

LA SUBVERSION NÉCESSAIRE : INSPIRER D'ASSEZ BONNES PRATIQUES POUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES¹.

MYTHES ET RÉALITÉ AUTOUR DE LA STANDARDISATION DES PRATIQUES

Annick LENOIR

Gisèle AMMARA

Département de service social

Université de Sherbrooke, Canada

Annick.Lenoir@USherbrooke.ca

T. W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais nous a parlé d'*assez bonnes mères* et notre titre reflète, comme un clin d'œil, notre désir de rappeler d'emblée que nous ne poursuivons pas la tendance actuelle de la course à la performance et aux meilleures pratiques. Cette tendance crée, tant chez les familles que chez les intervenants, des attentes irréalistes et des déceptions tout aussi vives. Malgré le souci constant des intervenants de réussir au mieux dans leurs efforts à soulager la détresse des familles, ils reconnaissent avec humilité la difficulté et les limites de leurs interventions. Ils ont appris à remettre en question, constamment et sans complaisance, leur pratique et à développer leurs capacités d'introspection et d'intuition. Ce sont ces intervenants qui ont été présents tout au long de notre travail.

La réflexion présentée au Congrès de Namur (Quelles formations aux métiers du social pour quel travail social?) fait écho à une recherche d'un groupe de travail créé par le Comité de santé mentale du Québec en 2003. Le mandat de ce groupe était double. Il visait à documenter des expériences locales intéressantes et innovatrices qui pourraient être source de renouveau et de transformation des pratiques de santé mentale auprès des enfants et des jeunes du Québec et d'autre part il s'interrogeait sur le modèle de *evidence based* et de son rôle de plus en plus grand dans les services de santé mentale. Ce modèle déjà très en vogue dans le champ de la santé physique se traduit par une prise de décisions en lien avec les informations connues et fortement acceptées comme étant valides. Cette approche se fonde sur un nouveau paradigme: la décision médicale ne doit plus se fonder sur l'expérience personnelle ou l'avis de l'expert mais sur une meilleure utilisation des données actuelles de la science fournies en particulier par les essais cliniques; en outre, la connaissance acquise dans la résolution d'un problème clinique pratique est retenue et utilisée pour soigner de futurs patients.

L'expérience clinique des membres du groupe les a poussées à concentrer leurs travaux sur la qualité et la continuité des services offerts aux jeunes dans leurs milieux de vie

¹ Cette communication est extraite d'Ammara, G., Baillargeon, L., Lenoir, A., Rousseau, C. et D. Roy (2007). *Repenser les services en santé mentale jeunesse : la créativité nécessaire*, Montréal, les Publications du Québec, 140p.

(famille, école, services sociaux) plutôt que sur les interventions des services spécialisés.

La réflexion s'est appuyée sur une revue de littérature tant de travaux scientifiques que de documents gouvernementaux dans un regard écologique de l'intervention ne prenant pas seulement en cause les ressources propres à l'individu mais incluant aussi celles de la famille et du milieu de vie. Certes les caractéristiques et les vulnérabilités propres à l'enfant sont prises en considération, mais il est reconnu qu'elles s'expriment et évoluent différemment en fonction de la stabilité et de la pertinence du soutien apporté par le milieu de vie. Les services spécialisés peuvent être là pour épauler en cas de besoin le milieu de vie, mais ne peuvent se substituer à lui.

Mythes et réalité autour de la standardisation des pratiques.

La standardisation des pratiques est une façon d'ajuster les façons de faire selon les connaissances reconnues par la communauté scientifique, mais ne tient pas compte de la complexité et de l'hétérogénéité des situations humaines. Elle peut être rassurante au plan institutionnel, mais pose souvent problème aux individus, aux familles qui se trouvent stigmatisées et figées dans une catégorie sans réussir à avoir accès au pouvoir et à s'approprier leurs façons de réagir à l'adversité et limitent la créativité des intervenants.

1. Les questionnements des auteurs scientifiques.

La majorité des auteurs et des rapports consultés durant la recherche constatent le dysfonctionnement des soins en santé mentale due à de nombreux problèmes. L'accessibilité aux services, la durée et l'intensité des soins sont perturbés par le manque de ressources. On limite le dépistage précoce des troubles aux clientèles dites à risque, on restreint les interventions au minimum et les suivis à long terme sont pratiquement supprimés.

Pour accroître l'efficacité, les clientèles prioritaires sont déterminées grâce à des grilles d'évaluation qui ne tiennent pas compte des nuances des situations particulières, des cumuls de problématiques. Certaines personnes se trouvent écartées des services car non priorisées alors que d'autres se trouvent stigmatisées par une étiquette qui ne leur correspond pas.

Certes la standardisation des interventions permet une rationalisation des effectifs et des finances, une soumission aux objectifs gouvernementaux et institutionnels, mais peut aussi être source de dérapages et diminuer de façon importante la liberté d'action et la créativité des familles et des intervenants.

L'efficacité d'une uniformisation des services dans le domaine du psychosocial est de facto limitée par l'hétérogénéité des individus et de leurs besoins. Les patients ne se sentent pas respectés, ce qui affecte leur relation à l'intervenant et donc l'issue de la prise en charge.

L'uniformisation de bonnes pratiques fondées sur le modèle de *l'evidence-based* présuppose que les pratiques sont transférables, généralisables et minimise le rôle du contexte dans la production de connaissances ; par le fait même ce modèle élude les questions que soulève l'application des pratiques dans des environnements très différents.

La standardisation des soins qui peut avoir un certain intérêt pour définir des approches communes, diminuer l'anxiété des intervenants, éviter les écueils d'approches fondées sur des idéologies sans regard critique ou évaluation rigoureuse peut aussi produire des effets très négatifs. Traiter les gens en les réduisant à des catégories, les considérer sous un angle mécanique, se contenter d'appliquer des techniques prescrites peut sans doute temporairement s'avérer soulageant en l'absence d'autres formes de soutien, mais entraîne un glissement vers une limitation de la créativité, de la liberté de penser et fait taire les interrogations porteuses du dynamisme nécessaire à l'adaptation des pratiques au mouvement de vie de l'individu et de son environnement.

2. L'évolution de la société

Même si la société actuelle se définit comme tolérante aux différences, elle utilise des normes de plus en plus strictes dans l'évaluation qu'elle fait des compétences parentales et du développement de l'enfant. La non-conformité aux normes est perçue comme une déviance ou un échec par les familles concernées. Dans ce contexte, la volonté affichée de déstigmatiser la maladie mentale, les troubles de développement ou d'apprentissage reflète peut-être non pas une plus grande inclusion sociale mais plutôt une plus grande exclusion de ceux qui ne correspondent pas aux normes.

Les critères d'identification retenus pour détecter des problèmes de santé mentale imposent des valeurs normatives et des catégories qui polarisent les individus en deux catégories : ceux ayant une bonne santé mentale et ceux souffrant de problèmes de santé mentale. Dans le contexte socio-économique actuel largement dominé par la vision néolibérale, cette polarisation ne peut qu'être vécue comme une nouvelle disqualification par les personnes présentant un problème de santé mentale.

3. Les grands facteurs de vulnérabilité

La revue de littérature dégage un consensus pour définir trois facteurs principaux de vulnérabilité affectant la santé mentale.

Tout d'abord, les facteurs liés à l'individu. La présence d'un handicap, d'une déficience, de difficultés de diverses natures touchant les comportements, les apprentissages, les capacités instrumentales ou adaptatives constituent des facteurs qui accroissent la probabilité pour un individu de développer des problèmes de santé mentale. Cependant, malgré leur importance qu'il ne faut pas ignorer et qui attirent beaucoup l'attention des observateurs, ces facteurs ne peuvent expliquer la plus grande partie des problèmes de santé mentale qui se construisent dans une interaction étroite entre les facteurs liés à l'individu et ceux liés aux environnements familiaux et sociaux.

D'après la recherche psychosociale, la famille constitue un facteur de vulnérabilité si elle est perturbée, si les enfants y sont maltraités, négligés, abusés sexuellement, ou si l'un des parents a lui-même été victime de maltraitance, négligence ou abus sexuel dans son enfance. Le fait d'être une famille immigrante semble aussi, pour certains auteurs, un facteur de vulnérabilité possible. En pays étranger en effet, il arrive souvent qu'un important écart culturel se creuse entre les parents et les enfants au point parfois de briser la communication entre les membres de la famille. De plus, la migration entraîne habituellement une nette baisse des revenus et donc un appauvrissement de la famille migrante. Or plusieurs travaux ont montré que le fait d'être en situation de pauvreté constitue également un facteur de vulnérabilité. La pauvreté constitue un facteur de vulnérabilité non seulement parce qu'elle aurait une incidence sur les taux de mortalité, de dépression et de suicide mais aussi parce qu'elle influencerait à la fois sur la capacité d'accumuler des possessions matérielles (avoirs), sur le type de connaissances acquises (savoirs) et sur les possibilités d'action réelles (pouvoir) et qu'elle détermine le cadre de vie (logement, quartier, environnement) des jeunes et de leur famille, tout comme elle agit sur la forme et la présence ou non d'un soutien social.

Enfin les facteurs sociaux et environnementaux comme la peur, l'évitement, l'isolement et la colère auraient pour effet, tout comme la pauvreté, de limiter l'accès aux ressources et aux services et de réduire l'éventail des possibilités. Il en va de même des préjugés, des stéréotypes, du racisme, de l'individualisme, de l'indifférence, du sexisme. Tous ces facteurs contribueraient donc, tout autant que des traitements inadéquats, à vulnérabiliser une partie de la population.

4. Les interventions les plus efficaces

Les auteurs semblent tous aller dans le même sens pour recommander les stratégies les plus efficaces afin de lutter contre les problèmes de santé mentale.

L'intervention doit se dérouler au cours de la petite enfance (0 à 5 ans) qui est une période clé pour la mise en place d'attachements sécurisés, pour l'acquisition d'habiletés sociales et pour les grands apprentissages.

L'intervention, pour être efficace, doit adopter une approche écosystémique misant sur les ressources de la famille, sur celles du milieu de vie et impliquant toute la communauté.

Enfin, l'intervention doit miser sur des partenariats entre les différents milieux de vie du jeune, la famille, l'école, les services sociaux, les ministères et doit s'appuyer sur une concertation entre toutes les personnes significatives de ces différents milieux.

5. Le plan d'action en santé mentale

L'étude que nous présentons a eu lieu au Québec et examine donc les réorganisations et décisions gouvernementales prises par le Gouvernement du Québec en termes de santé mentale des jeunes. Cependant, certaines orientations peuvent servir de tremplin à une réflexion plus générale sur le sujet. Nous allons donc dégager les grands principes qui fondent cette nouvelle approche tout en sachant que le véritable défi se situe en

définitive au niveau de la mise en œuvre réussie des plans d'action malgré les pénuries de ressources, les résistances de certains paliers de service et les relations de pouvoir bousculées.

Respecter les recommandations qui ressortent de la littérature c'est :

- **Modifier la façon de travailler,**

Instaurer un partage des ressources et des responsabilités et s'assurer de la disponibilité et de la collaboration de tous les professionnels pour réussir une co-construction des interventions. L'intervention met en scène des savoirs multiples et des habiletés diverses. La survalorisation des savoirs experts par rapport aux savoirs basés sur l'expérience (surtout dans le cas de familles vulnérables ou partiellement disqualifiées à cause de leur pauvre performance parentale) crée souvent un déséquilibre au niveau de l'intervention. Une co-construction des interventions implique un certain partage du pouvoir qui demande à l'intervenant de se décentrer, c'est-à-dire de mettre entre parenthèses ses croyances et ses savoirs et de tenter de comprendre la perspective de l'autre. C'est un risque à prendre, non pour donner du pouvoir à la famille ou au jeune, mais pour accepter que ceux-ci le revendiquent de manière parfois inattendue ou dérangeante.

- **Placer la première ligne au cœur des services.**

Réaffirmer la place centrale de la première ligne n'apporte rien de nouveau à moins de revoir la chaîne de délégation.

Il semble en effet y avoir un paradoxe entre cette affirmation et la distribution du pouvoir et des ressources en santé mentale destinées aux jeunes.

La pédopsychiatrie n'est pas perçue comme un complément aux services de première ligne. Elle s'arrogue le rôle du chef d'orchestre et délègue au niveau de la première ligne les évaluations et les prises en charge qu'elle n'est pas en mesure d'assurer.

Une inversion de la relation de pouvoir est nécessaire pour que la première ligne devienne réellement la porte d'entrée et le lien de continuité des services.

Les CSSS et leurs partenaires des écoles doivent avoir un accès prioritaire aux services des deuxième et troisième lignes (Centres jeunesse, pédopsychiatrie et psychiatrie adulte).

C'est aussi autour de la première ligne des CSSS que doit s'organiser la concertation avec les organismes communautaires, les représentants des usagers de même que les syndicats et les ordres professionnels.

- **Reconnaître et soutenir les organismes communautaires**

Les organismes communautaires en santé mentale représentent souvent non seulement une alternative aux pratiques dominantes mais aussi une précieuse instance de

médiation entre les familles et le « système ». Les programmes qu'ils proposent aux familles doivent leur succès au respect de certains principes.

L'intervention de l'intervenant communautaire solidifie la légitimité de la famille en reconnaissant ses forces et les efforts qu'elle fait pour l'enfant. Les familles vulnérables sont « portées », c'est-à-dire soutenues dans leur quotidien et dans leurs difficultés émotionnelles de sorte qu'elles peuvent en retour porter leurs enfants.

Cette notion de portage empruntée à l'ethnopsychiatrie, remet en question l'application unilatérale de la notion de responsabilisation, sans tomber toutefois dans un paternalisme qui reviendrait à considérer la famille comme incapable. Le soutien offert par le programme communautaire se situe au niveau de la reconnaissance de l'adversité et d'une solidarité sociale basée sur l'équité et la justice.

Enfin, les familles vulnérables bénéficient, par l'entremise des organismes communautaires, d'une médiation face à des institutions qu'elles perçoivent souvent comme contrôlantes, parfois comme disqualifiantes, dont elles ne se sentent pas écoutées et qui, au lieu de la soulager, augmentent leur tâche déjà lourde par leurs demandes (référence à un orthopédagogue ou à un orthophoniste, nécessité de se soumettre à un bilan ou à une thérapie).

Même lorsque les rôles de soutien et de médiation d'un organisme communautaire sont reconnus, ce qui est généralement le cas, celui-ci survit la plupart du temps dans des conditions de très grande précarité. L'assurance d'un financement sur une période plus longue (de 3 à 5 ans) et sans l'obligation de devoir faire appel à de multiples bailleurs de fonds leur assurerait plus de stabilité, ce qui leur permettrait de mieux se consacrer à l'intervention.

- **Impliquer les syndicats et les ordres professionnels**

Il existe trop fréquemment un décalage entre les plans d'intervention d'une part et, d'autre part, les positions des associations qui représentent les intérêts directs des intervenants au plan financier et des conditions de travail.

Ce hiatus, qui oppose les impératifs de développement des services et le « bien-être » des intervenants, se traduit souvent par des conflits dont les familles font les frais.

La concertation avec les syndicats et les ordres professionnels à toutes les étapes du processus pourrait faciliter l'adhésion à un projet conjoint, impliquant nécessairement des compromis, mais plus fécond que le bras de fer actuel autour d'une planification qui est perçue comme essentiellement unilatérale.

- **Tisser des liens interinstitutionnels locaux**

L'arrimage entre les différentes institutions et leurs mandats respectifs est encore très difficile.

Dans le contexte actuel de surcharge du réseau de la santé et des services sociaux, beaucoup d'énergie est dépensée à démontrer que d'autres doivent faire le travail ou à défendre la justesse d'une position professionnelle ou institutionnelle particulière.

Or, au quotidien, l'intersectorialité passe par les réseaux de relations interpersonnelles qui construisent une reconnaissance mutuelle entre les institutions.

Les différences de mission, de mandat, de conception et d'approches cessent d'être perçues comme une menace et deviennent davantage une source potentielle de remise en question et de transformation des pratiques.

L'articulation des pratiques s'effectue uniquement lorsqu'un climat de confiance et de respect, non complaisant, s'installe et lorsque, dans les dossiers les plus lourds, il y a une possibilité de prise en charge conjointe à moyen et long terme.

- **Miser sur les forces des personnes et des familles**

Les forces des jeunes et de leurs familles ne doivent pas uniquement être identifiées dans les comportements dit pro sociaux considérés positivement par les intervenants et les institutions sociales; elles doivent aussi être reconnues au travers d'agirs et de paroles d'opposition, de colère, de résistance ou de « manipulation » qui, tout en provoquant des problèmes qu'il ne faut surtout pas minimiser, expriment des forces de vie, des capacités.

Ces manifestations perturbatrices sont parfois assimilables à des stratégies de résistance qui, en définitive, parlent plus des « pathologies du pouvoir » que de celles de la personne.

Ces forces sont des leviers de changement exceptionnels qui, en comblant partiellement le déséquilibre de la relation de pouvoir entre les intervenants et les familles, placent ces dernières en meilleure position pour négocier l'intervention.

Toutefois, le fait de miser sur leurs forces pour favoriser une transformation ne doit pas occulter les enjeux sociaux. La pauvreté, la marginalisation ou l'exclusion demeurent une responsabilité collective.

De plus, le fait de percevoir les individus vulnérables comme des victimes peut, en occultant leurs forces, les représenter comme étant dépourvus et impuissants et les cantonner dans une position où ils seront de nouveau agressés par ceux qui veulent leur bien.

Bien qu'il ne fasse aucun doute que la famille est la clé de voûte de la santé mentale des jeunes et leur premier tremplin de développement, les programmes de soutien aux familles restent encore le parent pauvre des pratiques en santé mentale.

6. Le soutien aux intervenants.

Pour vraiment aider les familles et les enfants, il faut aussi prendre soin des intervenants. Les nombreux témoignages des intervenants des milieux de la santé, des services sociaux et de l'éducation engagés dans des démarches de supervision où ils pouvaient prendre du recul et exprimer leurs besoins de soutien, de réassurance, de reconnaissance, de pouvoir et de recherche de sens ont tous affirmé la nécessité absolue d'un soutien effectif pour leur permettre de continuer à travailler avec les familles. Très conscients des sentiments de colère, d'impuissance ou de culpabilité que leur font vivre certains enfants ou certaines familles, les intervenants utilisent les moments de supervision comme des moteurs pour avancer, des façons de devenir créatifs, des lieux de liberté de pensée et de parole, des espaces de réflexion où chacun peut prendre soin de soi et des autres, encourager celui qui ne voit plus d'issue en lui rappelant que la lumière existe au bout du tunnel.

À une époque où les mutations institutionnelles, les changements incessants, les contraintes budgétaires font perdre trop souvent de vue le sens clinique et les besoins des patients au profit de discours organisationnels dignes du monde des affaires, les intervenants ont besoin de se faire confirmer qu'ils ne sont pas interchangeables; ils ont besoin d'être reconnus dans leurs milieux de travail avec leur compétence et leurs savoirs; ils ont besoin de lieux de parole où ils peuvent exprimer leurs points de vue et être pris au sérieux.

Parler, être écoutés, partager leurs savoirs et leurs expériences voilà d'ailleurs ce qu'ils réclament le plus et lorsque cela leur est offert, il est souvent surprenant de voir à quel point ils retombent vite sur leurs pieds et retrouvent rapidement un espace de créativité. La parole permet de survivre au stress, de sortir de son isolement, de trouver soutien et compassion. Il ne faut donc pas hésiter à multiplier les lieux de concertation, de valorisation et de pouvoir, véritables creusets de voies alternatives et créatives. C'est la meilleure façon d'aider les intervenants en santé mentale à jouer pleinement leur rôle.