meilleure compréhension des responsabilités, limites, champs d'action et traditions de chacun (Nadeau et al., 2006). Cet apprivoisement favorise la médiation des différents points de vue.

Une évaluation préliminaire du projet

En 2006, le CSSS a évalué la satisfaction des intervenants par rapport aux consultations en pédopsychiatrie qui avaient lieu dans deux de ses CLSC (Parc-Extension et Côte-des-Neiges). Des questionnaires (devis qualitatif) les invitaient à documenter leurs impressions du processus de consultation. Les résultats montraient, de façon générale, leur satisfaction quant à l'accès direct et rapide aux pédopsychiatres ; ils se sentaient soutenus dans l'évaluation clinique, l'évaluation des risques et le partage des responsabilités. L'utilisation maximale des ressources communautaires était soulignée et la diminution du besoin de recourir aux urgences hospitalières.

Avec l'implantation plus formelle du projet à l'été 2007, l'équipe a voulu structurer un programme d'évaluation pour dégager les avantages et les défis du modèle de soins. Le programme comprend l'étude du projet sous les angles du partenariat interinstitutionnel, l'accessibilité aux soins, de la satisfaction des acteurs impliqués, de l'efficacité des soins, de la prise de décision partagée et des capacités de partage des connaissances.

En attente du financement pour la mise en œuvre du programme de recherche, une évaluation préliminaire a été amorcée afin d'explorer les enjeux du projet dès l'arrivée des pédopsychiatres. Cette évaluation qualitative exploratoire visait à informer le reste du programme sur une première mise en commun des réflexions des membres de l'équipe. Faute de moyens, elle devait se limiter à des données facilement accessibles, tout en sachant que l'opinion de tous les acteurs impliqués, incluant les jeunes patients et leur famille, seraient sollicitées par la suite. Cette évaluation ne pouvait donc pas réclamer un grand pouvoir de généralisation, mais espérait faire émerger des thèmes de recherche importants. L'évaluation reposait sur deux sources de données. Durant la première année, les opinions des membres de l'équipe de santé mentale jeunesse (n = 9) ont été recueillies au moyen de carnets de notes distribués en début d'année, sur lesquels les membres de l'équipe étaient invités à colliger leurs impressions sur le projet. En fin d'année, leurs opinions ont été à nouveau sollicitées. Simultanément, une observation participante a permis de mettre en contexte les impressions recueillies, de documenter les interactions lors des rencontres et réunions et de dégager d'autres commentaires (notamment d'intervenants du CSSS des

différentes équipes dédiées aux jeunes). Ces données qualitatives concernent les enjeux de coopération et les enjeux culturels du modèle.

Résultats

Les enjeux de coopération

Le partenariat⁴

Les commentaires des professionnels soulignent que le partenariat se bâtit peu à peu et se joue à différents niveaux. Ainsi, ils notent que la confiance dans le partenariat se développe au travers son expérimentation. La plupart des professionnels rapporte une bonne collaboration et une cohésion entre les membres de l'équipe et apprécie la flexibilité de ces professionnels, le soutien obtenu et la disponibilité des pédopsychiatres pour les discussions et suivis post-consultation. Plusieurs soulignent les bénéfices du travail avec les différents partenaires du CSSS. On note que la diversité des lieux d'échange (consultations, discussion, réunion d'équipe) a permis une quantité élevée de contacts entre les professionnels de l'équipe santé mentale au cours de l'année. Par contre, plusieurs intervenants déplorent les difficultés de communication avec les institutions de deuxième et troisième ligne, et connaissent des frustrations autour des difficultés d'accès. Ils déplorent aussi des modes de communication hiérarchiques entre administrateurs et praticiens malgré un projet caractérisé par la collégialité. De plus, ils se plaignent de l'allongement en cours d'année, de la liste d'attente pour un rendez-vous avec les pédopsychiatres, du manque de professionnels pour former une réelle équipe multidisciplinaire⁵, du faible nombre de médecins de famille et d'un manque de temps pour tirer profit de la richesse des formations offertes.

L'appropriation des rôles

Du côté de l'appropriation du rôle d'acteur en santé mentale par les professionnels de la première ligne, les commentaires témoignent d'une certaine ambivalence. Ainsi, on note une augmentation du sentiment de compétence par l'acquisition de nouveaux savoirs, l'expérimentation de réussites dans le suivi d'usagers vulnérables et l'appartenance à une équipe cohésive. D'autre part, ce sentiment de compétence demeure fragile lorsque l'intervenant anticipe qu'il devra prendre la relève de suivis thérapeutiques intensifs discontinués par les hôpitaux. Plusieurs insistent sur les nombreux besoins : en ressources psychothérapeutiques, en instruments d'évaluation, en formation et support à la formation, en temps de supervision et de discussion de cas. Après un an, les intervenants rapportent que les changements de rôle se sont effectués

plus radicalement pour les professionnels directement impliqués en santé mentale que pour les autres, qui utilisent ponctuellement le service de consultations en pédopsychiatrie et qui sont manifestement moins au fait du fonctionnement du projet. Pour les utilisateurs plus occasionnels, il faut réitérer les explications au sujet du fonctionnement des soins concertés au moment de la consultation, ce qui peut amener des déceptions et forcer un réaménagement trop rapide des attentes de l'intervenant et de la famille.

Événements structurants

Trois journées de concertation sur la santé mentale jeunesse réunissant les partenaires (CSSS, écoles, Centre jeunesse, organismes communautaires) ont permis de construire ou consolider des réseaux⁶. Au-delà de cet effort institutionnel, l'année a été marquée par de nombreux changements administratifs engendrés par l'attente du transfert des ressources des hôpitaux et des négociations avec ces derniers. Le projet est en cours sans que les instances partenariales essentielles à sa bonne marche (les hôpitaux et le CSSS) n'aient abouti à une entente claire. Cette situation a engendré un sentiment d'incertitude qui a ajouté un stress à la nouvelle tâche.

Les enjeux culturels

Le transfert d'expertise

Pour ce qui est de l'influence de la multiethnicité, les intervenants ont exprimé que l'expertise de l'équipe de pédopsychiatrie autour des questions transculturelles apporte une plus-value à la consultation. Toutefois, les perceptions diffèrent pour la place et le rôle des interprètes. Leur utilisation en santé mentale semble encore limitée malgré une certaine habitude institutionnelle de travail avec les interprètes.

La mobilisation des identités

Plusieurs intervenants ont pris conscience de la façon dont leurs identités culturelles entrent en jeu lors des consultations, témoignant de la mobilisation de ces identités dans l'espace clinique. La rencontre clinique avec des familles qui viennent d'ailleurs met en scène les valeurs et les représentations⁷ de l'intervenant et de son groupe d'appartenance.

Une décentration nécessaire et inquiétante

Les consultations permettent de partager les incertitudes face à la part d'influence qui revient au contexte (souvent traumatique), à la

dynamique familiale, mais aussi à la culture, dans la compréhension des enjeux cliniques. Certains soulignent que cet exercice de décentration permet de saisir la culture dans sa mouvance, mais peut aussi provoquer de l'étonnement, du doute, de la curiosité, de l'ouverture. Pour rejoindre et porter les familles qui sont dans la marge il faut accepter d'aller un peu au-delà du rôle traditionnel de l'intervenant.

Discussion

Bien que fragmentaires et préliminaires, les observations et perceptions recueillies suggèrent que le modèle de soins concertés proposé répond aux attentes des intervenants (partenariat et partage de connaissances), bonifie les consultations, mais pose les défis d'un changement de rôle et d'un questionnement identitaire pour ces intervenants. Cette modification des représentations de l'expertise ouvre la porte à une transformation des pratiques, mais génère aussi des craintes et une certaine confusion chez les intervenants. L'interprétation des manifestations de détresse du jeune et des solutions à apporter, introduit simultanément le doute dans la rencontre clinique. Ce doute est redoublé par la précarité administrative du projet. Ces multiples sources d'incertitude élargissent le champ du possible dans la mesure où elles établissent clairement une distance avec des modèles standardisés et invitent les intervenants à se montrer créatifs. Ceci peut se révéler particulièrement approprié pour des familles issues de l'immigration récente, dans la mesure où la reconnaissance de leurs savoirs et de leurs ressources leur donne une voix dans l'intervention en santé mentale. Mais ce changement de rôle est parfois difficile à gérer pour certains intervenants. Et il n'apparaît pas si facile d'y intégrer le rôle de l'interprète.

Une étude récente qui évalue la première année d'implantation d'un projet de soins concertés en santé mentale jeunesse dans le CSSS de Lanaudière rejoint certaines des données recueillies (Richard et Poissant, 2008). L'appropriation du nouveau rôle de travail des intervenants auprès des enfants est noté comme un défi. Des incertitudes et des dynamiques de pouvoir sont associées au processus, avec des tensions entre la hiérarchie institutionnelle et le processus participatif. Néanmoins, malgré les difficultés et les frustrations, les intervenants de Lanaudière croient à la réussite du projet. Tout se passe comme si les acteurs de Lanaudière, comme ceux du CSSS de la Montagne avaient su investir avec créativité les possibilités de transformation que proposait le plan en santé mentale. Les imprécisions et les incertitudes du parcours de mise en place auraient, d'une certaine façon, permis d'entendre des

voix et de mettre en œuvre des intuitions profondément ancrées dans des réalités locales.

Les services de soins concertés reposent tous, d'une manière ou d'une autre, sur une collaboration efficace qui implique l'imputabilité de tous les collaborateurs (Dewar, 2000). Cette dernière, pour être efficace et favoriser le changement, doit être portée par tous, intégrer la complexité du contexte de pratique (bottom-up) et légitimer chacun dans ses fonctions (Dewar, 2000). Dans un projet comme celui décrit dans cet article, il apparaît primordial qu'un partage équitable du pouvoir soit défini entre les différents intervenants, du référant au consultant, en passant par les administrateurs. En effet, les travaux, déjà anciens, mais toujours pertinents de Lazega (1995) ont montré qu'une structure en réseau n'excluait pas des asymétries dans le transfert d'informations, ni la présence d'enjeux de pouvoir entre les différents acteurs. Ainsi, nous devons rester vigilants face à cette nouvelle forme d'organisation car ce gain de pouvoir, cette perte de repères possible pour certains entraîne des enjeux certes organisationnels mais également statutaires inusités. Les intervenants se forment, au travers de leur formation ou de leurs expériences professionnelles, une identité. Schématiquement, elle peut renvoyer à deux grandes catégories : un modèle à tendance fermé où le travail clinique se conçoit en dyade entre deux acteurs (le patient et le praticien), et un modèle à tendance ouverte où le travail se réalise au sein d'une multiplicité d'intervenants impliqués, où le praticien sert souvent de relais dans un soin qui est conçu dans une vision systémique (Cognet, 2008). Selon le type d'identité dominante dans l'institution, l'intervenant aura plus ou moins de facilité à passer du « je » versus « il/elle » vers un « nous » thérapeutique exigé dans les soins concertés, et à éviter le travail en silo en acceptant de modifier sa perspective. Dans le cas des pratiques en santé mentale dans des milieux pluriethniques, cette nouvelle identité professionnelle se superpose sur une identité culturelle réappropriée. Le travail en transculturel exige souvent un retour vers ses origines, vers la façon dont elles sont définies au niveau personnel et dont elles sont définies par les autres. Une telle clinique suppose aussi d'accepter d'être déstabilisé par l'altérité, qui peut séduire ou au contraire dérouter, et de redéfinir son rôle professionnel en tenant compte de la multiplicité des cadres d'interprétation et d'action.

L'expérience du clinicien déstabilisé dans ses repères habituels au contact de familles migrantes peut faire écho au sentiment d'étrangeté que vivent ces familles, et ouvrir un espace de résonance entre le clinicien et la famille, où les uns et les autres ressentent avec acuité des sentiments d'incompréhension ou de difficulté de communication.

Au-delà du concept de compétence culturelle qui décrit les connaissances académiques et aptitudes que les professionnels doivent posséder pour adapter leurs interventions à la diversité culturelle, la formation des intervenants se doit d'intégrer une formation continue autour des pratiques en milieu multiculturel. L'appréhension de la dimension culturelle demande un certain confort face à l'incertitude dans la mesure où elle ne peut être réduite à de simples formules à appliquer (Rousseau et al., 2005 ; De Plaen et al., 2005). La culture n'est pas une entité fixe, mais un processus qui module l'expérience autour de la maladie et de la recherche d'aide (Bibeau et Corin, 1995).

Conclusion

Le défi de la collaboration en soins concertés entre les différents niveaux ou milieux de soins passe par un apprivoisement réciproque qui n'est pas sans tensions dans la mesure où il renégocie les rapports de pouvoir. Les transformations qu'impliquent de tels projets permettent la mise en place de pratiques novatrices mais amènent aussi, inévitablement, des sentiments déstabilisants de perte de pouvoir, d'insécurité et d'isolement (Henderson, 2001). Notre hypothèse est que ces phénomènes deviennent particulièrement aigus dans un milieu pluriculturel où, au remue ménage administratif et clinique, s'ajoute la déstabilisation introduite par des façons d'être et de vivre étrangères. Dans un tel contexte, implanter de nouvelles pratiques de soins est un processus exigeant, qui demande beaucoup d'énergie aux intervenants. Ceux-ci ont besoin d'un réseau soutenant, qui maintient l'espoir en leur faisant résolument confiance.

Notes

1. Appelés aussi « soins partagés » ou « en collaboration ». Le terme « soins concertés » est préféré pour éviter celui de « soins partagés » associé plus étroitement au partage des soins entre professionnels médicaux, et celui de « soins en collaboration » rappelant trop, dans certains milieux français, le fantôme des « collaborateurs » durant la Deuxième Guerre mondiale.
2. Le concept de soins de première ligne renvoie aux professionnels de santé qui établissent le premier contact avec le patient. La deuxième ligne renvoie, quant à elle, aux professionnels de la santé œuvrant auprès de patients considérés avoir besoin de l'expertise d'un spécialiste. La troisième ligne est vue généralement comme celle de la surspécialité.
3. Ceci fait référence au modèle explicatif de la maladie défini par Massé. « [...] Le modèle explicatif de la maladie [peut être défini] comme un

ensemble de croyances ou de conceptions qui visent à expliquer, pour un épisode donné de maladie, ses causes (étiologie), le moment et les modalités de la manifestation des symptômes, la pathophysiologie, l'évolution de la maladie (gravité et rôles de malade) et son traitement. » Massé, R. 1995. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*.

4. Nous faisons nôtre la définition du partenariat de Corinne Mérini, c'est-à-dire comme étant : « le minimum d'action commune négociée visant la résolution d'un problème ou d'une problématique reconnue comme communs » (Mérini, 1999).
5. Il faut noter que, durant cette première année d'implantation, des transferts de postes des hôpitaux vers les CLSC ont été annoncés mais non encore actualisés.
6. Le concept de réseau est à comprendre comme « réseau de partenariat » ou « réseau de collaboration ». En ce sens, il ne diffère pas du terme de partenariat qui lui est, dans ce texte, synonyme.
7. Nous entendons par représentations sociales une « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. [Elles sont aussi une] forme de connaissance qui est distinguée de la connaissance scientifique. [Elles agissent en tant que] systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales » (Jodelet, 1997, 53).

Références

- ABRAHAMS, S., UDWIN, O., 2002, An evaluation of a primary care-based child clinical psychology service, *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 3, 107-113.
- BIBEAU, G., CORIN, E., 1995, Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale, in Trudel, F., Charest, P., Breton, Y., éd., *La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 211-227.
- BIBEAU, G., CHAN-YIP, A. M., LOCK, M., ROUSSEAU, C., STERLIN, C., FLEURY, H., 1992, *La santé mentale et ses visages : Un Québec pluriethnique au quotidien*, Gaëtan Morin, Boucherville.
- BOWER, P., GARRALDA, E., KRAMER, T., HARRINGTON, R., SIBBALD, B., 2001, The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care : A systematic review, *Family Practice*, 18, 4, 373-382.

- BOWER, P., SIBBALD, B., 2000, Systematic review of the effect of on-site mental health professionals on the clinical behaviour of general practitioners, *British Journal of Medicine*, 320, 614-617.
- BRETON, J. J., BERGERON, L., VALLA, J. P., BERTHIAUME, C., GAUDET, N., LAMBERT, J., 1999, Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 3, 375-84.
- COGNET, M., 2008, *Les figures de l'autre dans l'intervention*, Séminaire METISS, Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne. 27 mai 2008.
- CORIN, E., BIBEAU, G., UCHÔA, E., KOUMARE, B., 1992, Articulation et variation des systèmes de signes, de sens et d'actions, *Psychopathologie africaine*, 24, 2, 183-204.
- DE PLAEN, S., ALAIN, N., ROUSSEAU, C., CHIASSON, M., LYNCH, A., ELEJALDE, A., 2005, Mieux travailler en situations cliniques complexes: L'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels, *Santé mentale au Québec*, XXX, 2, 9-36.
- DEWAR, S., 2000, Collaborating for quality: the need to strengthen accountability, *Journal of Interprofessional Care*, 14, 1, 31-38.
- GUEVARA, J. P., GREENBAUM, P. E., SHERA, D., SHEA, J. A., BAUER, L., SCHWARZ, D. F., 2008, Development and psychometric assessment of the collaborative care for Attention-Deficit Disorder Scale, *Ambulatory Pediatrics*, 8, 18-24.
- HENDERSON, J., 2001, Learning, changing and managing in mental health, *Journal of Interprofessional Care*, 15, 4, 369-382.
- HICKIE, I. B., FOGARTY, A.S., DAVENPORT, T. A., LUSCOMBE, G. M., BURNS, J., 2007, Responding to experiences of young people with common mental health problems attending Australian general practice, *Medical Journal of Australia*, 187, 7, S47-S52.
- HOULE, J., 2007, *Les soins partagés en santé mentale: recension des écrits*, document non publié.
- INITIATIVE CANADIENNE DE COLLABORATION EN SANTÉ MENTALE, 2006, *Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les populations ethnoculturelles, Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs*, Mississauga, Ontario.
- JODELET, D., 1997, *Les représentations sociales*, 5^e édition, Presses universitaires de France, coll. Sociologie d'aujourd'hui, Paris.

- KIRMAYER, L. J., ROUSSEAU, C., JARVIS, G. E., GUZDER, J., 2003, The cultural context of clinical assessment, in Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A., eds., *Psychiatry*, second edition, vol. 1, John Wiley and Sons Limited, West Sussex, 19-29.
- KLEINMAN, A., DAS, V., LOCK, M., 1997, *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley.
- LAZEGA, E., 1995, Concurrence, coopération et flux de conseils dans un cabinet américain d'avocats d'affaires: les échanges d'idées entre collègues, *Revue suisse de sociologie*, 21, 1, 61-84.
- LECKMAN, J. F., LEVENTHAL, B. L., 2008, A global perspective on child and adolescent mental health, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 3, 221-225.
- MASSÉ, R., 1995, *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Gaëtan Morin, Montréal.
- MÉRINI, C., 1999, *Le partenariat en formation: de la modélisation à une application*, L'Harmattan, Paris.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*, Gouvernement du Québec.
- NADEAU, L., ROUSSEAU, C., DEPLAEN, S., CHIASSON, M., ELEJALDE, A., DONGIER, P., LYNCH, A., LAFRENIÈRE, M., INY, V., 2006, *Travail en santé mentale jeunesse auprès des familles migrantes: la synergie entre des séminaires inter-institutionnels et des consultations cliniques*, Congrès annuel de l'ACFAS, Montréal.
- PAUZÉ, E., GAGNÉ, M. A., 2005, Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires: Un examen des initiatives canadiennes. Volume II: Descriptions des initiatives, in *Collaborative mental health care in primary health care: A review of Canadian initiatives, Volume II: Initiative descriptions*, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ontario.
- PEPLER, D. J., LESSA, I., 1993, The mental health of Portuguese children, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 1, 46-50.
- PORTER, M., HASLAM, N., 2005, Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis, *Journal of the American Medical Association*, 294, 5, 602-612.
- POUPART, J., 1997, *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaëtan Morin, Montréal.

- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L.V., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 2^e édition, revue et corrigée, Dunod, Paris.
- RICHARD, C., POISSANT, C., 2008, *Services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière : évaluation de la première année d'implantation*, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation.
- ROBERTS, N., CAWTHORPE, D., 1995, Immigrant child and adolescent psychiatric referrals : A five-year retrospective study of Asian and Caucasian families, *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 5, 252-256.
- ROUSSEAU, C., AMMARA, G., BAILLARGEON, L., LENOIR-ACHDJIAN, A., ROY, D., 2007, *La subversion nécessaire : Inspirer d'assez bonnes pratiques pour la santé mentale des enfants et des jeunes*, Les Publications du Québec.
- ROUSSEAU, C., ALAIN, N., DE PLAEN, S., CHIASSON-LAVOIE, M., ELEJALDE, A., LYNCH, A., 2005, Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux : L'expérience des séminaires inter-institutionnels en intervention transculturelle, *Nouvelles Pratiques sociales*, 17, 2, 109-125.
- SALT, N., PARKES, E., SCAMMEL, A., 2005, GP's perceptions of the management of ADHD in primary care : a study of Wandsworth GPs, *Primary Health Care Research and Development*, 6, 162-171.
- SAXENA, S., ELIAHOO, J., MAJEED, A., 2002, Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England : Cross sectional study, *British Medical Journal*, 325, 520-526.

ABSTRACT

Preliminary qualitative evaluation of a shared-care mental health programme with youths in Montréal: facing institutional and cultural uncertainty

This article describes a collaborative mental health care project for youths, implemented in Montreal in a multiethnic setting. The authors examine the adjustments needed in the shared-care model to address the complexity of cultural and cooperation issues raised in the provision of services to a multiethnic population. A preliminary qualitative evaluation of the project shows how first-line workers face many uncertainties, stemming from both the institutional context and the multicultural reality of the population served. Results from this study advance the hypothesis that although uncertainties may generate discomfort and

confusion, they may also open a space for innovation and acceptance of otherness.

RESUMEN

Evaluación preliminar de un proyecto de cuidados multidisciplinarios en salud mental para la juventud en Montreal: enfrentar la incertidumbre institucional y cultural

Este artículo describe un proyecto de cuidados multidisciplinarios en salud mental para la juventud en un medio pluriétnico de Montreal. Los autores examinan los ajustes a realizar al modelo prevaleciente para responder a los aspectos culturales de los servicios destinados a una población pluriétnica. Una evaluación cualitativa preliminar del proyecto revela las numerosas fuentes de incertidumbre a las que se enfrentan los interventores. Finalmente, los autores formulan la hipótesis según la cual la incertidumbre, si bien genera malestar y confusión, permite también la apertura a la innovación y a la alteridad.

RESUMO

Avaliação preliminar de um projeto de atenções concertadas em saúde mental da criança e do adolescente em Montreal: encarar a incerteza institucional e cultural

Este artigo descreve um projeto de atenções concertadas em saúde mental da criança e do adolescente em um meio multiétnico de Montreal. Os autores examinam os ajustes a fazer ao modelo prevalente para atender às questões culturais dos serviços destinados a uma população multiétnica. Uma avaliação qualitativa preliminar do projeto revela as numerosas fontes de incerteza às quais são confrontados os intervenientes. Finalmente, os autores formulam a hipótese segundo a qual as incertezas, se geram desconforto e confusão, permitem também uma abertura à inovação e à alteridade.