

La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature

Interprofessional Collaboration as a Modality to Resolve Therapeutic Impasses in Child Psychiatry: A Review

Lyne Bordeleau et Jeannette Leblanc

Volume 42, numéro 2, automne 2017

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1041925ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1041925ar>

[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

Bordeleau, L. & Leblanc, J. (2017). La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 229–243. <https://doi.org/10.7202/1041925ar>

Résumé de l'article

L'intervention auprès des enfants et des adolescents en clinique de pédopsychiatrie génère un risque d'impasses thérapeutiques élevé pour les cliniciens. L'alourdissement des difficultés des jeunes qui y sont référés et l'obligation pour les professionnels qui y travaillent de collaborer avec les différents acteurs présents auprès de cette clientèle contribuent à cette situation. Les recherches démontrent toutefois qu'il existe un lien positif entre la collaboration interprofessionnelle et l'efficacité des services en santé, et ce, même si son implantation demeure difficile. D'Amour et coll. ont développé un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle qui permet d'en comprendre les processus. La revue de littérature qui constitue le sujet du présent article explore comment, en extrayant les indicateurs de ce modèle, il serait possible d'aider les professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie à dénouer les impasses thérapeutiques qu'ils rencontrent.

La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature

Lyne Bordeleau^a

Jeannette Leblanc^b

RÉSUMÉ L'intervention auprès des enfants et des adolescents en clinique de pédopsychiatrie génère un risque d'impasses thérapeutiques élevé pour les cliniciens. L'alourdissement des difficultés des jeunes qui y sont référés et l'obligation pour les professionnels qui y travaillent de collaborer avec les différents acteurs présents auprès de cette clientèle contribuent à cette situation. Les recherches démontrent toutefois qu'il existe un lien positif entre la collaboration interprofessionnelle et l'efficacité des services en santé, et ce, même si son implantation demeure difficile. D'Amour et coll. ont développé un modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle qui permet d'en comprendre les processus. La revue de littérature qui constitue le sujet du présent article explore comment, en extrayant les indicateurs de ce modèle, il serait possible d'aider les professionnels travaillant en clinique de pédopsychiatrie à dénouer les impasses thérapeutiques qu'ils rencontrent.

MOTS CLÉS collaboration interprofessionnelle, impasse thérapeutique, pédopsychiatrie

-
- a. M. Ps., psychologue clinicienne, Doctorante en psychologie, Université de Sherbrooke.
 - b. Ph. D., psychologue, Professeure associée, Département de psychologie, Université de Sherbrooke.

Interprofessional Collaboration as a Modality to Resolve Therapeutic Impasses in Child Psychiatry: a Review

ABSTRACT Child and adolescent intervention in child psychiatric clinics generates a high risk of therapeutic impasses for clinicians. Among the factors that contribute to this situation are the increasing severity of the problems of young people who are referred to psychiatric clinics and the obligation for professionals to collaborate with various actors surrounding the patient. This literature review explores the possibility that an intervention targeting indicators of interprofessional collaboration can help resolved the therapeutic impasses encountered by professionals working in child psychiatry. The article begins with a description of the impasse in therapeutic clinical child psychiatry. It then introduces a broad look at research about interprofessional collaboration and its effects on mental health service delivery. Finally, it examines the structuring model of the interprofessional collaboration process of D'Amour *et al.* in order to highlight the indicators that may be related to the resolution of clinical therapeutic impasses in child psychiatry. This review examines the possible interventions that could be done when targeting indicators of D'Amour *et al.*'s interprofessional collaboration model in order to improve therapeutic impasses resolution. A promising direction for future research which could contribute to therapeutic impasses resolution in child psychiatry is proposed.

KEYWORDS interprofessional collaboration, child psychiatry

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rapporte en 2015 que 50 % des maladies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans¹. Les troubles neuropsychiatriques comptent parmi les principales causes d'incapacité chez les jeunes dans le monde². Plus près de nous, la Commission de la santé mentale du Canada révèle en 2013 que de 14 % à 25 % des enfants et des adolescents, soit plus de 800 000 jeunes au Canada, souffrent de problèmes de santé mentale majeurs³.

Depuis une dizaine d'années, au Québec, l'évaluation et le traitement des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents font partie des actions prioritaires mises de l'avant par le gouvernement. Pour atteindre cette cible, le ministère a privilégié, dans son Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010, le développement des services de première ligne et des soins axés sur la collaboration⁴.

La mise en place d'équipes d'intervenants de première ligne en santé mentale jeunesse dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) permet de répondre aux besoins des enfants et des

adolescents qui vivent des difficultés ne nécessitant pas d'intervention par des équipes plus spécialisées telles que les cliniques de pédopsychiatrie⁴. Ces dernières deviennent alors plus disponibles pour offrir des traitements aux jeunes âgés de 0 à 17 ans qui présentent des problèmes se situant dans le large spectre de la santé mentale et dont l'intensité est de modérée à grave. Si l'organisation des services diffère d'une clinique à l'autre (unité d'hospitalisation, clinique externe, etc.), ces équipes se distinguent de par leur caractère multidisciplinaire.

Les soins axés sur la collaboration entre les professionnels et entre les partenaires, pour leur part, consistent principalement à favoriser le travail de collaboration en facilitant l'échange de connaissances et de compétences entre les intervenants et les partenaires dans le but de renforcer la continuité des services et soutenir les partenaires internes et externes⁴. Les soins axés sur la collaboration sont introduits comme «un gage de succès» pour le traitement des troubles mentaux⁴. Les mesures proposées par le PASM 2015-2020 réitèrent également l'importance d'intervenir précocement auprès des jeunes, de favoriser le dépistage rapide des problématiques et de consolider les orientations prises dans le cadre du PASM 2005-2010 dont le renforcement des services offerts en première ligne et le soutien du partenariat et de la collaboration interprofessionnelle¹.

Dans un tel contexte de changement social, la collaboration interprofessionnelle devient une pratique particulièrement intéressante à explorer. La pertinence de son étude en clinique de pédopsychiatrie se justifie notamment parce que les évaluations et les traitements qui y sont offerts engagent nécessairement plus d'un intervenant à la fois⁵. Il est également connu qu'un bon fonctionnement dans le processus de collaboration interprofessionnelle est essentiel pour offrir des soins de santé de qualité⁶. Enfin, l'impasse thérapeutique, en faisant obstacle à l'évolution positive du patient, représente des coûts sociaux, psychologiques et financiers considérables⁷.

Au moyen d'une revue de littérature, cet article examine les indicateurs de la collaboration interprofessionnelle comme modalités pour résoudre les impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie. Il décrit d'abord en quoi consiste l'impasse thérapeutique en clinique de pédopsychiatrie et présente les effets de la collaboration interprofessionnelle sur la prestation des services en santé mentale. Le modèle de structuration du processus de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et coll.⁸ est ensuite brièvement présenté. Enfin, en extrayant les indicateurs de ce modèle, nous tentons d'explorer comment la

construction d'une pratique de collaboration interprofessionnelle pourrait avoir une incidence sur la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie.

Les impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie

Les interventions en santé mentale génèrent inévitablement des situations où les cliniciens sont confrontés à des impasses thérapeutiques; ces situations, souvent vécues comme n'offrant « aucune issue favorable », nécessitent une réflexion chez les cliniciens afin de permettre leur dénouement⁹. Blackall et Simms décrivent l'impasse thérapeutique comme la persistance des symptômes chez le patient, laquelle a des conséquences négatives sur la relation thérapeutique¹⁰. Pour sa part, Rober définit l'impasse thérapeutique en santé mentale comme une conversation rigide et statique dans laquelle le thérapeute ne sent plus la liberté de choisir parmi ses interventions habituelles – confronter, recadrer, poser des questions, donner des conseils, etc. –, celles qui pourraient ouvrir l'exploration de l'expérience du patient¹¹. L'impasse thérapeutique telle que définie par Rober suscite notre intérêt du fait qu'elle décrit bien les expériences pouvant être vécues en clinique de pédopsychiatrie. La sévérité des problématiques et l'implication de plus d'un intervenant auprès de jeunes patients peuvent rendre difficile la résolution d'impasse thérapeutique lorsque des professionnels démontrent des difficultés à collaborer ensemble¹⁰. L'exploration de la collaboration interprofessionnelle comme modalité pour aider ces professionnels à résoudre les impasses thérapeutiques qu'ils rencontrent prend alors tout son sens.

Plusieurs facteurs sont des sources potentielles d'impasse thérapeutique au sein des équipes travaillant en clinique de pédopsychiatrie: l'obligation de collaborer avec les différents acteurs présents auprès des patients; les transformations dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois; et les caractéristiques des patients. Le besoin de collaborer avec plusieurs acteurs du milieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent amène un chevauchement dans les interventions qui oblige à tenir compte d'individus et de milieux aux cultures, aux règles et aux rythmes différents¹². Ce chevauchement, en créant des situations où les interventions des uns empiètent sur celles des autres, suscite chez ces intervenants des réactions qui peuvent augmenter le risque d'impasse thérapeutique¹³. Les nombreuses transformations entreprises dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois depuis les

quinze dernières années ont aussi contribué à alourdir le travail des professionnels qui œuvrent dans ces cliniques⁹⁻¹⁴. Enfin, Fleury et Grenier, dans leur rapport sur l'état de situation sur la santé mentale au Québec paru en 2012, résumant les caractéristiques particulières des jeunes qui consultent en pédopsychiatrie : jeunes dont le développement n'est pas complété ; comorbidité psychiatrique ; taux élevé d'abandon du traitement ; et implication nécessaire des parents⁵.

La collaboration interprofessionnelle et la prestation des services en santé mentale

La collaboration interprofessionnelle est considérée par les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques en santé comme un élément qui concourt à l'obtention de résultats positifs¹⁵. Elle est définie par D'Amour comme un processus par lequel des professionnels interdépendants structurent une action collective afin de répondre aux besoins des patients¹⁶. Fuller et coll. témoignent de résultats positifs obtenus dans des contextes de collaboration interprofessionnelle dans des services de première ligne auprès d'une clientèle en santé mentale¹⁷. Leur analyse de 119 études publiées entre 1998 et 2009 dans six régions du monde (Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Europe, États-Unis et Canada) leur permet d'affirmer que la collaboration interprofessionnelle est souvent associée à une réduction significative des symptômes cliniques, à une plus grande efficacité des services et à une diminution des coûts. De leur côté, Van Orden et coll. ont réalisé aux Pays-Bas une étude comparative avec 165 patients mesurant les résultats obtenus selon que les services étaient offerts de manière traditionnelle ou à partir d'une approche de collaboration interprofessionnelle¹⁸. Ils concluent que les soins offerts en collaboration interprofessionnelle donnent lieu à une plus grande satisfaction des professionnels envers les services offerts, à un délai de référence plus court, à une réduction du temps de traitement, à un nombre plus restreint de rendez-vous et à des coûts de traitement inférieurs. S'étant intéressés au suivi des patients en psychiatrie au moment de leur congé de l'hôpital, Fernandes et Flak observent que la collaboration interprofessionnelle permet d'améliorer l'adhérence du client au traitement et de diminuer le risque de suicide¹⁹. Parmi les rares données recueillies auprès des services spécialisés multidisciplinaires s'adressant à une clientèle jeunesse, Scott et coll. constatent également, dans une étude comparative de 30 mois réalisée en Australie, que les services destinés aux adolescents

et axés sur la collaboration interprofessionnelle fournissent un meilleur accès à des cliniciens de disciplines variées que ceux offerts de manière traditionnelle²⁰.

Ces recherches démontrent qu'il existe un lien positif entre la collaboration interprofessionnelle et la satisfaction des professionnels envers les services offerts, l'efficacité et la coordination des services, ainsi qu'une réduction des coûts dans les milieux des soins en santé mentale. Malgré ce constat, l'implantation d'une pratique de collaboration interprofessionnelle dans le milieu de la santé n'est pas acquise²¹.

Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et coll.

Plusieurs auteurs se sont intéressés au concept de la collaboration interprofessionnelle et aux modèles qui peuvent en décrire les composantes²². Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle élaborée par D'Amour et coll.⁸ offre ici un intérêt particulier pour diverses raisons : il s'agit d'un modèle qui a été testé dans différents contextes du milieu de la santé¹⁴⁻²³ ; il s'intéresse au processus de la collaboration interprofessionnelle, c'est-à-dire à quelque chose qui est en mouvement, en opposition à une photo prise à un moment précis ; et ses dimensions tiennent compte des relations entre les individus et du cadre institutionnel pouvant influencer l'action collective⁸.

Ce modèle est constitué de quatre dimensions interreliées les unes aux autres et de dix indicateurs associés à ces dimensions. Les quatre dimensions sont : objectif et vision commune ; internalisation ; gouvernance ; formalisation. Les deux premières concernent les relations entre les individus, tandis que les deux dernières réfèrent au cadre institutionnel.

La dimension « objectif et vision commune » englobe deux indicateurs : l'indicateur « objectif commun » fait référence à la nature consensuelle et globale des objectifs ; l'« orientation centrée sur le patient versus autres allégeances » réfère pour sa part à l'existence dans une équipe de professionnels d'un ensemble d'intérêts impliquant des allégeances différentes soit celle à la clientèle, à la profession, à l'organisation, aux partenaires, etc.

La dimension « internalisation » réunit deux indicateurs, soit la « connaissance mutuelle » et la « confiance mutuelle ». Selon D'Amour et coll.⁸, les professionnels doivent se connaître personnellement et professionnellement s'ils veulent développer un sentiment d'apparte-

nance à un groupe et réussir la mise en commun d'objectifs. Cette connaissance des autres professionnels passe par la connaissance des valeurs, de la compétence, du cadre de référence disciplinaire, des approches des soins et de la portée de la pratique de chaque membre de l'équipe. De plus, la collaboration n'est possible que lorsque les professionnels ont confiance dans les compétences des uns et des autres et dans leur capacité à assumer leurs responsabilités.

La dimension «gouvernance» inclut quatre indicateurs, soit la «centralité», le «leadership», le «support à l'innovation» et la «connectivité». La «centralité» renvoie à l'existence d'une orientation claire et explicite des gestionnaires qui est destinée à guider l'action vers la collaboration. Le «leadership», exercé soit par des gestionnaires qui ont été mandatés pour le faire, soit par des professionnels au sein de l'équipe qui en prennent l'initiative, est aussi orienté vers la collaboration. La collaboration menant à de nouvelles activités et impliquant nécessairement des changements dans les pratiques cliniques et dans le partage de responsabilités entre les professionnels nécessite la présence de mesures de soutien aux apprentissages. Enfin, la «connectivité» réfère au fait que les professionnels sont reliés entre eux et qu'il doit exister des espaces pour la discussion et pour la construction des liens.

Finalement, la dimension «formalisation» regroupe deux indicateurs: les «outils de formalisation» et les «lieux d'échange d'information». Les «outils de formalisation» permettent de clarifier efficacement les responsabilités des différents partenaires et de négocier le partage des responsabilités. Les «lieux d'échange d'information» font référence à l'existence et l'utilisation d'infrastructures d'information permettant les échanges rapides et en profondeur entre les professionnels.

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle développé par D'Amour et coll.⁸ permet de comprendre théoriquement comment se construit une pratique de collaboration interprofessionnelle dans une équipe de travail et le contexte dans lequel peut se construire cette pratique. Il n'existe toutefois pas présentement d'études, à notre connaissance, s'étant intéressée à comment se déploie la collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie ni à comment la collaboration interprofessionnelle, dans une telle équipe, pourrait aider à la résolution des impasses thérapeutiques.

Collaboration interprofessionnelle en pédopsychiatrie et résolution d'impasses thérapeutiques

Étant donné que le développement des jeunes qui reçoivent des soins en pédopsychiatrie n'est pas terminé et que les troubles dont ils souffrent s'accompagnent souvent de comorbidité psychiatrique, l'établissement d'un diagnostic et l'organisation du traitement requièrent la collaboration de plusieurs professionnels afin de tenir compte de l'ensemble des aspects biopsychosociaux de leur difficulté⁵. Cette organisation du travail implique inévitablement des empiétements dans les interventions avec lesquels tous les professionnels ne sont pas nécessairement à l'aise¹³. Dans un contexte de travail en collaboration interprofessionnelle, l'identification d'objectifs communs est un moyen d'éviter le travail en vase clos, qui risque de mener à une impasse thérapeutique²⁴. Selon D'Amour et coll., l'identification et le partage des objectifs communs sont des points de départ essentiels pour une entreprise collaborative⁸. Le travail en vase clos, qui est à l'opposé du partage d'un objectif commun, est reconnu comme une barrière importante à l'implantation de la collaboration interprofessionnelle dans une équipe offrant des soins en santé²⁵. Grumbach et Bodenheimer ajoutent, à partir de deux études de cas réalisées aux États-Unis, que le travail des équipes de première ligne dont la collaboration interprofessionnelle se distingue positivement des autres s'articule autour d'objectifs communs clairement définis visant des résultats mesurables²⁶.

Plusieurs facteurs influencent le choix des objectifs d'intervention en clinique de pédopsychiatrie : besoins du patient ; obligations professionnelles ; attentes des parents et des différents partenaires ; mandat de la clinique ; règles de l'institution. Les professionnels qui y travaillent ont des sensibilités différentes face à chacun de ces facteurs. Ces sensibilités différentes amènent les professionnels à accorder une importance inégale à ces facteurs et rend difficiles une mise en commun de leurs intérêts et une négociation entre eux afin de faire consensus pour offrir des soins dont l'orientation est centrée sur le patient⁸. Reeves et Lewin insistent aussi sur la nécessité d'établir des tâches et des buts explicites pour une collaboration efficace dans les secteurs de la santé et des services sociaux²⁷. Les échanges entre les professionnels d'une équipe permettent de développer une meilleure compréhension de leurs propres réactions et d'éviter de se laisser entraîner dans des interventions ne favorisant pas le mieux-être des patients²⁴. La recherche suggère aussi que les soins centrés sur le patient

peuvent conduire à une amélioration significative de leur santé et de leur performance fonctionnelle ainsi qu'à des coûts d'hospitalisation plus faibles²⁸. La promotion des soins centrés sur le patient serait l'objectif le plus susceptible de rallier l'ensemble des professionnels²⁹.

Les équipes de professionnels qui travaillent en clinique de pédopsychiatrie se composent d'individus ayant des formations et des expériences de travail différentes. Et règle générale, la formation des uns et des autres offre peu ou pas d'exposition aux programmes suivis par les autres professionnels³⁰. Ils commencent donc leur carrière sans connaître la portée de la pratique des intervenants avec qui ils doivent collaborer professionnellement. De plus, chacun d'entre eux a ses propres expériences de travail, qui influencent son approche des soins, ses valeurs, son niveau de compétence et sa conception de la collaboration interprofessionnelle. Les désaccords à propos des rôles et des responsabilités de chacun sont des barrières à la collaboration interprofessionnelle³¹. Les occasions d'échanges et d'expériences conjointes de succès supportent le développement de la connaissance et de la confiance entre les professionnels d'une équipe. L'échange entre collègues serait un moyen pour les professionnels de prendre du recul et de réfléchir aux situations d'impasse qu'ils vivent avec les patients, dans le but de chercher des solutions¹¹⁻³². Les professionnels tendent à utiliser les résultats de la collaboration pour s'évaluer les uns les autres et bâtir leur confiance et lorsqu'ils se connaissent peu, ils doivent constamment évaluer les risques d'être placés dans une position de vulnérabilité; face à trop d'incertitude, les professionnels de la santé ont tendance à conserver la responsabilité de leurs patients plus longtemps en évitant la collaboration⁸. L'étude sur les soins offerts en santé mentale adulte menée par Simpson va dans le même sens: elle soutient que les différences de cultures professionnelles et d'approches thérapeutiques, les conflits et les questions d'imputabilité du personnel rendent la collaboration interprofessionnelle difficile³³.

Avoir un objectif commun, dont l'orientation est centrée sur le patient, avoir une connaissance des autres professionnels de la clinique et partager une confiance mutuelle apparaissent être des éléments qui peuvent contribuer à la construction d'une pratique de collaboration interprofessionnelle dans une clinique de pédopsychiatrie. Cette pratique semble aussi rendre possible la résolution d'impasses thérapeutiques.

Le contexte de pratique de la collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie est par ailleurs peu connu^{5,6,13-14}. Les actions mises de l'avant dans les PASM 2005-2010 et 2015-2020 pour améliorer l'accès aux traitements pour les jeunes présentant des

troubles mentaux ciblent prioritairement l'organisation de services de première ligne plutôt que les soins offerts en milieu hospitalier^{1,4-13}. En ce qui concerne le traitement des troubles mentaux dans les services spécialisés de deuxième ligne, le ministère insiste d'abord sur l'amélioration des soins axés sur la collaboration (soins partagés) entre les équipes de première et de deuxième ligne ainsi que sur la mise en place de postes de pédopsychiatre répondant⁴. Si la collaboration interprofessionnelle nécessite la présence d'une série de conditions relationnelles entre les professionnels de l'équipe, elles ne sont toutefois pas suffisantes dans le système de soins de santé; les déterminants organisationnels jouent un rôle crucial spécifiquement sur le plan de la capacité de gestion des ressources humaines et de la capacité d'assumer un leadership fort vers la collaboration interprofessionnelle²⁴. Des politiques efficaces en matière de ressources humaines favorisent une structure de collaboration dans les équipes, donnent des lignes directrices claires quant aux attentes entourant la pratique, favorisent une meilleure résolution des conflits et atténuent les hiérarchies professionnelles et les différends³⁴. Les contextes organisationnels qui encadrent les services influencent à la fois la façon dont les interventions sont mises en place et leurs résultats cliniques³⁵. Les équipes qui fonctionnent à partir d'une structure hiérarchique rapportent des effets négatifs sur le travail de collaboration³⁶. Lorsque le leadership vers la collaboration n'est pas pris en charge par les gestionnaires, il doit être partagé par les différents professionnels et faire l'objet d'un large consensus afin que chacun des membres de l'équipe puisse être entendu et participer au processus décisionnel⁸. Les changements vers une pratique de collaboration sont de véritables innovations qui doivent être développées et mises en œuvre et ils ne peuvent prendre racine sans un processus complémentaire d'apprentissage; les professionnels doivent développer une gamme de compétences pour travailler de manière efficace dans un environnement de soins de santé interprofessionnel²¹. Les compétences les plus souvent soulignées sont la compréhension des normes du groupe, l'habileté à résoudre les conflits, l'habileté à tolérer les différences et l'habileté à contribuer à l'établissement d'objectifs communs et à des plans de soins partagés; puisque la collaboration interprofessionnelle est un processus complexe, volontaire et dynamique impliquant plusieurs compétences, la formation pour améliorer la préparation des professionnels à cette pratique est importante³⁴. Des espaces sont aussi nécessaires pour résoudre rapidement les problèmes de coordination et rendre possible l'ajustement

des pratiques⁸. Le manque de temps et de lieu pour la construction de liens peut miner les tentatives de travail de collaboration²⁷.

Les outils de formalisation peuvent avoir une incidence sur les résultats cliniques. En effet, les résultats d'une recherche, obtenus à partir de questionnaires complétés par 750 patients et leurs intervenants, sur les soins en santé mentale offerts dans huit cliniques différentes situées en Suède, indiquent que le taux d'abandon par les patients est quatre fois plus élevé dans les cliniques qui offrent des soins instables et peu structurés³⁷. Le travail en vase clos, la divergence d'opinions quant aux services nécessaires à l'utilisateur et le désaccord concernant le diagnostic compromettent la continuité et l'intégration des services de manière marquée pour l'ensemble de la jeune clientèle¹⁴. La communication est la compétence la plus souvent soulignée en recherche pour travailler de manière efficace dans un environnement de soins de santé en collaboration interprofessionnelle²¹⁻³⁴. Les communications sont utilisées pour réduire l'incertitude dans les relations entre collègues qui se connaissent peu, évaluer la qualité des échanges et donner une rétroaction, contribuant ainsi à l'établissement de relations de confiance⁸. L'évaluation réalisée en 2010 à la suite de la mise en place des mesures du PASM 2005-2010 souligne la persistance de certains aspects pouvant nuire à la continuité des services : le recours aux plans de services individualisés (PSI) est peu systématique et la communication, autant entre les intervenants des centres de santé et de services sociaux qu'entre ces derniers et leurs partenaires, demeure difficile¹⁴. Malgré les efforts mis, ces données suggèrent que les résultats ne sont pas au rendez-vous et rappellent que l'action sur le terrain obéit à des déterminants psychosociaux complexes³⁸. En 2015, un nouveau PASM a vu le jour¹. Les mesures mises en place par ce nouveau plan d'action n'ont toutefois pas encore fait l'objet d'évaluation. Il ne nous est donc pas possible présentement d'en estimer les résultats.

Conclusion

Les statistiques démontrent qu'un grand nombre de jeunes souffrent de problèmes de santé mentale majeurs^{1,2-3}. Des mesures ont été prises au Québec afin d'améliorer l'accès et la continuité des services pour ces jeunes⁴. Cependant, les transformations entreprises dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois ont aussi eu pour conséquence que les jeunes qui recourent maintenant à des services en clinique de pédopsychiatrie présentent des troubles plus sévères⁵. Cette réalité

s'ajoute à la nécessité déjà existante pour les professionnels qui y travaillent de collaborer avec l'ensemble des acteurs du milieu de vie de ces jeunes¹². Ces conditions contribuent au fait que les professionnels des cliniques de pédopsychiatrie sont plus à risque de vivre des impasses thérapeutiques⁶⁻¹³.

Des recherches attestent qu'il existe un lien entre la collaboration interprofessionnelle et l'obtention de résultats positifs en santé mentale¹⁷⁻²⁰. C'est dans cette perspective qu'est utilisé le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle développé par D'Amour et coll.⁸, afin de cibler des pistes de solution aux impasses thérapeutiques rencontrées en clinique de pédopsychiatrie. L'exploration des indicateurs du modèle met en évidence des pistes de réflexion qui pourraient favoriser la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie.

Cette exploration soulève aussi des questionnements sur la façon dont se vit réellement la collaboration interprofessionnelle en clinique de pédopsychiatrie. Les professionnels arrivent-ils à travailler ensemble sur des objectifs communs centrés sur le patient? Parviennent-ils à développer une connaissance des autres intervenants avec qui ils travaillent et à développer une confiance réciproque les uns envers les autres? Les gestionnaires responsables de ces cliniques mettent-ils en place les conditions nécessaires à la construction de liens et à l'engagement des professionnels face à la tâche à réaliser?

À notre connaissance, il n'existe encore aucune donnée objective permettant de comprendre comment se développe et se vit la collaboration interprofessionnelle au sein des cliniques de pédopsychiatrie et comment celle-ci contribue à la résolution d'impasses thérapeutiques. Il serait intéressant d'explorer sur le terrain comment se construit la collaboration interprofessionnelle dans une équipe travaillant en clinique de pédopsychiatrie, le contexte dans lequel se construit cette pratique, et d'examiner comment elle peut faciliter la résolution d'impasses thérapeutiques. La recherche-action participative est une approche où le chercheur et les participants s'engagent ensemble afin d'examiner les situations problématiques vécues par les participants, d'y réfléchir dans des cycles d'action pour mieux comprendre les processus à l'œuvre et d'apporter les changements nécessaires à l'amélioration des pratiques³⁸. La recherche-action participative pourrait être une approche intéressante dans le cadre d'une recherche future pour approfondir la compréhension de l'effet de la collaboration interprofessionnelle sur la résolution des impasses thérapeutiques en clinique de pédopsychiatrie.

RÉFÉRENCES

- ¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble et autrement*. Récupéré du site du Ministère: <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- ² Organisation mondiale de la santé (OMS). (Aout 2014). *10 faits sur la santé mentale*. Récupéré du site de l'Organisation mondiale de la santé: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/
- ³ Commission de la santé mentale du Canada. (Septembre 2013). *La santé mentale en milieu scolaire au Canada: Rapport final*. Récupéré du site de la Commission de la santé mentale du Canada: <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais>
- ⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Récupéré du site du Ministère: <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- ⁵ Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et *réponse du système de santé et de services sociaux*. Récupéré du site du Commissaire à la santé et au bien-être: <http://www.csbe.gouv.qc.ca>
- ⁶ Odegard, A. (2007). Time used on interprofessional collaboration in child mental health Care, *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 45-54.
- ⁷ Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2010). *L'accès et les temps d'attente en santé mentale des enfants et des adolescents: Document d'information*. Récupéré du site Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health: <http://www.excellenceforchildandyouth.ca>
- ⁸ D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martín-Rodriguez, L. et Pineault, R. (2008, septembre). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188
- ⁹ Lecomte, Y. (2010). Impasse thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 7-11.
- ¹⁰ Blackall, B. F. et Simms, S. (2002). Resolving therapeutic impasses in medical settings: A case study. *Families, Systems & Health*, 20 (3), 253-264.
- ¹¹ Rober, P. (1999). Le dialogue intérieur du thérapeute dans la pratique de la thérapie familiale: quelques idées sur le Moi du thérapeute, l'impasse thérapeutique et le processus de réflexion. *Thérapie familiale*, 2, 131-154.
- ¹² Zugaj, L., Gotheil, N., Delpech, S., Jung, C. et Delmas, C. (2016). La déscolarisation: Étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(2), 75-80.
- ¹³ Nadeau, L., Jaimes, A., Rousseau, C., Papazian-Zohrabian, G., Germain, K., Broadhurst, J., Battaglini, A. et Measham, T. (2012). Partnership at the forefront of change: Documenting the transformation of child and youth mental health services in Quebec. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 21(2), 91-97.

- 14 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Récupéré du site du Ministère: <http://publications.msss.gouv.qc.ca>
- 15 Fox, A. et Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: A critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 113-118.
- 16 D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada). Récupéré de: <http://www.collectionscanada.gc.ca>
- 17 Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., ... Fragar, L. (2011). Effectiveness of service linkages in primary mental health care: A narrative review part 1. *BMC Health Services Research*, 11:72. doi: 10.1186/1472-6963-11-72
- 18 Van Orden, M., Hoffman, T., Haffmans, J., Spinhoven, P. et Hoencamp, E. (2009). Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 60(1), 74-79.
- 19 Fernandes, V. et Flak, E. (2012). Safe and effective prescribing practices at the point of discharge from an inpatient psychiatry unit. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(1), 12-19.
- 20 Scott, E., Naismith, S., Whitwell, B., Hamilton, B., Chudleigh, C. et Hickie, I. (2009). Delivering youth-specific mental health services: The advantages of a collaborative, multi-disciplinary system. *Australasian Psychiatry*, 17(3), 189-194.
- 21 Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. et Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1): 41-51.
- 22 D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez, L. et Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 1 (suppl.), 116-131.
- 23 Beaulieu, M.-D. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille: un défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Repéré à: <http://www.fcass-cfhi.ca>
- 24 San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1 (suppl.), 132-147.
- 25 Gotlid Conn, L, Oandasan, I. F., Creede, C., Jakubovicz, D. et Wilson, L. (2010). Creating sustainable change in the interprofessional academic primary care setting: An appreciative inquiry approach. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 1(3), 284-300.
- 26 Grumbach, K. et Bodenheimer, T. (2004). Can health care teams improve primary health care practice? *Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1246-1251.
- 27 Reeves, S. et Lewin, S. (2004). Interprofessional collaboration in the hospital: Strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(4), 218-225.

- ²⁸ Olsson, L.-E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K. et Ekman, I. (2012). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 456-465.
- ²⁹ Sidani, S. et Fox, M. (2014). Patient-centered care: Clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28 (2), 134-141.
- ³⁰ Ateah, C. A., Snow, W., Wener, P., MacDonald, L., Metge, C., Davis, ... Anderson, J. (2011). Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? *Nurse Education Today*, 31(2), 208-213.
- ³¹ Légaré, F., Stacey, D., Gagnon, S., Dunn, S., Pluye, P., Frosch, D., ... Graham, I. D. (2011). Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: A mixed methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 554-564.
- ³² Moltu, C. et Binder, P.-E. (2011). The voices of fellow travellers: Experienced therapists' strategies when facing difficult therapeutic impasses. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 250-267.
- ³³ Simpson, A. (2007). The impact of team processes on psychiatric case management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 409-418.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04402.x
- ³⁴ Gocan, S., Laplante, M. A. et Woodend, A. K. (2014). Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: A review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3(3), 1-19.
- ³⁵ Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson-Lafleur, J., Measham, T. et Broadhurst, J. (2014). La santé mentale jeunesse: Un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101-118.
- ³⁶ Howard, M., Brazil, K., Akhtar-Danesh, N. et Agarwal, G. (2011). Self-reported teamwork in family health team practices in Ontario: Organizational and cultural predictors of team climate. *Canadian Family Physician* 57(5), 185-191.
- ³⁷ Werbart, A., Andersson, H. et Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research*, 24(6), 724-737.
- ³⁸ Pourtois, J.-P., Desmet, H. et Humbeeck, B. (2013). La recherche-action, un instrument de compréhension et de changement du monde. *Recherches qualitatives*, 15 (Hors Série), 25-35.