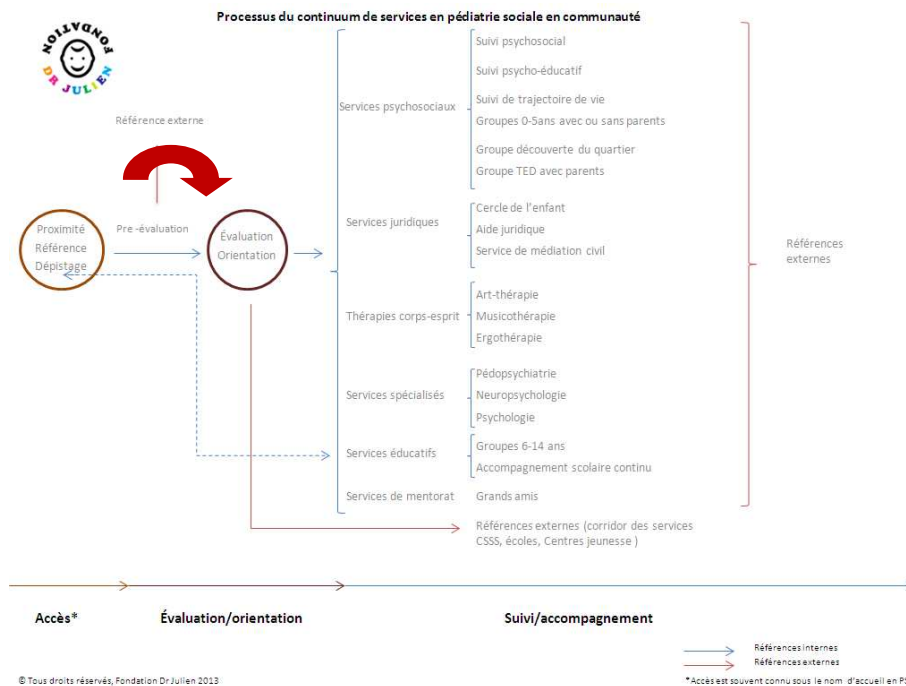


Partie présentant la pratique de l'évaluation/orientation

Cette section présente la description opérative du cœur du modèle de la pédiatrie sociale en communauté. Autrement dit, la façon dont on met en place dans la pratique l'évaluation/orientation. Nous présenterons tout d'abord les courants de pensée dans lesquels s'inscrit le modèle de la pédiatrie sociale, pour ensuite aborder la démarche clinique, la co-intervention égalitaire et la méthode APCA (Apprivoiser, Partager, Comprendre et Agir).

1. Évaluation/orientation et courants de pensée

1.1 À la suite de la pré-évaluation faite par la travailleuse sociale de garde, le cas est dirigé vers le principal service de la PSC : l'évaluation/orientation. Cette étape du continuum de services correspond au cœur du modèle. Il s'agit de la rencontre entre l'équipe de PSC (médecin, travailleuse sociale et selon le cas, un intervenant spécialisé)¹, l'enfant avec sa famille et toute autre personne significative dans la vie de l'enfant.

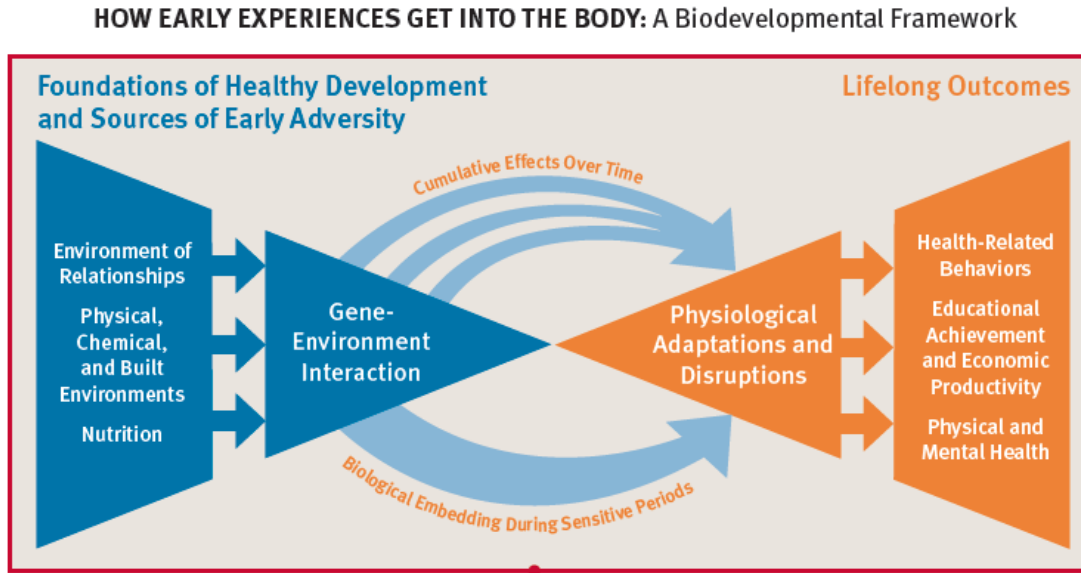


¹ Voir description des rôles à la section sur la co-intervention égalitaire



- 1.2 L'évaluation/orientation en PSC s'inscrit dans les courants de pensée de médecine holistique et de médecine sociale. La médecine holistique est définie par l'Association américaine de médecine holistique (AHHA par ses sigles en anglais) comme « l'art et la science de guérison qui soigne la personne dans son intégralité – corps, âme et esprit. La pratique de la médecine holistique intègre traitements conventionnels et complémentaires pour promouvoir la santé optimale, prévenir et traiter la maladie en s'attaquant aux facteurs contributifs. Dans la pratique, cela signifie que chaque personne est considérée comme un individu unique, plutôt que l'exemple d'une maladie particulière. La maladie est comprise comme le résultat d'un déséquilibre émotionnel, physique, spirituel, social et environnemental. La guérison se fait donc naturellement lorsque ces aspects de la vie sont mis en équilibre » (AHHA, 2013).
- 1.3 De son côté, la médecine sociale inclut « l'étude des relations entre la société, la santé, la maladie et la médecine. La pratique vise une médecine orientée vers la communauté; insistant sur la formation des professionnels à une médecine communautaire et à des pratiques culturelles adaptées; et mettant l'accent sur le plaidoyer pour promouvoir des pratiques médicales socialement responsables afin de créer des conditions nécessaires pour une bonne santé » (Social Medicine, 2007).
- 1.4 S'alignant sur ces deux courants de pensée, l'évaluation/orientation en PSC vise à répondre à tous les besoins de l'enfant (physique, social, intellectuel, émotionnel, culturel et spirituel) et à définir un plan d'action intégré et adapté à la réalité de chaque enfant dans le respect de la Convention relative aux droits de l'enfant (Recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie 2011, Zuckerman 2012).
- 1.5 L'évaluation/orientation ne se limite pas au symptôme, à la cause d'une maladie ou au problème de l'enfant, elle va au-delà pour comprendre le sens de la situation de l'enfant dans son contexte biopsychosocial. Autrement dit, la prise en compte de la prédisposition génétique (biologie) et de l'environnement entourant l'enfant (environnement) aide à mieux saisir la trajectoire de vie de l'enfant et de la famille dans toute sa complexité. C'est pourquoi l'évaluation/orientation s'aligne avec le cadre éco-bio-développemental de l'enfant élaboré par le *Center on the Developing Child* de l'université Harvard (voir graphique 1).

Graphique 1 – Cadre éco-bio-développemental



Source : Center on the Developing Child, université Harvard, 2013

- 1.6 Ce cadre décrit un portrait holistique de l'enfant dans son contexte et aide les praticiens à mettre en place des services plus efficaces pour répondre aux besoins des enfants (Center on the Developing Child, 2013). La PSC suit depuis plus de 20 ans cette approche éco-bio-développementale qui se traduit dans la pratique par une démarche clinique en évolution permanente selon la trajectoire de vie de chaque enfant, par la mise en place de la co-intervention égalitaire au sein de l'équipe clinique et par une méthode bien définie appelée APCA (Apprivoiser, Partager, Comprendre et Agir). Nous les expliquerons de façon détaillée par la suite.

2. La démarche clinique

- 2.1 L'évaluation/orientation suit une logique clinique clairement définie. Celle-ci n'est ni linéaire, ni atemporelle, ni statique. Au contraire, elle se fait de façon circulaire et en mouvement, elle suit le rythme et l'évolution de chaque rencontre et prend en compte le contexte de l'enfant et sa famille. Pour reprendre les mots de Ausloos (2010, p. 31), « on remplace le regard photographique par un regard cinématographique, c'est-à-dire qu'on prend en compte que tout évolue, que les choses bougent, que la vie n'est pas réductible à nos catégories diagnostiques ».

Les étapes de cette démarche clinique se décrivent ainsi :

- 2.1.1 L'accueil : L'accueil en PSC représente la porte d'entrée pour l'approvisionnement de la famille et l'intégration aux services. Comme nous l'avons expliqué plus haut à la partie sur l'accès, il faut prendre le temps de recevoir l'enfant et la famille en lui donnant toute l'attention nécessaire. Dans la pratique, la personne chargée de l'accueil et l'équipe clinique (médecin et travailleuse sociale) sont responsables de recevoir tous les participants de la rencontre.

La personne chargée de l'accueil joue un rôle pivot dans cette étape. Elle doit bien connaître l'identité du quartier et comprendre les codes comportementaux de chaque milieu pour mieux interagir avec les personnes. Elle les reçoit, confirme le rendez-vous de la famille et tout de suite après, entame une discussion autour de la journée, des enfants ou de tout sujet du quotidien de la famille. Parfois il n'y a aucun sujet de discussion. Or, c'est cet espace d'accueil (le lieu) qui permet de rendre l'enfant et la famille à l'aise. Des fruits, des jouets, une télé, des livres, un sofa, un réfrigérateur constituent les éléments de cette ambiance familière de la pièce, agrémentée de photos et des dessins d'enfants. Il ne faut pas oublier que l'enfant n'est pas dans son milieu et que l'espace familial doit faire en sorte que l'enfant ne se sente pas intimidé par ce nouveau lieu. C'est pourquoi le milieu de vie et l'approche humaine sont deux caractéristiques majeures de l'accueil (voir la partie présentant l'accès).

L'équipe de PSC, elle, se dirige toujours au salon de l'accueil pour recevoir la famille. Le médecin adresse la parole d'abord à l'enfant. Il se met à son niveau, le regarde dans les yeux et lui parle sur un ton familier, souvent suivi d'une accolade; c'est une façon simple, amicale et sans contrainte d'approviser l'enfant. Il y a un rapport humain qui se crée à travers le verbal et le non verbal. Dans un même temps, la travailleuse sociale ou l'adjointe clinique reçoit la famille et les autres participants de la rencontre (voisins, professeurs, autres intervenants, adultes significatifs, etc.) en leur souhaitant aussi la bienvenue. Une discussion à plusieurs voix s'entame, similaire à celle d'une famille lorsqu'elle reçoit un invité à la maison. C'est une étape cruciale qui vise à mettre en confiance tous les participants de la rencontre dès le premier contact.

- 2.1.2 L'ouverture de la rencontre et la présentation des participants : Après l'accueil, tous les participants sont invités à rejoindre l'espace clinique. Physiquement, celui-ci ressemble à une salle



à manger. Autour d'une table, comme dans la cuisine familiale, l'équipe de PSC, l'enfant, sa famille et les autres participants prennent place. Il se crée un univers de partage et de convivialité avant même l'ouverture de la rencontre. « La table est l'entremetteuse de l'amitié », dit le proverbe français qui se confirme en clinique; les participants ne se livrent à aucun empêchement, créant ainsi une intimité bienveillante. L'ambiance nous prépare à une ouverture de la rencontre qui est elle aussi informelle. Le médecin et la travailleuse sociale sont assis l'un à côté de l'autre et c'est le médecin qui initie la rencontre en demandant à l'enfant s'il connaît tout le monde autour de la table, pour ensuite laisser le temps à chaque participant de se présenter. Parfois, le médecin ou la travailleuse sociale expliquent à l'enfant et à la famille qu'en PSC, tout le monde est assis autour de la table pour partager et mieux aider à répondre aux besoins de l'enfant. Le médecin ou la travailleuse sociale expliquent également à l'enfant ou aux enfants qu'ils peuvent manger des fruits et jouer autour de la pièce en toute liberté. Le mouvement est partie intégrante de l'approche. Cette façon de faire informelle permet de mettre les participants à l'aise sans les dépayser de leur contexte familial. Une fois les présentations faites, la rencontre clinique commence.

2.1.3 Le partage d'information : Cette étape n'est pas linéaire, elle suit la discussion au cas par cas et vise à faire circuler l'information. Ce n'est pas une cueillette d'information, c'est un mode de partage qui, pour reprendre les mots du psychiatre Guy Ausloos, permet de « communiquer suffisamment d'informations pour que la famille puisse mieux comprendre son propre fonctionnement. Cela se traduit souvent en fin d'entretien par : 'On n'a jamais pu se parler comme cela auparavant' ou 'on a dit des choses qu'on n'avait jamais dites' » (Ausloos, 2010, p.160). Cet échange permet d'identifier les informations suivantes :

Le motif de la consultation et la demande de la famille : Une partie initiale de la rencontre consiste à comprendre la raison de la visite et à saisir la demande de la famille. Le médecin est normalement celui qui ouvre la discussion sur le motif de la consultation. Cela dit, souvent la famille intervient avant même que le docteur pose une question. Le médecin et la travailleuse sociale laissent place à la discussion, car l'information qui circule aide à mobiliser d'autres participants et à faire émerger les raisons de la visite par l'ensemble du groupe. Les participants apportent des éléments complémentaires, ce qui permet d'avoir une lecture plus claire de la demande (qui vient de la famille), de la commande (qui provient d'un tiers ou d'une institution) ou du mandat (un ordre



donné par une instance habilitée) (Mongeau, Asselin et Roy, 2007). L'enfant joue aussi un rôle important dans cette étape. Le médecin le fait participer en lui posant des questions simples du style « Sais-tu pourquoi tu es là? », « Sais-tu pourquoi ta mère a dit que ...? » ou « Est-ce vrai que tu n'aimes pas l'école? ». Le médecin cherche à faire des liens avec ce que les autres participants ont soulevé ou il tente de créer des questions s'adressant à plusieurs participants, ce qui permet de faire circuler l'information. Les enfants expliquent leur situation en leurs propres mots tout en partageant des informations supplémentaires. La clé dans cette dynamique de questions-réponses est de créer un dialogue qui s'enchaîne à plusieurs et non pas un interrogatoire d'une personne à une autre. Le tout en laissant la famille mieux découvrir sa situation et en n'essayant pas de comprendre à sa place sa situation. La travailleuse sociale joue ainsi un rôle clé parce qu'elle va permettre de mieux faire le lien entre les différentes lectures des institutions ou des intervenants et de saisir de façon plus juste la demande ou les demandes de la famille².

L'anamnèse complète et l'analyse des situations-problèmes : Lors de cet échange, le médecin procède à une anamnèse complète de façon non linéaire et en suivant le rythme des échanges. L'objectif pour le médecin est de retracer l'histoire médico-sociale et développementale de l'enfant ainsi que les antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux et sociaux tout au long de ce partage d'information. Cette anamnèse ne se limite surtout pas à l'histoire de la maladie ou à l'identification du symptôme. Elle vise à retracer la trajectoire de vie de l'enfant et ses sources de stress dans son environnement physique et social. La travailleuse sociale intervient aussi au fur et à mesure pour favoriser la compréhension des situations-problèmes par la famille.

La mise en lumière des besoins, des droits bafoués et l'identification des forces de l'enfant, de la famille et du milieu : La discussion permettra au fur et à mesure d'identifier les besoins de l'enfant (physique, social, émotionnel, intellectuel, spirituel et culturel) et de mettre en lumière des droits bafoués (voir Cadre conceptuel pour une description détaillée). Elle permet aussi de souligner les forces de l'enfant, de la famille et du milieu (voir Cadre conceptuel pour une description détaillée) et de les nommer pendant la rencontre comme une façon de faire apparaître la résilience de l'enfant et de son environnement. Ce partage d'information répond à la nécessité de créer une relation entre l'enfant, la famille et l'équipe de PSC. C'est un moyen de se connaître

² Il faut bien noter que l'analyse de la demande ne s'arrête pas à cette rencontre d'évaluation/orientation; elle continue tout au long du suivi psychosocial.



plus qu'une façon de vouloir arriver à tout prix à un diagnostic. Il faut noter que l'apprentissage et l'intégration scolaire, l'appétit, le sommeil, la communication, le comportement, la motricité fine et globale et le développement sensoriel prennent une place importante lors des discussions.

2.1.4 L'examen physique et la suite de l'évaluation psychosociale : Une étape clé de la rencontre est l'examen clinique du médecin puisque le rythme de celle-ci change. Le médecin se dirige avec l'enfant vers le lit d'auscultation³ et la travailleuse sociale reste avec les autres participants de la rencontre autour de la table. Une discussion à deux voix s'opère pour mieux saisir les besoins de l'enfant et mieux comprendre le fonctionnement de la famille.

Le médecin ne se limite pas à un examen clinique conventionnel (inspection, palpation, percussion et auscultation), il cherche à travers cette approche de l'enfant d'autres informations pour compléter son analyse. Ainsi, le lit d'auscultation joue un triple rôle en tant que lieu de témoignage, de confidences et d'évaluation clinique. C'est au lit que chacun se livre à sa pensée et se sent à l'aise de raconter ses confidences. C'est un sous-monde dans la clinique, séparé par un rideau ou carrément dans une autre pièce pour créer une intimité et une relation de confiance entre le médecin et l'enfant. Pour tisser cette confiance, le médecin commence souvent par se mettre à genoux, en bas de l'enfant, pour ausculter ses réflexes. Ce simple geste permet de faire prendre conscience à l'enfant qu'il s'agit d'une relation d'égal à égal. Tous les instruments d'auscultation sont vus comme des jouets : on joue avec le marteau, la lumière des instruments dans les doigts des enfants, l'instrument pour mesurer la tension artérielle, etc. C'est là que le médecin arrive à décoder les messages qui se cachent derrière les gestes de l'enfant et pose des questions courtes et subtiles sur les cauchemars, les amis, les professeurs, les parents, la fratrie, les intérêts de l'enfant, entre autres. Il interpose ainsi des questions qui permettent de comprendre le mode de vie de l'enfant dans son contexte tout en faisant son examen clinique. L'espace établit ainsi une proximité physique entre le docteur et l'enfant, et les échanges des questions-affirmations permettent de faire part de secrets réciproquement.

Pendant ce temps, la travailleuse sociale reste avec les autres participants et entame une discussion ouverte afin de mieux compléter son évaluation psychosociale. Elle va s'intéresser à comprendre notamment les déclencheurs de la demande, la situation de la famille dans son

³ La famille et la fratrie sont libres d'assister à l'examen clinique et souvent ils participent ponctuellement.

contexte relationnel et social (son réseau, le revenu familial, le logement, la perception de santé de la famille, etc.) et le cheminement scolaire de l'enfant. La discussion est informelle et prend la forme d'un partage d'informations entre tous les participants.

2.1.5 La coconstruction des hypothèses⁴ et des pistes de solution : Une fois l'information partagée, les participants sont en mesure d'émettre des hypothèses et des pistes de solutions. C'est une étape importante de la rencontre puisqu'elle permet de faire participer tout le monde à pied d'égalité (l'équipe de PSC et les différents partenaires des réseaux familial, social et institutionnel). « Travailler à partir d'une hypothèse de départ, c'est donc enclencher un processus de recherches par essais et erreurs étant pertinentes parce qu'elles nous permettent d'affiner notre compréhension de la situation posant problèmes. » (Pauzé et Roy sous Mongeau, Asselin et Roy 2007). Cette coconstruction suit une approche compréhensive qui « consiste à agir de façon sensée et organisée, à partir des besoins bien identifiés et des valeurs propres à l'individu et à sa famille. » (Julien, 2004). Dans la pratique, c'est souvent la famille qui, grâce à la discussion, découvre ou met en lumière des éléments qu'elle ignorait et des pistes de solutions associées à ces besoins. Le reste de participants est là pour l'aider à rendre viables ces solutions ou pour trouver aussi d'autres pistes de solution. La famille participe tout au long de cette recherche d'hypothèses, ce qui lui permet de prendre conscience de ses problèmes et de ne pas se sentir jugée. En effet, elle n'est pas au centre d'un groupe d'experts mais elle fait partie des partenaires. C'est une intelligence collective qui s'opère et qui est toujours orchestrée par le médecin ou la travailleuse sociale.

2.1.6 L'analyse, la synthèse et la planification thérapeutique : Une fois les hypothèses et les pistes de solutions proposées, l'équipe de PSC réalise une synthèse des options proposées lors de la discussion. Ensuite, le médecin établit un diagnostic ou un pré-diagnostic pour les motifs de santé et un plan d'action est dégagé selon les priorités établies. Le plan comprend la liste des principaux besoins à vérifier, la liste des forces principales de l'enfant, de la famille et du milieu, l'offre de services au sein du CPSC (utilisation des ressources locales) ou à l'extérieur par l'entremise de partenariats ou des corridors de services (investigation, référence) (Julien, 2004) et la thérapie

⁴ Moyen qui permet la solution et ouvre au changement. « Une supposition non prouvée, acceptée à l'essai comme base pour une investigation ultérieure. » (Selvini et coll. 1982)



médicamenteuse. Dans la pratique, le médecin nomme le plan et s'assure de la bonne compréhension des responsabilités de tous les participants.

- 2.1.7 La validation des attentes et le dénouement : Comme avec toute visite ou tout rituel, il y a toujours également une scène finale. Le dénouement est le moment où toutes les problématiques qui ont été abordées tout au long de la rencontre ont trouvé une solution ou des pistes de solution. Le médecin valide à la fin les attentes de la famille et des enfants en posant des questions simples telles que : « Avez-vous d'autres questions? », « Es-tu content (le prénom de l'enfant)? ». L'enfant est alors prêt à partir avec la motivation de vouloir répéter l'expérience dans une perspective d'actions concrètes à entreprendre selon sa propre réalité. Dans la PSC, le dénouement assure la continuité entre la fin de la rencontre et le suivi à moyen terme. Comme à l'accueil, l'équipe doit s'adresser aux participants de façon simple, amicale et sans contrainte. L'enfant sera toujours la vedette et aura la principale attention au moment des adieux, et le médecin termine toujours en nommant une de ses forces : « T'es belle ! », « T'es un grand garçon! », « T'es fort!». Souvent, et lors de la première visite, l'équipe de la PSC offre à l'enfant un cadeau symbolique pour le rendre heureux. Le cadeau symbolise ainsi le début d'un lien privilégié entre l'enfant et l'équipe d'intervenants.
- 2.2 La démarche clinique s'achève ainsi, mais ce n'est que le début d'un continuum de services qui va permettre de suivre la trajectoire de vie de l'enfant tout au long de son développement, raison pour laquelle il existe deux types d'évaluation/orientation : la première rencontre et celle de suivi. Cette dernière vise avant tout à faire le point sur le plan qui a été entamé la première fois et à faire les rectifications nécessaires selon l'évolution des besoins de l'enfant. Cette évaluation globale est possible grâce à la participation de tous les acteurs significatifs autour de l'enfant et à la dynamique qui s'opère au sein de l'équipe de PSC (médecin et travailleuse sociale), que l'on appelle co-intervention égalitaire.

Annexe 1

