

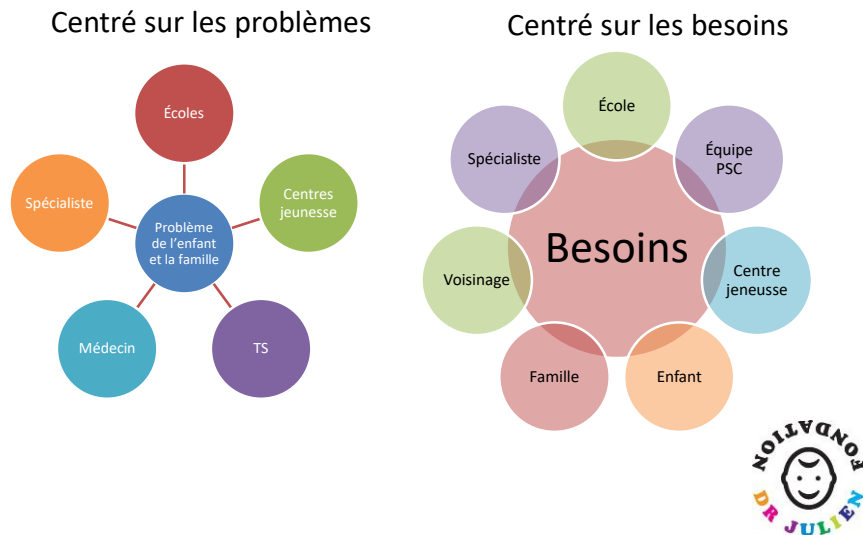
3. La co-intervention égalitaire

- 3.1 L'organisation de l'évaluation/orientation en PSC permet de mieux comprendre la façon dont la rencontre est structurée et le rôle de chaque acteur au sein de la rencontre. Cette rencontre met en place ce que la PSC appelle une co-intervention égalitaire, une coopération horizontale entre l'équipe de PSC et les réseaux familial, social et institutionnel afin d'arriver à établir ensemble des solutions aux besoins rencontrés par chaque enfant.

Définition

- 3.2 La co-intervention égalitaire est définie en PSC comme une forme de travail collectif axé sur le leadership partagé visant à créer une intelligence commune. Le leadership partagé, compétence principale de la co-intervention égalitaire, se définit à son tour comme « la contribution du leadership et des ressources de chacun, ainsi que de l'ensemble du groupe, à la réalisation d'un objectif commun. Le but à atteindre devient le véritable leader du groupe » (Luc, 2010). En PSC, le but n'est autre que les besoins de l'enfant. Comme l'explique Luc (2010, p.8), et comme nous le verrons lorsque nous décrirons les caractéristiques de l'organisation circulaire : « Le mécanisme d'action réciproque au cœur du leadership partagé est issu de l'apport différentiel et complémentaire des uns et des autres à l'avancement des idées et de la mobilisation collective ».
- 3.3 L'évaluation/orientation en PSC va au-delà des modèles d'évaluation médicaux dans lesquels « le souci principal (étiologique) est de rendre visible la cause du mal dans le corps du malade; cette démarche n'est à l'origine au mieux que de 15 % de l'amélioration de la santé » (Haut comité de la santé publique française, sous Bass 2010), et des modèles d'évaluation psychosociaux dans lesquels les enfants et les familles sont souvent mis au centre des préoccupations, tandis que les professionnels tendent à observer les problèmes des enfants comme des experts (Bass, 2010). L'évaluation/orientation de la PSC permet de passer de ce que Bass appelle une démarche technobureaucratique d'experts à une démarche de coopération équitable (Bass, 2010).

Modèles évaluatifs



Graphiques inspirés des modèles de Bass, 2010

- 3.4 La co-intervention égalitaire suppose alors une collaboration au même niveau de tous les acteurs présents au sein de la rencontre, y compris l'enfant et la famille, avec une orchestration de la part de l'équipe de PSC. Ce sont alors les besoins qui sont au centre des préoccupations lors de la rencontre. L'enfant joue ainsi un rôle actif dans la rencontre, il n'est pas l'objet de la discussion, mais bien un partenaire dans la recherche des solutions à ses problèmes. Bien évidemment, la famille joue aussi ce rôle de partenaire, notamment lorsque l'enfant est très jeune. Ceci dit, le non verbal de l'enfant (geste ou comportement) à tout âge reste un élément clé de l'évaluation en PSC. D'où l'importance pour l'équipe en PSC d'arriver à lire les gestes des enfants pour mieux comprendre leurs besoins. Comme l'explique Berry Brazelton, pédiatre et ancien directeur de l'unité de développement de l'enfant à l'hôpital de Boston, les personnes ne se rendent pas compte « à quel point le bébé est compétent. Il est capable de coordonner quatre réflexes du cerveau moyen pour se contrôler, pour pouvoir regarder et écouter le monde qui l'entoure. Il tourne la tête d'un côté, a des réflexes du cou, porte la main à la bouche et suce son pouce, il est capable de suivre quelque chose des yeux. Et là, vous voyez la satisfaction se peindre sur son visage : 'Eh! J'ai réussi à me contrôler, donc je peux appréhender le monde' » (Brazelton et Martino 1990, p. 35). C'est une compétence majeure dans la vie de tout individu.

Rôles des participants

3.5 Il existe quatre principaux acteurs dans l'évaluation et l'orientation : l'enfant, la famille, les intervenants externes (école, centres jeunesse, intervenants sociaux d'autres établissements, etc.) et l'équipe de PSC. Nous expliquerons ici le rôle de chacun de ces acteurs et nous préciserons les savoir-faire et les savoir-être nécessaires de l'équipe de la PSC.

3.6 Rôle de la famille

3.6.1 En clinique, les familles jouent un rôle de relayeurs d'information. Elles transmettent les données pertinentes à l'équipe de PSC pour l'évaluation/orientation de l'enfant (histoire familiale, développement de l'enfant, problèmes de santé, problèmes sociaux, etc.) et donnent leurs avis ou opinions.

3.6.2 Les familles jouent également un rôle de partenaires dans la validation des hypothèses et dans la recherche des pistes de solutions. L'équipe de PSC analyse conjointement avec les familles les hypothèses des situations-problèmes et cherche les pistes de solution. C'est un rôle qui permet la participation et la prise de pouvoir des parents sur la trajectoire de vie de leurs enfants.

3.6.3 Les familles ont aussi un rôle de rassembleurs des différentes lectures des interventions. En effet, souvent les familles en situation de vulnérabilité se voient entourées de plusieurs intervenants et parfois de différentes lectures. Alors, au cours de l'évaluation/orientation, le discours des familles permet de rassembler les différents points de vue autour des situations-problèmes de l'enfant.

3.7 Rôle des intervenants externes

3.7.1 La PSC est complémentaire aux services offerts aux enfants et aux familles dans les réseaux institutionnels. La présence des intervenants des réseaux assure la cohérence dans la lecture des situations-problèmes.



- 3.7.2 Ainsi, les intervenants externes jouent le rôle des gardiens du système. Ils s'assurent de veiller à la protection de l'enfant en répondant aux exigences et aux procédures établies par les lois et les règlements des institutions auxquels ils appartiennent.
- 3.7.3 Les intervenants externes jouent aussi le rôle de relayeurs d'information. Ils apportent l'information précise, en fonction de leur domaine d'intervention, sur la situation de l'enfant et sa famille.
- 3.7.4 Comme la famille, ils jouent le rôle de partenaires dans la validation des hypothèses et dans la recherche des pistes de solutions. Ils participent à part entière, et selon leur expertise, à la construction des hypothèses et ils conseillent la mise en place d'un plan adapté aux besoins de l'enfant.
- 3.7.5 Les intervenants externes jouent également un rôle de garants du suivi du plan. En effet, une partie des services se fait dans les établissements des réseaux et la présence en évaluation/orientation assure la bonne compréhension et la mise en place des services au sein de leurs institutions.
- 3.7.6 Les intervenants externes peuvent aussi jouer le rôle de personnes de confiance. C'est le cas notamment des intervenants qui proviennent des organismes communautaires et qui, en raison de leur proximité avec les enfants et les familles, arrivent à établir un lien de confiance privilégié avec ces derniers.
- 3.8 Rôle de l'enfant
- 3.8.1 L'enfant joue un rôle de guide de l'évaluation/orientation à travers son verbal, mais aussi à travers des actions qui deviennent des gestes, et des gestes qui deviennent des messages. L'essentiel est alors de savoir observer, écouter et comprendre ces messages tout au long de la rencontre.
- 3.8.2 Voici une liste non exhaustive d'actions et de gestes d'enfants, basée sur le livre de Desmond Morris (1977), *Manwatching, a Field Guide to Human Behavior*, qui permet de mieux saisir le langage non verbal de l'enfant et qui a inspiré l'approche de la PSC.

Actions, gestes, signaux	Définition	Exemples
Actions innées	Actions acquises faisant partie du bagage génétique de l'enfant	L'allaitement de l'enfant, lever les sourcils pour saluer, les expressions changeantes du visage d'un enfant né aveugle ou sourd
Actions absorbées	Actions acquises sans le savoir de notre entourage	La façon dont les enfants utilisent le cellulaire pour texter et communiquer
Actions formées	Actions que l'enfant apprend d'autrui	La coordination de l'œil et de la main pour dessiner ou écrire
Actions découvertes	Actions que l'enfant découvre seul	Croiser les bras
Gestes accidentels	Actions mécaniques avec des messages secondaires	Supporter avec la main une tête fatiguée pour démontrer l'ennui, la tristesse ou autres états
Gestes expressifs	Gestes biologiques que nous partageons dans le monde	Dire oui en hochant la tête de haut en bas, dire au revoir en secouant la main
Gestes imités	Gestes qui copient ou imitent des objets ou actions	S'exprimer avec la main pour dire : manger, boire, fumer et tirer au fusil
Gestes symboliques	Gestes qui représentent des états d'esprit et des idées et peuvent varier d'une culture à une autre	Les doigts en forme de V pour symboliser la paix ou la victoire
Gestes multi-messages	Gestes qui ont plusieurs messages	Le signe de cercle formé avec le pouce et l'index peut indiquer l'affirmation « ok », l'argent ou le 0.
Signes de liens	Toute action qui indique l'existence d'une relation personnelle	La proximité physique de l'enfant avec ses parents ou avec le pédiatre
Signes de contacts	La manière dont une personne touche une autre dans un environnement public	L'enfant qui prend la jambe du parent pour demander de l'attention
Gestes d'autocontact	Façon d'exprimer l'intimité : pourquoi et comment on se touche sans besoin d'autrui	L'enfant s'autoétreint
Fuites non-verbales	Indices qui nous permettent de cacher nos émotions	Une mère qui essaie de rassurer son enfant en adoptant un regard ferme quand elle est consciente que la situation est plus

Actions, gestes, signaux	Définition	Exemples
		difficile ou un enfant qui tape sa bouche pour cacher des fausses paroles
Comportements territoriaux	Comportement de défense d'une zone	L'enfant qui ferme la porte de sa chambre
Signaux de barrières	Actions de défense du corps dans une situation sociale	Croiser les bras dans une situation sociale
Comportements de protection	Réactions à un danger réel ou imaginaire	Baisser la tête et se cacher avec les bras
Actions de re-motivation	Actions qui stimulent un nouvel état d'esprit comme moyen pour en éliminer un ancien	Les parents qui offrent une crème glacée après un moment difficile vécu par l'enfant (par exemple une chute)

3.8.3 L'enfant joue le rôle de pivot dans la recherche d'information. C'est à travers la compréhension de son histoire et de son vécu que les participants de la rencontre vont réussir à mieux saisir le sens de ses difficultés. L'enfant apportera l'information centrale qui va faire basculer la rencontre. Cette information est mise en lumière à travers des confidences, des gestes, des comportements, des messages, lesquels apparaissent souvent lors de l'examen clinique avec le médecin. Par exemple, un enfant qui avoue à l'oreille du docteur qu'il a subi des attouchements de la part d'un membre de sa famille.

3.8.4 L'enfant joue également le rôle de partenaire central dans la prise de décision. Rappelons que la Société canadienne de pédiatrie (2005) recommande que lorsque les enfants et les adolescents ont acquis une capacité de décision suffisante, ils deviennent le principal décideur pour eux-mêmes. Alors que certains praticiens pensent que les enfants ne veulent pas ou sont incapables de participer aux décisions, en PSC, les enfants et les adolescents sont plutôt portés à participer de manière appropriée dans les décisions qui les concernent. La non-participation à la prise de décisions peut être interprétée comme une violation de leurs droits fondamentaux (Société canadienne de pédiatrie, 2005).

3.8.5 L'enfant joue finalement le rôle de consentement au plan d'action. Le plan dressé à la fin de la rencontre doit être validé par l'enfant puisque c'est lui en grande partie qui va devoir le mettre en place. L'équipe de PSC explique le plan, s'assure de la bonne compréhension par l'enfant et de sa motivation à le mettre en place. Son consentement doit toujours être recherché (Société

canadienne de pédiatrie, 2005). Des questions simples du type : « Es-tu content de ce que tu vas faire? », « As-tu des questions? » permettent de mieux intégrer l'enfant dans la démarche.

3.9 Rôle de l'équipe PSC

3.9.1 Dans les premières années d'exercice de la PSC, l'équipe de base était composée d'un pédiatre social et d'une infirmière. Aujourd'hui, l'évolution vers une pratique interdisciplinaire a permis de composer l'équipe avec un professionnel des sciences de la santé (pédiatre social, médecin de famille, infirmière) et un professionnel des sciences humaines (travailleuse sociale ou, à défaut, psychoéducateur). Un intervenant ponctuel ou spécialisé se joint à l'équipe lorsque l'enfant est suivi dans un service particulier comme le service juridique, l'art-thérapie, la musicothérapie, un groupe de stimulation, entre autres.

3.9.2 Cette équipe forme le noyau de l'évaluation/orientation et représente le pont entre la clinique et le milieu de l'enfant. Lors de l'évaluation/orientation, le médecin est le leader ou « chef d'orchestre » et la travailleuse sociale est l'adjoint clinique ou le « premier violon ». Chaque membre de l'équipe joue un rôle dans la clinique, mais ses actions sont totalement complémentaires et leurs rôles peuvent être interchangeables. Voici une liste des principaux rôles :

Médecin	
Rôle de coordination (chef d'orchestre)	Le rôle du médecin consiste à coordonner la démarche clinique et à mener l'entretien au sein de l'évaluation/orientation. Il s'assure que les étapes de la démarche clinique sont respectées (voir démarche clinique), il dirige la participation active des participants lors de la rencontre et veille à la prise de décision consensuelle issue de la concertation de tous les acteurs.
Rôle de co-intervenant	Il doit être en mesure de mettre en place son expertise, tout en faisant confiance et en laissant place à l'expertise de l'adjointe clinique. De cette façon, il pourra compléter son analyse avec les informations psychosociales nécessaires. Il doit veiller à la communication horizontale lors de la rencontre.
Rôle d'expert médical	Le médecin est bien évidemment responsable de dispenser les soins globaux de l'enfant. Il émet les diagnostics, traite et peut référer à des spécialistes selon le cas. Il a un rôle central dans l'intervention préventive. Il s'assure de suivre une démarche basée sur des données probantes.

Rôle de référence ou conseil	Le médecin suit le développement de l'enfant en guidant et en conseillant la famille vers des ressources adéquates ou des thérapies adaptées aux besoins de l'enfant. Il est la référence clinique concernant les diagnostics des enfants et apporte des conseils pour le suivi de chaque situation aux autres intervenants.
Rôle de transmission de savoirs	Le médecin doit être au courant des avancées scientifiques en matière de développement et de bien-être de l'enfant et doit veiller à la transmission et l'appropriation de ces savoirs au sein de l'équipe.
Rôle de porte-parole ¹	Le médecin doit adopter une approche proactive quant à la sensibilisation des parents, des éducateurs, des politiciens, des leaders d'opinion et d'autres acteurs sur les effets du stress toxique et les bénéfices potentiels de prévenir ou de réduire les sources de ce stress chez les enfants au sein d'une communauté donnée.
Adjoint clinique (travailleuse sociale)	
Rôle d'évaluation préalable	L'adjoint clinique se doit d'évaluer les besoins des enfants et des parents avant la clinique.
Rôle d'évaluation psychosociale	L'adjoint clinique doit être en mesure de faire une évaluation psychosociale de l'enfant dans son contexte et de recueillir l'information nécessaire à une bonne compréhension des situations-problèmes.
Rôle de co-intervenant	Compte tenu de son expertise en matière psychosociale, l'adjoint clinique occupe une place au sein de l'équipe d'évaluation. Il doit être en mesure de mettre en place son expertise, tout en laissant place à l'expertise du médecin.
Rôle de lien de confiance	La relation de proximité entre la travailleuse sociale, l'enfant et la famille est un facteur important pour susciter la mobilisation et pour assurer un soutien plus efficace. Ceci garantit la construction d'un lien de confiance au fil du temps.
Rôle de lien avec le réseau communautaire	L'adjoint clinique facilite la référence à des organisations du milieu pouvant appuyer les enfants et les familles de façon adéquate. Il se doit de connaître les programmes préventifs en place dans la communauté et à défaut, s'assurer de leurs disponibilités dans d'autres milieux.
Rôle de suivi du plan d'action	L'adjoint clinique doit s'assurer de l'évolution de l'enfant selon le plan d'action établi en clinique et doit être en mesure de conseiller des modifications selon chaque situation. Cela l'amènera à s'assurer de la cohérence des services autour de l'enfant et à apporter des rectifications selon sa lecture de la situation.
Intervenant spécialisé	
Rôle de lien de confiance et rassembleur	Du fait du suivi régulier, l'intervenant spécialisé (psychoéducatrice, art-thérapeute, musicothérapeute,

¹ American Academy of Pediatrics (2011)

	psychologue, etc.) est souvent celui que possède le lien de confiance avec la famille. La famille reconnaît les compétences de l'intervenant et la présence de l'intervenant rassure la famille lors de l'évaluation/orientation.
Rôle de relayeur d'information	L'intervenant spécialisé procure des renseignements précis sur la situation de l'enfant et permet ainsi une meilleure compréhension des situations-problèmes.

3.9.4 D'après cette liste de rôles, nous pouvons faire ressortir un éventail de compétences et d'aptitudes conjointes qui forment ensemble le capital collectif de l'équipe de PSC. Parmi les savoir-faire et les savoir-être, nous distinguons les suivants :

Savoir-faire²

- Être en mesure d'adopter une démarche critique basée sur des données probantes scientifiques (sources de stress).
- Être en mesure d'appliquer une approche globale ou holistique de la santé (santé=social; social=santé).
- Être en mesure de mobiliser et de recentrer les participants de la rencontre autour des besoins et des droits des enfants.
- Être en mesure de mettre en lumière la résilience de l'enfant, de la famille et de la communauté.
- Être capable de favoriser le dialogue axé sur la concertation.
- Être en mesure d'opérer une pensée complexe (non uniforme et non parcellaire des disciplines).
- Être en mesure de laisser place à l'expertise des co-intervenants.
- Être en mesure d'aboutir à une prise de décision consensuelle à travers la coconstruction des hypothèses et des pistes de solution.
- Être en mesure de prendre des risques calculés pour faire avancer le dossier de l'enfant.
- Être capable d'arriver à partager ouvertement la responsabilité des différents participants de la rencontre dans le but d'atteindre les objectifs du plan d'action.
- Être en mesure de réaliser une évaluation en mouvement.
- Être en mesure d'apprendre à intervenir dans et avec les milieux de vie des enfants.
- Être en mesure de connaître et d'approfondir les principaux problèmes de santé de l'enfant générés par des environnements difficiles tels que l'état de pauvreté, la violence, les difficultés sociales, la violence, les négligences et les toxicomanies.
- Être capable de développer des habiletés pour évaluer la capacité parentale et l'état de la communication parent-enfant.
- Être en mesure de développer des habiletés pour définir des plans d'intervention individualisés à partir de la priorisation des besoins.

² Plusieurs compétences sont inspirées des comportements attendus du leadership partagé (Luc, 2010, p.9).



- Être capable d'apprendre à mobiliser et à appuyer les autres ressources de la communauté.

Savoir-être

Leadership, orchestration, confiance, respect, dynamisme, écoute, observation, humanisme, empathie, sens de l'accueil, aptitude pour la résolution de problèmes, orientation communautaire, éthique, curiosité, support, jugement.