Document generated on 08/07/2025 2:11 p.m.

Enfances, Familles, Générations

REVUE INTERNATIONALE

Les pratiques collaboratives : nouveau fétichisme ou « praxis » renouvelée dans le champ de la santé mentale des enfants ? De la nécessité d'une halte dans l'instant des sens

Léna Diamé Ndiaye and Myreille St-Onge

Number 18, Winter 2013

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1014578ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1014578ar

See table of contents

Publisher(s)

INRS-UCS

ISSN

1708-6310 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Ndiaye, L. D. & St-Onge, M. (2013). Les pratiques collaboratives : nouveau fétichisme ou « praxis » renouvelée dans le champ de la santé mentale des enfants ? De la nécessité d'une halte dans l'instant des sens. *Enfances, Familles, Générations*, (18), 138–158. https://doi.org/10.7202/1014578ar

Article abstract

This article offers a re-reading of collaborative practices as a new approach to recognizing the concept of "being together and working together" in the field of children's mental health. Our objective is theoretical, not empirical, and our main objective is to spark reflective thinking with respect to collaborative practices, beginning with social services as a discipline based on egalitarian exchange, i.e. providing leverage for joint action by the professions at the child's bedside. We are also suggesting a pause that will allow us dispense with current dogma and review these concepts as child-centered collaborative practices. The article contains four subdivisions, each one with different objectives. Initially we will be looking at children's mental health as a field to be defined within a theoretical area and offering essentially collaborative practice. The second subdivision has allowed us to explore a new semantic approach to the concepts of collaboration and partnership. The third part presents the social service as an interface in the issue of child-centered collaborative practices. The fourth part illustrates collaborative work by structuring the framework of procedural practice within the field of children's mental health.

Tous droits réservés © INRS-UCS, 2013

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

EFG
REVUE INTERNATIONALE
ENFANCES FAMILLES GÉNÉRATIONS

No. 18, 2013, p. 138-158
efg.inrs.ca

Les pratiques collaboratives : nouveau fétichisme ou « praxis » renouvelée dans le champ de la santé mentale des enfants? De la nécessité d'une halte dans l'instant des sens

Léna Diamé Ndiaye
École de service social, Université de St-Boniface
lenaic_4@hotmail.com

Myreille St-Onge
École de service social, Université Laval
myreille.St-Onge@svs.ulaval.ca

Résumé

Cet article tente de faire une relecture des pratiques collaboratives en tant que nouveaux modes d'appréhension de « l'être ensemble et le faire ensemble » dans le champ de la santé mentale de l'enfant. Il a une visée théorique et non empirique. Nous souhaitons surtout amorcer une réflexion sur les pratiques collaboratives en partant du service social en tant que discipline reposant sur le don et le contre-don, donc disposant de leviers pour relier les professions au chevet de l'enfant. Il s'agit aussi de proposer une pause pour s'extirper des lieux communs et réinterroger les concepts reliés aux pratiques collaboratives centrées sur l'enfant. L'article est subdivisé en quatre parties qui poursuivent chacune des objectifs différents. Dans un premier temps nous abordons la santé mentale de l'enfant en tant que champ à définir dans un espace théorique et de pratique d'essence collaborative. La deuxième partie a été l'occasion pour nous de tenter une nouvelle exploration sémantique des concepts de collaboration et de partenariat. La troisième partie présente le service social dans sa fonction de passeur de sens dans l'enjeu d'un travail collaboratif centré sur l'enfant. La quatrième partie illustre le travail collaboratif en posant les cadres de pratique processuels dans le champ de la santé mentale de l'enfant.

Mots clés : *Collaboration, service social, pratiques collaboratives, santé mentale de l'enfant, travail en réseaux*

Abstract

This article offers a re-reading of collaborative practices as a new approach to recognizing the concept of "being together and working together" in the field of children's

mental health. Our objective is theoretical, not empirical, and our main objective is to spark reflective thinking with respect to collaborative practices, beginning with social services as a discipline based on egalitarian exchange, i.e. providing leverage for joint action by the professions at the child's bedside. We are also suggesting a pause that will allow us dispense with current dogma and review these concepts as child-centered collaborative practices. The article contains four subdivisions, each one with different objectives. Initially we will be looking at children's mental health as a field to be defined within a theoretical area and offering essentially collaborative practice. The second subdivision has allowed us to explore a new semantic approach to the concepts of collaboration and partnership. The third part presents the social service as an interface in the issue of child-centered collaborative practices. The fourth part illustrates collaborative work by structuring the framework of procedural practice within the field of children's mental health.

***Keywords**: Collaboration, social services, collaborative practices, children's mental health, social networks*

Introduction et contexte

Les articulations de cet article prennent racine à partir de l'étude doctorale du premier auteur (Ndiaye, 2011). Cette recherche se proposait de comprendre le déploiement du travail en réseaux dans l'offre de service en santé mentale pour enfants au Sénégal à travers une description des relations symbolisant une approche centrée sur l'enfant. Elle avait comme objet de développer une meilleure compréhension de cette forme de travail dans le contexte d'une société à mode de reproduction culturel-symbolique[1], pour reprendre une notion développée par Freitag (1986). L'étude partait de la question principale suivante : comment s'articulent les relations entre les différents réseaux constitués d'intervenants, de membres de la famille, de membres d'une association de défense des enfants, de tradipraticiens engagés dans l'offre de service de santé mentale pour enfants dans la région de Dakar au Sénégal? Concernant cette question générale, quatre sous-questions ont été dégagées : quelles formes prennent les relations entre les réseaux engagés dans l'offre de service? Comment ces relations se sont-elles construites? Quelles appréciations les membres des réseaux ont-ils de ces relations? Quels sens donnent-ils à leur travail de collaboration entrepris dans le cadre de l'offre de service en santé mentale pour enfants? Nos questionnements visaient à mettre au jour le sens local d'une théorie et d'une pratique à partir des points de vue, des expériences vécues à travers une culture, un contexte et une temporalité. Le sens attribué à cette réalité est le résultat d'une cocréation entre le doctorant et les participants à l'étude. Les deux premières sous-questions nous ont permis d'explorer la pratique de l'intervention de réseaux sous l'angle de son processus de structuration à travers les relations entre les acteurs. Autrement dit, nous avons tenté d'explorer les

[1] En traitant des modes de reproduction de la société, Freitag décrit les caractéristiques formelles des trois modalités fondamentales de la médiation *a priori* qui régit les pratiques sociales. Pour lui, le mode de reproduction culturel-symbolique correspond au concept de communauté. Il y décrit l'emprise qu'exerce la tradition sur la société, contrairement au mode de reproduction politique-institutionnel et au mode de reproduction opérationnel-décisionnel qui couvrent une dimension rétrospective de la modernité et de la postmodernité.

modalités opérationnelles et méthodologiques ayant contribué à forger ces relations. Nous avons cherché à comprendre le processus qui a influencé la rencontre des réseaux établis autour de l'enfant et les relations nouées de manière informelle. Les questions suivantes ont été posées : les compromis entre les acteurs et les transformations qui en découlent sont-ils de nature endogène, c'est-à-dire, relèvent-ils des différentes compétences en jeu, ou sont-ils de nature exogène, c'est-à-dire liés aux conditions déterminées à l'extérieur des sphères de compétence des acteurs? Les deux dernières questions nous ont transportés vers les sens attribués aux relations par les différents acteurs engagés dans ce processus.

La perspective écosystémique a servi de cadre d'analyse; ce choix découle essentiellement de sa configuration théorique englobante et en constante évolution. C'est le cadre que nous avons trouvé le plus pertinent et performant pour supporter le poids des concepts polymorphiques de travail en réseaux, de santé mentale et de trouble mental. Cette perspective à large spectre méthodologique rejoint le concept multidimensionnel biopsychosocial de la santé mentale développé dans notre recension à partir du courant constructiviste. Comme le souligne Blanchette (1999), la perspective écosystémique renvoie à une logique de conjonction pouvant ouvrir de nouvelles voies dans l'offre de service en santé mentale. Dans cette optique, les familles ne sont plus l'otage de l'appareil médical ou sociosanitaire. Son postulat de base rejoint celui du travail en réseaux : la reconnaissance des ressources dont disposent les personnes affectées par un problème pour définir ce problème, l'analyser et lui trouver des solutions**.** C'est une approche globale des questions sociales, ses postulats de base ont donc des conséquences épistémologiques et tournent essentiellement autour de l'accent mis sur la signification subjective de l'expérience humaine, l'émancipation et la transformation des structures oppressives symbolisées par les institutions. Pour reprendre Cloupet (1978), nous affirmons que ces institutions, en raison de leurs fonctions renfermantes et handicapantes, ne permettent pas un partage des outils de traitement et « créent un "ailleurs" pour les enfants et leurs familles par rapport au monde des "en bonne santé" » (Cloupet, 1978, p. 43). La perspective écosystémique installe ainsi un cadre de création de sens en partant de l'environnement. Pour Pluymaeckers (1987), elle pose le principe de l'existence d'un courant interactif, permettant un questionnement circulaire dans un continuum où les sous-systèmes impliqués apprennent en participant à un processus collectif interrelationnel de coconstruction de savoirs à partir du contexte environnemental qui soutient les troubles et autres problèmes liés à la santé mentale de l'enfant. Elle est, pour nous, une perspective qui nourrit le travail en réseaux dans ses articulations les plus significatives. Dans cette perspective, le symptôme est le résultat d'une incompréhension entre les finalités de l'individu, de la famille et les finalités sociales. Vulgarisée par les travaux de Bronfenbrenner (1979), de Bateson (1980) et de Wilden (1987), l'approche écosystémique s'est positionnée comme une méthodologie de l'épistémologie constructiviste. Elle nous a permis d'explorer les concepts polysémiques et polymorphiques d'enfant, de santé mentale et de travail en réseaux et des concepts circulaires de relation, d'écosystème, de système et de collaboration. Au plan méthodologique, la perspective écosystémique nous a conduits vers un paradigme constructiviste, surtout pour décrire les relations entre les différents acteurs engagés dans l'offre de service en santé mentale. L'approche phénoménologique a servi de

point d'éclairage pour la méthodologie, car elle procède des mêmes prémisses épistémologiques[2] que la perspective écosystémique.

La nature de la problématique étudiée nous invite, d'une part, à un partage sur le statut et les lieux de l'enfant[3] et, d'autre part, sur ses espaces d'expression. Les lieux de l'enfant constituent le terrain d'où émergent les problématiques de santé mentale propres à l'enfant et à l'enfance (la répétition est de rigueur). *Quid* du statut de l'enfant? *Quid* de ses lieux? L'enfance, concept relativement récent, est devenue l'épicentre de toutes les politiques sociales et un laboratoire d'expérimentation des sciences sociales. L'enfant, « rat » de ce laboratoire, continue de manière longitudinale et transversale de faire l'objet d'études dans le cadre de logiques sociales explicatives aux dérives d'adultes et à la recherche d'un rationnel réconfortant un égo perpétuellement en quête de ses lieux perdus. Pour Dandurand, Hurtubise et Le Bourdais (1996), l'enfant continue d'être étudié dans son rapport au monde adulte, à la fois comme objet de socialisation, d'apprentissage, mais aussi comme victime d'abus, quand ce n'est pas comme ressource ou charge pour les familles, qu'elles appartiennent à des sociétés du Nord ou du Sud. Nous rappelons que les travaux d'Ariès (1973) ont ouvert des perspectives inédites pour la valorisation de la recherche sur l'enfance. Ces travaux ont permis l'émergence d'une nouvelle conscience de l'enfant et un glissement sémantique sur le plan du concept de l'enfance permettant la mise en place de services spécifiques. L'adoption en 1989 de la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant a formalisé cette nouvelle conscience et imposé la question du statut de l'enfant-sujet à la discussion publique.

Le concept d'enfance, souvent adossé à celui de famille, a traversé des moments différents dans le temps et dans l'espace comme terrain d'expérimentation de multiples approches et comme point de rencontre des savoirs et des savoir-faire. À l'instar d'autres disciplines, le service social s'est engouffré dans ce terrain en développant des actions s'appuyant de plus en plus sur la perspective d'une intervention plurielle transcendant les logiques de territoires professionnels et disciplinaires. Cette incursion a impulsé une dynamique collaborative dans le champ de l'enfance. Dans le champ spécifique de la santé mentale des enfants, le travail social comme la plupart des professions, à partir de son expérience au sein d'équipes pluridisciplinaires, s'est approprié des approches novatrices : la collaboration, le partenariat, le travail en équipe et l'intervention en réseau génitrice des pratiques collaboratives. Celles-ci constituent pour le travail social comme pour les autres professions au chevet de l'enfant et de l'enfance une des réponses aux mutations et à la complexité des problématiques sociales. Les services de santé mentale pour enfants ne peuvent s'affranchir de cette nouvelle modernité qui « instruit » au-delà du partenariat, un « ensemble autour de l'enfant » entre les intervenants médicaux et sociaux, les familles et les communautés et ceux que Allilaire et Gasman (2003) nomment les patients. Cette dynamique non concurrentielle a trouvé dans le champ spécifique de la santé mentale de l'enfant toute sa quintessence inclusive en modifiant profondément les rapports entre des professions comprimées entre concurrence et réglementation, mais aussi en jetant des passerelles entre les sphères formelles et informelles de soins. Il faut dire que l'ampleur des problèmes de santé mentale chez les enfants, qu'ils soient

[2] Pour une description complète de la méthodologie de cette recherche, vous référer à la thèse de doctorat du premier auteur (Ndiaye, 2011). À noter que 62 personnes des deux sexes ont participé à la recherche (31 intervenants, 21 parents, 6 membres d'associations et 4 tradipraticiens).

[3] Nous considérons que l'enfant gravite autour de plusieurs lieux de socialisation naturels (choisis et sous le contrôle de l'enfant, car conformes à son statut) et artificiels (imposés à l'enfant et hors de son contrôle).

de l'ordre des troubles mentaux, neurologiques ou autres pathologies spécifiques nécessite des contorsions entre les acteurs présents dans « les lieux de l'enfant ».

Nous rappelons que la santé mentale de l'enfant constitue une priorité en matière de santé publique et un grand défi pour les professions concernées par cette problématique. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait de la santé mentale une de ses priorités du 21e siècle, car les troubles mentaux, surtout ceux affectant les enfants, sont de plus en plus lourds à porter par les pouvoirs publics et les communautés. Selon l'OMS (2001), la morbidité imputable aux troubles mentaux deviendrait l'une des cinq principales causes d'incapacités des enfants et des adolescents. Il faut souligner que ces troubles occasionnent des dépenses de santé publiques conséquentes surtout en matière de systèmes éducatifs, judiciaires, sanitaires et de justice pénale. Devant la forte demande de soins, des services sont créés partout dans le monde, mais les traitements continuent d'être fragmentés avec des approches articulées autour du modèle biomédical. Ce modèle ne permet ni une compréhension holistique de la pathologie mentale de l'enfant, ni une lecture circulaire montrant l'interdépendance de plusieurs facteurs dans l'étiologie des troubles, ni une conjonction des approches professionnelles. L'approche de l'expert orientée vers la vulnérabilité continue de tenir à distance une approche de partenariat et de collaboration orientée vers la résilience**.** Blanchet, Corbeil et Daumas-Saab (1996) voient cette dernière approche comme une possibilité qui permet de réunir les aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Au-delà de ces aspects constitutifs, les pratiques collaboratives restaurent le pacte d'allégeance envers nous-mêmes et la communauté. Ce pacte nous renvoie à notre essence : désir et volonté d'être avec l'AUTRE.

La collaboration, quel que soit son support d'expression, promeut clairement la logique du don à la place de la logique du marché, qui occulte ce pacte d'allégeance. Le terme de collaboration jouit présentement dans les instances doctes d'une grande popularité, particulièrement dans les services sociaux et de santé qui trouvent dans ses articulations une bouée pour lutter contre ce fort courant des logiques territoriales. Il est devenu, dans les espaces universitaires, dans les entreprises, les hôpitaux, une sorte de « sésame » pour appartenir à un monde virtuel d'échanges. En fait ce qui pose problème est moins l'utilisation que le fétichisme attaché au concept. Car ce qui semble particulier, c'est sa saisie en dehors de ce qui la fait exister : des réseaux permettant à des êtres humains d'être en interaction dans un espace ouvert. Il nous semble urgent de ressusciter cette notion pour réhabiliter le *collaborare* devant le constat d'échec récurrent de tentatives de remontée de disciplines et professions se reconnaissant dans le concept. L'instrumentalisation du concept en a fait une panacée pour toutes les situations où l'État abdique sa part de responsabilité dans les soins. Il faut ajouter à cela l'amnésie collective qui fait oublier que les réseaux ont sécrété la collaboration, car il faut des hommes, des femmes et des enfants pour collaborer. L'existence virtuelle du réseau au sein des pratiques assimilées comme collaboratives pose des enjeux éthiques importants dans le sens de l'inclusion des acteurs périphériques dans le processus. Fondement d'une nouvelle « praxis professionnelle », nous croyons que la notion de collaboration doit continuer d'« habiter » dans celle de réseau.

1. La santé mentale de l'enfant : une trajectoire historique à saisir dans un espace théorico-pratique à essence collaborative

La documentation portant sur la trajectoire historique de la santé mentale de l'enfant montre un champ hanté par l'« être ensemble » et le « faire ensemble ». Les pratiques collaboratives ont été naturellement greffées à la santé mentale des enfants, contrairement à celle des adultes. Plusieurs recherches ont tenté de saisir le champ de

la santé mentale de l'enfant en illustrant les tentatives de collaboration issues de la jonction des théories et de la présence de professions transcendant codes et lois pour être « à côté de l'enfant ». Il nous a semblé pertinent de revenir sur la trajectoire du champ pour réinterroger ces différentes tentatives. Définir la santé mentale de l'enfant en tant que champ comprimé entre un espace théorico-pratique d'essence collaborative nous amène ainsi à nous pencher sur ses origines, l'origine des troubles affectant les enfants et des interventions pour les traiter, et celles des services axés sur les enfants. Pour Lelièvre (2005), le nouvel intérêt porté aux enfants présentant des troubles mentaux repose essentiellement sur la confluence de cinq séries de facteurs : l'émergence du concept de l'enfance et de l'enfant, la naissance de la famille moderne, les nouveaux pouvoirs et les besoins de l'État, mais aussi ses nouvelles obligations morales, l'émergence de la notion de droit au bonheur pour chacun et enfin, l'avènement de la pédopsychiatrie comme spécialité médicale. D'après Bursztejn (2005), la psychiatrie de l'enfant, en tant que champ de pratique spécialisée sur les troubles de l'enfant, est une discipline dont l'individualisation est récente. Caron-Lefèvre, Cosseron et Golse (2005) la qualifient de discipline médicale à part entière qui recouvre un champ d'une grande complexité. Pour Duché (1985), il est difficile de donner une date de naissance à la psychiatrie de l'enfant, car elle s'est faite lentement à partir du 19e siècle à l'image de la place de l'enfant dans la société des adultes. Les prémices de la pédopsychiatrie ont donc été inaugurées à cette époque au nom d'un pragmatisme nécessaire et d'un idéal philanthropique postrévolutionnaire avec la prise en charge des enfants que l'on disait atteints d'idiotisme.

Un bref survol du champ de la santé mentale de l'enfant semble donner un aperçu plus conforme à notre conviction que les théories dites explicatives en ont occupé l'espace sémantique. Les théories explicatives ont très tôt posé la question du sens qui nécessite une jonction des champs. Frankard et Renders (2004), partant des paradigmes de soins et leur influence sur les services, considèrent que l'histoire de la santé mentale de l'enfant a vu émerger deux champs d'études et de pratiques à partir du début du 19e siècle : un champ étio-pathogénique dans lequel l'enfant est davantage rencontré dans sa souffrance interne et un champ d'ordre éducatif, scolaire et social dans lequel l'enfant est saisi de l'extérieur. Nous considérons que ces deux champs ont été irrigués par le deuxième sentiment de l'enfant qu'Ariès (1973) situe hors de la famille, car symbolisé par les hommes d'Église et les moralistes. Ces deux entités ont fortement influencé le champ étio-pathogénique avec la notion d'hygiène morale, de culpabilité, de péché, de possession diabolique, bref d'un manque de *sanctitas* plus que de *sanitas.* Paradoxalement, les hommes d'Église et les moralistes ont contribué à l'émergence de la conscience de l'enfant en tant qu'individu à part, non un jouet dans le cadre du « mignotage[4] ». Présents un peu partout en Occident, ces deux champs vont rythmer l'évolution des pratiques sociales et pédopsychiatriques et influencer durablement les services de santé mentale pour les enfants. Les théories dites explicatives évoluant du positivisme vers le constructivisme, donc du modèle biomédical au modèle biopsychosocial, vont favoriser la professionnalisation des savoirs, des savoir-faire et des faire-savoir autour de la santé mentale de l'enfant.

Dans les tentatives de cerner le champ de la santé mentale de l'enfant, il nous semble nécessaire d'aborder la question des classifications des pathologies de l'enfant. Pour Bursztejn (2005), les classifications psychiatriques sont remises en question en ce qui concerne l'enfant, pour des raisons liées au fait qu'il y a un consensus moins grand sur les modèles de référence et que la situation de la pédopsychiatrie connait

[4] Pour Ariès (1973), ce premier contact symbolise le premier sentiment de l'enfant apparu dans le milieu familial vers le 16e siècle.

d'importantes différences d'un pays à l'autre. Même si ces classifications permettent aux professionnels d'avoir une base de travail, elles présentent un danger potentiel en raison du risque d'étiquetage. La quête de l'expertise comme pouvoir peut pousser soit à une catégorisation à outrance, soit au déni de certains troubles dans des pays sans dispositifs de contrôle et d'évaluation efficaces. Les risques d'un étiquetage diagnostique contribuant à fixer des troubles, et même à favoriser l'évolution vers un processus pathologique au long cours, doivent être sérieusement pris en considération. Nous rappelons que la psychiatrie de l'enfant ne dispose pas d'une classification internationale spécifique même s'il existe une classification française spécifique de l'enfant – la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). Pour Jardin, Lamour et Barraco (2005), dans les classifications générales, la psychiatrie de l'enfant n'a qu'une place limitée. La modification des catégories diagnostiques de la Classification internationale des maladies (CIM), version 10[5], et du DSM-IV-R[6] montre des différences notables en ce qui concerne les unités des classifications pour la psychiatrie de l'enfant. De simple glossaire, le DSM-II s'est vu remplacé par le DSM-III qui fait une rupture par rapport aux classifications antérieures avec le mérite d'avoir accordé une place importante à la psychiatrie de l'enfant.

Nous voyons que les tentatives de définition du champ ont montré le mouvement horizontal allant du positivisme vers le constructivisme, mais elles nous montrent aussi que cette évolution peut être appréhendée à partir de questions liées aux différentes professions au chevet de l'enfant. À la suite de Massé (1993), pour mieux élucider l'importance d'une approche globale autour de la santé mentale de l'enfant, nous nous posons ces questions : qui sont ces enfants « pas comme les autres »? Quelles approches conviendraient pour tenter de comprendre et de traiter leurs troubles : une approche pédagogique, éducative, sociale, neurologique, psychologique, sociologique ou plusieurs d'entre elles conjuguées? Ces enfants, comme les adultes, sont-ils seulement dans des zones de passages liées à leurs vécus quotidiens? Nous croyons que la perception des problèmes de santé mentale des enfants dépend aussi du prisme professionnel, prisme déterminé chez les intervenants par le champ de pratique matérialisé sur le plan de l'offre, mais aussi par le mandat officiel des organismes. La difficulté de cerner la notion de trouble mental de l'enfant et le caractère arbitraire inévitable d'une telle définition montrent un premier palier à franchir dans les pratiques collaboratives vues au-delà d'une simple alliance thérapeutique. Par ailleurs, d'une bonne saisie de la définition du champ dépend la forme d'intervention, voire la qualité des services à offrir. Les tentatives de définition, s'appuyant sur une trajectoire historique, nous ont montré que plusieurs professions ont été, sont et seront au chevet de l'enfant présentant des troubles mentaux.

2. La collaboration ou le partenariat dans le champ de la santé mentale de l'enfant : l'exploration d'un espace sémantique aux paradoxes des pratiques

Le concept de collaboration a fait le tour des disciplines scientifiques et des domaines de pratiques. Il a été interrogé comme vecteur de liens dans des domaines aussi divers que l'éducation, la santé, les services sociaux. Le concept continue de rallier dans les domaines économiques pour juguler les crises récurrentes et dans le domaine politicojuridique pour partager les responsabilités. Devant la fin des hégémonies des

[5] Cette classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes est publiée par l'Organisation mondiale de la santé. La 10e révision date de 2006, une 11e révision est en cours.

[6] Le Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders est une classification publiée par l'American Psychiatric Association. La révision de la version 4 date de 2000; la 5e édition devrait être publiée en 2013.

disciplines et la montée de l'idée que la science se construit en croisement disciplinaire, le concept de collaboration continue de poser le débat sur la pertinence des savoirs et des savoir-faire cloisonnés. Concept passe-partout ou tout-terrain, il constitue une panacée pour les gouvernants en manque de ressources avec la disparition de l'État providence. On parle de plus en plus de collaboration intersectorielle, interprofessionnelle, interdisciplinaire, interétablissements, *inter* qui, renvoyé à son étymologie latine, signifie tout simplement « en relation ». Donc, en fait, il s'agit d'être en relation, ou tout au moins d'« être ensemble » dans un sens moins prosaïque.

Les nombreuses tentatives de clarification n'ont pas empêché la notion de collaboration de rester encore floue et peu explorée. Ambigu à définir, le concept est aussi difficile à mettre en pratique, car mal balisé. Il chevauche les concepts de coopération, de partenariat, de travail d'équipe. Donc, nous pouvons affirmer qu'il n'existe pas une définition consensuelle du concept de collaboration, mais des définitions selon la profession ou la discipline qui supporte les transactions entre différents acteurs. Étymologiquement, le concept renvoie au latin *collaborare* signifiant « travailler ensemble ». Dans le même ordre d'idées, Cérisier (2004) renvoie le concept à une situation de travail collectif dans laquelle les tâches et les buts sont communs. Le concept secrète ainsi une intelligence collective qui fait dire à Meirieu (2001) qu'il est largement usité et pensé dans le secteur de la santé et des services sociaux où cette intelligence collective pose l'avenir de l'humanité.

Pour Freshman, Rubino et Chassiako (2010), le concept de collaboration est applicable partout où une théorie rencontre une pratique. En montrant l'importance de la mise en action du concept dans le cadre de la médecine parallèle, ils soulèvent ses caractéristiques profondes - : relier des gens et des professions. Nous soulignons que le concept s'est intégré depuis les années 1980 dans les pratiques du service social et de la santé que nous considérons comme des professions et des disciplines tisseuses de liens. Il a permis à plusieurs disciplines de partager leurs savoirs et leur savoir-faire. Le concept a été ainsi mis en action au plan des perceptions, des objectifs, des contenus, des ressources et même au plan des valeurs. Le concept a fait émerger le « faire ensemble » dans ces deux secteurs importants de la vie humaine.

Dans la plupart des écrits, le concept de collaboration englobe le plus souvent celui de partenariat tout en créant une différence entre les deux. Cette distinction conceptuelle n'est pas importante pour nous. À la différence du concept de partenariat qui relève d'une logique d'injonction, donc déterminé à l'extérieur des acteurs en place, celui de collaboration obéit à une logique de conjonction. Nous considérons que la collaboration précède le partenariat. Pour Mohatt (1989), le partenariat est une relation mutuellement bénéfique entre les parties qui partagent des objectifs, des responsabilités, des privilèges et du pouvoir. Mohatt nous amène près de la définition du concept de collaboration tout en nous montrant comment celui-ci déploie sa tutelle sur le concept de partenariat.

Comme la collaboration, le partenariat a aussi sécrété d'autres notions, rendant la possibilité de différencier les deux concepts encore plus difficile. Par exemple, le travail d'équipe, avec les notions d'interdisciplinarité, de pluridisciplinarité et de transdisciplinarité, est assimilé aussi bien au concept de partenariat que celui de collaboration. Ce travail introduit l'hypothèse qui fonde ces deux concepts et les rend similaires, à savoir la nécessité d'un travail d'élaboration collectif prenant en compte la situation humaine dans toute sa complexité. C'est seulement au plan de la mise en exercice que les différences entre les deux concepts apparaissent et s'expriment différemment. En fait, le partenariat, tout en symbolisant la collaboration en action, est un concept qui ressuscite celui d'association, d'alliance, de concertation qui sont au

centre de toute action thérapeutique dans le contexte du « moins d'État » qui ne signifie nullement un « mieux d'État ». Pour nous, le concept de partenariat est le prolongement de celui de collaboration qu'il renouvelle et met en action. En action, il produit d'autres notions comme celui d'*empowerment*, de résilience et de participation.

Nous soulignons que fondre deux concepts polysémiques et instables participe à leur donner des balises plus claires. En fait, si le partenariat suppose, pour le commun des mortels, des relations collaboratives et de compétition, la collaboration est le premier pas de l'humain vers la socialité. La collaboration et le partenariat dans le champ de la santé mentale pour enfants introduisent la démocratie sanitaire qui exclut la souveraineté professionnelle. Dans tous les contextes, ils rappellent les caractéristiques d'une notion ancienne : celle de pacte qui renvoie à des liens de sang.

3. Passeur de sens? Le service social comme profession dans l'enjeu collaboratif

Dans leurs différentes tentatives de cerner le champ de la santé mentale de l'enfant, plusieurs professions, comme l'éducation, la psychoéducation, la médecine, la psychiatrie, la psychologie, le service social, la criminologie, l'anthropologie, même le droit, ont esquissé des théories et développé des pratiques seules ou en synergie. Cette quête de sens n'a pas échappé au service social dans le contexte de la psychiatrie hospitalière. En partant des travaux de Vignac (2005), nous pouvons souligner que le service social s'est imposé dans les dispositifs à la faveur du croisement des courants et mouvements de pensée, des tentatives d'évitement de la stigmatisation, du glissement sémantique pour désigner les enfants souffrant de troubles mentaux. Comme le soulignent Chapireau, Constand et Durand (1997), le service social a trouvé un champ d'éclosion de ses valeurs avec les transformations des dispositifs de la psychiatrie de l'enfant et ses structures parallèles.

D'après Cartier (2005), le service social fut l'une des premières professions à développer dans le champ de la santé mentale de l'enfant des compétences dans les domaines tels que la prévention, l'articulation au droit médico-social, l'accès aux droits fondamentaux des personnes présentant des troubles mentaux et le travail en réseaux. En somme, le service social s'est très tôt engagé dans la construction de ponts pour partager le sens avec d'autres professions. Pour Massé et Houssin (1983), le service social en santé mentale de l'enfant est le résultat d'une collaboration entre le secteur psychiatrique et le service social auprès de l'enfance. Pour Massé (1993), le service social a ainsi favorisé la reconnaissance d'une approche pluridisciplinaire et holistique incluant les modalités médicales, paramédicales et sociales tout en intégrant la connaissance de l'entourage familial et de l'environnement de l'enfant. Cet entourage, dans le contexte québécois comme ailleurs, pose essentiellement les liens entre les dimensions thérapeutiques et préventives développées par Caron-Lefèvre *et al.* (2005). Allant dans le même sens, Cartier (2005) considère que le service social, historiquement depuis les années 1920, constitue l'un des premiers corps professionnels à intervenir dans le domaine de la santé mentale pour enfants.

Massé (1993) considère que le concept « d'optimisation des soins » a introduit la notion de réseaux de soins et a renforcé la présence de ceux et celles qu'il appelle les plus crédibles opérateurs en santé mentale : les travailleuses et les travailleurs sociaux. En développant ses pratiques dans ce champ, le travail social spécialisé en pédopsychiatrie a permis, d'après Lebbe-Berrier (1988), la réorientation des symptômes, c'est-à-dire la recherche des liens entre les symptômes et l'environnement. Pour Massé (1993), il ne saurait exister d'équipes de psychiatrie sans les travailleurs sociaux qui reconnaissent que les besoins doivent précéder les demandes. Nous les voyons comme des passeurs entre les champs, mais surtout des passeurs de sens. Ils

peuvent mettre en branle la dialectique évidente entre l'individuel, le familial et le collectif que seuls la collaboration et le partenariat peuvent permettre (Lebbe-Berrier, 1988). Les pratiques sociales et pédopsychiatriques n'ont pas permis de faire émerger un référentiel de pratiques pour le service social en santé mentale de l'enfant, d'où l'enjeu d'être et de faire ensemble dans la quête du sens. La percée des approches théoriques intégratrices, consécutive à une demande croissante de soins, favorise la collaboration qui impose le partage des sens.

4. Les pratiques collaboratives dans le champ de la santé mentale pour enfants : un enjeu à sens multiples dans le cadre d'une multiréférentialité des théories et des pratiques

4.1 Les pratiques collaboratives : les contextes d'usage

Les pratiques collaboratives, en introduisant les notions de collaboration, de partenariat, de travail d'équipe, ont impulsé la sectorisation dans le champ de la santé mentale pour enfants dans certains pays, comme la France. C'est dans ce cadre que virent le jour les maisons vertes de Dolto en 1979 et l'expérience de Mannoni à travers l'école de Bonneuil et les maisons des adolescents (Rufo et Joyeux, 2004). Mais il faut noter que cette sectorisation a surtout privilégié la collaboration institutionnelle. Dans un ouvrage de référence assez récent, White, Jobin, McCann et Morin (2002), abordant la question des pratiques collaboratives au Québec, affirment que les connaissances dans le domaine de la santé mentale des enfants sont encore embryonnaires dans plusieurs disciplines, d'où l'importance de les mutualiser pour arriver à une compréhension plus large. La fixation sur les notions de collaboration ou de partenariat, principaux axes de ce « faire ensemble », ne doivent pas occulter l'importance des réseaux dans la pratique collaborative. Les recherches et les pratiques axées sur la collaboration ne doivent pas occulter l'origine de ce qui fait l'existence de ce concept : le réseau.

De nos jours, on parle beaucoup de collaboration entre les acteurs en proposant la piste du partenariat. Nous pensons que légitimer un partenariat dans le champ de la santé mentale pour enfants nécessite un recadrage en ratissant au-delà du sens premier du concept, car si la collaboration et la coordination renvoient au partenariat, ce dernier dérive fondamentalement du travail de réseau vu dans ce proverbe africain : « On ne ramasse pas une pierre avec un seul doigt. » Les axes de partenariat et de collaboration se construisent au-delà des sphères individuelles. Contrairement à la psychothérapie individuelle d'orientation systémique centrée sur le comportement de l'enfant basée sur un relationnel situationnel, le travail en réseau centré sur l'enfant consiste à intervenir non seulement avec la famille, mais avec d'autres systèmes auxquels la famille est significativement connectée dans ses difficultés. Ce principe de l'intervention de réseau consiste donc à mobiliser les personnages significatifs en les confrontant à la famille lors des séances conjointes de travail. La collaboration et son corollaire, le partenariat, sont à inscrire dans ce schéma de mobilisation. Nous répondons à la question : comment le partenariat et la collaboration, concepts polysémiques et polymorphiques, peuvent-ils s'inscrire dans un travail en réseau sans remettre en question les caractéristiques des acteurs engagés en considérant que les organisations de la sphère publique et de la sphère privée doivent se connecter en drainant leurs sous-produits associatifs et communautaires vers un « être et faire ensemble » afin d'offrir des services de santé mentale pour enfants adéquats?

Si pour De Rosnay (1995) les organisations s'articulent dorénavant en réseaux plutôt qu'en pyramides de pouvoirs, en cellules interdépendantes plutôt qu'en postes cloisonnés, pour Castells (1998) les réseaux formeront la trame essentielle dont les

organisations nouvelles sont et seront constituées. Ces organisations nouvelles concernent donc toutes les médiations formelles et informelles en cours dans l'espace public nécessaires pour traiter les problèmes de l'enfant. Lebel (2003), en voyant le travail en réseaux comme une stratégie pluridisciplinaire, pose le problème du partenariat en tant que démarche pédagogique à impulser entre des catégories organisationnelles au sein de la connaissance scientifique. Il introduit une dimension essentielle du travail en réseaux en proposant de faire tomber les cloisons entre les disciplines. Nous rappelons que ce cloisonnement est une tendance des disciplines médicales et certaines disciplines paramédicales qui cherchent à légitimer la scientificité de leurs pratiques**.** Renvoyé dans le champ de la santé mentale de l'enfant, ce cloisonnement se reflète dans le traitement des troubles mentaux, phénomène qui concerne de façon spécifique quelques domaines professionnels bien démarqués les uns des autres, ayant chacun son propre mandat, ses règles de fonctionnement, ses compétences, sa mentalité, ses traditions. Ainsi en est-il du domaine des lois (champ juridique, civil, pénal), du domaine du travail social, de celui de la santé au sens large, du domaine pédagogique dans son ensemble (enseignement, médiation, éducation, rééducation). Ce conglomérat de professionnels issus de disciplines diverses conforte les questions de Salem (2005) : de quelles façons est-il possible de coopérer pour un médecin et un juriste? Ou pour un travailleur social et un psychothérapeute? Ou pour un enseignant et un policier de la brigade des mineurs ou des mœurs? Comment ces différents professionnels peuvent-ils trouver une terminologie commune, tenir compte de leurs compétences et contraintes respectives? Nous ajoutons : comment les obliger « à être et à faire ensemble » pour l'enfant?

Des travaux de Salem (2005) émerge un autre concept du champ partenarial, celui de l'interdisciplinarité qui va au-delà de la multidisciplinarité. Pour lui, un réseau de prise en charge multidisciplinaire ne consiste pas en une simple mise en commun de compétences abstraites, mais d'abord en une confrontation, une rencontre entre plusieurs professionnels eux-mêmes exposés à des mécanismes de fonctionnement psychologiques conscients et inconscients, individuels et collectifs. Comme mentionné par Morin (1994), un des dangers qui guettent la connaissance disciplinaire est son isolement des autres disciplines. Cet isolement peut survenir en raison de l'existence d'un langage et de connaissances qui s'avèrent inintelligibles pour les concepts qui sont propres à chaque corpus de non-initiés. Les domaines de la santé mentale de l'enfant n'échappent pas à cette réalité. La situation de l'enfant présentant un trouble mental ou un trouble neurologique est complexe. L'approche transdisciplinaire favorise le partage, l'appropriation et l'intégration des savoirs issus de sources variées (Nicolescu, 1996). Pour Scott et Thurston (2003), elle permet le maintien de l'intégrité des différentes disciplines tout en encourageant une plus grande perméabilité de leurs frontières. Donc, elle ne doit pas être comprise du point de vue d'une seule discipline même si ces méthodes font appel à un leadership disciplinaire. Comment garantir la qualité d'une communication authentique? Comment résister à la tentation d'assurer une réciprocité intelligente et éviter en même temps un cumul redondant des points de vue? Comment tirer parti des divergences de points de vue sans tomber dans le piège des rivalités personnelles ou corporatistes? Comment assurer la coordination? Ces différentes questions posent le défi du partenariat en tant que colonne vertébrale du travail en réseaux.

Hersov (1990), en parlant de partenariat dans le mécanisme d'offre de service en santé mentale pour enfants, a donné l'exemple de la non-assiduité scolaire que l'on dénomme maintenant phobie scolaire. Étant à l'origine un problème pédagogique, comment est-elle devenue un trouble clinique intéressant plusieurs spécialistes? La question de Hersov pose essentiellement le problème de la collaboration à travers l'optimisation

des soins à l'enfant. Celle-ci devient un prétexte pour élaborer de nouvelles stratégies professionnelles fortement liées aux capacités des communautés à utiliser leurs propres ressources. D'autres auteurs ont fait ressortir l'importance du partenariat dans le champ de la santé mentale de l'enfant en abordant sa capacité de création de liens pour améliorer les soins dans un groupe pluridisciplinaire (Chapireau *et al.,* 1997; Blanchet *et al.,* 1996). La création de liens systémiques devient nécessaire entre les professions au chevet de l'enfant, mais aussi entre les disciplines. Nous soulignons que la complexité systémique, tout en favorisant la poussée de plusieurs stratégies comme l'intersectorialité et la création d'équipes multidisciplinaires, n'a pas rompu avec les logiques de services qui réduisent le trouble de l'enfant à un ensemble de besoins ou d'éléments et cherchent à les combler individuellement, de façon coordonnée. Ces limites nécessitent de réinventer un autre partenariat dans la perspective d'un « être et faire ensemble ».

Une autre approche écosystémique, moins critique, mais qui préférait ne pas souligner son aspect systémique, s'est développée dans les années 1970, avec Claude Brodeur et Richard Rousseau (1980) : l'approche de réseaux. Elle posait les conditions environnementales comme les principales sources des problèmes vécus par les personnes et les familles, et comme possédant les principales ressources pour la résolution de ces problèmes. Leur principe est que le problème vient du milieu, et que la solution vient aussi du milieu. Plutôt que de se lancer d'abord dans une action sociopolitique, l'approche portait sur le regroupement et la stimulation de l'environnement immédiat, en focalisant son attention sur les ressources plus que sur les problèmes. Elle s'est révélée très valable pour les problèmes de santé mentale par la responsabilisation et l'activation des ressources environnementales. Le travail en réseaux permet cette mutualisation. Il faut souligner que les systèmes bureaucratiques publics sont les premiers à opposer des barrières administratives préjudiciables au travail en réseaux. Les systèmes d'intervention sont morcelés par les institutions qui les constituent et par les professions que celles-ci englobent. En bâtissant des frontières autour des ensembles de connaissances, d'acteurs et de ressources, on va vers un fonctionnement à vide des professions. Pour Blanchet, Dauphinais et Lavigueur (1981), le travail en réseaux permet de démystifier le pouvoir professionnel dans un champ où le diagnostic est complexe, car posé sur un être en devenir : l'enfant. Le diagnostic de trouble mental chez l'enfant, un processus délicat, fruit d'une observation longue et méticuleuse, nécessite la prise en compte du contexte d'interaction entre les individus et les ressources, donc de l'environnement. Nous considérons le travail en réseaux comme un référentiel théorique à réhabiliter pour équilibrer les rapports de forces entre institutions formelles et institutions informelles, entre professionnels et familles. Comme le disait Aoki (2001) en référence aux règles de jeux institutionnels, l'équilibre pose les rapports entre institutions formelles et institutions informelles, accélérant ainsi le changement de paradigme dans la prise en charge de l'intervention auprès des enfants. Aoki aborde ainsi la manière collective d'agir au-delà des contraintes dans l'harmonisation des règles formelles et des normes informelles. Donc, il faut aller résolument vers la création de réseaux créant des espaces de collaboration interprofessionnelle accessibles à la communauté. Les pratiques collaboratives interprofessionnelles vont permettre une intégration des connaissances et mettre l'enfant, les familles et la communauté au cœur des soins. Pour Gaucher (1987), le partenariat est limité par l'absence d'intégration des connaissances. Les pratiques collaboratives induites dans le cadre du travail en réseaux permettent aux intervenants de « parler sans accent » plusieurs professions tout en devenant des partenaires crédibles.

4.2 Les réseaux comme supports de pratique inclusive : la reconsidération des valeurs de référence et de préférence dans la mise en œuvre d'un dispositif collaboratif

Pour Houver (2005), dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile, il s'agit d'assurer la prise en charge d'une intervention globale auprès d'un patient qui ne peut être le seul fait de l'intervention des acteurs de la psychiatrie, mais qui suppose concertation, échanges d'informations, coordination, complémentarité avec d'autres acteurs des champs sanitaire, social, juridique ainsi qu'avec les familles et l'entourage. Mais nous soulignons que le réseau de soin autour du patient enfant ne peut pas être uniquement un réseau clinique ouvert, car les relations se tissent difficilement au sein de ce type de réseau. La collaboration avec les autres acteurs doit dépasser la concertation et l'échange d'information. Donc, pour paraphraser Jaeger (2006), il faut impulser une dynamique verticale à l'intérieur des dispositifs et une dynamique horizontale, en réseau, multipliant les partenaires entre les dispositifs, par les personnes qui requièrent simultanément plusieurs formes d'aide, qu'il s'agisse des institutions, des services publics ou d'associations. Ces deux dynamiques éclairent les relations entre les acteurs en raison de leur configuration englobante. Cette collaboration-inclusion centrée sur les valeurs met les parents membres du réseau primaire au centre des dispositifs. Pour Russel (1991), les parents sont des partenaires qui ne savent pas comment affirmer tout ce qu'ils connaissent de leurs enfants, c'est-à-dire leur savoir expérientiel dans le traitement de ceux-ci. Le rôle des acteurs des réseaux secondaires formels et informels est de susciter des dynamiques de réflexion, mais aussi de valider les médiations des parents. Le réseau institutionnel et le réseau communautaire doivent entretenir des relations qui transcendent les perspectives instrumentales pour produire ce que Landry (1994) nomme un savoir tacite collectif. Robert (1989), traitant d'un nouveau paradigme entre le réseau institutionnel, assimilé dans le cadre de ce travail au réseau secondaire formel, et le réseau communautaire, croit que le deuxième a une prééminence sur le premier. Il postule que les individus et les collectivités ont davantage de potentiels que les institutions, ainsi que d'habilités et d'intérêts pour s'entraider et se soutenir mutuellement. Il parle de coparticipation dans l'offre de service. Mais n'oublions pas que le réseau institutionnel, dont l'origine est communautaire, a très rapidement perdu la conscience de son appartenance à ces relations qui sont de l'ordre du don.

Plusieurs études ont montré que les parents considèrent la collaboration avec les intervenants comme l'un des aspects les plus importants de la prise en charge du traitement auprès de leur enfant malgré les difficultés pour accéder aux soins et l'émiettement des services offerts (Angold, Messer, Stangl, Farmer, Costello et Burns, 1998; Boydell, Pong, Volpe, Tilleczek, Wilson et Lemieux, 2006; Shanley, Reid et Evans, 2008). Tout en acceptant de collaborer avec les intervenants, ils cherchent une place, des rôles à jouer dans cette intervention. Dans ce cadre, la compétence des familles a été bien décrite par Ausloos (2000). Les constats de Trimble et Kliman (1995) sur le degré d'organisation des familles peuvent fournir des pistes de réflexion sur ce besoin des parents à collaborer avec les autres acteurs autour de l'enfant. Les familles possèdent un savoir à partager et la collaboration leur offre une occasion de le faire. Kleinman (1987) avec son modèle transactionnel a montré l'importance du savoir populaire sous la houlette du modèle centré sur le patient. Le partenariat parents-institution, familles-institution à travers celui liant les professionnels aux parents peut se situer dans ce schéma où la transformation de la famille nécessite le recours à des liens officiels autour de l'enfant présentant un trouble mental. Le partenariat semble être un concept plus « officiel », plus porteur d'essence formelle que celui de collaboration qui semble laisser plus de marges de liberté à participer. Le sens de ce paradoxe peut se chercher dans ce que Lamoureux (1994) nomme les contraintes de

l'articulation des dynamiques institutionnelles, non institutionnelles et communautaires : des dynamiques concurrentes par rapport à des dynamiques de proximité. Sont posées ici la problématique de l'interface entre les ressources étatiques et les ressources non étatiques, et les positions classiques entre des logiques d'apparence contradictoires, mais complémentaires dans leurs finalités : prendre soin en travaillant ensemble.

En ce qui concerne les autres acteurs non institutionnels dont les mandats relèvent de la communauté de base, nous croyons que ces acteurs jouent un rôle essentiel dans la compréhension et le traitement des troubles mentaux et autres problèmes de santé mentale. En Amérique du Nord, en Asie, en Océanie, en Afrique, même dans certaines contrées d'Europe, il subsiste encore des formes traditionnelles d'intervention valorisant une certaine forme de collaboration incarnée par ces acteurs considérés comme des protagonistes à la fois réels et virtuels. L'OMS, dans le cadre des pratiques alternatives en santé, a posé l'importance de la collaboration qui nécessite des partenaires que les réseaux peuvent intégrer tout en validant des référentiels de pratiques locales. En Amérique du Nord (chez les Premières Nations), en Asie comme en Afrique, avant l'arrivée de la psychiatrie moderne, les soins en santé mentale étaient prodigués par des guérisseurs traditionnels qui étaient en constante collaboration avec les esprits des ancêtres et autres référents spirituels. Ils s'appuyaient sur les leviers d'une résilience à la fois individuelle, mais surtout communautaire. Lambo (1964) fait remarquer que les médecins, dans le cadre d'un partenariat, peuvent acquérir des connaissances importantes dans la compréhension et le traitement de la psychopathologie s'ils collaborent avec ces guérisseurs. Les travaux d'autres auteurs abondent dans le même sens (Collomb, 1965; Martino et Ortiguès, 1969, Schurman 1972) en affirmant que ces derniers ont une connaissance experte de leur culture et des croyances de la population par rapport à la maladie. Dans cette lancée, Schurman (1972) encourage la collaboration avec les guérisseurs pour deux raisons : les guérisseurs ont une force et un pouvoir important dans leur société; et le danger est d'arriver à une médicalisation abusive si l'attitude traditionnelle n'est pas considérée. L'humilité des professionnels est nécessaire pour la collaboration, mais aussi difficile compte tenu de leur bagage scientifique et le statut supérieur qu'on leur a appris à assumer.

Si, dans la pratique, la collaboration entre intervenants ne laisse pas apparaitre une optimisation des soins autour de l'enfant, c'est que la notion de collaboration reste encore floue, surtout pour ce qui est de relier l'individu, le processus et le contenu. Il faut par ailleurs souligner que la mise en pratique se heurte à la méconnaissance des éléments fondamentaux du concept, d'où l'importance de former les intervenants à collaborer. D'Amour et Oandasan (2005), dans le cadre de l'éducation interprofessionnelle et la pratique professionnelle, posent le principe de la préparation à la pratique collaborative comme élément clé de la collaboration interprofessionnelle et une réponse adaptée aux besoins des clients. La formation à l'interprofessionnalité demande un cadre collaboratif qui moule les apprenants dans des expériences de nature collaborative. Le champ de la santé mentale de l'enfant offre plus de prise au déploiement des outils relationnels des pratiques collaboratives en raison du statut du client. Nous considérons qu'un manque de sensibilisation aux pratiques collaboratives et l'inexistence d'un cadre formel de vulgarisation de cette forme de relation ne favorisent pas une lecture adéquate des troubles par les acteurs présents autour de l'enfant. Le postulat de base est que le patient est au cœur du processus de collaboration.

Le modèle de D'Amour et Oandasan (2005) montre la nécessité de sortir du « nous collaborons » pour impulser le « je collabore » qui introduit une participation active et

un engagement de soi. Le modèle s'appuie sur des orientations basées sur les facteurs mésosystémiques symbolisés par l'émergence de leadership professionnel porteur de projet, la disponibilité des ressources, l'existence d'un processus administratif officiel et sur des facteurs macrosystémiques symbolisés par la présence de valeurs individuelles ou collectives. Mais nous tenons à souligner que dans le cas des contextes d'intervention peu ouverts à la formalisation, la formation proposée par D'Amour et Oandasan peut passer par la forme d'un apprentissage de la pratique à travers les relations entre les réseaux. Sur la collaboration interinstitutionnelle reposant sur les relations entre intervenants appartenant à différentes structures, la collaboration centrée sur l'enfant peut sembler difficile à engager et à maintenir entre les institutions, qu'elles soient publiques ou privées. Elle n'en demeure pas moins l'une des formes de relations les plus appropriées pour porter les concepts de solidarité et de droits de l'enfant. Elle paraît, à travers ses dimensions mésosystémique, macrosystémique et exosystémique, capable de produire une réponse politique pour la reconnaissance de la collaboration dans les « lieux » de l'enfant aux prises avec un trouble mental ou un trouble neurologique comme formule avancée d'intervention intégrant l'aspect individuel, de groupe et communautaire. Partant des ordres de catégorisation de D'Amour et Oandasan (2005), nous pouvons affirmer qu'il s'agit ici d'impulser une collaboration en action autour de l'enfant, car le leadership est partagé et consensuel et la confiance, ancrée. Nous signalons que certaines professions semblent mieux outillées pour l'exercice de cette forme de collaboration. Les travailleuses et travailleurs sociaux peuvent-ils être les gardiens de la collaboration intra-institutionnelle et interinstitutionnelle? L'analyse de l'articulation des dispositifs de soins peut donner un aperçu sur les médiations institutionnelles et non institutionnelles autour du sens et du champ tout en livrant le profil des professions passeures de champs.

Les médiations pour des pratiques collaboratives inclusives centrées sur l'enfant passent par un partage de sens qui inclut un passage de champs. Il s'agit, pour les professions et disciplines au chevet de l'enfant, de partager le sens des symptômes,mais aussi de la conception de l'enfant. Est posé alors le dilemme du partage de sens sans une connaissance minimum des lieux de pratiques. En réaction contre ce dilemme dans le mécanisme d'offre et de demande de soins, l'analyse de l'articulation des dispositifs est appréhendée au plan des relations entre les acteurs à travers l'éthique, dimension fondamentale des pratiques collaboratives et de réseau avec la reconstruction des relations subjectives. Comme l'ont souligné White *et al*. (2002), il y a une confrontation entre l'éthique de responsabilité et l'éthique de contrat. Pour nous, le passage de champs, contrairement au passage de sens, implique une lutte de pouvoirs inhérente aux traversées des frontières. Nous pouvons affirmer que le partage de sens est un enjeu primordial pour les professionnels des réseaux secondaires formels, ceux des réseaux secondaires informels et des réseaux primaires, tandis que le passage de champs est un enjeu exclusif aux seuls professionnels des réseaux secondaires formels. Ce passage constitue un enjeu de taille avec le facteur inconnu sur l'au-delà des frontières professionnelles. La phase de résistance est surtout alimentée par les appréhensions sur le rythme de chaque professionnel même si, comme le soulignent Blanchet *et al.* (1996), l'avantage de travailler ensemble constitue un facteur important dans l'adhésion au processus.

Il nous semble important de soulever les obstacles rencontrés par les acteurs dans le cadre du marché relationnel organisant la collaboration entre eux. Ces obstacles, qui mettent les relations à l'épreuve des émotions, sont de trois ordres : personnel, professionnel et structurel. Les obstacles personnels constituent un élément important au plan des contraintes. Il s'agit généralement des attitudes, du temps, de la motivation

et surtout de la situation sociale. Pour les obstacles professionnels et structurels, la logique de défense de territoire couvre les explications des acteurs en mettant en exergue les tensions sur la perception de l'enfant, des troubles mentaux et l'autoperception disciplinaire et professionnelle. Pour Guay (1996), les difficultés des professionnels à nouer et à entretenir des relations avec les autres acteurs viennent d'une contrainte majeure : leur mandat et leur obligation de rendre compte aux décideurs et aux familles bénéficiaires. Pour neutraliser les contraintes structurelles et aider les savoirs à traverser les frontières, les professionnels doivent faire leurs les questionnements de Bibeau (2002) : comment garantir la qualité d'une communication authentique, donc proche des besoins des familles? Comment résister à la tentation d'assurer une intelligence collective et éviter en même temps un cumul redondant des points de vue? Comment tirer parti des divergences de points de vue sans tomber dans le piège des rivalités personnelles ou corporatistes? Comment assurer la coordination? Ces différentes questions posent le défi du partenariat en tant que colonne vertébrale des pratiques collaboratives et de réseaux. Ce partenariat permet une articulation et une répartition des champs d'activité entre le sanitaire, le social et le médico-social (Massé et Kannas, 2002). D'autres difficultés sont aussi à chercher autour des rythmes et objectifs institutionnels, des enjeux de pouvoir, des préoccupations hiérarchiques internes. La collaboration soulève des peurs comme celle de se voir dépossédé d'une partie de son territoire. Elle soulève aussi les difficultés de communication transversale et calibrée avec la méconnaissance des rôles et les risques de dilution des responsabilités. Dumoulin, Dumont, Bross et Masclet (2003) parlent de structuration extrême avec des conflits sur les enjeux et les relations de pouvoir. Nous soulignons que la collaboration, en tant que concept évolutif et mutant, a introduit une grande révolution dans les pratiques, mais il n'en demeure pas moins qu'elle ne doit pas être manipulée dans le sens d'un concept isolé de son contexte de naissance : le réseau. Les différents obstacles montrent l'importance de l'introduction des pratiques collaboratives dans la formation des professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation.

Conclusion

Les pratiques collaboratives imposent la prise en considération de plusieurs facteurs et finalités propres aux réseaux engagés autour de l'enfant et composant son environnement immédiat. Cette position suppose à son tour la reconnaissance des savoirs endogènes, l'ouverture et le décloisonnement des lieux dits spécialisés. La notion de circularité pose ici le croisement de savoirs dits scientifiques, de savoirs dits populaires et de savoirs ésotériques dans certains contextes. Le savoir et le savoir-faire dans le traitement des enfants aux prises avec un trouble mental doivent partir des connaissances localisées et de celles issues des théories substantives des professionnels.

Enfin, il ne suffit plus, à l'heure actuelle, de proclamer la nécessité des pratiques collaboratives pour que cela fasse des acteurs des collaborateurs au sens étymologique du mot, mais il faut articuler les pratiques collaboratives sur une épistémologie triviale relationnelle qui prohibe un savoir passivement transmis par les experts et non construits activement par les acteurs non professionnels gravitant autour de l'enfant. Nous considérons qu'un énième renversement est possible pour relire les pratiques collaboratives dans le champ de la santé mentale de l'enfant. Dans le contexte canadien, les pratiques peuvent s'arrimer derrière les initiatives novatrices comme la Canadian Collaborative Mental Health Initiative (CCMHI) – Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) – et la Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Depuis 2001, l'ICCSM et d'autres initiatives comme la collaboration

interprofessionnelle en soins de santé contribuent à un vaste plan d'action qui encourage la réforme des soins en vue de maximiser l'accès et les services aux Canadiens, tout en renforçant les aspects de prévention et de promotion de la santé dans le système de soins. En 2006, l'ICCSM a dégagé une argumentation convaincante quant à la nécessité d'améliorer les soins de santé mentale dans le cadre des services de première ligne par l'entremise de la collaboration interdisciplinaire, y compris la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé, les utilisateurs de services et les aidants naturels.

Bibliographie

Allilaire, J.F. et I. Gasman. 2003. *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte,* Paris, Éditions John Libbey.

Angold, A., S. C, Messer, D. Stangl, E.M.Z. Farmer, E.J. Costello, et B.J. Burns. 1998. « Perceived parental burden and use for child and adolescent psychiatric disorders ». *American Journal of Public Health,* vol. 88, no 1, p. 75-80.

Aoki, M. 2001. « What are institutions? », Background Papers for the WDR 2001, Washington, World Bank.

Ariès, P. 1973. *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, 2e édition, Paris, Éditions du Seuil.

Ausloos, G. 2000. *La compétence des familles. Temps, chaos et processus*. Paris, Ères.

Bateson, G. 1980. *Vers une écologie de l'esprit, tome 2* Paris, Éditions du Seuil.

Bibeau, G. 2002. « L'intersectoralité, une utopie mobilisatrice? », dans *Pour sortir des sentiers battus. L'action intersectorielle en santé mentale,* sous la dir. de D. White, L. Jobin, D. McCann, et P. Morin, Québec, Les Publications du Québec, p. 280-297.

Blanchet, L., L. Corbeil, et C. Daumas-Saab. 1996. « L'implantation d'une pratique de réseau dans un service de psychiatrie infantile », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 9, no 1, p. 115-126.

Blanchet, L., R. Dauphinais et H. Lavigueur. 1981. « L'intervention en réseau, un modèle alternatif de prise en charge communautaire », *Santé mentale au Québec*, vol. I, no 2, p. 126-136.

Blanchette, L. (dir). 1999. *L'approche systémique en santé mentale*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Boydell, K.M., R. Pong, T. Volpe, K. Tilleczek, E. Wilson, et S. Lemieux. 2006. « Family perspectives on pathways to mental health care for children and youth in rural communities ». *Journal of Rural Health,* vol., 22, no 2, p. 182-188.

Brodeur, C., et R. Rousseau. 1980. *L'intervention de réseau. Une pratique nouvelle,* Montréal, Les Éditions France-Amérique.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human developpement*, Cambridge: Harvard University Press.

Bursztejn, C. 2005. « La pédopsychiatrie face aux classifications contemporaines », dans *Le PMSI en psychiatrie infanto-juvénile : logique de soins, logique d'évaluation, logique de coût*?, sous la dir. de M. Caron-Lefèvre, F. Cosseron, et B. Golse, Paris, Presses Universitaires de France, p. 26-32.

Caron-Lefèvre, M., F. Cosseron, et B. Golse (dir.). 2005. *Le PMSI en psychiatrie infanto-juvénile: logique de soins, logique d'évaluation, logique de coût*?, Paris, Presses Universitaires de France.

Cartier, A. (dir). 2005. *Service social en psychiatrie*, Rennes, Éditions de l'ENSP.

Castells, M. 1998. *Les sociétés en réseaux*, Paris, Fayard.

Chapireau, F., J. Constand, et B. Durand. 1997. *Le handicap mental chez l'enfant*, Paris, Éditions ESF.

Cérisier, J.F. 2004. *L'apprentissage collaboratif en réseau*, Master en ingénierie des médias pour l'éducation, France, Université Poitiers.

Cloupet, F. 1978. « Handicap des institutions et institutions handicapantes », dans *Le psychologue et la santé. L'apport de la psychologie à la santé des personnes, des groupes et des institutions,* sous la dir. de F. Marchand, Paris, Agir Privat, p.41-59

Collomb, H. 1965. « Assistance psychiatrique en Afrique : l'expérience sénégalaise ». *Psychologie africaine*, vol. 1, no 1, p. 11-84.

D'Amour, D. et I. Oandasan. 2005. « Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept ». *Journal of Interprofessional Care*, Supp. 1, p. 8-20.

Dandurand, R.B., R. Hurtubise, et C. Le Bourdais (dir). 1996. *ENFANCES, Perspectives sociales et pluriculturelles*. Sainte-Foy, Institut québécois de recherche sur la culture.

De Rosnay, J. 1995. *L'homme symbiotique*. *Regard sur le 3e millénaire,* Paris, Éditions du Seuil.

Duché, D.-J. 1985. « Histoire de la psychiatrie de l'enfant », dans *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,* sous la dir. de S. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé, Paris, Presses Universitaires de France, p. 3-13.

Dumoulin, P., R. Dumont, N. Bross et G. Masclet. 2003. « Mobiliser les réseaux pour l'intervention sociale », dans *Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale,* sous la dir. de P. Dumoulin, R. Dumont, N. Bross et G. Masclet, Paris, Dunod, p. 112-135.

Freshman, B., L. Rubino et Y.R. Chassiako. 2010. *Collaboration across the disciplines in health care*, London, Jones and Barrlett Publishers International.

Frankard, A.C. et X. Renders. 2004. *La santé mentale de l'enfant : quelles théories pour nos pratiques?,* Bruxelles, Éditions de Boeck Université.

Freitag, M. 1986. *Dialectique et société. Culture, pouvoir, contrôle. Quatre modes de reproduction formels de la société*, Montréal, Les Éditions coopératives Saint- Martin.

Gaucher, D. 1987. « Pour une politique de santé mentale : tirer profit de l'histoire »,*Santé mentale au Québec*, vol. XII, no 2, p. 114-128.

Guay, J. 1996. « L'approche proactive : rapprocher nos services des citoyens ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 9, no 2, p. 33-48.

Hersov, L. 1990. « La psychiatrie de l'enfant telle qu'en elle-même. Rétrospective et prospective », dans *L'enfant dans sa famille*. *Nouvelles approches de la santé mentale, de la naissance à l'adolescence,* sous la dir. de C. Chiland et J.C. Young, Paris : Presses Universitaires de France, p. 69-90.

Houver, J. 2005. « Les origines du service social en psychiatrie et son évolution », dans *Le service social en psychiatrie,* sous la dir. de A. Cartier, Rennes, Éditions de l'ENSP, p. 23-43.

Jaeger, M. 2006. *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*. *2e édition,* Paris, Dunod.

Jardin, F., M. Lamour et M. Barraco. 2005. « Particularités de l'accès aux soins psychologiques pour les bébés et les jeunes enfants », dans *Le PMSI en psychiatrie infanto-juvénile : logique de soins, logique d'évaluation, logique de coûts?*, sous la dir. de M. Caron-Lefèvre, F. Cosseron et B. Golse, Paris, Presses Universitaires de France, p. 33-45.

Kleinman, A. 1987. « Anthropology and psychiatry », *British Journal of Psychiatry*, vol. 151, p. 447-454.

Lambo, T.A. 1964. *African traditionnal beliefs. Concepts of health and medical practice*. Nigeria, Ibadan University Press.

Lamoureux, J. 1994. *Le partenariat à l'épreuve. L'articulation paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires dans le domaine de la santé mentale*. Montréal, Les Éditions coopératives Saint-Martin.

Landry, C. 1994. « Émergence et développement du partenariat en Amérique du Nord », dans *École et entreprise. Vers quel partenariat?,* sous la dir. de C. Landry et F. Serre, Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 7-27.

Lebbe-Berrier, P. 1988. *Pouvoir et créativité du travail social : une méthodologie écosystémique*, 3e édition, Paris, les Éditions ES.

Lelièvre, J. 2005. *L'enfant inefficient intellectuel*, Montréal, Éditions Christine Seriné.

Lebel, J. 2003. « La santé, une approche écosystémique », dans *Environnement et santé publique : fondements et pratiques,* sous la dir. de M. Guérin, P. Gosselin, P. Cordier, C. Viau et P. Quénel, Paris, Édisem, p. 593-638.

Martino, P. et M.-C. Ortiguès. 1969. « Psychologie clinique et psychiatrie en milieu africain ». *Psychopathologie africaine*, vol. *5,* no 1, p. 482-487.

Massé, G. 1993. *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*, Rennes, Éditions de l'ENSP.

Massé, G. et X. Houssin. 1983. *Service social et psychiatrie de secteur*, Paris, Les Éditions ESF.

Massé, G., et S. Kannas. 2002. « Évolution des compétences des professionnels de la santé mentale », *La Santé de l'homme*, vol. 359, p. 235-266.

Meirieu, P. 2001. *La machine-école: entretiens avec Stéphanie Le Bars,* Paris,Gallimard, coll. « Folio actuel ».

Mohatt, G. V. 1989. « The community as informant or collaborator »? *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, vol. 2, no 3, p. 64-70.

Morin, E. 1994. *La complexité humaine*, Paris, Flammarion.

Ndiaye, L.D. (2011). Le travail en réseau comme enjeu dans l'offre de service en santé mentale de l'enfant : une analyse écosystémique, thèse de doctorat en service social, Québec, Université Laval.

Nicolescu, B. 1996. *La transdisciplinarité. Manifeste*, Monaco, Éditions du Rocher.

OMS. 2001. *Rapport 2001 sur les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, Genève.

Pluymaekers, J. 1987. « Réseaux et pratiques de quartier », dans P*ratiques de réseaux : santé mentale et contexte social,* sous la dir. de M. Elkaim, Paris, Les Éditions ESF, p. 87-108.

Robert, L. 1989. « Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté : un paradigme à définir ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, no 1, p. 37-52.

Rufo, M. et H. Joyeux. 2004. *Santé, adolescence et familles : Rapport préparatoire à la conférence de la famille,* Paris, Ministère de la Famille.

Russel, P. 1991. « Working with children with physical disabilities and their families. The social work role », dans *Research highlights in social work. Disabled people and disabling environments*, sous la dir. de M. Oliver, et T. Clarke, London: Jessica Kingsley Publishers, p. 115-128.

Salem, G. 2005. *L'approche thérapeutique de la famille*, 4e édition, Paris, Masson.

Shanley, D.C., G.J. Reid, et B. Evans, B. 2008. « How parents seek help for children with mental health problems », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 35, no 3, p. 135-146.

Scott, C.M. et W.E. Thurston. 2003. « A framework for assessing partnerships as a participatory strategy », dans *Co-creating emergent insight: Multiorganisational partnerships, alliances and networks*, sous la dir. de P. Hibbert, Glasgow, U.K., Graduate School of Business, University of Strathclyde, p. 83-88.

Schurman, D. 1972. « Le problème de l'Œdipe en Afrique. Étude en milieu wolof », *Psychopathologie africaine, vol.* 8, no 3, p. 325-353.

Trimble, D.W. et J. Kliman. 1995. « L'intervention en réseau », dans *Panorama des thérapies familiales,* sous la dir. de M. Elkaïm, Paris, Les Éditions du Seuil, p. 447-449.

Vignac, M. 2005. *Des enfants pas comme les autres*, Rennes, Éditions de l'ENSP.

Wilden, A. 1987. *The rules are no game*. *Man and woman. War and peace. The strategist's companion*, New York, Routledge and Kegan Paul.

White, D., L. Jobin, D. McCann et P. Morin (dir). 2002. *Pour sortir des chantiers battus. L'action intersectorielle en santé mentale*. Québec : Les Publications du Québec.