

Partie présentant l'accès en pédiatrie sociale en communauté

Cette partie présente la notion d'accès¹ en pédiatrie sociale en communauté et les différentes stratégies mises en place dans la pratique pour répondre à cet objectif. Nous présenterons tout d'abord le cadre théorique choisi pour l'expliquer et nous décrivons ensuite les trois caractéristiques propres à la pédiatrie sociale en communauté : proximité et milieu de vie; système de référence accessible et efficace; et dépistage in situ.

1. Cadre théorique : modèle BM (*Behavioral Model of Health Services Use*)

- 1.1 La pédiatrie sociale en communauté vise à ce que tous les enfants en situation de vulnérabilité puissent accéder à des services de santé, sociaux et juridiques de qualité, au même titre que leurs pairs issus des milieux plus favorisés. Elle suit les quatre recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'accessibilité : la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information, le tout dans une logique de système de santé équitable visant la couverture universelle, les soins centrés sur la personne, l'intégration de la santé dans toutes les politiques et la gouvernance participative (OMS, 2012).
- 1.2 Améliorer l'accès à la santé est l'un des objectifs prioritaires pour promouvoir l'inclusion sociale, l'égalité des chances entre les individus (Allin et Masseria, 2009), l'utilisation de services de qualité et l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services (Andersen et Davidson, 2001).
- 1.3 L'accès est un concept complexe qui présente plusieurs définitions (Xu, Saksena et Evans, 2010; Anday et Andersen, 1974), selon : 1) les caractéristiques de la population (salaire de la famille, assurance maladie, attitudes envers la pratique et les praticiens de la santé et des services sociaux, etc.); 2) le système de prestations de services et son utilisation (organisation des services); 3) des indicateurs de satisfaction du passage des individus dans le service; 4) les attitudes des familles disposées à chercher les services; et 5) les besoins non satisfaits et les droits bafoués; 6) les services financièrement accessibles, entre autres.

¹ L'accès est plus connu sous le nom d'accueil au sein de l'équipe de PSC.



- 1.4 La pédiatrie sociale en communauté définit l'accès comme l'utilisation effective des services de soins de santé, sociaux et juridiques. « L'accès ne signifie pas seulement visiter le fournisseur de soins, mais aussi avoir des services de qualité, au bon moment, afin de promouvoir de meilleurs résultats au niveau de la santé de l'individu » (Andersen et Davidson, 2001, p. 3).
- 1.5 Un des modèles les plus utilisés, notamment aux États-Unis, en Angleterre et en Allemagne, pour étudier la question de l'accès est le modèle BM (*Behavioral Model of Health Services Use*) (voir graphique 1), développé par Ronald M. Andersen en 1968, et qui demeure aujourd'hui encore l'un des modèles largement reconnus par la recherche (Babitsch, Gohl et Lengerke, 2010, p. 3). Nous allons suivre la description de ce modèle, à travers son explication la plus récente (Andersen et Davidson 2001), afin de mieux expliquer par la suite l'accès aux services en PSC.
- 1.6 Selon le modèle, l'amélioration de l'accès à des prestations de soins de santé ou sociaux est plus efficace si elle met l'accent sur deux éléments : les déterminants du contexte et les déterminants individuels (Andersen et Davidson, 2001). Le contexte prend en compte tout l'environnement et toutes les circonstances de l'accès à des soins de santé. Il s'agit notamment des organisations qui offrent des services et des caractéristiques communautaires. Pour ce qui est de l'individu, il s'agit de la relation entre ce dernier et l'adhésion à des groupes (familial, professionnel, organisationnel) ou à un lieu de résidence (quartier, communauté, ville).
- 1.7 Pour les deux catégories (contextuelle et individuelle), le modèle décrit trois composantes majeures² : 1) les conditions qui prédisposent les individus à utiliser ou non les services de soins de santé et sociaux; 2) les moyens qui permettent de faciliter ou d'empêcher l'utilisation de ces services; et 3) les besoins de l'individu ou des fournisseurs de services reconnaissant la nécessité d'un traitement, d'un diagnostic ou d'une aide.

Les caractéristiques des prédispositions contextuelles et individuelles :

- La composition démographique et sociale des communautés (incluant âge, genre et état civil de la communauté). Ces caractéristiques démographiques présentent

² Les tableaux suivent la description d'Andersen et Davidson (2001)



des impératifs biologiques (âge, sexe, ethnicité) suggérant le type de services de soins nécessaires dans un territoire.

- Les caractéristiques sociales décrivent, entre autres, le niveau d'éducation, l'emploi, les origines ethniques, le réseau social, le niveau de sécurité et de délinquance. Elles permettent de mieux saisir le degré de solidarité ou de support d'une communauté vis-à-vis des personnes ayant besoin d'accéder à des services de soins.
- Les croyances, les normes culturelles et les perspectives politiques indiquent la perception des utilisateurs quant à la façon dont les services de soins devraient être organisés, financés et accessibles à la population, ainsi que les connaissances sur la santé.

Les moyens contextuels et individuels facilitant ou empêchant l'accès aux services :

- Les politiques publiques locales et nationales.
- Les caractéristiques financières de la population : salaire moyen, assurance maladie, couverture sociale, coût des services de soins de santé, etc.
- L'organisation ou le système de prestation des soins : le volume et la distribution des services disponibles, les professionnels qui délivrent les services, le premier contact, la structure (incluant l'équipement) et les programmes d'éducation aux patients. Il s'agit aussi de savoir si l'individu en question a un accès régulier aux services de soins et de connaître la nature de ce service (p. ex., médecin privé, clinique communautaire, urgence, etc.)

Les besoins contextuels et individuels :

- L'environnement physique du milieu et son impact sur la santé : la qualité du logement, la qualité de l'air, de l'eau et du sol, les espaces verts, les îlots de chaleur, les accès routiers, etc.
- Les indicateurs de santé de la population, incluant les déterminants de la santé et les morbidités.
- La façon dont chaque individu perçoit son état de santé et la réponse émotionnelle face à un problème de santé ou social. La perception doit être vue

comme un phénomène social qui est déterminé par les caractéristiques sociales et les croyances sur la santé.

- 1.8 À part ces trois principales composantes du modèle, Andersen décrit deux autres éléments qui vont influencer l'utilisation des services de la part d'un individu : les comportements en matière de santé et les résultats après l'intervention ou le service.

Les comportements en matière de santé :

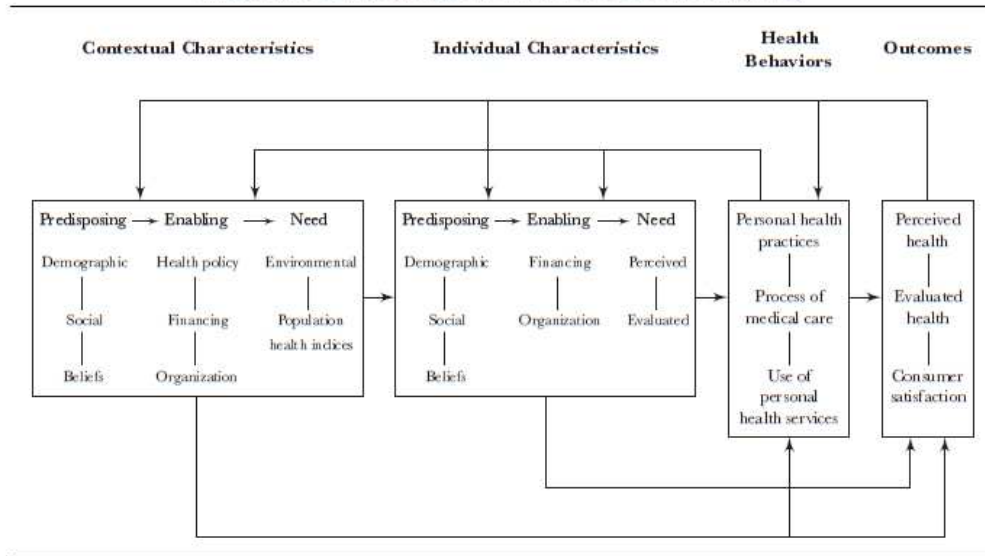
- L'hygiène de vie et les pratiques personnelles en matière de santé, incluant la nutrition, l'exercice, la réduction du stress, l'utilisation des médicaments, les soins personnels, l'adhésion à un régime de santé, etc.
- Le processus de soins : le comportement des fournisseurs de services et leur interaction avec les patients, incluant la façon de donner des conseils et d'éduquer, l'accompagnement, les références à d'autres services, la qualité de la communication, etc.
- L'utilisation des services de soin de santé : le type de service, le motif et l'intervalle de temps à partir de la première rencontre et tout au long du continuum des soins.

Les résultats :

- La perception de santé après les services : cette perception dépend de plusieurs facteurs tels que l'utilisation des services de santé, les facteurs contextuels et individuels, incluant les caractéristiques démographiques et sociales, les pratiques individuelles et les croyances.
- L'évaluation de l'amélioration de l'état de santé : elle dépend notamment du jugement des professionnels.
- La satisfaction du patient : il s'agit de comprendre comment l'individu se sent vis-à-vis de sa santé après les soins reçus.

Graphique 1 modèle BM 'Behavioral Model of Health Services Use'

FIGURE 1.1. A BEHAVIORAL MODEL OF HEALTH SERVICES USE INCLUDING CONTEXTUAL AND INDIVIDUAL CHARACTERISTICS.



1.9 Le modèle BM montre l'importance de la prise en compte de la dynamique entre l'environnement externe (milieu) et interne (noyau familial) de l'individu (dans notre cas l'enfant). Il s'aligne avec la notion d'écologie sociale qui met en évidence la relation intrinsèque entre les déterminants environnementaux et sociaux et la santé. Cela suppose un changement de paradigme : plutôt que de recourir à des interventions qui visent à changer le comportement des personnes, choisir des interventions plus holistiques qui cherchent à comprendre les interdépendances socioéconomiques, culturelles, politiques, environnementales, organisationnelles, psychologiques et biologiques qui déterminent la santé d'un individu (Stokols, Allen et Belligham 1998). Tous ces facteurs interreliés vont influencer l'accès aux services d'une communauté donnée et leur utilisation.

1.10 L'expérience en PSC montre que la preuve de l'accès n'est pas la disponibilité en soi des services et des ressources, mais bien la cohérence de ces services et leur utilisation par les enfants et les familles qui en ont besoin dans une zone d'intervention déterminée. Cela se traduit par la participation de la communauté, la mise en place de diagnostics vérifiés et des services de soins adaptés aux besoins des enfants et des familles. L'accès est alors garanti par un système de référence efficace, des projets de dépistage avec la participation de la communauté (in situ) et leur en proximité avec les populations en situation de vulnérabilité dans leur milieu de vie. Ces

trois caractéristiques font partie des recommandations des *Evidence Based Management* de l’American Academy of Pediatrics (2011), que nous expliquerons de façon détaillée par la suite.

Savoirs concernant l’accès :

BM ‘*Behavioral Model of Health Services Use*’, auteur: Andersen Ronald
Écologie sociale, auteurs: Arnold Binder, Daniel Stokols, Ray Catalano, Thomas Crawford et Dave Taylor (Whiteley, 1999)

2. Les caractéristiques de l’accès en pédiatrie sociale en communauté

2.1 Proximité et milieu de vie

2.1.1 Comme nous l’avons expliqué dans le modèle BM présenté précédemment, il existe certaines conditions qui prédisposent les enfants et les familles à utiliser un service, selon les caractéristiques de l’individu et du contexte. En matière de soins des enfants et des familles en situation de vulnérabilité, ces caractéristiques sont, entre autres : l’âge des enfants (0-17 ans), le sexe, la nationalité, l’ethnicité, la religion, le lieu de résidence (quartier ou secteur rural), la perception de sécurité, le niveau d’éducation de la mère et du père, le type de famille (monoparentale ou autres), le niveau de revenu de la famille, la couverture sociale, la perception de son état de santé, l’environnement physique du quartier, le contexte relationnel et social et les normes culturelles.

2.1.2 Un des facteurs les plus importants qui influence l’accès à l’utilisation des services est l’attitude et les connaissances des individus à l’égard de la santé (voir comportements en matière de santé dans le modèle BM). Cela dépend entre autres des caractéristiques sociales et culturelles des individus dans leur contexte de vie (Aday et Andersen, 1974). Dans le cas des enfants et des familles en situation de vulnérabilité (en raison de la complexité des situations qu’ils traversent), la proximité et le milieu de vie sont perçus comme des facteurs de confiance et de non-jugement³, deux éléments qui pousseraient les personnes à aller vers un type de services plus qu’un autre (« willingness » Mecanic sous Aday et Andersen, 1974). C’est en effet l’expérience vécue au sein des CPSC et la place que l’équipe offre aux enfants et aux familles à partir du premier contact

³ D’après les observations, les entrevues avec les intervenantes et les discussions avec les familles



(l'accueil) qui permet une approche égalitaire sans jugement et une action centrée sur l'empowerment.

- 2.1.3 L'accueil en PSC représente la porte d'entrée sur un milieu chaleureux pour les enfants, les familles et tout autre adulte significatif qui côtoie l'enfant. Comme l'approche est centrée sur l'enfant, il faut aller chercher cet enfant et prendre le temps de le recevoir en lui donnant toute l'attention nécessaire. La personne responsable de l'accueil joue donc un rôle central dans l'approche, puisque sur elle repose le premier contact, moment clé de l'apprivoisement de l'enfant et de sa famille. Son approche doit être conviviale, familière et informelle. D'ailleurs, les recherches sur l'informalité et l'innovation de L'Institut national de la recherche scientifique du Centre d'Urbanisation, Culture et Société de Montréal montrent que les comportements collectifs informels sont une forme radicale d'innovation sociale (Lesemann, 2011). Dans le cas de la PSC, l'innovation est associée au fait de rendre plus humain le premier contact entre les intervenants et l'enfant et sa famille, ce qui va permettre par la suite l'adhésion, la participation et l'assiduité de cette famille aux services du CPSC.
- 2.1.4 Notons que les familles nomment l'accessibilité et la convivialité comme deux caractéristiques propres à la PSC et qui la distinguent d'autres types de services (Marcoux, 2010). Ces deux éléments (proximité et milieu de vie) s'imposent dans l'intervention comme des conditions nécessaires à une bonne compréhension de la dynamique entre l'enfant et la communauté (environnement externe) et entre l'enfant et sa famille (environnement interne).
- 2.1.5 Le lieu dans lequel les services sont offerts joue aussi un rôle important dans l'accessibilité (Aday et Andersen, 1974). Cet élément distingue la pédiatrie sociale en communauté des autres approches de santé. En effet, le lieu appelé Centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) – qu'il soit situé dans une maison, un appartement dans un HLM, un organisme communautaire, des locaux dans une école, etc. – permet de répliquer un milieu de vie familial, créant ainsi un lien privilégié entre les individus et les intervenants et reflétant l'humanisation des soins de santé et sociaux. Rappelons qu'avant l'existence des CPSC, le lieu des rencontres était la maison des enfants. Alors, la salle à manger, le salon et la chambre servaient souvent de lieu de pratique permettant de mettre l'enfant à l'aise. Cette volonté de ne pas rompre avec le milieu de vie est présente aujourd'hui par des espaces semblables à une maison. La réception correspondrait au

salon, la clinique à la salle à manger et dans la clinique, il existe un sous-espace : le lit d'auscultation, qui ressemblerait à la chambre à coucher de l'enfant. Le centre est ainsi vu par les familles comme un lieu de résilience et un facteur de protection (Marcoux 2010).

2.1.6 Le lieu physique de proximité fait partie intégrante de la vie du quartier, permettant aussi de favoriser le sentiment d'appropriation et d'appartenance des enfants et des familles aux services et aux ressources. La proximité a un indicateur : la marche, et une zone géographique limitée : le quartier⁴. Autrement dit, l'enfant et sa famille doivent pouvoir marcher pour arriver au lieu des services et doivent habiter dans le quartier où le CPSC est installé. Rappelons que la PSC est présente dans les quartiers urbains et les secteurs ruraux des territoires qui présentent des indices élevés d'iniquité sociale⁵ et un nombre élevé d'enfants en situation de vulnérabilité⁶ âgés de 0 à 17 ans.

Particularités concernant la proximité et le milieu de vie

- L'approche égalitaire (attitude des professionnels) entre l'équipe de PSC, la famille et les intervenants du réseau, en raison de la convivialité et de l'absence de jugement, influence l'accès à l'utilisation des services.
- Le premier contact, appelé accueil, devient une étape centrale pour favoriser l'accessibilité aux services et la rétention.
- Le milieu de vie dans lequel les services sont offerts est un facteur de protection et de résilience qui garantit l'accessibilité aux services.
- Le lieu physique de proximité assure un sentiment d'appartenance et d'appropriation chez les usagers, permettant ainsi l'accessibilité géographique aux services et aux ressources.

Savoir-faire

- Être en mesure de comprendre les relations entre les déterminants de la santé et les difficultés de l'enfant, et d'agir sur ces relations.
- Être capable d'identifier les besoins de l'enfant en lien avec ses droits bafoués.
- Être en mesure d'intervenir dans des milieux défavorisés suivant une approche de proximité.
- Être capable d'écouter et de comprendre autrui.

⁴ L'approche s'est développée à Montréal, mais il existe d'autres centres qui se développent en région; la distance devient donc un facteur à repenser dans le modèle.

⁵ L'indice de la défavorisation (matérielle et sociale) de Montréal, l'espérance de vie, l'hospitalisation, l'utilisation des services sont quelques indicateurs suivis par la PSC.

⁶ En pédiatrie sociale en communauté, l'enfant en situation de vulnérabilité est celui qui se heurte à des obstacles persistants dans sa vie en raison du stress toxique empêchant le développement de son plein potentiel et allant à l'encontre de ses droits énumérés dans la Convention relative aux droits de l'enfant.

- Être capable d'appivoiser l'enfant et sa famille, d'avoir une approche conviviale et accessible.
- Être capable d'agir en collégialité avec les réseaux familial, social et institutionnel.

Savoir-être

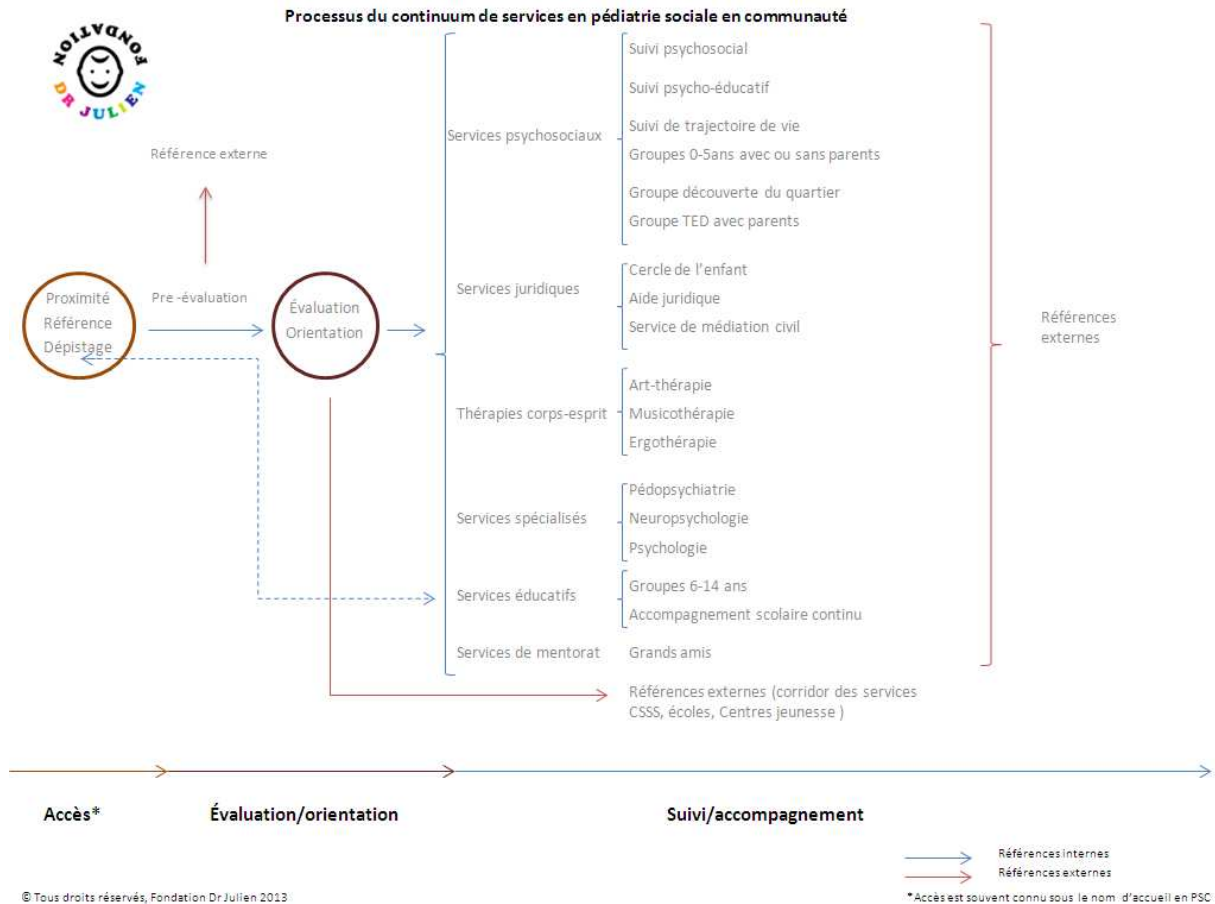
Empathie, absence de jugement, confiance, flexibilité, respect, bon relationnel, attitude accueillante, dynamisme, charisme

2.2 *Un système de référence efficace*

2.2.1 Selon Andersen (2001), le motif de la visite peut être de trois types : préventif, curatif ou en lien avec un soin de garde ('custodial care'). La référence préventive vise à arrêter la maladie avant qu'elle ne commence (p. ex., bilan de santé et immunisation), la référence curative ou de remédiation vise à mettre en place un traitement pour retourner un patient à un état de santé normal ou le stabiliser, et la référence en lien avec un soin de garde vise à accompagner des patients dans leur traitement (p. ex., enfant à l'hôpital). Ces trois types de références supposent la mise en place d'une organisation avec différents services de soins, adaptés selon le motif de la référence.

2.2.2 En PSC, les références sont d'ordre préventif et curatif, mais derrière chacune se cache une diversité de besoins non comblés, et ce, en raison de la complexité des situations que traversent les enfants et les familles. Pour comprendre le système de référence, il faut suivre l'organisation des services en PSC. C'est à partir du schéma du continuum de services qu'on arrive à comprendre pourquoi les CPSC deviennent des structures qui assurent un mécanisme intégrateur entre les différents réseaux (familial, social et institutionnel).

Graphique 2 – Schéma du continuum de services



© Tous droits réservés, Fondation Dr Julien 2013

2.2.3 En amont de la première rencontre d'évaluation/orientation : En général, la principale provenance des références est le réseau institutionnel (notamment CLSC et école), suivi du réseau familial et finalement, du réseau social (organismes communautaires)⁷. Le principal motif de la référence institutionnelle est lié au diagnostic (besoin, révision ou validation d'un diagnostic). Pour ce qui est des références familiales, les motifs principaux sont l'absence de cohérence dans les services qui empêche la compréhension des problématiques des enfants de la part des familles, l'arrivée dans le quartier d'une nouvelle famille et le besoin de soutien dans une situation familiale complexe. Pour ce qui est des références des organismes communautaires, les motifs tournent autour des difficultés complexes rencontrées chez l'enfant et sa famille.

2.2.4 Dans la pratique, une évaluation préalable se fait soit par téléphone, soit face à face par une adjointe clinique de garde. Cette pré-évaluation ne suit pas une grille de critères parce que la PSC

⁷ D'après la révision des notes des pré-évaluations et des discussions avec la directrice clinique de la FDJ.



évite tout usage visant à encadrer l'analyse de la situation de l'enfant et de la famille par des critères préétablis. L'évaluation se centre sur l'expérience de la situation racontée par la famille ou la personne qui fait la référence. C'est une façon de faire qui permet de mieux saisir le sens⁸ de l'histoire de chaque enfant et de chaque famille et de ne pas simplifier ou uniformiser les situations complexes vécues par eux. Il faut noter que « l'usage de protocoles peut entraîner des effets aliénants non seulement sur les intervenants, mais aussi sur les familles si elles n'ont pas la possibilité de se centrer sur leur expérience locale, de s'exprimer sur celle-ci et de lui donner un sens » (Lacharité sous Mongeau, Asselin et Roy sous presse).

- 2.2.5 Cette évaluation préliminaire se déroule dans un dialogue ouvert entre l'adjoint clinique et la personne faisant la référence à travers une série de questions médico-sociales qui prennent en compte de façon générale les éléments suivants (liste non exhaustive dressée à des fins d'explication) :

Sur le plan du réseau familial : le type de famille (monoparentale ou pas), la relation parent-enfant, la santé globale de l'enfant et de l'adulte vivant avec l'enfant, l'assurance maladie, les conditions matérielles, le niveau de revenu du foyer.

Sur le plan du réseau social : le degré des liens existants autour de la famille (voisinage, appartenance à un groupe quelconque, etc.), l'ancienneté de la famille dans le quartier (famille arrivante sans réseau social), la perception de la relation de l'enfant avec ses amis à l'école ou dans d'autres milieux qu'il fréquente, la perception de sécurité dans le quartier ou secteur.

Sur le plan de l'organisation des services par le réseau institutionnel : la volonté de vouloir aller vers les services publics (CLSC ou autres organismes communautaires), le manque de services, la cohérence dans les services offerts à la famille, la crainte de la famille à l'égard d'un possible retrait de l'enfant, le coût des services, la perception d'absence de diagnostic ou la crainte d'un mauvais diagnostic.

- 2.2.6 Après cette pré-évaluation, si la référence est jugée pertinente en raison de la demande de services, de la cohérence des services en place, de la provenance de la référence, du lieu de

⁸ En PSC, on ne se limite pas au symptôme ou à la cause d'une maladie, on va au-delà pour comprendre le sens de la situation de l'enfant. Autrement dit, la prise en compte de l'environnement interne et externe à l'enfant aide à saisir la demande de l'enfant et de la famille dans toute sa complexité.



domicile de l'enfant et de la complexité des situations médicales et psychosociales, l'enfant, sa famille et toute personne significative de l'entourage de l'enfant sont invités à une première rencontre d'évaluation/orientation. Il faut aussi noter que l'adjointe clinique ou la TS peut se déplacer à domicile, prendre contact avec d'autres intervenants impliqués auprès de la famille ou chercher plus d'information auprès des réseaux – familial, social ou institutionnel – avant de prendre la décision de la diriger vers un suivi en clinique.

2.2.7 *En aval de la première rencontre d'évaluation/orientation* : Après l'évaluation/orientation, chaque enfant est référé à des services offerts au sein du CPSC ou dans d'autres points de services. Les corridors des services préétablis, notamment avec les CLSC, permettent l'accès direct à des services spécialisés sans passer par le processus initial de soins.

2.2.8 Le système de référence devient efficace grâce à l'organisation qui est mise en place pour répondre aux besoins préventifs et curatifs de l'enfant. L'intervalle de temps pour accéder aux services et la structure de l'organisation à l'interne sont deux caractéristiques majeures à soulever.

Le temps

2.2.9 S'agissant de l'intervalle de temps pour accéder aux services, Andersen (1974) cite quelques éléments à prendre en compte : le temps d'attente entre la référence et le premier service; le temps de déplacement pour accéder au lieu du service; le temps d'attente et le temps de la rencontre; et le temps pour référer à d'autres services.

2.2.10 En PSC, la notion de temporalité se traduit ainsi :

Graphique 3 –Tableau de l'intervalle de temps en PSC

Temps d'attente entre la référence et la première E/O	1 à 2 mois En cas d'urgence, l'enfant est vu immédiatement après une évaluation de la situation faite par la directrice clinique.
Temps de déplacement	Il varie selon le quartier : transport en commun ou à pied. Pas plus d'une demi-heure.

Temps de la rencontre E/O et d'attente	45 min. à 1 heure
Temps pour référer à d'autres services	Services internes : selon l'urgence (immédiat ou maximum 1 mois selon le service) Services externes : selon la liste d'attente et le partenariat tissé.

- 2.2.11 La PSC vise une approche personnalisée des soins. Le processus de référence et le temps de prestation des services peuvent alors varier au cas par cas. Le temps de prestation des services suit la trajectoire de vie de l'enfant (0-18 ans) et le rythme de la famille. Si la famille décide de ne pas recevoir de services pendant un certain temps, le dossier de l'enfant restera ouvert et l'accès sera garanti.
- 2.2.12 Par ailleurs, d'après l'expérience en PSC, les familles en situation de vulnérabilité sont souvent aux prises avec des situations complexes et ne savent pas à qui adresser une demande d'aide, comment le faire, pourquoi le faire et quel est le bon moment pour le faire. Elles veulent se sentir en confiance pour pouvoir faire part de leurs difficultés et ce, de façon verbale ou non verbale. C'est pourquoi, du fait que la PSC vise à faire partie de la vie et de l'environnement du quartier, les interventions ne se limitent pas au lieu (CPSC) en tant que tel. Les interventions se font à l'école, à domicile et aussi dans la rue. Cet ancrage dans le quartier permet de rendre accessible la rencontre entre l'intervenant et les familles, procurant ainsi, dans la plupart des cas, une réponse rapide à un besoin ponctuel. Ce type d'intervention permet aux enfants et aux familles le gain de confiance et d'assurance nécessaires pour demander de l'aide, même en dehors du cadre formel d'un rendez-vous en clinique. La temporalité se voit alors effacée dans ce type d'intervention en raison de l'ancrage et de la proximité avec les intervenants.
- 2.2.13 Il faut aussi noter que dans le cas de familles vivant une situation de vulnérabilité, on a tendance à référer à d'autres intervenants ou d'autres services en raison, entre autres, de l'impuissance ressentie à l'égard de cette famille ou de la peur de tisser un lien avec elle (Mongeau, Asselin et Roy 2007). Les familles se retrouvent parfois submergées par plusieurs intervenants, elles ont du mal à se retrouver parmi toutes les références et surtout, elles ont du mal à établir un lien de confiance. La conséquence directe est un stress supplémentaire dans la vie des enfants et des familles. En PSC, les références externes sont souvent accompagnées par des intervenants du CPSC si la famille demande à avoir un type de support quelconque (Marcoux, 2010). Par exemple, lorsque les enfants et leurs familles doivent aller à un rendez-vous spécialisé à l'hôpital,

l'intervenant qui suit la famille peut se rendre disponible pour les accompagner. Cela ne vise pas à créer une dépendance de la famille par rapport aux intervenants du CPSC, mais bien au contraire à renforcer les capacités parentales par le biais du *modeling* et de l'accompagnement.

Particularités concernant le temps et l'accès aux services :

- Il n'existe pas une règle préétablie concernant le temps pour accéder aux services. Le temps dépendra de l'évaluation des besoins des enfants.
- Les corridors de services garantissent un accès rapide à d'autres services spécialisés pour les enfants et les familles vus en PSC.
- L'ancrage territorial permet de rendre accessible la rencontre entre l'intervenant et les familles, procurant ainsi une réponse rapide à un besoin ponctuel.
- Les références externes sont souvent accompagnées par un intervenant du CPSC, favorisant un gain de confiance parentale grâce au *modeling* et garantissant ainsi l'utilisation des services externes.

La structure

2.2.11 La structure est une deuxième composante de l'organisation; elle renvoie aux caractéristiques du système de prestations de services (Qui voit-il? Comment est-il traité?). Les CPSC sont la structure physique qui permet de mettre en place un continuum de services adaptés aux besoins de chaque enfant et de sa famille. Les centres sont équipés d'un espace médico-social, de consultation sociale, juridique et psychologique, d'espaces pour des groupes de stimulation, de salles de musicothérapie et d'art-thérapie, d'un lieu d'accueil, d'une cuisine accessible et dans certains cas, d'une ruelle (espace extérieur) équipée pour des activités extérieures.

2.2.12 Alors que la structure garantit la disponibilité d'une gamme de services, c'est la qualité de la relation entre l'équipe de PSC et l'enfant et sa famille qui assure la rétention au sein du continuum de soins. D'ailleurs, cette relation est perçue par les familles comme un moteur garantissant la transparence et l'honnêteté, ainsi que la qualité d'écoute et de considération (Marcoux, 2010). Notons qu'une partie du problème de l'accessibilité des soins consiste à se fonder sur des critères tels que le prix, la disponibilité, la connaissance sur la santé, etc., mais dans une moindre mesure sur des critères plus qualitatifs tels que la relation avec le soignant et le patient, qui jouent une place importante sur le plan des soins (Andersen 1974).

- 2.2.13 Par ailleurs, pour les populations en situation de vulnérabilité, l'accessibilité à un continuum cohérent de soins suppose surtout l'utilisation de services adaptés à leurs besoins (Freeborn et Greenlick sous Aday et Andersen, 1974), raison pour laquelle en PSC, l'offre de services peut évoluer d'une année à une autre, garantissant ainsi l'accès à des services selon les besoins du quartier qui changent de génération en génération. Le seul service qui reste toujours le même et ne varie jamais est l'évaluation/orientation (cœur du modèle).
- 2.2.14 C'est l'équipe interdisciplinaire au sein de chaque CPSC et la mobilisation de la communauté qui permet de mettre en place le continuum de services. Diverses disciplines font partie de la PSC : médecine, travail social, psychoéducation, neuropsychologie, pédopsychiatrie, psychologie, médiation, droit, ergothérapie, éducation, éducation spécialisée, art-thérapie, musicothérapie, orthophonie et musique. À cela s'ajoute un groupe de bénévoles qui permettent, entre autres, de mettre en place un programme de mentorat (Grands amis)⁹. L'équipe clinique est formée à l'approche de pédiatrie sociale en communauté grâce à un continuum de formation, et des supervisions internes et externes sont organisées par le responsable de chaque discipline (médicale, sociale et juridique). Les compétences et les attitudes nécessaires pour pratiquer la PSC sont détaillées dans un référentiel de compétences (voir Section 3 – Référentiel de compétences).
- 2.2.15 En ce qui concerne la distribution de ressources dans une zone géographique¹⁰ donnée, l'équipe de PSC travaille en intersectorialité, en cherchant des partenariats et des services complémentaires avec les réseaux familial, social et institutionnel (les organismes communautaires, les réseaux de services de santé et sociaux, les services juridiques privés et communautaires, les écoles, la police, etc.).

Particularités concernant la structure de l'organisation

- La relation entre l'équipe et les familles est un moteur garantissant la transparence et l'honnêteté, ainsi que la qualité d'écoute et de considération.
- Les services et les ressources s'adaptent aux besoins du quartier, permettant ainsi l'accessibilité aux services selon l'évolution de la demande locale.
- Les CPSC jouent un rôle de mécanisme intégrateur des services offerts aux enfants et aux familles en facilitant la cohérence des services au moyen d'une

⁹ Tous les services seront décrits et détaillés à la partie sur le suivi et l'accompagnement

¹⁰ Une étude sur la distribution des ressources dans la/les zone(s) géographique(s) d'intervention est nécessaire pour mieux saisir la complémentarité du modèle et la non-duplication des services.

approche interdisciplinaire et intersectorielle et en accompagnant l'enfant et la famille vers les établissements.

2.2.16 Pour résumer, cet ensemble de caractéristiques associées à l'organisation des services autour de la famille et de l'enfant permet de garantir une même source de soins, une même équipe de professionnels, un accompagnement personnalisé dans les cas de référence à des spécialistes, et une coordination adéquate des services centrés sur les besoins de la famille¹¹ (Strickland et coll. 2011).

Savoir-faire

- Être en mesure de recueillir toute l'information objective et subjective à la situation-problème.
- Être capable de faire un diagnostic plus précis de la situation-problème.
- Être capable d'identifier et d'analyser les facteurs qui influencent le bien-être et le développement de l'enfant.
- Être en mesure de chercher l'information nécessaire pour la bonne compréhension de la situation-problème.
- Être capable de saisir la demande de l'enfant et de la famille dans toute sa complexité.
- Être en mesure de référer en clinique.

Savoir-être

Empathie, absence de jugement, confiance, flexibilité, respect, être accueillant

2.3 *Dépistage*

2.3.1 La PSC se veut un modèle qui fait partie de la vie du quartier et a pour but de prendre le pouls des changements dans la zone d'intervention ('reaching-out'). En étant ancrée dans le territoire, elle permet d'attirer et de repérer des enfants à risque en raison du stress toxique (recommandation de l'American Academy of Pediatrics, 2011) et de développer des stratégies de dépistage comme moyen de prévention. Notons que les inégalités en matière de santé sont déterminées dans la plupart de cas par l'accès des individus aux ressources (Bernard et coll. 2007). Les enfants et les personnes âgées sont plus enclins à rester dans leur quartier (Robert et Li sous Bernard et coll. 2007), lequel offre soit des ressources positives (parcs, qualité des écoles, organisations

¹¹ Cinq composantes des mesures des Medical Home Centers

communautaires actives, etc.), soit des ressources négatives (pollution, violence, absence de parcs, transport en commun déficient, etc.) (Bernard et coll. 2007). Si le quartier a plus tendance à offrir des ressources négatives, il y a de fortes probabilités que les enfants soient à risque.

2.3.2 La proximité avec le milieu permet de mettre en place, avec la participation de la communauté, certains services, projets ou activités qui ont pour objectif, entre autres, de dépister les enfants en situation de vulnérabilité. Autrement dit, les intervenants doivent être en mesure d'identifier les sources de stress toxique affectant le développement et le bien-être des enfants. Ces activités visent à rejoindre le plus grand nombre d'enfants du quartier et sont les seuls services qui incluent des enfants qui ne sont pas suivis en clinique. Les intervenants, en grand nombre des éducateurs spécialisés accompagnés par des bénévoles, sont responsables de les coordonner. Du fait de leur proximité avec les enfants du quartier, ils ont un accès privilégié à leur vécu et peuvent repérer des cas qui méritent un suivi en clinique. En général, les motifs de la référence portent sur des situations complexes au sein de la famille, un manque d'accès aux services ou des problèmes de comportement des enfants¹².

2.3.3 Les activités¹³ se déroulent :

- Soit à l'intérieur du centre, par exemple Hélicium, un projet qui se déroule au sein de la cuisine du CPSC et qui permet, dans un cadre sécuritaire, d'outiller les enfants pour développer leur plein potentiel à travers plusieurs activités mises en place par des intervenants et des bénévoles;
- Soit à l'extérieur du centre, par exemple La Ruelle animée, qui est située dans la ruelle postérieure à la maison et qui vise à permettre au plus grand nombre d'enfants du quartier de profiter d'un endroit sécuritaire pour s'épanouir et apprendre par l'entremise d'activités mises en place par des intervenants et des bénévoles;
- Soit dans le cadre d'évènements, par exemple la Fête des nouveau-nés, qui rassemble le plus grand nombre d'enfants de 0 à 18 mois dans la volonté de les accueillir au sein de la famille et de la communauté.

¹² D'après les entrevues avec les intervenants et la directrice clinique.

¹³ Les activités vont être détaillées à la partie sur le suivi et l'accompagnement.

- Soit dans le cadre de sorties de groupes d'enfants au sein du quartier, par ex., des enfants qui rejoignent volontairement un groupe d'enfants suivis en clinique lors de sorties quotidiennes dans un parc du quartier.

- 1.1.1 Toutes ces activités permettent d'établir une relation de proximité entre les intervenants, les enfants et la famille. Il ne faut pas oublier que pour certains groupes comme les enfants, « le quartier représente une importante voie d'accès aux ressources ou au contraire un obstacle. Il n'est pas le seul environnement à influencer sur la santé, mais pour certains segments de la population, généralement les plus vulnérables, il est un espace déterminant » (Léa-Roback, 2007, p.2). Alors, travailler au sein du quartier permet notamment d'avoir des figures positives et significatives dans la vie des enfants, le tout dans un endroit sécuritaire. Cela permet de gagner la perception de sécurité et de créer un sentiment d'appartenance aux lieux.

Exemples de perception du quartier selon le projet La Ruelle (Isabel, 2011)

Enfants âgés de 7 à 15 ans

Comment se sentent-ils dans leur quartier?

« J'aime pas être dans les ruelles du coin le soir, il y a des kidnappeurs il paraît »
« J'ai hâte de déménager, je me sens pas en sécurité. Il y a de la violence, des chicanes, pis des gangs de rue »
« J'aime pas trop ça, ya souvent des batailles proche de ma maison »

Comment se sentent-ils lorsqu'ils sont à la Ruelle?

« De bonne humeur, j'ai pas d'inquiétudes »
« Le quartier n'est pas si pire, mais je me sens encore plus en sécurité à la Ruelle parce que mes amis et ma famille sont proches »
« Bien heureux »
« C'est important de garder la Ruelle, surtout pendant les vacances (...) on fait beaucoup d'activités au lieu de s'emmerder à la maison. »

- 1.1.2 La perception des impacts des projets in situ a des effets sur les enfants, mais aussi sur le voisinage et le quartier (Isabel, 2011). Il existerait un effet de contagion positif à travers les activités qui s'effectuent au sein de ces projets.

Particularité concernant le dépistage

L'ancrage territorial permet un sentiment d'appartenance aux lieux, la libre mobilisation des enfants et des familles aux activités proposées et une intervention clinique de dépistage des enfants à risque. Le tout garantit l'accès aux ressources positives du quartier et leur utilisation.

Savoir-faire

- Être en mesure de dépister les sources de stress toxique chez les enfants.
- Être en mesure d'avoir une qualité d'écoute et de considération respectueuse de chaque enfant et de sa famille.
- Être en mesure de faire une observation fine.
- Être capable de lire et de comprendre les actions, les gestes et les messages des enfants.
- Être en mesure de saisir la demande de l'enfant et d'identifier les situations-problèmes l'affectant.
- Être capable de chercher et d'analyser l'information.
- Être en mesure de référer en clinique.

Savoir-être

Leadership, aptitude informelle, familier et convivial, empathie, absence de jugement, confiance, flexibilité, respect

Conclusion

La pédiatrie sociale en communauté garantit l'accès à une gamme services de première ligne (services psychosociaux, psychoéducatifs, juridiques, thérapies corps-esprit, mentorat et services éducatifs) à travers des soins de premier contact, continus, globaux et coordonnés¹⁴, mais aussi de deuxième ligne via des services à l'interne (pédopsychiatrie, neuropsychologie, psychologie, orthophonie) ou des corridors vers des services spécialisés (centre hospitalier universitaire, centre d'hébergement, centre de santé et des services sociaux, etc.), et même de troisième ligne (accompagnement vers des centres hospitaliers, des centres jeunesse, etc.). C'est pourquoi les CPSC deviennent des mécanismes intégrateurs de services à tous les niveaux.

La raison principale de cette particularité repose sur l'accessibilité facile et rapide aux ressources et sur la relation égalitaire intervenants-enfants/familles qui permet un gain de confiance et une intervention clinique de proximité. Ces deux éléments sont possibles grâce à l'ancrage territorial au sein du milieu (dans le cas montréalais, le quartier).

¹⁴ Faisant référence à la définition des soins de première ligne. Barbara S. (1994) Is primary care essential? Primary Care Tomorrow. The Lancet vol 344(8930), 1129-1133

Références

- Allin S. et Masseria C. (2009). Unmet need as an indicator of access to health care in Europe, European Commission, Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Unit E1 – Social and Demographic Analysis, p. 1-21
- American Academy of Pediatrics (2011). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Early Childhood, adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating developmental Science Into Lifelong health, Pediatrics, p. e225
- Anday L. et Andersen R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care, Health Services Research, 9(3): 208-220
- Andersen RM. et Davidson PL. (2001). Improving access to care in America : individual and contextual indicators. In : Andersen RM, Rice TH, Kominski EF, eds. Changing the US health care system : key issues in health services, policy and management. San Francisco, CA : Jossey-Bass ; 2001, p.3-30
- Babitsch B., Gohl D. et Von Lengerke T. (2012). Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. GMS Psycho-Social-Medicine, Vol. 9, p1-15
- Bernard P., Charafeddine R., Frohlich K., Daniel M., Kestens Y. et Potvin L. (2007). Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. Social Science & Medicine 65; 1839-1852
- Daneman, D., Kellner, J., Bernstein, M., K Dow, MA Dugas, C Duffy, A Eddy, G Filler, J-Y Frappier, S Gilmour, L Givelichian, L Huang, C Rockman-Greenberg, M Shevell, C Vardy, H Walti, E Orrbine, M Williams (2013). Social paediatrics : From 'lip service' to the health and well-being of Canada's children and youth, The Journal of the Canadian Paediatric Society, Vol 18 Nro 7, p. 351-352
- Isabel M. (2011). La Ruelle d'AED : impact du projet sur les enfants, les éducateurs et le voisinage, Assistance d'enfants en difficulté (AED), Fondation du Dr Julien, p1-40
- Lacharité C. (2009). L'approche participative auprès des familles, dans C.Lacharité et J-P Gagnier (dir.), Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action, Montréal, Chenelière Education, p. 157-182
- Léa-Roback (2007). Mieux comprendre le lien entre le quartier et la santé. Le point sur...l'effet de quartier, nro1, p.1-8
- Lesemann F. (2011), Social Innovation, Informality and Social Science, Intl Conf on Indicators and Concepts of Innovation, Vienna, p.1-7
- Marcoux (2010). Évaluation Prévention de la négligence parentale dans le quartier montréalais d'Hochelaga, Ministère des Services Sociaux et de Santé et Fondation du Dr Julien, p.1-44



Mongeau S., Asselin P. et Roy L. (sous presse). L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social, pour une prise en compte de la complexité, Problèmes sociaux : théories et méthodologies de l'intervention sociale, Tome IV.

Mongeau S., Asselin P. et Roy L. (2007). L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social, pour une prise en compte de la complexité, Problèmes sociaux : théories et méthodologies de l'intervention sociale, Tome IV, p.187-214

Organisation Mondiale de la Santé OMS (2012). Le droit à la santé, aide mémoire nro. 323, sous <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/> consulté le 05 septembre 2013

Robert S.A. et Li L.W. (2001). Age variation in the relationship between community socioeconomic status and adult health. *Research on Aging*, 23(2), 234-259

Stokols D., Allen J., et Bellingham R. (1996). The Social Ecology of Health Promotion: Implications for Research and Practice. Introductory article published in a special issue of the *American Journal of Health Promotion* featuring "Social Ecological Perspectives on Health Promotion", Volume 10, pp. 247-251.

Strickland B.B., Jones J., Ghandour R., Kogan M. et Newacheck P. (2011). The Medical Home : Health Care Access and Impact for Children and Youth in the United States, *Pediatrics*, 127; 604.

Ville de Montréal (2013). Indice de la défavorisation retenu pour la ville de Montréal, http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=8258,90427994&_dad=portal&_schema=PORTAL consulté le 15 juillet 2013

Whiteley J. (2009). Conceptual Social Ecology. School of Social Ecology, UC Irvine, sous <http://socialecology.uci.edu/cse/cse.html>, consulté le 13 août 2013

Xu K., Saksena P et Evans D. (2010). Health financing and access to effective interventions. World Health Report, background paper, 8, World Health Organization