



Modèles d'intégration de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté

Division de transfert des connaissances | mars 2017



Fondation du Dr Julien
1600 rue Aylwin
Montréal QC H1W 3B8
Canada

T. : 514 528 8488
Courriel : info@pediatriesociale.org
www.pediatriesociale.org
Avril 2017

Édition (1^{re} version)
Division de transfert de connaissances
Révision des textes : Division de transfert de connaissances



AVANT-PROPOS

Modèles d'intégration de l'infirmière en soins de pédiatrie sociale en communauté

La pédiatrie sociale en communauté (PSC) est un modèle de médecine sociale intégrée centré sur les besoins de l'enfant et axé sur sa force, celle de sa famille et de sa communauté. Il unit l'expertise de la médecine, du droit et des sciences sociales, afin de dépister, réduire ou éliminer les sources de stress toxique ou facteurs de risque qui affectent le développement et le bien-être de l'enfant issu d'un milieu défavorisé. Afin de rejoindre ces enfants en situation de vulnérabilité, ce modèle, développé par le pédiatre Gilles Julien, propose une méthode appelée APCA (apprivoisement, partage, compréhension et action) qui permet d'apprivoiser les enfants et les familles dans le but de favoriser l'accès efficace à des services cohérents, à travers un plan d'action concerté entre tous les acteurs impliqués. À ce jour, ce modèle se développe dans 21 centres de pédiatrie sociale au Québec (CPSC).

En février 2015, la Fondation du Dr Julien et le CSSS Lucille-Teasdale (maintenant CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal) obtiennent la subvention « Pour mieux soigner » de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Cette subvention vise à mettre en place un projet d'intégration d'infirmières cliniciennes au sein de la pédiatrie sociale en communauté au Québec dans le but d'accroître l'accès à des services cohérents pour les enfants issus d'un milieu vulnérable.

Le premier objectif de ce projet est de former une cinquantaine d'infirmières et infirmiers cliniciens à la pratique interdisciplinaire de la pédiatrie sociale en communauté en facilitant l'acquisition de compétences et d'aptitudes leur permettant d'intervenir auprès de populations vulnérables. Le second objectif visait à intégrer des infirmières et infirmiers dans les équipes de pédiatrie sociale en communauté et ainsi tester un projet pilote qui pourrait par la suite être déployé auprès des autres centres de pédiatrie sociale en communauté.

Pour ce faire, ce projet planifiait de dresser un profil de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté, de développer un programme de formation adapté à ces professionnels, de sensibiliser une centaine d'entre eux et d'en former une cinquantaine à la pratique de la pédiatrie sociale en communauté.

Ce document présente les modèles d'intégration de l'infirmière en soins de pédiatrie sociale en communauté qui en ont découlé. Il est le résultat d'un processus de systématisation, de réflexion et de co-construction qui a eu lieu entre avril 2015 et septembre 2016 et qui s'est appuyé majoritairement sur la pratique clinique de l'infirmière au sein du centre de pédiatrie sociale de Lévis, ainsi que celle du centre de pédiatrie sociale en communauté d'Hochelaga-Maisonneuve et sur la contribution du CPSC de Québec. Nous avons aussi pris en compte l'expertise de la direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'expérience d'une experte externe et les rétroactions du comité d'évaluation du projet.

Le principal objectif de ce document est de présenter les différents modèles d'intégration de l'infirmière clinicienne dans le continuum de services de la pédiatrie sociale en communauté selon le lieu de pratique : 1) région urbaine, 2) région éloignée ou 3) Grand-Nord). Il s'appuie sur le champ d'exercices de l'infirmière de proximité validé et autorisé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, sous le titre



« L'univers des soins infirmiers en images, portée du champ d'exercices de l'infirmière et collaboration professionnelle » (Annexe I).

Chaque modèle suit le continuum de service en pédiatrie sociale en communauté et décrit les apports de l'infirmière tout au long du processus d'intervention. Il se veut un document pratique, tant pour les professionnels œuvrant en pédiatrie sociale en communauté (directeur général, directeurs cliniques, cliniciens, etc.) qu'aux infirmières et infirmiers qui désirent se joindre à un centre de pédiatrie sociale en communauté. En pédiatrie sociale en communauté, l'infirmière intervient auprès d'enfants et de familles en situation de vulnérabilité afin d'assurer le développement et le bien-être optimal des enfants dans le respect de leurs droits et de leurs intérêts. Elle travaille en co-intervention avec l'enfant, la famille et tout autre adulte significatif autour de la vie de l'enfant, suivant un objectif commun, soit répondre aux besoins de l'enfant en misant sur ses forces et sur celles de la communauté. Elle travaille en interdisciplinarité avec la travailleuse sociale et le médecin, de même qu'avec l'équipe de suivi-accompagnement du CPSC.

À noter que dans ce document, le féminin englobe le masculin.



COLLABORATION

Rédaction — contenu

Maude Julien, infirmière

Directrice générale et clinique du centre de pédiatrie sociale en communauté de Lévis et infirmière clinicienne

Noémie Ouellet, infirmière clinicienne
Déploiement de services professionnels
CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal

Diane Arla, infirmière clinicienne
Déploiement de services professionnels
CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal

Myriam Hivon, Ph. D.
Responsable du transfert de connaissances, volet formation
Fondation Dr Julien

Diego Mena, MA
Directeur du transfert de connaissances
Fondation Dr Julien

Collaboration CIUSSS

Audrey Bouchard, infirmière clinicienne, MSc
Directrice de Soins infirmiers

Lina Spagnolio, inf.
Conseillère de la direction des soins infirmiers

Claudiel Guillemette, inf.
Conseiller de la direction des soins infirmiers

Nancy Boisvert, inf.
Conseillère de la direction des soins infirmiers

Collaboration OIIQ

Caroline Roy
Directrice-conseil
Direction des affaires externes

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

Comité d'évaluation du projet

Lyna Vachon
Experte externe

Christian Dagenais, Ph. D.
Professeur agrégé, département de psychologie
Université de Montréal
Responsable des programmes de maîtrise et de doctorat en recherche
Corédacteur en chef, Revue TUC
Chercheur principal, Équipe RENARD

Anne Guichard, Ph. D.
Professeure adjointe
Faculté des soins infirmiers
Université de Laval

Didier Dupont, Ph. D.
Professionnel de recherche en sciences humaines et sociales, affilié au groupe de Recherche RENARD Université de Montréal, Recherche qualitative — Logiciel NVivo *QSR International Pty Ltd*

Collaboration CPSC Québec

Colette Couture, infirmière
Marie-Josée Roy, infirmière



GLOSSAIRE DES TERMES

Besoin de l'enfant, n. m. L'approche de pédiatrie sociale en communauté consiste à identifier les besoins de l'enfant. La satisfaction des besoins est un processus dynamique et complexe qui permet d'assurer le cheminement de l'enfant dans une trajectoire de vie. Les besoins des enfants reconnus en pédiatrie sociale en communauté sont les besoins physiques, émotionnels, intellectuels, sociaux, culturels et spirituels.

Cadre écobio développemental, n.m. Contexte qui explique la façon dont les expériences sociales et environnementales (écologie) et les prédispositions génétiques (biologie) influencent la santé et le bien-être d'un individu tout au long de sa trajectoire de vie (développement).

Cercle de l'enfant, n.m. Médiation en pédiatrie sociale en communauté qui vise à mobiliser activement les réseaux familial et social autour de l'enfant et de faciliter la création d'un partenariat, fondé sur le lien de confiance entre ces réseaux afin de mieux respecter les besoins et les intérêts de l'enfant, conformément à ses droits.

Certification, n.f. Afin d'assurer aux enfants, aux familles et au public que les services offerts dans les centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) sont bien des services de pédiatrie sociale en communauté selon le modèle reconnu du Dr Gilles Julien, la Fondation du Dr Julien a mis en place un processus de certification. Ce processus se base sur une grille de critères qui définit la pratique de la pédiatrie sociale en communauté ainsi que les caractéristiques propres aux CPSC. Cette grille d'évaluation a été révisée et bonifiée avec la collaboration du Bureau de Normalisation du Québec (BNQ), selon les règles de l'art dans la rédaction de documents normatifs.

Co-intervention, n.f. Forme de travail collectif axé sur le leadership partagé visant à créer une intelligence commune.

Centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC), n. m. Les CPSC donnent accès aux enfants en situation de vulnérabilité à une approche globale de la santé. L'enfant, sa famille et les adultes significatifs qui l'entourent sont accueillis par un médecin et un ou une travailleuse sociale pour une rencontre d'évaluation/orientation. L'infirmière s'intègre à cette équipe selon la réalité de chaque centre et lorsque les besoins prioritaires de l'enfant sont d'ordre médical. Tous ensemble, ils dressent un portrait global des besoins essentiels au développement de l'enfant et de l'environnement dans lequel il grandit. Ils s'entendent ensuite sur un plan d'action pour réduire les principaux problèmes de santé générés par des conditions de vie difficiles. Suivant ce plan d'action, l'enfant est accompagné vers des services et des activités offerts par le CPSC ou par l'un de ses partenaires. La situation de l'enfant est réévaluée par le même processus tout au long de sa trajectoire de développement.



Démarche clinique, n. f. L'évaluation/orientation propose une démarche clinique qui met en application la méthode APCA et permet d'outiller l'enfant et d'accompagner les personnes importantes qui l'entourent tout au long de sa trajectoire de vie. Il s'agit d'une démarche en mouvement qui s'opère autour des besoins de l'enfant et qui n'est pas linéaire. Elle comprend : l'accueil, l'ouverture de la rencontre, le partage d'information, la discussion à deux voix, la mise en commun des hypothèses et pistes de solutions, le plan d'action et le dénouement.

Droits de l'enfant, n. m. La pratique de la pédiatrie sociale en communauté repose sur les 41 articles de la Convention que nous avons regroupés en sept grands principes, les deux premiers chapeautant l'ensemble. Cette Convention nous offre une stratégie d'intervention systémique pour mieux répondre aux besoins des enfants. L'intégration du droit à la pratique de la pédiatrie sociale en communauté permet un diagnostic plus complet de l'état de santé de l'enfant et des interventions plus efficaces pour le soigner et l'accompagner.

Forces, n. f. L'approche de la pédiatrie sociale en communauté mise sur la résilience de l'enfant, de sa famille et de sa communauté pour répondre aux besoins de l'enfant et réduire les sources de stress toxique. Elle repose sur le principe que toute personne, en toutes occasions et quelles que soient les conditions, a des forces qui peuvent servir de levier pour rebondir en cas de détresse, franchir des obstacles, s'adapter au changement et se remettre sur pied après un traumatisme. Chez les enfants en situation de vulnérabilité, on cherchera les forces du côté de ses habiletés, ses intérêts, ses rêves et ses espoirs. Chez sa famille, on soutiendra la capacité des parents à répondre aux besoins de l'enfant, à créer un lien d'attachement et de sécurité, à se procurer les ressources et les soutiens nécessaires au bien-être de l'enfant. Finalement, on identifiera les caractéristiques de la communauté susceptibles de contribuer au bien-être de l'enfant, soit l'environnement physique et le filet social et relationnel autour de l'enfant.

Méthode A.P.C.A., n.f. Apprivoiser, Partager, Comprendre, Agir forment la méthode A.P.C.A., base du modèle de pédiatrie sociale en communauté développé par le Dr Gilles Julien. Pour répondre adéquatement et efficacement aux besoins des enfants en situation de vulnérabilité, il est essentiel de tisser avec eux et leurs proches, un lien de confiance solide, de s'apprivoiser. Ce lien de confiance favorise le partage des émotions, des informations et des expériences entre l'enfant, la famille et l'équipe de pédiatrie sociale en communauté, nécessaire à la compréhension de l'enfant et de son contexte global. Il assure également l'adhésion de tous aux actions mises en place pour aider l'enfant à grandir en bonne santé physique et mentale.

Organisation apprenante, n.f. Organisation où les gens développent sans cesse leur capacité à produire les résultats qu'ils souhaitent, où des façons de



penser novatrices et créatives sont favorisées, où l'aspiration collective est libérée et où les gens apprennent continuellement à apprendre ensemble.

Rencontre d'évaluation/orientation, n.f. Étape du continuum de services entre l'équipe du cœur du modèle, l'enfant avec sa famille et toute autre personne significative dans la vie de l'enfant qui est caractérisée par trois éléments : la méthode APCA, une démarche clinique et un mode d'organisation au sein de la clinique appelé co-intervention égalitaire.

Rencontre d'évaluation/orientation de suivi, n.f. Rencontre qui vise à faire le point sur le plan d'action thérapeutique et préventif qui a été déterminé lors de la première évaluation/orientation et à apporter les rectifications nécessaires selon l'évolution des besoins de l'enfant. La rencontre d'évaluation/orientation de suivi suit la même démarche que la première évaluation/orientation.

Stress toxique, n.m. Réponse de l'organisme qui se produit quand un enfant fait l'expérience forte, fréquente ou prolongée d'une expérience d'adversité pouvant perturber le développement de l'architecture du cerveau et d'autres systèmes organiques et augmenter le risque de maladies et troubles cognitifs à l'âge adulte.



1. La pédiatrie sociale en communauté

La pédiatrie sociale en communauté (PSC) est un modèle de médecine sociale intégrée¹ centré sur les besoins de l'enfant et axé sur la force de l'enfant, de sa famille et de sa communauté. Il unit l'expertise de la médecine, du droit et des sciences sociales, afin de dépister, réduire ou éliminer les sources de stress toxique ou facteurs de risque qui affectent le développement et le bien-être de l'enfant issu d'un milieu défavorisé, et ce, dans le respect de la *Convention relative aux droits de l'enfant* (1989).

La pédiatrie sociale en communauté repose sur le constat scientifique que les expériences sociales et environnementales dans les premières années de vie (écologie) et les prédispositions génétiques (biologie) ont une influence sur le développement de l'enfant (Shonkoff et coll. 2011).

Ce modèle de médecine de proximité qui a été développé par le pédiatre Gilles Julien dans les années 1990 porte une attention particulière aux enfants en situation de vulnérabilité des quartiers urbains et des secteurs ruraux de milieux défavorisés. Afin de rejoindre cette population, la pédiatrie sociale en communauté utilise une méthode appelée APCA (apprivoisement, partage, compréhension et action) qui permet d'apprivoiser les enfants et les familles dans le but de favoriser l'accès efficace² à des services cohérents, à travers un plan d'action concerté entre tous les partenaires impliqués³.

La réussite de ce plan d'action pour l'enfant tient du processus par lequel il est développé pour assurer l'adhésion de toutes les parties prenantes. Ce processus invite, dans la recherche des stress toxiques et des pistes de solution, une participation active de l'enfant, de ses parents et autres personnes significatives, en tant que véritables partenaires, au même titre que les professionnels qui sont aussi impliqués dans la situation (enseignants, intervenants des centres jeunesse, des centres de santé et des services sociaux). Ce processus agit alors comme catalyseur d'un mouvement autour de l'enfant et de la famille pour leur assurer un développement optimal.

¹ La médecine sociale se définit comme l'étude des relations entre la société, la santé, la maladie et la médecine et vise une pratique orientée vers la communauté (Social Medicine, 2007). La médecine intégrée se définit comme la combinaison du meilleur de la médecine classique et des thérapies complémentaires pour lesquelles nous disposons de preuves scientifiques et de garanties relatives quant à leur sécurité (Eisenberg, 2002).

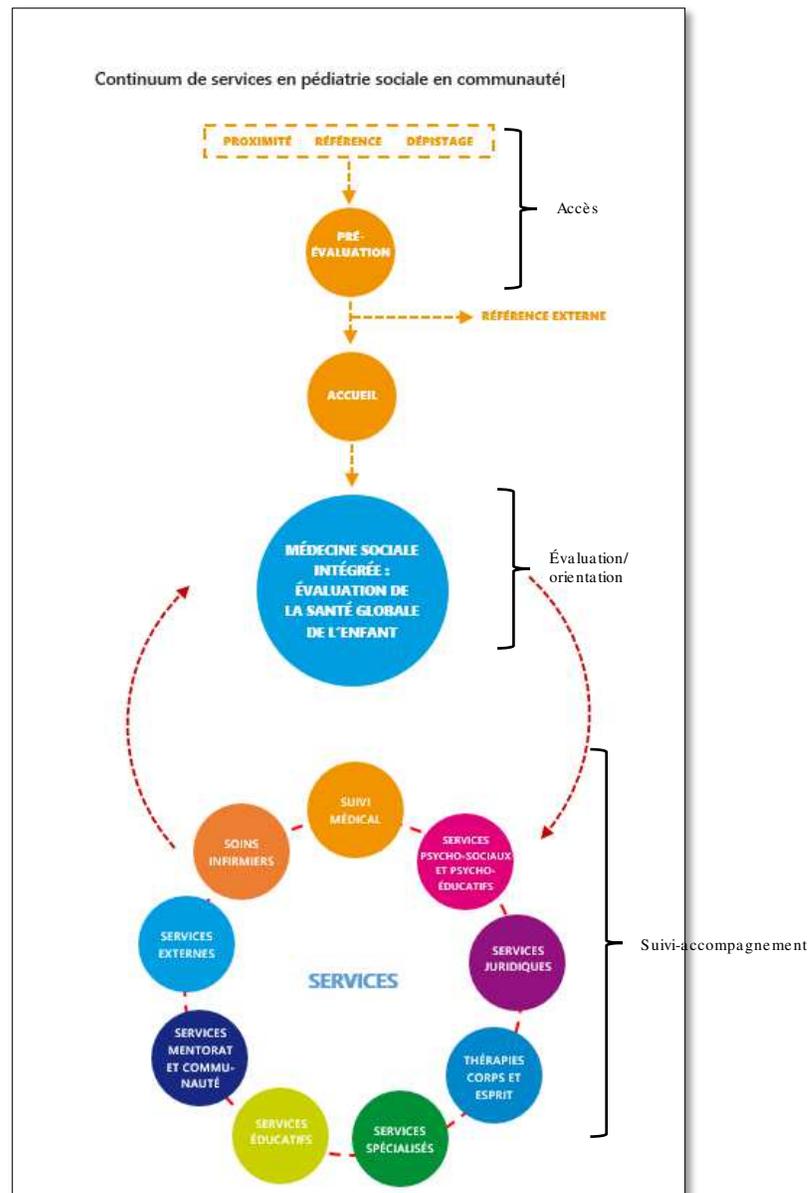
² L'accès notamment à des services de première ligne caractérisés par : « un premier contact pour chaque nouveau besoin; un soin personnalisé et à long terme; une approche compréhensive des besoins de santé; et une coordination des soins. » (Starfield, 2005, p.458), des services de deuxième ligne et des services de troisième ligne.

³ Les familles qui accèdent aux services sont pour la plupart multiassistées. Les intervenants des CSSS, des Centres jeunesse, des écoles et des organismes communautaires sont souvent présents.



2. Le continuum de service en pédiatrie sociale en communauté

Le modèle se met en place à travers un continuum de services : accueil, évaluation-orientation et suivi-accompagnement, dans le but d'outiller l'enfant tout au long de sa trajectoire de vie et d'accompagner les personnes significatives qui l'entourent.



En règle générale, les enfants en situation de vulnérabilité ont accès aux services de pédiatrie sociale en communauté en raison de la proximité du CPSC (bouche-à-oreille, références familiales), par des références (réseau, partenaires du milieu, organismes communautaires) et



par des activités de dépistage. Ces trois portes d'entrée vers la PSC permettent l'accès à des services cohérents et sur mesure pour chaque enfant.

L'évaluation de la santé globale de l'enfant se fait au moment de l'évaluation-orientation aussi appelée « cœur du modèle ». Ce service est caractérisé par trois éléments : une méthode propre au modèle appelée A.P.C.A. (apprivoisement, partage, compréhension et action), une démarche clinique et un mode d'organisation au sein de la clinique appelée co-intervention égalitaire. L'équipe du cœur du modèle est composée du médecin et de la travailleuse sociale. L'infirmière vient s'intégrer à l'équipe selon la réalité de chaque centre de pédiatrie sociale (urbain, rural, Grand Nord) et lorsque le besoin prioritaire de l'enfant est d'ordre médical.

Finalement, grâce à une approche globale de santé, la médecine arrive à intégrer d'autres disciplines dans la démarche, et ensemble, elles permettent de mieux saisir les sources de stress affectant le développement et le bien-être de l'enfant. Les services de suivi permettent ainsi d'assurer l'accompagnement à long terme de l'enfant, renforçant le lien de confiance entre l'équipe d'intervenants, la famille et les partenaires. Le modèle vise à répondre aux différents besoins des enfants à travers des services internes, qui se veulent complémentaires aux services déjà existants sur le même territoire, et des services externes, qui sont fournis à travers la mise en place des corridors des services. La logique est d'offrir un accès rapide et efficace à des services adaptés aux enfants en situation de vulnérabilité, en complémentarité avec l'offre existante des services par d'autres organismes du réseau, le tout en impliquant le plus grand nombre de bénévoles de façon à créer une communauté autour de l'enfant.

Les services de suivi-accompagnement se veulent différents dans chaque territoire et peuvent changer dans le temps de façon à s'adapter aux besoins des enfants. Cette souplesse est une garantie de l'innovation sociale en matière de services, car elle permet d'être constamment à l'écoute des besoins de la population et en même temps, en recherche de solutions à ces besoins. Cela permet aussi de réduire le risque de duplication des services et de mieux harmoniser les prestations de services au sein d'un même territoire.

3. Les dimensions du système de soin de la pédiatrie sociale en communauté

En pédiatrie sociale en communauté, la pratique de l'infirmière et de tous les autres professionnels s'adapte à une population vulnérable en tenant compte de sept dimensions :

Dimension	Définition
Accessibilité	Capacité des enfants et des familles à obtenir des soins et des services effectifs selon leurs besoins et en respectant les droits



	de l'enfant énumérés dans la <i>Convention des droits de l'enfant</i> (1989).
Continuité	Les services s'adaptent aux circonstances de chaque famille et suivent la trajectoire de vie de l'enfant de 0 à 18 ans.
Intensité	Les soins varient selon les besoins de chaque enfant et chaque famille et les services ne sont pas standardisés et peuvent être plus fréquents selon chaque cas.
Empowerment	Les interventions doivent être des catalyseurs de l'action concertée avec la communauté en vue de soutenir le pouvoir d'agir des enfants et des familles et renforcer la cohésion sociale au sein d'un milieu donné.
Proximité	Les services des soins doivent suivre une proximité physique et relationnelle qui implique une volonté de se fréquenter, de tisser des liens.
Diversité	Suivant une approche de santé globale, la médecine arrive à intégrer d'autres disciplines dans le continuum de services permettant ainsi de mieux dépister et réduire les sources de stress toxique et de répondre de façon concertée et intégrée aux besoins des enfants.
Complémentarité	Les services sont complémentaires à ceux du réseau institutionnel, soit par la mise en place de nouveaux services (thérapies corps-esprit, services de la communauté, services juridiques innovants comme le cercle de l'enfant), soit par la concertation des services déjà existants.

4. Les trois modèles d'intégration de l'infirmière en PSC

L'intégration de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté n'est pas une idée nouvelle. Déjà dans les années 1990, une infirmière contribuait à l'évaluation/orientation et le suivi des enfants du quartier Hochelaga-Maisonneuve, à Montréal, aux côtés du pédiatre Gilles Julien. Puis, en 2010, l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté prend une place centrale, non seulement dans les activités cliniques, mais aussi dans la direction d'un centre. En effet, Maude Julien, infirmière clinicienne, suit les pas de son père et ouvre le premier centre de pédiatrie sociale en communauté à Lévis. Son expérience contribue à pousser la réflexion sur la contribution optimale de l'infirmière en PSC et sur la possibilité pour cette profession d'améliorer l'accessibilité des enfants en situation de grande vulnérabilité à des services de pédiatrie sociale en communauté.

En effet, une limite importante au développement de centres de PSC qui permettrait de rejoindre un plus grand nombre d'enfants en situation de vulnérabilité au Québec est l'accès à un médecin (médecin de famille ou pédiatre). Comme mentionné précédemment, la PSC est un modèle de médecine sociale intégré qui repose sur une équipe de médecins et de travailleurs sociaux. Or, dans certaines régions du Québec, l'accès à un médecin disponible et disposé à s'impliquer en pédiatrie sociale représente un défi certain. L'expérience des centres de pédiatrie sociale déjà existants démontre



que certains d'entre eux n'ont accès à un médecin qu'une ou deux journées par mois. Malheureusement, cette accessibilité restreinte, qui résulte d'un ensemble de conditions spécifiques à chaque région, limite le nombre d'enfants dans le besoin qui pourraient bénéficier des services de PSC.

Dans ce contexte, il est apparu souhaitable d'explorer davantage le potentiel de la contribution des soins infirmiers à la pratique de la PSC. En effet, un CPSC qui a un accès limité à un médecin, mais qui bénéficie de la présence d'une infirmière à quatre ou cinq jours par semaine est déjà en meilleure position pour assurer une continuité de services et de soins médicaux à sa clientèle. Il est également en meilleure position pour augmenter le nombre d'enfants suivis, tout en gardant le lien avec le médecin.

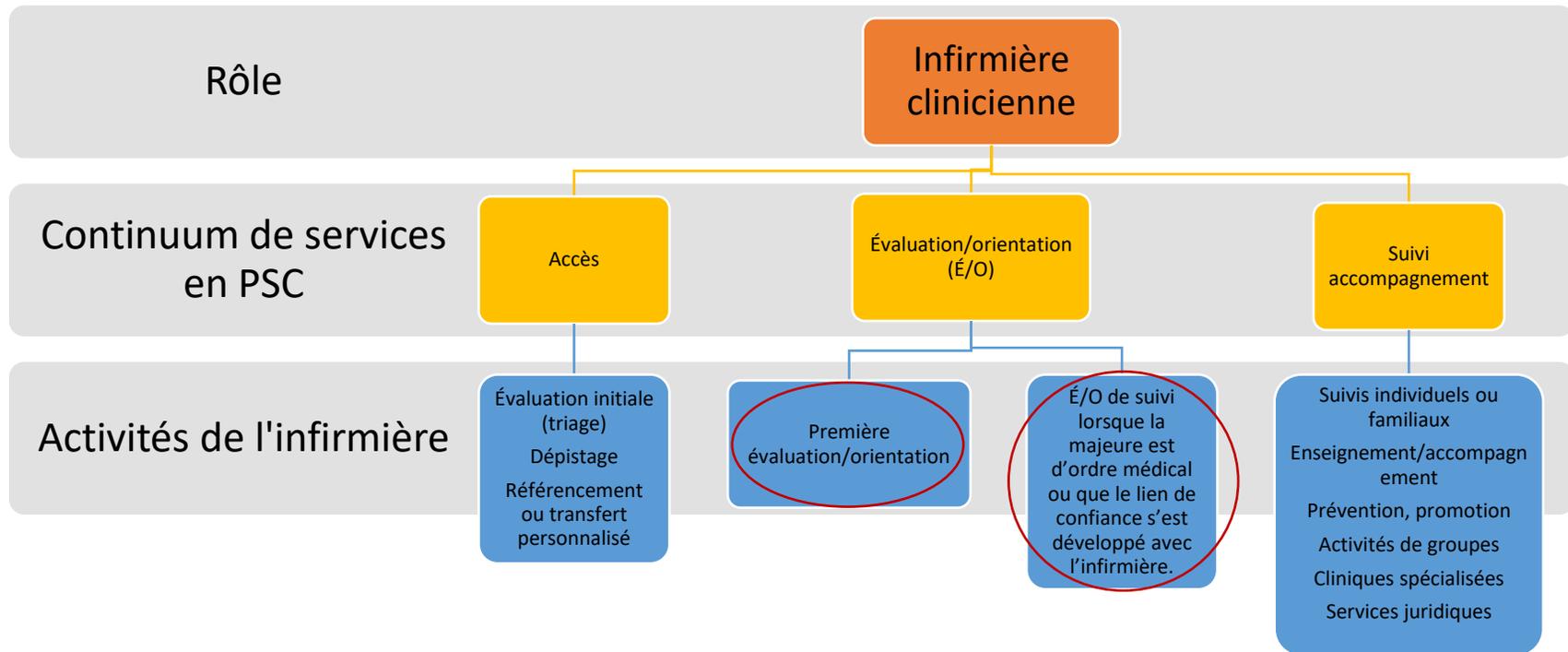
De plus, les compétences relationnelles acquises au cours de sa formation ainsi que son expertise sur le développement de l'enfant et les soins de santé primaires font de l'infirmière la professionnelle en soins de santé la plus appropriée à intégrer à l'approche de la PSC. Elle partage plusieurs des savoir-faire privilégiés en PSC. L'intervention auprès de familles en situation de grande vulnérabilité requiert une capacité ou une habileté à tisser un lien de confiance avec ces dernières. En ce sens, l'infirmière représente un visage connu et rassurant pour la clientèle en matière de santé globale, car elle est présente dans toutes les structures du réseau de santé et de services sociaux à savoir les hôpitaux, les CISSS, les milieux communautaires, les centres de la petite enfance et les écoles. Pour toutes ces raisons, il s'avérait pertinent d'approfondir la réflexion sur la contribution actuelle et potentielle de l'infirmière dans l'approche de la PSC.

Trois modèles d'intégration sont ressortis de cette réflexion: un modèle pour les régions urbaines, 2) un modèle pour les régions éloignées et 3) un modèle pour le Grand-Nord. L'accessibilité à un médecin est l'élément essentiel qui distingue ces trois modèles. En effet, le rôle de l'infirmière s'appuie sur ses champs d'exercices (annexe II) et reste toujours le même indépendamment des milieux où se trouve le CPSC, mais son degré de collaboration varie selon les ressources disponibles. Ce sont toutefois les modalités de collaboration avec l'équipe de base qui diffèrent selon l'accessibilité du médecin. Les trois modèles présentés ci-dessous mettent donc en évidence les différentes modalités de collaboration qui apparaissent surtout au moment de l'évaluation/orientation.



4.1 Modèle en région urbaine

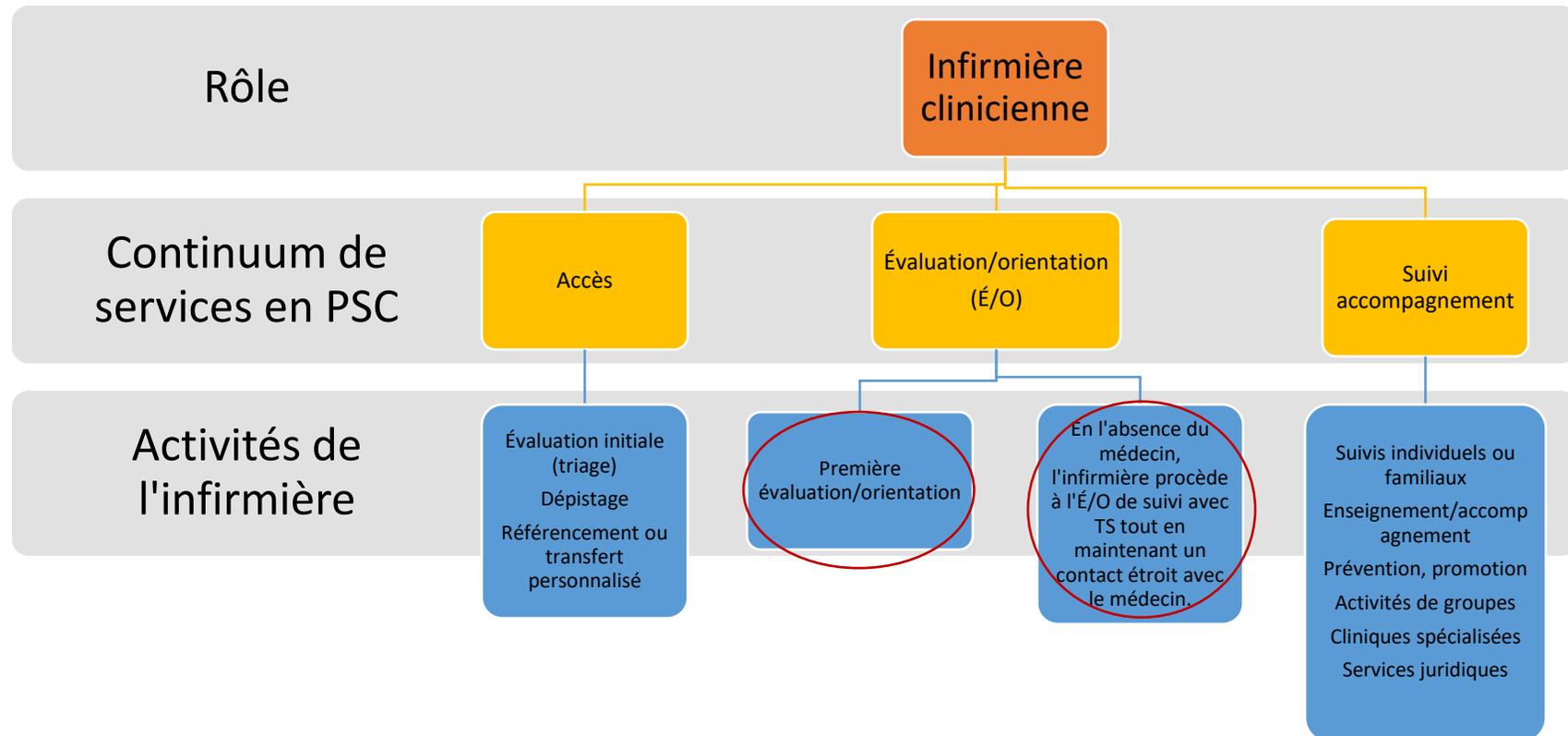
Indépendamment du niveau de certification du centre, l'infirmière contribue à la première rencontre d'évaluation/orientation.





4.2 Modèle en région éloignée

Indépendamment du niveau de certification du centre, l'infirmière contribue conjointement avec la travailleuse sociale à toutes les E/O. Pour la première E/O, la présence d'un médecin est nécessaire.

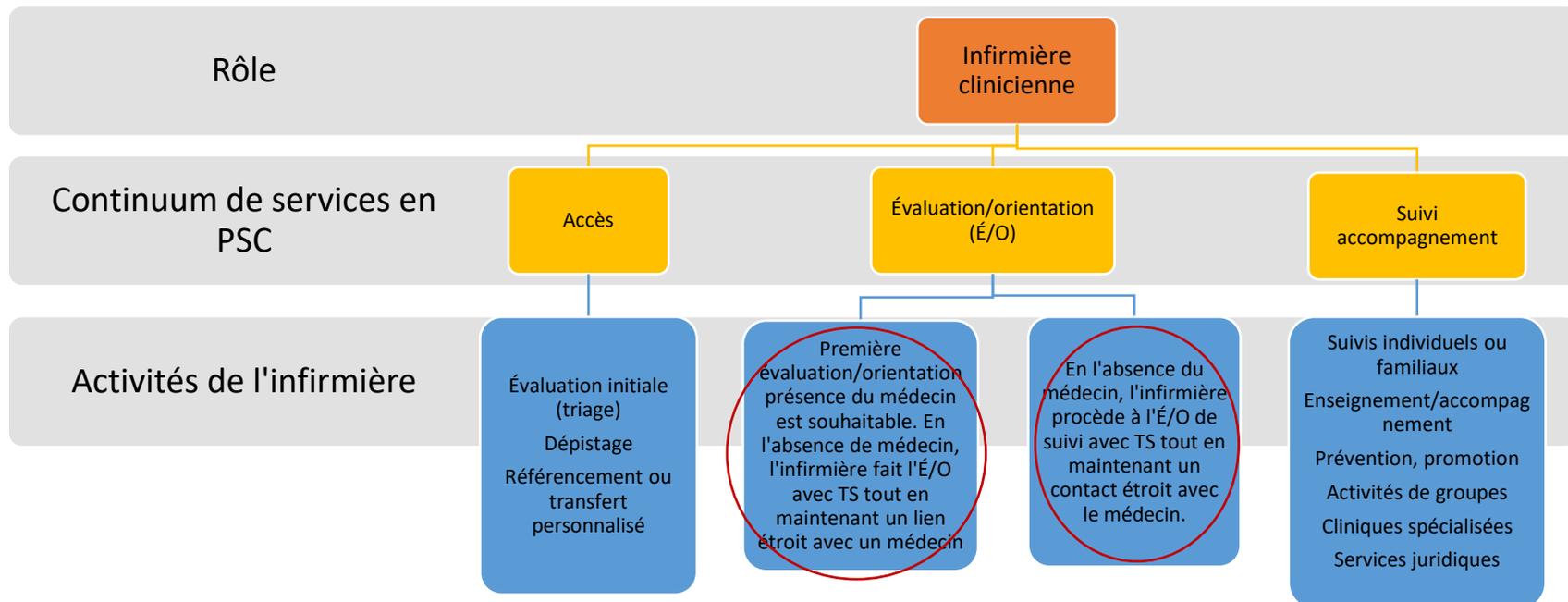




4.3 Modèle dans la région du Grand Nord

Ce modèle reste encore à développer. Pour l'instant, il fait l'objet d'un projet pilote dans la communauté de Whapmagoostui.

Indépendamment du niveau de certification du centre, l'infirmière contribue conjointement avec la travailleuse sociale à toutes les E/O. Pour la première E/O, la présence d'un médecin est souhaitable. En l'absence de ce dernier, l'infirmière effectue évaluation conjointement avec la travailleuse sociale.





4.5 Détails des activités de l'infirmière dans le continuum de service de la pédiatrie sociale en communauté

Pour une meilleure compréhension, il est recommandé de lire cette partie avec le document concernant les champs d'exercices de l'infirmière en soins de proximité (Annexe II).

L'accès

En pédiatrie sociale, l'infirmière facilite l'accès aux soins et services des enfants en situation de vulnérabilité à trois niveaux : 1) l'évaluation initiale ou triage; 2) le dépistage et 3) le référencement ou transfert personnalisé.

1. L'évaluation initiale

En pédiatrie sociale en communauté, tout enfant doit passer par une évaluation initiale (ou un triage) afin de déterminer s'il est admissible ou non à des services de PSC. L'accès tient compte de cinq critères : la proximité du lieu de résidence par rapport au CPSC, le motif de la demande, la provenance de la demande, la cohérence des services déjà utilisés, la vulnérabilité de la situation de l'enfant. Afin d'évaluer ce dernier critère, l'intervenant dresse un portrait général de la situation de l'enfant et de sa famille en tenant compte des aspects biopsychosociaux et juridiques. L'infirmière peut effectuer cette évaluation initiale. En cas de non-admissibilité, elle réfère la famille vers les ressources appropriées.

L'évaluation initiale s'inscrit dans l'activité 1 du champ d'exercices de l'infirmière (Annexe II pour description).

2. Le dépistage

En PSC, l'infirmière effectue du dépistage en fréquentant les milieux de vie de l'enfant en situation de vulnérabilité, soit la garderie, l'école, la maison, les organismes communautaires du quartier et les activités des centres de pédiatrie sociale.

Le dépistage s'inscrit dans les activités 2 et 17 du champ d'exercices de l'infirmière.

3. Le référencement ou transfert personnalisé

L'infirmière procède au référencement ou au transfert personnalisé provenant d'une autre institution du réseau de la santé et des services sociaux lorsque celle-ci a besoin de l'implication du CPSC pour assurer le suivi de l'enfant (ex. : référence d'une infirmière SIPPE ou scolaire). Lorsqu'il y a ce type de référence et selon le nombre d'intervenants dans un CPSC, la décision repose sur une direction clinique.

Le référencement ou transfert personnalisé s'inscrivent dans l'activité 1 (évaluation initiale ou en cours d'évolution) du champ d'exercices de l'infirmière.



Évaluation/orientation

Comme le présentent les schémas ci-dessus, c'est lors de l'évaluation/orientation que les modalités de collaboration entre l'infirmière et l'équipe de PSC varient le plus selon qu'elle s'intègre à un CPSC en région urbaine, éloignée ou dans le Grand-Nord.

1. En région urbaine

Indépendamment du niveau de certification du centre, l'infirmière contribue conjointement avec le médecin et la travailleuse sociale à la première rencontre d'évaluation/orientation.

Dans cette situation, l'infirmière participe à la première rencontre d'évaluation/orientation. Par la suite, elle contribue aux rencontres d'évaluation/orientation de suivi lorsque la majeure de l'enfant est un enjeu de santé physique ou si le lien de confiance de l'enfant et de la famille s'est développé avec elle plutôt qu'avec un autre membre de l'équipe du CPSC. Elle devient alors l'intervenante pivot pour cette famille.

2. En région éloignée

Indépendamment du niveau de certification d'un centre de pédiatrie sociale en communauté, l'infirmière contribue conjointement avec la travailleuse sociale à toutes les évaluations/orientations : première É/O et É/O de suivi.

Lors de la première évaluation/orientation, la présence d'un médecin est nécessaire.

Pour les évaluations/orientations de suivi, en l'absence d'un médecin, l'infirmière procède à l'évaluation avec la travailleuse sociale, tout en maintenant un lien étroit avec le médecin.

3. Modèle Grand-Nord

Indépendamment du niveau de certification d'un centre de pédiatrie sociale en communauté, l'infirmière contribue conjointement avec la travailleuse sociale à toutes les évaluations/orientations, et ce, en présence ou non d'un médecin.

Pour la première évaluation/orientation, la présence d'un médecin est souhaitable. Toutefois, en l'absence de ce dernier, l'infirmière procède à l'évaluation conjointement avec la travailleuse sociale tout en maintenant un lien avec un médecin.

Pour les évaluations/orientations de suivi, en l'absence d'un médecin, l'infirmière procède à l'évaluation avec la travailleuse sociale tout en maintenant un lien avec le médecin.



L'évaluation/orientation s'inscrit dans les activités 1, 6, 7 et 17 du champ d'exercices de l'infirmière. Elle s'inscrit également dans les activités suivantes :

- *Activité 3, par exemple, culture de gorge, test urinaire, lavage d'oreille, etc.*
- *Activité 4, par exemple, dépistage d'ITS*
- *Activité 9, en PSC, cette activité concerne surtout le suivi postnatal des bébés.*
- *Activité 10, par exemple, les problèmes d'asthme, de diabète, de maladies chroniques*
- *Activité 16, si l'infirmière a la formation requise, puisque les enfants suivis en PSC présentent souvent des troubles mentaux.*

Suivi-accompagnement

En suivi-accompagnement, l'infirmière en PSC s'implique dans les suivis en soins infirmiers, dans l'enseignement et l'accompagnement des familles, dans la prévention et la promotion de la santé. Son expertise est également mise à profit dans les activités de groupe ou les cliniques spécialisées qu'organisent les CPSC. L'infirmière en PSC s'implique aussi auprès des partenaires institutionnels des CPSC.

Voici quelques exemples non exhaustifs d'activités qui relèvent de l'expertise de l'infirmière en suivi-accompagnement.

1. Suivis individuels ou familiaux en soins infirmiers

- Suivi du développement/moteur/langage de l'enfant.
- Suivi de médication, résultats de prélèvements sanguins ou diagnostiques, etc.
- Référence à une ressource externe au CPSC comme le milieu hospitalier, le CISSS, la pharmacie, etc.
- Démarches avec l'usager auprès d'autres institutions de santé (ex. renouvellement de médication, etc.)

Les suivis individuels et familiaux s'inscrivent notamment dans les activités 1, 2 et 10 du champ d'exercices de l'infirmière.

2. Enseignement/accompagnements des familles/partenaires/collègues

- Infections, rhume, asthme, gastro-entérite, constipation, allaitement, maladies contagieuses, anémie, activité physique, puberté, sommeil, acné, santé sexuelle, etc.

3. Participation aux activités ou groupes organisés par le CPSC

- Groupe de stimulation 0-5 ans, groupe langage, groupe adolescent, groupe TED, activités de dépistage avec les éducateurs, etc.

Cette participation s'inscrit notamment dans les activités 9 et 17 du champ d'exercices de l'infirmière.



4. Participation à des cliniques spécialisées organisées par le CPSC

- TDAH, obésité, etc.

Cette participation *s'inscrit notamment dans l'activité 10 du champ d'exercices de l'infirmière.*

5. Participation aux concertations cliniques à l'intérieur du CPSC

Cette participation *s'inscrit notamment dans les activités 2, 9, 10 et 17 du champ d'exercices de l'infirmière.*

6. Prévention/promotion de la santé

- Contraception, ITSS, vaccination, etc.

Cette participation *s'inscrit notamment dans les activités 4 et 12 du champ d'exercices de l'infirmière.*

7. Rencontre multi avec le réseau de santé et le réseau scolaire pour la clientèle du CPSC

Cette participation *s'inscrit notamment dans les activités 2, 9, 10 et 17 du champ d'exercices de l'infirmière.*

8. Services juridiques

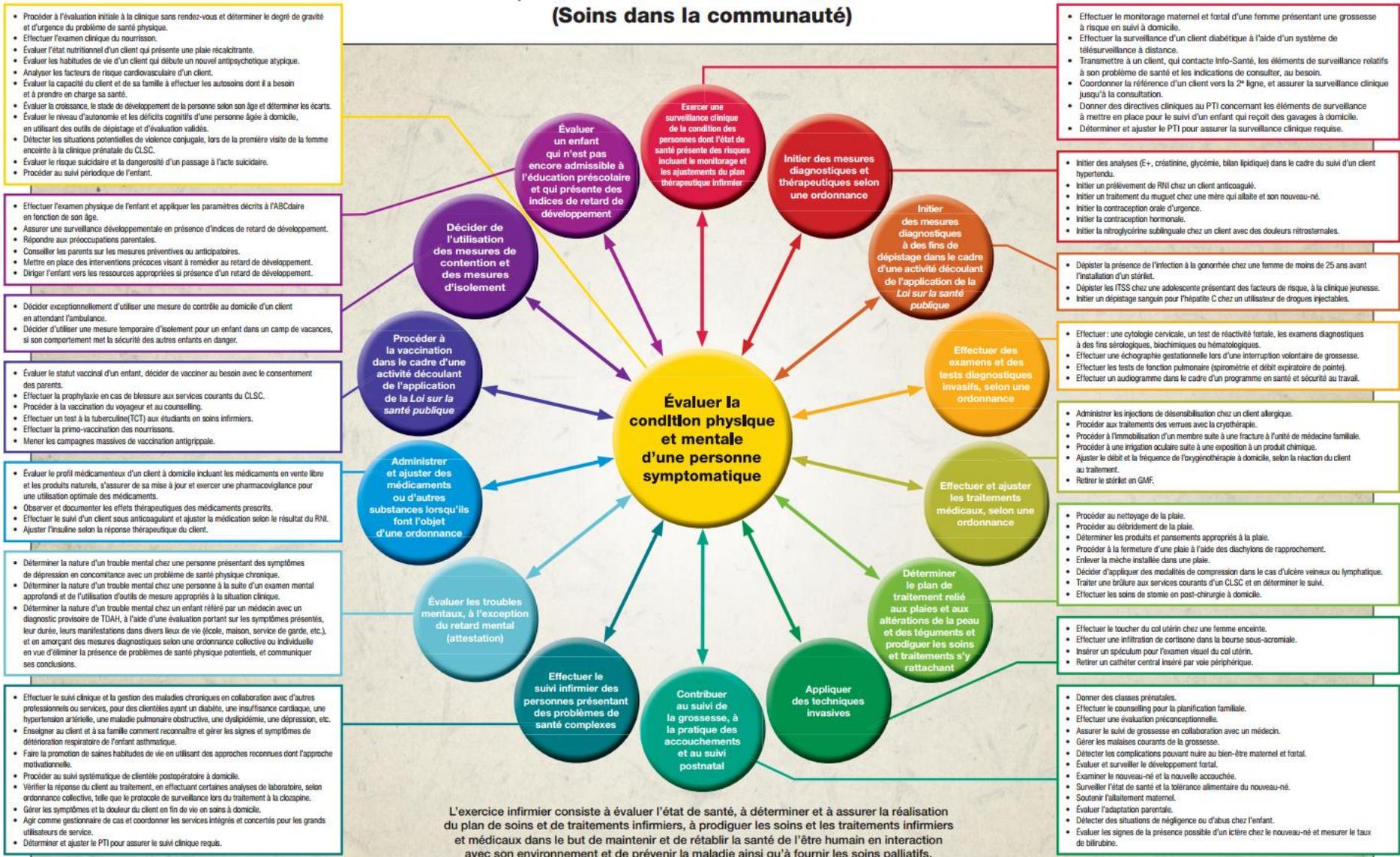
- Participation au Cercle de l'enfant (grande médiation organisée par un CPSC) lorsque c'est pertinent.

Cette participation *s'inscrit notamment dans les activités 2, 9, 10 et 17 du champ d'exercices de l'infirmière.*



Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière Exemples en **SOINS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ** (Soins dans la communauté)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Juillet 2014





Références

1. Eisenberg D. (2002) À l'aube d'une médecine intégrée. Congrès international sur la science du toucher, Montréal. Entrevue de Christian Lamontagne sur PasseportSanté.net, consulté le 10 juillet 2013.
2. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). Le champ d'exercices et les activités réservées des infirmières et infirmiers.
<http://www.oiiq.org/sites/default/files/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web.pdf>
3. Shonkoff J.P., Siegel B.S, Dobbins M.I, Earls M.F., Garner A.S., McGuinn L., Pascoe J. and Wood D.L. (2011). Early childhood adversity, toxic stress and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. Pediatrics, doi:10.1542/peds.2011-2662.
4. Social Medicine (2007). Abstracts from the Social Medicine session at the 2006 annual meeting of the American Association of Medical Colleges. Seattle, Volume 2, No1, p-56-64.

