



Document de codification

Pédiatrie sociale en communauté

Division de transfert des savoirs | 16 septembre 2013

Fondation du Dr Julien
1600 rue Aylwin
Montréal QC H1W 3B8
Canada
T. : 514 528 8488
E-Mail info@pediatriesociale.org
www.pediatriesociale.org
Juin 2013

Édition (1^{ère} version)
Division de transfert des savoirs
Révision des textes : Daily-Dailaire

Acronymes

AED	Assistance d'enfants en difficulté
APCA	Apprivoisement, partage, compréhension et action
C.c.Q	Code civil du Québec
CPE	Centre de la petite enfance
CPSC	Centre de pédiatrie sociale en communauté
CSPE	Centre de services préventifs à l'enfance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ELNEJ	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
FDJ	Fondation du Dr Julien
L.P.J	Loi sur la protection de la jeunesse
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSC	Pédiatrie sociale en communauté

Avant-propos

Ce document présente un portrait détaillé des savoirs, savoir-faire et savoir-être propres à la pédiatrie sociale en communauté suivant la description du continuum des services. Il est le résultat d'un processus de captation, de codification et de création des savoirs qui a eu lieu entre mai 2012 et août 2013 et qui s'est appuyé sur la pratique des deux centres d'expertise en pédiatrie sociale en communauté à Montréal, dans les quartiers d'Hochelaga-Maisonneuve (Assistance d'enfants en difficulté) et de Côte-des-Neiges (Centre de services préventifs à l'enfance). On y a aussi pris en compte les expériences des centres de pédiatrie sociale en communauté de Centre-sud, de Gatineau, de Laval et de Lévis. Le principal objectif est de présenter un texte de référence sur le modèle de pédiatrie sociale en communauté qui pourra être utilisé pour des formations, sous différentes modalités, en l'adaptant aux différents publics cibles, soit les professionnels, les universitaires, les enfants, les familles et la communauté. Il devra être revu périodiquement pour l'actualiser, de sorte qu'il demeure conforme aux nouvelles recherches scientifiques et à l'évolution de la pratique.

Table des matières

Avant-propos	4
Table des matières	5
Introduction	7
1. Contexte et présentation du projet de transfert de connaissances	7
2. Le transfert des savoirs et les considérations méthodologiques de la codification	9
<i>L'orientation du transfert des savoirs au sein de la Fondation du Dr Julien.....</i>	<i>9</i>
<i>La saisie et la codification du savoir</i>	<i>10</i>
Section 1 Les assises de la pédiatrie sociale en communauté	20
Les expériences négatives dans les premières années de vie d'un enfant et le stress toxique ...	21
1. <i>Présentation de la revue de littérature.....</i>	<i>21</i>
2. <i>Le point de départ : l'architecture du cerveau.....</i>	<i>22</i>
3. <i>Comprendre l'origine du stress et ses réponses</i>	<i>25</i>
4. <i>Les effets du stress toxique chez les enfants</i>	<i>30</i>
Recommandations et définition de la pédiatrie sociale en communauté	53
1.- <i>Recommandations, défis et programmes suggérés par la recherche et la PSC</i>	<i>53</i>
2.- <i>Raison d'être et définition de la pédiatrie sociale en communauté.....</i>	<i>64</i>
Valeurs, croyances et principes.....	75
Section 2 Le continuum de services : Accès/Évaluation-orientation/Suivi- accompagnement.....	80
Partie présentant l'accès en pédiatrie sociale en communauté	81
1. <i>Cadre théorique : modèle BM (Behavioral Model of Health Services Use)</i>	<i>81</i>
2. <i>Les caractéristiques de l'accès en pédiatrie sociale en communauté</i>	<i>86</i>
Partie présentant le cadre conceptuel de l'évaluation/orientation	103
1.- <i>Introduction au cadre conceptuel</i>	<i>103</i>
2.- <i>Histoire éco-bio-développementale</i>	<i>107</i>
3.- <i>Les besoins des enfants en pédiatrie sociale en communauté.....</i>	<i>111</i>
4.- <i>Identification des droits de l'enfant.....</i>	<i>119</i>
5.- <i>Mise en évidence des sources de stress toxique.....</i>	<i>124</i>
6.- <i>Mise en lumière des forces de l'enfant, de la famille et du milieu</i>	<i>128</i>
7.- <i>Attentes, culture et identité</i>	<i>135</i>
8.- <i>Motivation et résilience.....</i>	<i>138</i>
9.- <i>L'attachement</i>	<i>140</i>

10.- <i>Trajectoire de vie, bien-être et développement de l'enfant</i>	142
Partie présentant la pratique de l'évaluation/orientation.....	156
1. <i>Évaluation/orientation et courants de pensée</i>	156
2. <i>La démarche clinique</i>	158
3. <i>La co-intervention égalitaire</i>	165
4. <i>La méthode APCA</i>	181
Partie présentant le suivi/accompagnement	187
1. <i>Caractérisation du suivi clinique en PSC</i>	Erreur ! Signet non défini.
2. <i>Les principaux services en pédiatrie sociale en communauté</i>	202

Introduction

1. Contexte et présentation du projet de transfert de connaissances

- 1.1 La recherche scientifique présente actuellement une meilleure connaissance de la plasticité du cerveau par rapport aux expériences vécues et à son influence sur le développement de l'enfant. En effet, la biologie du processus de formation du cerveau – qui commence à se construire avant même la naissance – est influencée par les gènes qui sont transmis des parents à l'enfant, par l'environnement dans lequel grandit l'enfant, y compris celui de la mère durant la grossesse, et par les expériences vécues dans ses premières années de vie (National Scientific Council on the Developing Child 2006, 2007). Le développement optimal d'un enfant dépendrait alors des prédispositions génétiques, d'un environnement sain et des expériences stimulantes permettant l'interaction sociale avec des adultes significatifs (Weaver et coll. 2004, Wiley et coll. 2004, Tang et coll. 2006).

- 1.2 Or, malgré les efforts et les fonds investis, il existe peu de programmes dont les interventions reposent sur des données probantes en matière de développement et de bien-être des enfants (0-5 ans) au Québec. Parmi ces programmes, rares sont ceux qui sont adaptés aux réalités des enfants en situation de vulnérabilité. En réponse à cette situation, la Fondation du Dr Julien (FDJ) a développé un modèle de pédiatrie sociale en communauté qui a été implanté dans deux quartiers défavorisés de Montréal : Hochelaga-Maisonneuve et Côte-des-Neiges. Ce modèle : i) favorise le plus tôt possible le développement global des enfants âgés de cinq ans et moins vivant en situation de précarité; ii) soutient les parents, dès la grossesse, en leur procurant les outils les plus susceptibles de contribuer à ce développement; et iii) soutient l'innovation, de même que l'acquisition et le transfert de connaissances en ces matières.

- 1.3 Depuis plus de 20 ans, la FDJ génère savoir, savoir-faire et savoir-être sur la manière d'intervenir auprès des populations en situation de vulnérabilité, en se fondant sur des données probantes, en mobilisant la communauté et en travaillant en complémentarité avec les établissements. Cela dit, ces connaissances se trouvaient éparpillées entre les livres écrits par le Dr. Gilles Julien, les connaissances de quelques experts en pédiatrie

sociale en communauté (PSC) et le savoir-faire des équipes au sein des deux centres d'expertise de pédiatrie sociale en communauté à Hochelaga-Maisonneuve et à Côte-des-Neiges. C'est pour cette raison que le projet d'acquisition et de transfert de connaissances en pédiatrie sociale en communauté (PSC) a été mis en place grâce au soutien financier d'Avenir d'enfants pour une durée initiale de trois ans. Son objectif principal¹ était de codifier les connaissances, les compétences et les aptitudes propres à la pédiatrie sociale en communauté afin de mieux répondre aux besoins des enfants.

- 1.4 Les bénéficiaires directs du projet étant les professionnels et les intervenants qui travaillent auprès des enfants en situation de vulnérabilité, l'équipe des centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) des différentes communautés s'est mobilisée afin de mettre en place des services ou programmes pour le développement des enfants à l'intention des étudiants universitaires des sciences de la santé, des sciences humaines et des sciences juridiques. Les bénéficiaires indirects sont les enfants (0-5 ans) et leurs familles en situation de vulnérabilité.
- 1.5 Il faut aussi noter qu'à la signature du contrat avec Avenir d'enfants, sept autres centres de pédiatrie sociale en démarrage ou en développement se sont joints au mouvement de pédiatrie sociale en communauté : Centre-Sud, Montréal-Nord, Saint-Jean-sur-Richelieu, Gatineau, Trois-Rivières, Lévis et Laval. Aujourd'hui, le nombre de centres s'élève à quinze, d'où le besoin de mieux camper le modèle pour le diffuser aux professionnels des autres centres tout en laissant chacun la possibilité de l'adapter selon les particularités de sa communauté.
- 1.6 Par ailleurs, la codification des savoirs va permettre de répondre au besoin des universités de mieux connaître la pédiatrie sociale en communauté afin de l'intégrer au curriculum universitaire.

¹ Le projet présente deux autres objectifs précis, à savoir :

- Disséminer les connaissances de la pédiatrie sociale en communauté liées au développement des enfants (0-5 ans) en situation de vulnérabilité et sensibiliser les parents et les membres de leur communauté au respect de la Convention relative aux droits de l'enfant.
- Faciliter l'absorption et l'utilisation des connaissances liées au développement des enfants (0-5 ans) en situation de vulnérabilité.

Cela dit, l'évaluation se centrera sur le processus de codification et sur l'identification des bonnes pratiques au sein des Centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC).

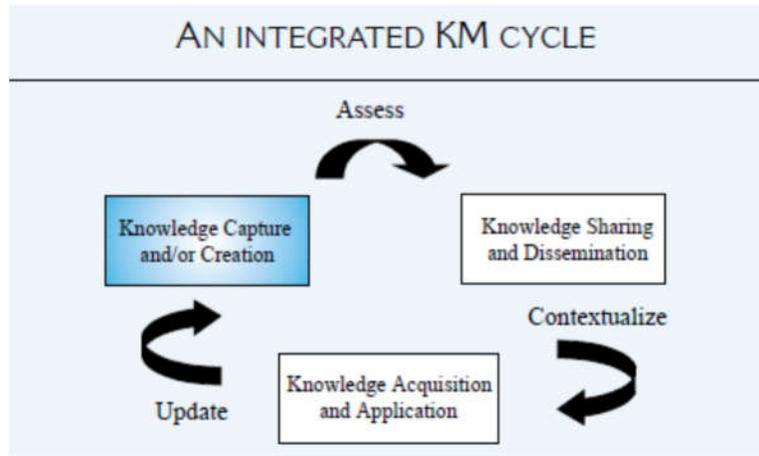
- 1.7 Tous les autres professionnels agissant auprès des enfants et des familles en situation de vulnérabilité pourront aussi profiter de l'information qui se dégage du processus de codification afin de changer leurs manières d'intervenir auprès des populations défavorisées.

2. Le transfert des savoirs et les considérations méthodologiques de la codification

L'orientation du transfert des savoirs au sein de la Fondation du Dr Julien

- 2.1 La saisie et la codification des savoirs au sein de la Fondation du Dr Julien est la première phase du cycle de gestion des connaissances, à laquelle se succède le partage et la dissémination des savoirs et, en dernier lieu, l'acquisition et l'appropriation des connaissances (suivant le modèle *Intagrated KM Cycle* de Dalkir, 2005), le tout dans une logique visant deux objectifs :

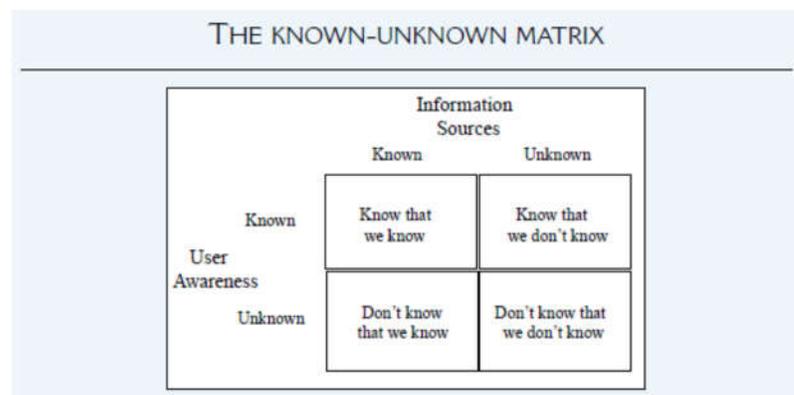
- Reproduire le modèle dans un contexte comparable et se nourrir des particularités au sein de chaque milieu (boucle d'apprentissage à valeur ajoutée). Cette étape vise à répondre aux questions suivantes : Quels changements notre modèle peut-il apporter dans un milieu similaire afin de changer les manières de faire auprès des enfants et des familles en situation de vulnérabilité? Et comment pouvons-nous apporter une plus-value au modèle selon les particularités de chaque milieu? (scaling-out);
- Influencer les institutions. Cette étape vise à répondre à la question : Quels changements notre modèle peut-il fournir au système (gouvernemental, académique ou autre) afin de changer les manières de faire auprès des enfants en situation de vulnérabilité? (scaling-up).



Source : Kimiz Dalkir, 2005, p. 78

La saisie et la codification du savoir

- 2.2 Le processus de codification au sein de la FDJ visait à mettre en lumière les connaissances explicites, tacites ainsi que les savoirs dont l'équipe de PSC ne disposait pas encore. Autrement dit, le processus de saisie et de codification a été défini comme la captation des savoirs explicites et tacites, mais aussi comme la création de nouveaux savoirs (logique de la matrice 'Know and Unknown'). Le tout appuyé par la recherche scientifique.



Source : Frappaolo, 2004

- 2.3 Du fait que les services offerts au sein des CPSC ne sont ni standardisés, ni classiques, et qu'ils visent l'innovation sociale, la méthode d'identification des savoirs supposait une

immersion au sein de la culture institutionnelle et un contact direct dans une logique de proximité. La méthode utilisée a été semblable à celle d'un anthropologue ou d'un sociologue au sein d'un groupe : être à l'intérieur du groupe tout en gardant une distance pour l'analyse.

- 2.4 Les méthodologies utilisées pour la captation des savoirs ont été les suivantes. Soulignons que le processus n'a pas été linéaire : il y a eu un aller-retour constant d'une méthodologie à une autre.

Analyse de la littérature existante : Nous avons consulté d'une part, la littérature écrite au sein de la Fondation du Dr Julien (voir Annexe 1 - Liste des publications au sein de la Fondation du Dr Julien), ainsi que la littérature scientifique connexe provenant des sciences de la santé, des sciences humaines et des sciences juridiques. Chaque partie du document présente l'ensemble de la littérature consultée (voir la section Références à chaque section). Comme un document nous amène à plusieurs autres sources d'information, nous avons consulté plus de 100 articles tout au long du processus. Nous avons aussi mis un accent particulier sur la littérature scientifique portant sur les expériences négatives et le stress toxique puisqu'elle représente les données probantes du modèle de pédiatrie sociale en communauté (voir la partie sur la revue de la littérature sur les expériences négatives dans les premières années de vie et le stress toxique), ainsi que sur les livres qui ont influencé la pensée du Dr Julien et de son équipe (*L'influence qui guérit* de Tobbie Nathan, *Manwatching* de Desmond Morris, *La compétence des familles* de Guy Ausloos, entre autres). Ce travail d'analyse nous a permis de faire ressortir les savoirs explicites du modèle, ainsi que de souligner des savoirs jusqu'à présent non connus.

Apprentissage par l'observation² : Par l'observation, nous avons mis en relief l'expertise pratique (application des connaissances, compétences et aptitudes) et l'expertise cognitive (ensemble de concepts en lien avec l'approche pratique). Au sein de la Fondation du Dr Julien, nous avons assisté à plus de 56 cas cliniques d'enfants, et dans les autres centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC), nous avons assisté à plus

² Voir annexe 2 dates des rencontres

de 20 cas cliniques. Les centres qui nous ont permis de faire une observation clinique ont été les suivants : Centre-Sud, CPSC de Laval, CPSC de Lévis et CPSC de Gatineau. Il faut noter qu'aucune grille d'observation n'était utilisée pour assister à la rencontre, puisque l'analyse par l'usage de protocoles ou d'un cadre préalablement défini pour un modèle social innovant comme celui-ci de la PSC, peut entraîner des effets aliénants sur une certaine vision des savoirs de la part de l'observateur. Cette façon de faire ne laisse pas non plus la possibilité de se centrer sur l'expérience du cas par cas propre à la PSC. Cela dit, la répétition des observations a permis de faire ressortir les particularités du modèle. Par ailleurs, il faut aussi noter qu'aucune rencontre n'a été enregistrée en raison de la confidentialité des dossiers. La prise de note a été utilisée comme méthode de consignation. L'observation a été un moyen efficace de cerner les savoirs tacites et de mieux saisir la culture et la pensée systémique sous-jacente au modèle.

Discussion avec des experts : Il y a eu plus de 30 rencontres avec les experts du modèle au sein de la FDJ, à savoir : Dr Gilles Julien, directeur clinique et directeur du volet transfert des connaissances, Me Hélène Trudel, directrice des services Alliance Droit et Santé, et Julie Desharnais, directrice des services cliniques de la FDJ. En dehors de la FDJ, nous avons eu des discussions avec des experts externes tels que le Dr Nicolas Steinmetz et la Dre Julie Bélanger. Les discussions avec les experts étaient orientées sur les particularités du modèle et les leçons à retenir de la pratique. Il faut aussi noter que les différentes formations tout au long des années (trois formations thématiques et un symposium) ont permis des discussions informelles avec des experts qui connaissent l'approche du Dr Julien. Le dernier symposium, qui présentait les différents modèles de PSC au Canada et à l'étranger, a rendu possible la description du modèle montréalais en le comparant pour une première fois aux modèles de pédiatrie sociale de Saskatoon, de Vancouver et de Rochester. Ceci a permis de valider de l'information et de découvrir de nouvelles pistes de connaissances jusque-là non explorées. Ces discussions avec les experts nous ont permis de mettre en lumière les savoirs tacites.

Entrevues avec les membres de l'équipe³ : Le transfert de connaissances a toujours été présenté comme un travail collectif au sein de l'organisation, d'où l'importance de coconstruire la captation et la codification des savoirs avec l'équipe. C'est l'équipe qui doit finalement se voir identifiée dans les savoirs codifiés et s'approprier ces savoirs. Une série d'entrevues a été alors entamée avec tous les principaux collaborateurs de la FDJ⁴. Ces entrevues structurées ont fait ressortir la description des services, les objectifs généraux de chaque service, les particularités des services au sein de la PSC, les leçons à retenir de la pratique, les compétences et aptitudes nécessaires, ainsi qu'une boîte à outils comme source d'information supplémentaire. Chaque entrevue a duré environ deux heures et toutes se sont déroulées entre novembre 2012 et janvier 2013. Il faut aussi noter qu'aucune rencontre n'a été enregistrée en raison du caractère confidentiel des dossiers et de la volonté des collaborateurs de ne pas l'être. Ces entrevues ont permis de valider les savoirs explicites, de faire ressortir des savoirs tacites et de construire des fiches de services.

Ateliers de coconstruction avec les équipes⁵ : Une fois la première version du document de codification construite, un retour avec les équipes a été nécessaire afin de valider les savoirs codifiés sous la forme d'un atelier de partage. Cet atelier de deux heures a eu trois objectifs précis : déterminer les valeurs et les principes qui soutiennent l'intervention; décrire les rôles des intervenants au sein de l'évaluation/orientation; et cerner les concepts de base de l'évaluation/orientation. L'atelier a été offert aux CPSC d'Hochelaga-Maisonneuve, de Côte-des-Neiges, de Centre-Sud, de Gatineau et de Laval.

Apprentissage par la supervision clinique⁶ : La participation aux supervisions cliniques des intervenants des deux CPSC de la FDJ a été une source d'information très riche pour la codification des savoirs. Ces supervisions, appelées ateliers de co-développement, sont animées par la professeure de l'école de travail social de l'UQAM, Madame Suzanne Mongeau, afin de discuter avec les intervenants et d'offrir un encadrement

³ Voir annexe 3 liste d'intervenants interviewés

⁴ Les entrevues se sont centrées sur les services offerts au sein des deux CPSC de la FDJ puisqu'ils sont vus comme les centres d'expertise du modèle de la PSC. Les autres centres sont soit en démarrage soit en développement.

⁵ Voir annexe deux dates des rencontres

⁶ Voir annexe deux dates des rencontres

pour les cas cliniques difficiles qu'ils rencontrent chaque mois. Une dizaine d'intervenants des différentes disciplines assistent aux rencontres et partagent ensemble ces difficultés au sein des interventions. Une prise de note est partagée avec l'équipe qui participe, la professeure Mongeau et la directrice clinique des CPSC de la FDJ, et permet non seulement de documenter ces cas, mais aussi de mieux caractériser l'approche de proximité auprès des enfants et des familles en situation de vulnérabilité. Grâce à la participation à ces rencontres, la culture, les croyances, les valeurs et les façons d'intervenir ont pu être définies de façon plus simple.

Apprentissage par le partage au jour le jour : Comme nous l'expliquerons de façon détaillée par la suite, la PSC est un modèle vivantiel (vécu intégré). Autrement dit, pour le comprendre il faut le vivre au jour le jour. C'est une des seules façons de bien saisir les savoirs tacites qui sous-tendent l'approche. Les discussions autour de la table de cuisine entre les intervenants, les stagiaires et tout autre professionnel qui visite le centre, les discussions informelles avec les personnes de l'accueil, le partage avec les familles, les visites du quartier avec les nouveaux intervenants et les stagiaires, les événements au sein de la communauté (tel que la fête des nouveau-nés) sont des moments clés pour la captation des savoirs. C'est là que l'information circule et que nous arrivons à saisir le sens de la PSC.

- 2.5 Par ailleurs, nous avons utilisé des outils méthodologiques pour permettre de mieux traiter le savoir codifié, notamment :

Cadre conceptuel : Ensemble de variables et de relations qui doivent être examinées afin de comprendre un phénomène (Kitson et coll. 2008).

Modèle : Représentation d'une situation particulière. Il a une portée restreinte et plus précise dans ses hypothèses (Kitson et coll. 2008). Le modèle logique est une représentation de la feuille de route de l'intervention; il décrit les résultats escomptés, les effets et les impacts attendus. À sa lecture, nous arrivons à comprendre la raison d'être de la PSC.

Arborescence : Organisation des données en mode séquentiel.

- 2.6 Le processus de captation et de codification des savoirs a commencé en mai 2012 et s'est étalé jusqu'en août 2013⁷. Le document de codification retrace ainsi les différents savoirs, savoir-faire et savoir-être propres à la PSC à travers la description du continuum de services et en se basant sur l'expérience des deux centres d'expertise de la FDJ, à savoir le CPSC d'Hochelaga-Maisonneuve appelé AED (Assistance d'enfants en difficulté) et celui de Côte-des-Neiges appelé CSPE (Centre de services préventifs à l'enfance). Il est divisé en trois sections : assises de la PSC, continuum de services (accès/évaluation-orientation/suivi-accompagnement) et référentiel de compétences en PSC. Le document se veut un assemblage de parties qui peuvent se lire séparément et dans l'ordre choisi par le lecteur puisque la pensée en PSC n'est pas linéaire. Les redondances n'ont pas été supprimées pour laisser à chaque texte sa cohérence interne.
- 2.7 L'objectif principal du document est de présenter un texte de référence en vue de mettre en place des formations pour les bénéficiaires directs et indirects du projet de transfert de connaissances. Il se veut un portrait cohérent du continuum de services en PSC, étayé rigoureusement par les théories qui sous-tendent le modèle ou qui l'ont inspiré.

⁷ Une lecture par des pairs de chaque partie du document est envisagée.

Références

- Dalkir K. (2005). Knowledge Management in Theory and Practice, McGill University, Elsevier, p.1-356.
- Frappalo (2004). What is your knowledge IQ ? Intelligent portals. Disponible sur la web au: <http://vclass.mgt.psu.ac.th/~parinya/MISMBA2004/webcollected/KM%20your%20Organization%20IQ.htm> consulté le 13 juin 2012.
- Kitson A., Malone J.R, Harvey G., McCormack B., Seers K. et Titchen A. (2008). Evaluating successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges, Implementation Science, 3:1, p.1-12.
- National Scientific Council on the Developing Child (2006). Early exposure to toxic substances damages brain architecture. (2006), Working paper No 4, p.1. <http://www.developingchild.net>
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). The timing and Quality of Early Experiences Combine to shape Brain Architecture: Working paper 5. <http://www.developingchild.net>
- Tang, A.C. Akers, K.G., Reeb, B.C., Romeo, R.D., & McEwen, B.S. (2006). Programming social, cognitive, and neuroendocrine development by early exposure to novelty. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 103, 15716-15721.
- Weaver, I.C., Cervoni, N., Champagne F.A, D'alessio, A.C., Sharma, S., Seckl, J.R. et al. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. Nature Neuroscienc, 7, 847-854.
- Wiley; Waever, I.C., Diorio, J., Seckl, J.R. Szyf, M., & Meaney, M.J. (2004). Early environmental regulation of hippocampal glucocorticoid receptor gene expression: Characterization of intercellular mediators and potential genomic target sites. Annals of the New York Academy of Sciences, 1024, 182-212.

Annexe 1 : Liste des publications au sein de la Fondation du Dr Julien

- Julien, Gilles et Hélène (SIOUI) TRUDEL. *Tous responsables de nos enfants, Un appel à l'action*, Montréal, Bayard Canada Livre, mai 2009, 285 p.
- Julien, Gilles et Lise LACHANCE. *Vivre avec un enfant qui dérange*, Montréal, Bayard Canada Livres, mai 2007, 176 p.
- Julien, Gilles. *Enfances blessées, sociétés appauvries*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, novembre 2005, 256 p.
- Julien, Gilles. *Aide-moi à te parler! La communication parents-enfants*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, septembre 2004, 144 p.
- Julien, Gilles. *A Different Kind of Care, The Social Pediatrics Approach*, Montreal, McGill-Queen University Press, September 2004, 208 p.
- Julien, Gilles. *Soigner différemment les enfants, L'approche de la pédiatrie sociale*, Réédition revue et augmentée, Montréal, Les Éditions Logiques, (1^{re} édition : 1999) mars 2004, 320 p.
- Julien, Gilles. *Soigner différemment les enfants, Méthodes et approches*, Montréal, Les Éditions Logiques, mars 2004, 170 p.
- Julien, Gilles. *Votre enfant au jour le jour, De la naissance à 6 ans*, Les Publications du Québec, 1987.

Annexe 2 : dates des rencontres**Observations cliniques**

CPSC Hochelaga-Maisonnette et Côte-des-Neiges	Plusieurs journées entre août 2012 et juillet 2013
CPSC Gatineau	28 mai 2013
CPSC Laval	30 mai 2013
CPSC Centre-Sud	6 juin 2013
CPSC Lévis	3 septembre 2013

Ateliers de partage

CPSC Hochelaga-Maisonnette et Côte-des-Neiges	16 novembre 2012
CPSC Gatineau	28 juin 2013
CPSC Centre-Sud	6 juin 2013
CPSC Laval	20 juin 2013

Ateliers de co-développement interdisciplinaire AED et CSPE : décembre 2012, janvier, février, mars, avril et mai 2013 (deux fois)

Annexe 3 : Liste des intervenants interviewés

Annick Quesnel-Bolduc	Travailleuse sociale AED
Éloïse Gougeon-Ross	Travailleuse sociale AED
Karine Vézina	Psychoéducatrice AED
Geneviève Saint-Laurent	Psychoéducatrice AED
Véronique Lacroix	Éducatrice spécialisée AED
Fanny Brais-Leblanc	Éducatrice spécialisée AED
Lenka Lustman	Art-thérapeute
Richard Comtois	Psychologue médiateur
Vedrana Petrovic	Psychoéducatrice CSPE
Francine Nadeau	Art-thérapeute CSPE
Vincent Richard	Travailleur social CSPE
Véronika Bélanger	Éducatrice spécialisée CSPE
Jacky Bergeron	Éducatrice spécialisée CSPE
Marie-Eve Desjardins	Responsable Grands amis

Section 1 Les assises de la pédiatrie sociale en communauté

Les expériences négatives dans les premières années de vie d'un enfant et le stress toxique

“Every stress leaves an indelible scar, and the organism pays for its survival after a stressful situation by becoming a little older.”

Hans Selye

1. Présentation de la revue de littérature

1.1 L'objet de cette revue de la littérature est de faire le point sur la notion du stress toxique et sur les résultats de la recherche scientifique concernant les expériences négatives dans les premières années de vie des enfants (données probantes de la pédiatrie sociale en communauté)⁸. Elle est tirée d'un corpus de littérature de 73 publications scientifiques et de trois colloques internationaux sur le sujet présentés entre les années 2010 et 2012 (Early brain & Biological Development: A science in Society Symposium, Calgary-Canada, 2010 et 2011; Early Childhood Development: Adverse experiences and developmental health, Ottawa-Canada, 2012). Elle répond à trois objectifs précis :

D'abord, nous nous intéressons à la construction de l'architecture du cerveau –*Quel est l'impact sur le cerveau des prédispositions biologiques, de l'environnement et des expériences vécues dans les premières années de vie d'un individu?*

Ensuite, nous allons comprendre le stress en tant que mécanisme de réponse du cerveau – *D'où provient le stress? Pourquoi la réponse au stress devient-elle toxique? En quoi consiste sa toxicité?*

Enfin, nous allons présenter les résultats de la recherche scientifique concernant les expériences négatives dans les premières années de vie d'un individu — *Quels sont les effets du stress toxique chez les enfants? Notre constat est que la réponse à cette question est encore à développer et reste largement à construire en fonction des futures recherches sur ce sujet.*

⁸ Cette partie retrace les données probantes de la pédiatrie sociale en communauté (Evidence-based Medicine). Nous utilisons la définition des données probantes en médecine de Straus et coll. 2011, c'est-à-dire « l'intégration des meilleures preuves de recherche en lien avec notre expertise clinique et les valeurs et les circonstances des patients » (p.1)

- 1.2 Cette recension des écrits présente deux principales limites. D'abord, elle porte uniquement sur les recherches menées principalement en Amérique du Nord et en langue anglaise, dans le domaine des neurosciences et de la psychobiologie. Ensuite, elle ne prend pas en compte les recherches psychosociales qui peuvent souvent apporter des données complémentaires ou nuancer certains propos scientifiques.

Mots clés : toxic stress, early childhood experience, brain architecture, environment, genetics

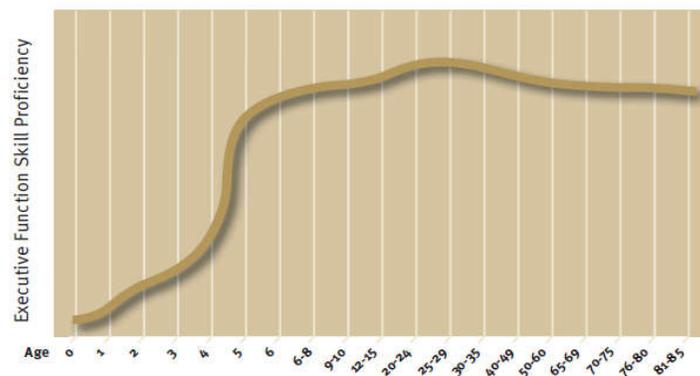
2. Le point de départ : l'architecture du cerveau

- 2.1 La recherche scientifique présente actuellement une meilleure connaissance du cerveau humain et de la plasticité de ce dernier par rapport aux expériences vécues. La biologie du processus de formation du cerveau – qui commence à se construire avant même la naissance – est influencée par les gènes qui sont transmis des parents à l'enfant, par l'environnement dans lequel grandit l'enfant, y compris celui de la mère durant la grossesse, et par les expériences vécues dans ses premières années de vie (National Scientific Council on the Developing Child, 2006, 2007). Le développement optimal du cerveau d'un enfant dépend alors : (1) des prédispositions génétiques; (2) d'un environnement sain; et (3) des expériences stimulantes permettant l'interaction sociale avec des adultes significatifs (Tang et coll., 2004). Ces trois éléments sont interconnectés et ont des fonctions bien précises. La génétique permet de connaître les propriétés de base des cellules nerveuses et elle établit les règles pour l'interconnexion des cellules. L'environnement influence cette construction : plus l'environnement est sain et libre de toxines pendant la grossesse et dans les premières années de vie de l'enfant, plus l'architecture du cerveau se construira de façon optimale. Enfin, les expériences font référence à l'interaction de l'enfant avec cet environnement et ce même avant la naissance (Center on the Developing Child at Harvard University, 2006).
- 2.2 La formation du cerveau s'étale de la deuxième et huitième semaine après la conception. Elle commence par la formation du tube neural et se poursuit par la formation des synapses ou connexions neuronales (Nelson, Early Brain & Biological Development 2010, p.19). Au troisième trimestre, le cerveau ressemble à celui d'un adulte, mais il vient tout juste de commencer son développement. À ce stade prénatal,

le développement cérébral inclut : la neurulation, la prolifération de cellules, la différenciation de cellules, la migration de cellules, la myélinisation de cellules et l'élagage de cellules (Nelson, *Early Brain & Biological Development* 2010, p.19). Le développement du cerveau se poursuit au cours des premières années de vie de l'enfant et par la suite, selon une majorité d'études scientifiques, sa capacité à s'adapter et à changer au cours du temps diminuera avec l'âge (Keuroghlian et Knudsen, 2007; Buonomano, Merzenich, 1998). Cependant, quelques études sur des fonctions exécutives incluant la réponse à l'inhibition, l'activité dans le cortex préfrontal dorsolatéral et d'autres régions ont démontré qu'il y a croissance avec l'âge (ex. Know, Reiss et Menon, 2002; Rubia et Taylor, 2002; Adleman et coll., 2002). La recherche sur l'interaction entre le développement neuronal et cognitif durant l'adolescence en est encore à ses premières étapes (Blakemore et Choudhury, 2006).

- 2.3 À l'enfance, la plupart des changements ont lieu dans le cortex préfrontal et plus particulièrement dans la myélinisation de cellules (Nelson, *Early Brain & Biological Development* 2010). À l'adolescence, la structure du cortex préfrontale subit des changements significatifs (Huttenlocker, 1979; Huttenlocker et coll. 1983; Yakovlev et Lecours, 1967). D'une part, l'information neuronale dans le cortex frontal continuerait à augmenter et d'autre part, il y aurait une prolifération des synapses au début de la puberté, et une réorganisation des connexions synaptiques après la puberté (décroissance de la densité synaptique) (Huttenlocker, 1979; Woo et coll. 1997).

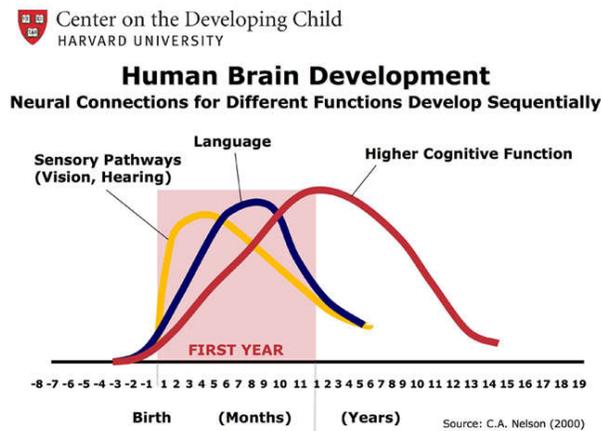
Executive Function Skills Build Throughout Childhood and Adolescence



A range of tests measuring different forms of executive function skills indicates that they begin to develop shortly after birth, with ages 3 to 5 providing a window of opportunity for dramatic growth in these skills. Growth continues throughout adolescence and early adulthood; proficiency begins to decline in later life.

Source: Weintraub et al. (In Press)⁹⁹

- 2.4 Lorsque nous parlons de formation de l'encéphale, nous faisons notamment référence aux circuits cérébraux qui se construisent de façon progressive à partir des fonctions les plus simples aux fonctions les plus complexes (Burkhalter, Bernardo et Charles, 1993). Cela veut dire que la capacité de percevoir les aspects simples du monde et de faire fleurir les émotions et les jugements sociaux élémentaires se développe avant même les capacités d'analyse plus complexes (Kuhl, 2004). C'est une construction '*bottom-up*' : chaque étape s'appuie sur l'étape préalable (Burack, Early Brain & Biological Development 2010). Dans ce sens, il faut savoir que plusieurs aspects de l'architecture du cerveau sont établis bien avant l'entrée de l'enfant à l'école (Hensch, 2005; Grossman et coll., 2003; Knudsen, 2004; Hess, 1973). C'est l'interaction entre les gènes et l'environnement qui vont déterminer la plasticité cérébrale (Kolb, 2010).



- 2.5 Les étapes de façonnement de ces circuits sont appelées *périodes sensibles* et c'est pendant ces périodes que les effets de l'environnement et des expériences vont jouer un rôle capital.
- 2.6 En effet, des circuits bien précis du cerveau sont responsables de la capacité à réagir à une expérience vécue quelconque (National Scientific Council on the Developing Child, 2005). C'est pendant ces *périodes sensibles* que les circuits cérébraux sont les plus vulnérables aux effets des expériences négatives (Knudsen, 2004; Keuroghlian et

Knudsen, 2007; Daw, 1997). Une fois la période sensible de construction d'un circuit terminée, il s'avère beaucoup plus difficile de modifier ce circuit (National Scientific Council on the Developing Child; 2007). La recherche a ainsi démontré que les premières expériences peuvent soit encourager, soit compromettre l'acquisition du langage, des habiletés cognitives et des compétences émotionnelles chez l'enfant (Boivin, Michel et Hertzman, Clyde, 2012).

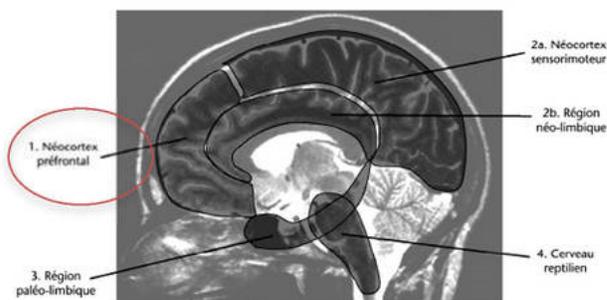
- 2.7 Les expériences négatives vécues durant l'enfance sont définies par la recherche comme tout évènement dramatique ponctuel (abus physique ou sexuel) ou chronique (négligence parentale, dépression parentale, exposition à un contexte de toxicomanie, conditions sociales et économiques difficiles au sein du foyer ou de la communauté) qui survient dans les premières années de vie d'un individu (Boivin, Michel et Hertzman, Clyde, 2012). La différence liée à la fréquence de ces expériences semble être un enjeu non négligeable pour la recherche. Une exposition ponctuelle serait plus facile à apaiser en comparaison avec l'exposition à un évènement négatif répétitif (Boivin, Michel et Hertzman, Clyde, 2012). Plus l'expérience est négative, plus la réponse au stress sera toxique pour le corps.

3. Comprendre l'origine du stress et ses réponses

- 3.1 Or, le stress n'est pas un mal en soi. Le cerveau est responsable de cet état dans lequel une personne éprouve des difficultés perturbant son bien-être et dépassant sa capacité à les gérer (Gunnar, Herrera et Hostinar, 2011). Ce terme voit ses origines dans les sciences physiques et ne commence à prendre son sens actuel qu'à partir des années 1920, avec la recherche de l'endocrinologue austro-hongrois Hans Selye. Ce dernier définit le stress comme « une réponse non spécifique de l'organisme à une demande qui lui été faite » (Selye, 1983).
- 3.2 Toute espèce animale utilise le stress comme mécanisme de défense et de survie (Fradin et coll., 2011). Quand une personne est menacée, son corps se prépare à réagir en augmentant la tension artérielle, les hormones du rythme cardiaque et les hormones du stress, comme le cortisol (Center on the Developing Child, 2012).

- 3.3 Chez toute espèce animale, dont l'humain, le stress se manifeste selon trois types de réponses : la fuite, la lutte et l'inhibition (Fradin et coll. 2011). Ces trois états de stress ou États d'Urgence de l'Instinct (EUI) se déclenchent ou alternent indifféremment pour une même raison et font partie des réponses dites défensives, d'origine externe, contextuelle ou environnementale (Fradin et coll. 2011). Elles proviennent d'une partie du cerveau appelée le cerveau reptilien (en raison de sa fonction de base de défense qui est la même chez toutes les espèces animales).
- 3.4 Même si chez les humains, le stress se manifeste toujours par des réponses défensives ou reptiliennes, celles-ci semblent être le symptôme visible d'un conflit interne provenant du néocortex préfrontal.
- 3.5 Le néocortex préfrontal se trouve dans la partie frontale de notre encéphale. Il correspond à la zone la plus intelligente du cerveau et constitue le centre d'un réseau qui relie toutes les autres parties de cet organe (Fradin et coll., 2011, p 43). Il est le centre de rencontre des informations d'origine externe, qui nous informent sur la situation de l'environnement et ses potentialités, et des informations d'origine interne, qui nous informent sur notre état biologique et nos besoins immédiats. Six paramètres sont à l'origine son fonctionnement : la curiosité, l'adaptation, la nuance, la relativité, la rationalité et l'opinion personnelle (Fradin et coll., 2011, p 43).

Représentation schématique des quatre cerveaux/centres décisionnels (Fradin)

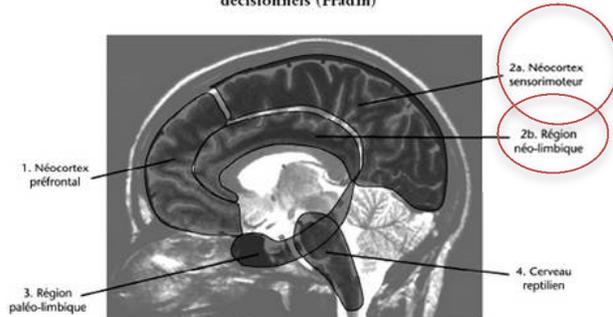


Source : Fradin et coll. 2011

- 3.6 Le néocortex préfrontal est cependant « handicapé par une grande difficulté structurelle » (Fradin et coll. 2011, p. 43) qui l'empêche d'accéder aux messages qui ont lieu dans d'autres parties du cerveau appelées les territoires automatiques. Ces

territoires sont composés de la région néo-limbique : le monde du milieu, du toucher, du voir et du faire; et du néocortex sensorimoteur : le monde des apparences, des émotions, des préjugés et des appréhensions.

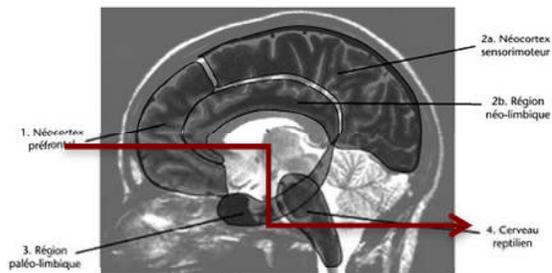
Représentation schématique des quatre cerveaux/centres décisionnels (Fradin)



Source : Fradin et coll. 2011

- 3.7 La recherche démontre que lorsque l'intelligence préfrontale est en désaccord avec une pensée ou une action quelconque provenant des territoires automatiques, elle émet un message d'alerte inconscient détecté par le cerveau reptilien et traité comme un signal de danger. Le stress se déclencherait ainsi selon ces trois formes défensives (lutte, fuite ou inhibition).

Représentation schématique des quatre cerveaux/centres décisionnels (Fradin)



Source : Fradin et coll. 2011

- 3.8 Le stress semble donc survenir lorsque le mode automatique ne laisse pas sa place au mode préfrontal dans une situation nouvelle et/ou complexe, alors que ce dernier est structurellement mieux placé pour la gérer (Fradin et coll., 2011). Autrement dit, le stress survient lorsque l'inconnu se présente à nous.

3.9 Il faut bien comprendre que c'est la réponse au stress qui pose les problèmes chez tous les individus et notamment chez les enfants. Lorsque les systèmes de réponse au stress d'un enfant sont activés dans un contexte de relations de soutien avec des adultes significatifs, ces effets physiologiques sont atténués et ramenés à la valeur initiale d'apaisement. Le résultat est le développement sain de l'enfant.

3.10 Hans Selye distinguait déjà deux types de stress : le bon stress ou *eustress* –qui se manifeste par la joie et le bonheur– et le mauvais stress ou *distress* –qui se manifeste par la colère et l'anxiété–. Selon le *Center of Developing Child* de l'université de Harvard, il est important de distinguer trois types de réponses au stress :

Réponse au stress positif : Elle est un élément normal et essentiel du développement sain d'un enfant. Elle se caractérise par des augmentations brèves de la fréquence cardiaque et par de légères hausses des taux d'hormones.

Exemple d'une source qui déclenche un stress positif : le premier jour avec la nouvelle éducatrice à la garderie.

Réponse au stress tolérable : Elle active les systèmes d'alerte du corps comme un résultat de difficultés plus graves et plus durables. L'activation du stress est limitée dans le temps et les relations avec les adultes aident l'enfant à s'adapter.

Exemple de sources qui déclenchent le stress tolérable : la perte d'un être cher, une catastrophe naturelle ou une blessure.

Réponse au stress toxique : Elle peut se produire quand un enfant fait l'expérience forte, fréquente et/ou prolongée d'une expérience négative. Ce genre d'activation prolongée des systèmes de réponse au stress peut 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.

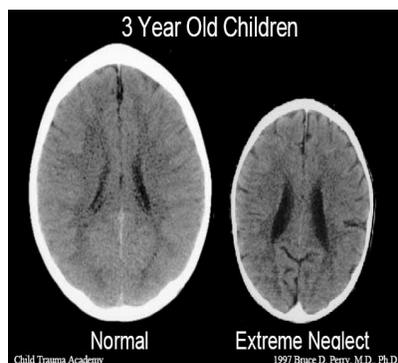
Exemple de sources qui déclenchent le stress toxique : la violence physique ou psychologique, la négligence

Toxique : « Activation prolongée de la réponse au stress en absence des relations de protection. »

Source: *Center on the Developing Child*, (2012)

chronique, une maladie mentale, l'exposition à la violence, et/ou les charges accumulées d'une famille en difficultés économiques.

- 3.11 La toxicité vient du fait qu'un individu en situation de stress sécrète une certaine quantité d'hormones responsables de ramener le corps à son état normal. Si ces hormones sont constamment sollicitées, elles auront des effets toxiques sur le corps. Deux systèmes hormonaux ont attiré particulièrement l'attention des chercheurs : le *sympathetic-adrenomedullary system (SAM)*, responsable de l'adrénaline et le *hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA)*, responsable du cortisol. L'adrénaline « mobilise le stockage d'énergie et altère le fluide sanguin, permettant ainsi au corps de gérer le stress. Il est essentiel pour la survie » (Sapolsky, RM, Romero, LM & Muck, A., 2000). Pour sa part, le cortisol aide aussi le corps à faire face aux expériences négatives. Or, une libération récurrente du cortisol peut avoir des effets toxiques sur le corps. Selon la recherche, les effets à long terme du cortisol incluent la régulation de l'expression génétique des circuits cérébraux touchant la régulation de la réponse au stress, l'émotion et la mémoire (Sapolsky, Romero et Muck, 2000).
- 3.12 Le nombre de facteurs de risque chez l'enfant produit un effet cumulatif qui se traduira à long terme par un éventail de possibilités de manifestations de santé physique et mentale à l'âge adulte (Anda R., Early Brain & Biological Development 2011, p.18).
- 3.13 À l'extrême, le résultat biologique correspond à un cerveau plus petit que la normale (Perry et Pollard, 1997), un quotient intellectuel (QI) inférieur à la moyenne et un fonctionnement « anormal »(Feinstein, 2003).



Source : Bruce D. Perry, M.D., Ph.D au ChildTrauma Academy

4. Les effets du stress toxique chez les enfants

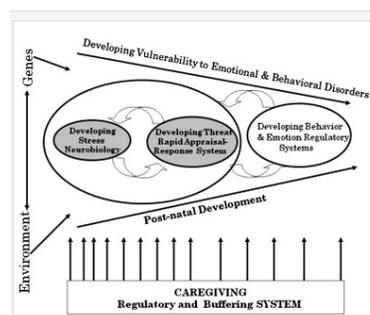
- 4.1 Depuis la moitié du XXI^e siècle, les recherches sur le développement de l'enfant dans les domaines de l'épidémiologie, de la neuroscience, de la génétique, de l'épigénétique et de la prévention, se multiplient et offrent de nouvelles explications sur l'interaction complexe des facteurs biologiques, sociaux et environnementaux qui influencent la trajectoire de vie d'un enfant (Boivin, Michel et Hertzman, Clyde, 2012).
- 4.2 Ces études scientifiques proviennent de recherches menées auprès des animaux mais aussi des humains. Elles ont établi des principes communs au développement biologique des espèces qui permettent de généraliser et de confirmer des hypothèses sur les humains (National Scientific Council on the Developing Child, 2005). La capacité de réagir à une expérience négative chez les animaux conduit les chercheurs à s'interroger aussi sur d'autres études plus poussées sur le stress chez les humains (National Scientific Council on the Developing Child, 2005).

4.3 Voici les faits saillants et la synthèse des résultats de la recherche scientifique :

(Pour la compréhension de la terminologie utilisée dans ce document, vous pouvez consulter l'Annexe 1)

La réactivité de la réponse au stress et la santé mentale et physique

- Lorsqu'un enfant ou un fœtus est exposé à une situation de stress toxique, les synapses et les systèmes hormonaux sont affectés, provoquant ainsi une réponse peu contrôlée en situation de stress (Zhang et coll. 2004). La réponse de l'enfant sera soit très réactive, soit difficile à s'apaiser lorsqu'il rencontrera une situation de stress au cours de sa vie. (Zhang et coll. 2004).



Source : Zhang et coll. 2004

- Une réponse peu contrôlée face au stress peut affecter la santé et le bien-être de l'enfant si elle est activée régulièrement et de façon prolongée (McEwen, 2008). Cette activation fréquente et soutenue des systèmes du cerveau peut avoir des effets sur la santé mentale (dépression, anxiété, alcoolisme, consommation de drogues) et physique de l'individu (problèmes cardiovasculaire, diabète, arrêt cardiaque) (McEwen, 2008).
- Les enfants qui vivent des situations de stress toxique ont plus tendance à présenter un rétrécissement de la taille des neurones et des cellules cérébrales, ainsi qu'un vieillissement prématuré de l'encéphale. Cela se traduit à l'enfance par des comportements tels que l'impulsivité, les difficultés dans la prise de décisions et les déficits de mémoire (Hill, 2010).

Les effets du niveau élevé de cortisol

- Lorsque les enfants vivent une situation de stress toxique, leurs niveaux de cortisol demeurent élevés pendant une période prolongée, même après l'exposition à l'expérience de stress vécue. L'hippocampe se voit alors endommagé par cette libération élevée du cortisol ou corticotrophine (CRH) (Brunson et coll., 2002). Cela se traduit par des conséquences sur les systèmes neuronaux et même par un changement dans l'architecture de certaines régions du cerveau essentielles à l'apprentissage, à la mémoire et à l'habileté de réguler la réponse au stress (Brunson et coll. 2002; Lupien et coll. 1998; McEwen et Sapolsky, 1995).
- L'augmentation des niveaux de cortisol dans le cerveau peut « allumer » ou « éteindre » certains gènes à des moments précis de la vie d'une personne. C'est le cas du gène *récepteur glucocorticoïde* et du gène de *protéine basique de la myéline* (De Kloet, Rots et Cools 1996; Gunnar et Vazquez, 2006); Wiley et coll., 2004).

Les conditions socio-économiques

- Les enfants qui grandissent dans des familles aux prises avec des problèmes économiques ont tendance à avoir un niveau de cortisol plus élevé que les enfants provenant des milieux plus aisés (Boivin, Michel et Hertzman, Clyde, 2012; Lupien et coll., 2001).
- Le statut socioéconomique pendant l'enfance est facteur qui permet d'estimer un certain nombre d'effets sur la vie de l'enfant, notamment dans les domaines de la santé physique et mentale, des habiletés cognitives et de la performance scolaire (Adler et Rehkopf 2008; Gottfried, Gottfried, Bathurst, Guerin et Parramore, 2003; Merikangas et coll. 2010, Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008; Sirin 2005 dans Griffin, Hook, Hackman et Farah, sous presse).
- Le statut socioéconomique fait référence à des facteurs économiques tels que le revenu et la richesse matérielle et à des facteurs non économiques comme le prestige social et l'éducation (Adler et Rehkopf, 2008; Bradley et Corwyn, 2002 dans Griffin, Hook, Hackman et Farah, sous presse). Ces facteurs sont en corrélation avec des caractéristiques du quartier et de la famille tels que la fréquence des expériences de stress, l'exposition à des substances toxiques, la violence, la qualité des écoles et les soins parentaux (Bradley et Corwyn, 2002; Evans 2004 dans Griffin, Hook, Hackman et Farah sous presse). Tous ces facteurs conjugués permettraient d'estimer les différences individuelles dans la performance académique (Sirin, 2005), suggérant que le statut socioéconomique aurait des influences sur les résultats développementaux (Griffin, Hook, Hackman et Farah, sous presse).
- La recherche concernant le statut socio-économique et les fonctions exécutives en est encore à ses premières étapes. Des recherches longitudinales permettront de montrer la trajectoire de chaque enfant du point de vue des disparités rencontrées sur le plan des fonctions exécutives et de la performance scolaire à l'adolescence et à l'âge adulte, point qui reste encore à développer. Ceci permettra de déterminer si les différences observées dans le statut économique et les fonctions exécutives correspondent davantage à un retard de développement ou à un déficit à long terme (Griffin, Hook, Hackman et Farah, sous presse).

Les expériences prénatales et le stress toxique

- Des situations de stress toxique pendant la grossesse et des soins maternels de mauvaise qualité pendant les premières années de vie d'un enfant ont des conséquences sur la capacité d'un enfant à réagir à une expérience négative. Cela se traduit par une modification de certains gènes liés au développement du cerveau, par des problèmes de mémoire et d'apprentissage à l'enfance, et par des déficits cognitifs et de mémoire à l'âge adulte (Roceri et coll. 2004; Roceri et coll. 2002; McEwen, 2008; Weintsock, 2001).
- Lorsque la mère présente des symptômes de dépression pendant la grossesse et/ou les premières années de vie d'un enfant, la recherche démontre que l'enfant sera plus angoissé ou plus réactif à une expérience négative et qu'il aura tendance à avoir des niveaux de cortisol plus élevés que la normale (Dawson et Ashman, 2000; Ashman et coll. 2002; Jones, Field et Fox, 1997).
- Les conséquences comportementales négatives liées à la négligence prénatale et postnatale peuvent être compensées par des expériences positives chez les enfants. En effet, la recherche démontre que l'exposition à des environnements riches en exploration et en interaction sociale a une influence sur l'architecture et la chimie du cerveau en développement (Francis, Diorio, Plotsky et Meamey, 2002).

Un environnement de relations « aller-retour » avec des adultes significatifs

- Les enfants ayant des relations sécurisantes et stables avec un adulte significatif réussissent à contrôler mieux les réactions hormonales du stress en comparaison avec les enfants sans aucun soutien, ce qui prouve que les environnements positifs ont une influence sur l'impact du cerveau (Barr et coll. 2004). L'on sait aussi que les enfants sans soutien auront plus de difficulté à gérer le stress lorsqu'ils grandissent (Lonan et Gunnar, sous presse). De plus, la recherche démontre que même les enfants extrêmement anxieux ou peureux réussissent à apaiser ou atténuer les effets négatifs d'une situation de stress si un parent ou un adulte significatif leur permettent d'avoir un cadre sécuritaire (Nachmias et coll. 1996).
- Lorsque l'enfant grandit dans un environnement de relations bienveillantes et attentives, la recherche a constaté un effet protecteur appelé « tampon maternel » (de la traduction en anglais maternal buffering). Ce facteur protecteur permet d'améliorer la capacité de résilience de l'enfant et crée un lien d'attachement sécuritaire (Suomi S. 2010).

Négligence, abus et maltraitance

- Les enfants négligés, maltraités ou victimes de violence présentent des niveaux anormaux de production du cortisol qui persistent même après leur placement dans une maison d'accueil ou un autre type de placement (Gunnar et coll. 2001; Bruce et coll., 2009).
- Dans les cas de négligence ou de violence, le stress toxique peut se traduire chez les enfants par des modifications physiques de l'architecture cérébrale (Hill, M 2010). Selon Dunedin Study (étude longitudinale sur 1037 enfants de la Nouvelle-Zélande entre 1973 et 2006), dans ces cas, ces enfants risquent de présenter des symptômes dépressifs à l'âge adulte (Suomi, 2010).
- L'enfant, victime de négligence sévère au sein de son foyer ou dans un contexte institutionnel, a des fortes probabilités de vivre des problèmes émotionnels et comportementaux et des difficultés dans ses relations interpersonnelles à long terme au cours de sa vie (National Scientific Council on the Developing Child 2012).
- L'enfant victime de négligence sévère est enclin à présenter des problèmes cognitifs, des retards d'apprentissage, des déficits des fonctions exécutives et des difficultés dans la régulation de l'attention (National Scientific Council on the Developing Child 2012).
- Les interventions à long-terme, systémiques et empiriques auprès des enfants victimes de négligence se sont révélées efficaces pour améliorer la capacité à réguler le niveau de stress, et donc la production de cortisol (Pears, Kim et Fisher, 2008; Dozier et coll. 2006; Fisher et coll. 2000)
- Les thérapies cognitivo-comportementales se sont révélées efficaces pour les enfants qui développent des symptômes d'état de stress post-traumatique (MacMillan H. 2010).
- Les personnes qui souffrent d'un désordre de stress post-traumatique lié à une expérience négative dans leurs premières années de vie (notamment en raison de mauvais traitements) ont de la difficulté à réguler leurs émotions et à reconnaître leur propre identité (Lanius, 2010).
- Les enfants victimes de maltraitance ont des risques élevés d'intérioriser leurs problèmes, présentent des symptômes dépressifs au cours de leur enfance et souffrent de troubles majeurs de dépression à l'âge adulte. La dépression peut se traduire aussi par des problèmes physiques tels que difficultés cardiaques, obésité, diabète et hypertension (MacQueen G. 2010).

La capacité parentale et la transmission intergénérationnelle

- Les parents qui ont été victimes de maltraitance dans leurs premières années de vie ont tendance à éprouver des difficultés dans leurs capacités parentales. Dans ces cas, il existe des risques d'une transmission intergénérationnelle du trauma (Lanius R. 2010).
- Un parentage mauvais et dysfonctionnel peut transmettre chez l'enfant des capacités dysfonctionnelles de régulation du stress. Ces problèmes peuvent se poursuivre à l'âge adulte, perpétuant ainsi les difficultés parentales d'une génération à une autre (Mayes L. 2010).
- La clé pour protéger les enfants du stress toxique est de renforcer les capacités des adultes, en particulier leurs capacités fonctionnelles hebdomadaires. Pour cela, il faut que la communauté démontre une volonté de repenser le concept d'engagement parental et de soutien communautaire en allant au-delà de la simple transmission d'informations (Shonkoff, 2010).
- La santé émotionnelle des enfants est étroitement liée aux caractéristiques sociales et émotionnelles de l'environnement, incluant non seulement les parents, mais aussi la famille élargie et la communauté (Dawson et Ashman, 2000; Thompson et Calkins, 1996; Davies, et Forman, 2002).

Les services de soutien

- Les enfants qui fréquentent des programmes de garderie ou des établissements scolaires de mauvaise qualité ont plus tendance à augmenter leur niveau de cortisol que les enfants ayant des services de qualité (Gunnar et coll. sous presse).
- Il n'y a pas de preuves scientifiques démontrant que les enfants qui ont été exposés à des expériences de stress toxiques au cours de leurs premières années de vie vont nécessairement développer des troubles relatifs au stress. Chez les animaux comme chez les humains, la recherche démontre que les interventions offrant des services de soutien qui aident à stimuler une croissance positive préviennent les effets négatifs chez l'enfant (Francies et coll. 2002; Gunnar et coll., 2001; Bredy et coll. 2003).

La sensibilité de l'individu

- Il n'y a pas d'évidence de la relation unique entre un facteur de risque quelconque et les résultats sur la santé et le bien-être de l'enfant. Cela dit, le nombre de facteurs de risque produit un effet cumulatif appelé « dose effect ». L'étude Adverse Childhood Experience (étude du Centre Kaiser de San Diego sur l'exposition à des expériences négatives menée auprès de 1 700 patients) démontre qu'il y existe une relation échelonnée entre le nombre de facteurs de risque et les maladies à l'âge adulte, incluant des problèmes d'alcool, de suicide, de comportements sexuels précoces et de troubles hépatiques, entre autres (Anda, 2011).



Source : The ACE study pyramid sous <http://acestudy.org/>

- La réponse au stress dépend de la sensibilité de la personne par rapport au contexte et aux expériences de vie. Les enfants ayant une forte sensibilité seraient beaucoup plus vulnérables au stress toxique lorsqu'ils sont exposés à une situation négative et plus sensibles à des environnements positifs (Burack, 2010).
- La sensation d'être touché délicatement au cours des périodes sensibles chez les nouveau-nés a un effet thérapeutique à long terme démontré. Plusieurs hôpitaux utilisent maintenant la thérapie du toucher chez les nouveau-nés pour améliorer leur bien-être, notamment après une expérience négative (Kolb, 2010).

Les substances toxiques

- L'exposition d'un enfant à des substances toxiques a la capacité de modifier l'architecture du cerveau et peut conduire à des difficultés de développement, notamment en ce qui concerne l'apprentissage, le comportement et la santé (Costa et coll., 2004; Lanphear, Wright et Dietrich, 2003).
- Selon la recherche, trois catégories de substances toxiques peuvent affecter le développement de l'enfant : (1) chimiques : plomb, mercure et organophosphates; (2) drogues : alcool, nicotine et cocaïne; et (3) des médicaments sur ordonnance (National Scientific Council on the Developing Child, Early exposure to toxic substances damages brain architecture, 2006).
- Les agents environnementaux chimiques empêchent la migration des cellules neuronales et la formation des synapses, entraînant une altération des fonctions liées à la pensée et aux sensations (Klaassen, 1996). L'exposition des enfants au plomb a des conséquences sur l'apprentissage, le comportement et les troubles d'attention (Agency of Toxic Substances and Disease Registry, toxicological profile for lead, 2005).
- Les drogues (alcool, nicotine et cocaïne) causent différents déficits qui vont dépendre du niveau, de la durée et du temps d'exposition de l'enfant. Par exemple, l'exposition prolongée à l'alcool chez l'embryon ou le fœtus peut causer des déficits cognitifs tels que des retards mentaux, une réduction du contrôle des émotions et des problèmes d'attention et d'hyperactivité (Costa, et coll. 2004). Des niveaux élevés de nicotine provoquent aussi des handicaps cognitifs, même si ces effets sont moindre que ceux de l'alcool et des produits chimiques (Etzel et Balk, 2003). La cocaïne, la métamphétamine (speed) et le méthylphénidate (Ritalin) ont aussi des effets sur les humains notamment pendant la période prénatale. Or, les effets de ces psychostimulants n'apparaîtront qu'à l'âge adulte (Trask et Kosofsky, 2000). Finalement, l'exposition prénatale à des médicaments prescrits tels que le valproate (utilisé pour des troubles épileptiques) détruit les cellules neuronales et altère la formation de synapses chez l'enfant (National Scientific Council on the Developing Child, Early exposure to toxic substances damages brain architecture, 2006).

Les fonctions exécutives

- Les fonctions exécutives (la mémoire de travail, le contrôle inhibiteur et la flexibilité cognitive et mentale) sont essentielles au développement des capacités cognitives et sociales d'un enfant. Ces fonctions peuvent être compromises par l'impact des expériences négatives tout au long de la trajectoire de vie des enfants (Rueda, Posner et Robthbart, 2005; Blair, Zelazo, et Greenberg, 2005). Un développement adéquat de ces fonctions permet aux enfants de mieux gérer le stress à long terme et d'établir les bases d'une rentrée scolaire réussie. Ces fonctions permettent donc aux enfants d'acquérir les habiletés nécessaires pour apprendre à lire, à écrire et à compter (Barkley, 2001; Blair, 2002).

WORKING MEMORY	INHIBITORY CONTROL	COGNITIVE FLEXIBILITY
<p>ADULT Can remember multiple tasks, rules, and strategies that may vary by situation</p> <p>5-16 YEARS Develops ability to search varying locations, remember where something was found, then explore other locations (e.g., a game of Concentration or hiding a penny under one of three cups)</p> <p>4-5 YEARS Comprehends that appearance does not always equal reality (e.g., when given a sponge that looks like a rock)</p> <p>3 YEARS Can hold in mind two rules (e.g., red goes here, blue goes there) and act on the basis of the rules</p> <p>9-10 MONTHS Can execute simple means-to-ends tasks and two-step plans; also able to integrate looking one place and acting (e.g., reaching at another place)</p> <p>7-9 MONTHS Develops ability to remember that unseen objects are still there (toy hidden under a cloth); learns to put two actions together in a sequence (remove cloth, grasp toy)</p>	<p>ADULT Consistent self-control; situationally appropriate responses (e.g., resists saying something socially inappropriate, resists "tit for tat" response)</p> <p>10-18 YEARS Continues to develop self-control, such as flexibly switching between a central focus (such as riding a bike or driving) and peripheral stimuli that may or may not need attention (road signs and pedestrians vs. billboards and passing houses)</p> <p>7 YEARS Children perform at adult levels on learning to ignore irrelevant, peripheral stimuli (such as a dot on the side of a screen) and focus on the central stimulus (such as a picture in the middle of the screen)</p> <p>4-5 YEARS Reductions in perseveration (persisting with following a rule even when knowing that the rule has changed). Can delay eating a treat; also can begin to hold an arbitrary rule in mind and follow it to produce a response that differs from their natural instinct (sort colored cards by shape rather than color)</p> <p>9-11 MONTHS Able to inhibit reaching straight for a visible but inaccessible reward, such as a toy on the other side of a window, and instead delay a moment to recognize the barrier and detour around it</p> <p>8-10 MONTHS Begins to maintain focus despite distractions during brief delays in a task</p> <p>6 MONTHS Rudimentary response inhibition (able to not touch something instructed not to touch)</p>	<p>ADULT Able to revise actions and plans in response to changing circumstances</p> <p>13-18 YEARS Continued improvement in accuracy when switching focus and adapting to changing rules</p> <p>10-12 YEARS Successfully adapts to changing rules, even along multiple dimensions (okay to shout on playground, not okay in school, okay sometimes in theater rehearsal)</p> <p>2-5 YEARS Succeeds at shifting actions according to changing rules (e.g., takes shoes off at home, leaves on at school, puts on boots for rain)</p> <p>9-11 MONTHS Develops ability to seek alternate methods to retrieve objects beyond direct reaching for what's in view</p> <p>Sources: Best & Miller (2010)¹⁰⁰; Diamond (1991a, 1991b, 2002, 2006).^{101,102,103}</p>

WWW.DEVELOPINGCHILD.HARVARD.EDU

Building the Brain's "Air Traffic Control" System 9

- 4.4 En conclusion, la science confirme que les premières années de vie d'un enfant sont des années cruciales en raison des multiples changements biologiques et sociaux qui produisent chez l'enfant. Le degré de plasticité du cerveau est beaucoup plus élevé à l'enfance qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte (Boivin, Michel et Hertzman, Clyde, 2012). Les premières expériences peuvent alors soit encourager, soit compromettre l'acquisition du langage, des habiletés cognitives et des compétences émotionnelles.

Finalement, un constat est important à retenir : les enfants se développent dans un environnement de relations (National Scientific Council on the Developing Child (2004)).

Annexe 1 – Terminologie des expériences négatives au cours de l'enfance

Tableau des définitions de la maltraitance des enfants

Maltraitance infantile	Tout acte omis ou commis par un parent ou un aide soignant qui cause un préjudice, un éventuel préjudice ou une menace pour l'enfant.
Violence physique	Utilisation intentionnelle de la force physique ou simple mise en œuvre de cette force envers l'enfant qui suscite ou a une forte probabilité de susciter des dommages physiques.
Violence sexuelle	Tout acte sexuel accompli ou tentative d'acte sexuel avec ou sans interaction sexuelle avec un enfant par un parent ou un aide soignant.
Violence psychologique (émotionnel)	Comportement intentionnel exprimant l'idée que l'enfant est inutile (sans valeur), a de grandes lacunes, n'est pas aimé, n'est pas désiré, est insignifiant ou ne vaut uniquement que pour satisfaire d'autres besoins.
Négligence	Défaut de répondre aux besoins physiques, émotionnels, médicaux/dentaires, ou éducationnels de l'enfant; de fournir la nutrition adéquate, l'hygiène, ou l'abri; d'assurer la sécurité de l'enfant.

Source : US Department of Health and Human Services, 2006

Les formes de mauvais traitement au Canada

A. VIOLENCE PHYSIQUE

L'enfant a subi ou risque grandement de subir des sévices physiques aux mains de la personne qui en prend soin (syndrome du bébé secoué, punition excessive ou autres formes de violence physique).

- Violence physique : Syndrome du bébé secoué : Lésions au cerveau ou au cou chez un bébé qui a été secoué.
- Violence physique : Punitions excessives : L'enfant a été maltraité puisqu'il s'est fait

infliger une punition excessive. Incluez le recours inapproprié à des châtimts corporels ainsi que d'autres formes de punition ayant entraîné des sévices physiques ou sérieusement exposé l'enfant à de tels sévices.

- Violence physique : Autre violence physique : Incluez toute autre forme de violence physique.

B. VIOLENCE SEXUELLE

L'enfant a été ou risque grandement d'être agressé ou exploité sexuellement. Sont inclus : les relations sexuelles orales, vaginales ou anales, les tentatives d'avoir des relations sexuelles, les caresses ou attouchements sexuels, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, l'incitation à la prostitution ou à la pornographie et le harcèlement sexuel.

Si plusieurs types d'activités sexuelles sont en cause, inscrivez le code de celle qui est la plus marquante. Incluez la violence sexuelle intrafamiliale et extrafamiliale, de même que celle qui met en cause des enfants plus âgés ou de jeunes agresseurs.

- Relation sexuelle : Incluez les relations sexuelles orales, vaginales et anales.
- Tentative d'avoir une relation sexuelle : Incluez les tentatives d'avoir une relation sexuelle orale, vaginale ou anale.
- Attouchements/caresses des organes génitaux.
- Exhibitionnisme : Adulte exhibant ses organes génitaux devant un enfant.
- Voyeurisme : Comprend les activités où un enfant est encouragé à s'exhiber pour procurer une satisfaction sexuelle au présumé auteur. Inscrivez le code « pornographie » si le voyeurisme comporte des activités pornographiques.
- Exploitation sexuelle : Incitation à la prostitution ou à la pornographie : Incluez les situations où un adulte exploite sexuellement un enfant pour de l'argent ou quelque autre forme de profit.
- Harcèlement sexuel : Incluez les propositions.

C. NÉGLIGENCE/DÉFAUT DE PROTÉGER

L'enfant a subi des sévices, ou sa sécurité ou son développement ont été compromis en raison du fait que la ou les personnes qui en prennent soin ne l'ont pas protégé ou ne lui ont pas procuré ce dont il avait besoin. Le terme « négligence » n'est pas employé dans certaines lois provinciales ou territoriales, mais les concepts comparables sont notamment : le défaut de prendre soin et de procurer ou de superviser et protéger; ne pas donner ou refuser de donner un traitement; ou ne pas être disponible pour y consentir ou capable d'y consentir.

- Défaut de superviser ou protéger menant à des sévices physiques : L'enfant a subi ou risque grandement de subir des sévices physiques parce que la personne qui en prend

soin ne l'a pas supervisé et protégé suffisamment. Le défaut de protéger inclut les situations où un enfant est blessé ou mis en danger à cause de certains actes posés par une personne qui en prend soin (p. ex. conduite avec facultés affaiblies en compagnie d'un enfant ou participation à des activités criminelles dangereuses en compagnie d'un enfant).

- Défaut de superviser ou protéger menant à de la violence sexuelle : L'enfant a été ou risque grandement d'être agressé ou exploité sexuellement, et la personne qui en prend soin connaît ou aurait dû connaître le risque en cause et a omis de protéger l'enfant suffisamment.
- Négligence physique : L'enfant a subi ou risque grandement de subir des sévices physiques en raison du fait que la ou les personnes qui sont censées s'occuper de lui n'en prennent pas suffisamment soin et ne lui procurent pas ce dont il a besoin. Ceci inclut les lacunes sur le plan de l'alimentation et de l'habillement, ainsi qu'une mauvaise hygiène et des conditions de vie dangereuses. Il doit exister des preuves ou des doutes que la personne chargée de s'occuper de l'enfant est au moins en partie responsable de la situation.
- Négligence sur le plan médical : L'enfant a besoin de traitements médicaux pour guérir, prévenir ou atténuer des sévices ou des souffrances physiques, et la personne chargée de s'en occuper ne donne pas ou refuse de donner ces traitements, ou encore n'est pas disponible pour y consentir ou est incapable d'y consentir.
- Défaut de procurer des soins pour un problème mental, affectif ou développemental : L'enfant risque grandement de subir ou a subi des sévices psychologiques qui se manifestent par d'importants signes d'anxiété, de dépression, de retrait ou d'autodestruction ou des comportements agressifs, ou encore par un état mental, affectif ou développemental qui pourrait sérieusement compromettre son développement. La personne chargée de s'en occuper ne donne pas ou refuse de donner des soins susceptibles de guérir ou d'atténuer les sévices, ou elle n'est pas disponible pour y consentir ou est incapable d'y consentir. Cette catégorie inclut le défaut de procurer des soins pour des problèmes de nature scolaire, tels que des problèmes d'apprentissage et de comportement, ainsi que des soins pour des problèmes de développement, tels qu'un retard de croissance d'origine non organique. Cette catégorie n'inclut pas le défaut de procurer des soins pour des comportements criminels (voir « Permettre des comportements mésadaptés/criminels »).
- Permettre des comportements mésadaptés/criminels : Un enfant a commis un acte criminel avec l'encouragement de la personne chargée de s'en occuper ou en raison du fait que cette personne ne l'a pas supervisé ou a été incapable de le superviser suffisamment. Ou encore, des services ou soins sont nécessaires pour empêcher que la situation se reproduise, et la personne chargée de s'occuper de l'enfant ne les donne pas ou refuse de les donner, ou n'est pas disponible pour consentir ou capable de consentir à ces services ou soins. Il existe un certain recoupement entre cette catégorie et la catégorie « Défaut de superviser » ainsi que la catégorie « Défaut de procurer des

soins ». Si une situation comporte à la fois des activités criminelles et une forme quelconque de sévices ou un risque élevé de sévices pour l'enfant, incluez les deux formes de mauvais traitements.

- Abandon/refus d'assumer la garde : Le parent de l'enfant est mort ou est incapable d'exercer ses droits parentaux, et il n'a pris aucun arrangement valable pour le soin et la garde de l'enfant, ou l'enfant est placé et le parent refuse ou est incapable d'en assumer la garde.
- Négligence sur le plan de l'éducation : La personne chargée de s'occuper de l'enfant permet sciemment un absentéisme scolaire chronique chez l'enfant (+ 5 jours par mois) ou omet d'inscrire l'enfant à l'école ou le garde à plusieurs reprises à la maison. Si l'enfant présente des problèmes mentaux, affectifs ou développementaux associés à l'école, que des soins sont offerts et que la personne qui s'en occupe refuse sa collaboration, classez également le cas dans la catégorie « Défaut de procurer des soins ».

D. VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

- Mauvais traitements psychologiques : L'enfant présente ou risque grandement de présenter des problèmes mentaux, affectifs ou développementaux parce qu'il est traité de façon excessivement hostile ou punitive ou qu'il est victime de violence verbale habituelle ou extrême (p. ex. menaces, dénigrement). Si des soins sont offerts et que la personne chargée de s'occuper de l'enfant refuse sa collaboration, classez également le cas dans la catégorie « Défaut de procurer des soins ».
- Négligence psychologique : L'enfant présente ou risque grandement de présenter des problèmes mentaux, affectifs ou développementaux en raison du fait qu'il manque d'attention ou d'affection. Si des soins sont offerts et que la personne chargée de s'occuper de l'enfant refuse sa collaboration, classez également le cas dans la catégorie « Défaut de procurer des soins ».
- Retard de croissance d'origine non organique : Un enfant de moins de trois ans présente un retard marqué ou a cessé de croître sans qu'on puisse identifier de cause organique. Les cas de retard de croissance qui peuvent être attribués à une mauvaise alimentation devraient être classés dans la catégorie « Négligence physique ». Le retard de croissance d'origine non organique est généralement considéré comme une forme de mauvais traitements psychologiques; cependant, il a été classé dans une catégorie à part en raison des caractéristiques particulières qu'il présente.
- Exposition à de la violence familiale : Un enfant a été témoin de violence familiale dans son milieu de vie ou il a été mêlé à cette violence. Incluez les situations où l'enfant a indirectement été témoin de violence (p. ex. s'il a vu le lendemain les blessures physiques infligées à son parent ou à la personne qui en prend soin).

Source : Trocmé et al. (2001) Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers l'enfant, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada

Les quatre types de soins non responsables selon la science

	Inattention occasionnelle	Sous-stimulation chronique	Négligence sévère dans un contexte familial	Négligence sévère dans un cadre institutionnel
Caractéristique	Attention diminuée et intermittente dans un contexte responsable	En continu, niveau de responsabilité diminué vis-à-vis de l'enfant et de l'enrichissement de son développement	Interaction 'aller-retour' complètement absente et ce de façon continue; souvent associée au manque de réponse de soins de base	Des conditions 'd'entrepôt de services' (<i>Warehouse-like</i>) avec beaucoup d'enfants et très peu de fournisseurs de soins; aucune relation personnalisée, fiable et responsable entre un adulte significatif et l'enfant
Effets	Même s'il existe une inattention occasionnelle, cela n'empêche pas le développement et la croissance à condition d'avoir un environnement bienveillant	Des retards de développement sont souvent présents et peuvent être causés par une variété des facteurs	Un vaste éventail d'impacts négatifs partant des handicaps développementaux jusqu'à des menaces immédiates pour la santé ou la survie	Les besoins de base peuvent être adressés, mais l'absence d'une réponse personnalisée peut amener à des handicaps sévères sur les plans cognitif, physique, et psychosocial.
Action	Aucune intervention n'est nécessaire	Des interventions qui s'adressent aux besoins des parents ou aides-soignantes combinées avec l'accès à des soins précoces peuvent être efficaces	Intervention pour assurer la responsabilisation des fournisseurs des soins et la réponse aux besoins de l'enfant de façon immédiate	Une intervention et une réinsertion dans un environnement stable, chaleureux et socialement responsable doivent être mises en place le plus vite possible

Source : National Scientific Council on the Developing Child (2012)

Références

- Adleman, N.E., Menon, V., Blasey, C.M., White, C.D., Warsofsky, I.S., Glover, G.H., et Reiss, A.L. (2002). A developmental fMRI study of the Stroop color-word task. *NeuroImage*, **16** (1), 61–75.
- Adler, N. E. et Rehkopf, D. H. (2008). U.S. Disparities in Health: Descriptions, Causes, and Mechanisms. *Annual Reviews of Public Health*, **29**, 235-252
- Agency of Toxic Substances and Disease Registry, toxicological profile for lead (Draft for public comment) (2005), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service: Atlanta, GA
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD et al. (2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256:174-186
- Anda, R. (2011) Adverse Childhood experiences: connecting the development lens to the health of our society, on *Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium*. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.25
- Ashman, S.B., Dawson, G., Panagiotides, H. , Yamada, E., et Wilkins, C.W. (2002). Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, **14**(2), 333-349
- Barkley, R.A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, **11**(1), 1-29
- Barr, C.S., Newman, T.K., Lindell, S., Shannon, C., Champoux, M., Lesch, K.P., Suomi, S., Goldman, D., Higley, J.D. (2004). Interaction between serotonin gene variation rearing history in alcohol preference and consumption in female primates. *Archives of General Psychiatry*, **61**(11), 1146-1152
- Best, J.R. et Miller, P.H. (2010). A developmental perspective on executive function. *Child Development*, **81**(6), 1641-1660.
- Blair, C., Zelazo, P.D. et Greenberg, M.T. (2005). The measurement of executive function in early childhood developmental *Neuropsychology* , **28**(2), 561-571
- Blair, C. (2002). School readiness :Integrating cognition and emotion in neurobiological, conceptualization of children’s functioning at school entry. *American Psychologist*, **57**(2), 111-127
- Boivin, Michel, et Hertzman, Clyde. (eds.) (in press). *Early Childhood Development : adverse experiences and developmental health*. Royal Society of Canada-Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel (with Ronald Barr, Thomas Boyce, Alison Fleming, Harriet MacMillan, Candice Odgers, Marla Sokolowski, et Nico Trocmé)

- Bradley, R. H., et Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 371-399.
- Bredy, T.W., Humpartzoomian, R.A., Cain, D.P., & Meaney, M.J.P. (2003). Partial reversal of the effect of maternal care on cognitive function through environmental enrichment. *Neuroscience*, 118(2), 571-576
- Buonomano, D.V. et Merzenich, M.M. (1998). Cortical Plasticity: From Synapses to Maps, *Annual Review of Neuroscience*, 21, 149-186
- Burack J. (2010). Early Brain et Biological Development: A science in Society Symposium Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p. 24
- Burkhalter, A., Bernardo, K.L., et Charles, V. (1993). Development of local circuits in human visual cortex. *Journal of Neuroscience*, 13, 1916-1931
- Brunson, Grigoriadis D.E., Lorand M.T., et Baram T.Z. (2002). Corticotropin-releasing hormone (CRH) down-regulates the function of its receptor (CRF1) and induces CRF1 expression in hippocampal and cortical regions of the immature rat brain. *Experimental Neurology*, 126(1), 75-86
- Bruce J., Fisher, P.A., Pears, K.C., et Levine, S. (2009). Morning cortisol levels in preschool-aged foster children : Differential effects of maltreatment type. *Developmental Psychobiology*, 51, 14-23
- Center on the Developing Child, Université de Harvard (2012). Toxic stress : the facts, http://developingchild.harvard.edu/topics/science_of_early_childhood/toxic_stress_response/ consulté le 23 juillet 2012.
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2006). Early exposure to toxic substances damages brain architecture, Working Paper N4
- Costa, L.g., et coll. (2004), Developmental neuropathology of environmental agents. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 44 :p87-110
- Davies, P.T., et Forman, E.M. (2002). Children's patterns of preserving emotional security in the interparental subsystem. *Child Development*, 73, 1880-1903.
- Dawson, G.. et Ashman, S.B. (2000). On the origins of a vulnerability to depression : The influence of the early social environment on the development of psychobiological systems related to risk for affective disorder. In C.A Nelson (ed.), *The Effects of Adversity on Neurobehavioral Development : Minnesota Symposium on Child Psychology*, (pp.224-280). Mahwah, NJ : Laurence Erlbaum & Assoc
- Daw, N.W. (1997). Critical periods and strabismus : what questions remain? *Optometry and Vision Science* 74, 690-694

- De Kloet, E.R., Rots, N.Y., et Cools, A.R. (1996). Brain-corticosteroid hormone dialogue :Slow and persistent. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 16(3), 345-356
- Diamond, A. (2006). The early development of executive functions. In E. Bialystock et F. Craik (Eds.), *Lifespan cognition: Mechanisms of change* (pp. 70-95). New York: Oxford University Press.
- Diamond, A. (1991a). Frontal lobe involvement in cognitive changes during the first year of life In K.R. Gibson & A.C. Petersen (eds.), *Brain maturation and cognitive development: Comparative and cross-cultural perspectives* (pp.127-180). New York: Aldine de Gruyter
- Diamond, A. (1991b). Neuropsychological insights into the meaning of object concept development. In S. Carey & R. Gelman (Eds.), *The epigenesis of mind: Essays on biology and cognition* (pp.67-110). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M., Manni, M., Sepulveda, S., et Levine, S. (2006). Developing evidence-based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers. *Journal of Social Issues*, 62(4), 767-785.
- Etzel, R.A. et S.J. Balk, (2003), eds. *Pediatric environmental health*. 2nd ed., American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health : Elk Grove Village, IL; Needham, L.L, et al., Concentrations of environmental chemicals associated with neurodevelopmental effects in the US population. *Neuro Toxicology*, 2005, 26(4) :p.531-545
- Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59(2), 77-92.
- Feinstein L. (2003) Inequality in the early cognitive development of British children in the 1970 cohort. *Economica* 2003; 70 :73-97
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P., et Reid, J. B. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: Impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1356-1364.
- Fradin et coll. (2011), *L'intelligence du stress*, Edition Eyrolles, septième tirage, Paris-France
- Francies, D., Diorio, J., Plotsky, P.M., et Meaney, M.J. (2002). Environmental enrichment reverses the effects of maternal separation on stress reactivity, *Journal of Neuroscience*, 22(18), 7840-7843
- Gottfried, A. W., Gottfried, A. E., Bathurst, K., Guerin, D. W., et Parramore, M. M. (2003). Socioeconomic status in children's development and family environment: Infancy through adolescence. *Bornstein, Marc H.; Bradley, Robert H. Socioeconomic status, parenting, and child development. Monographs in parenting series.* (pp. 189-207). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. x, 287).

- Griffin, G.M, Hook C.J, Hackman D.A, et Farah M.J (sous presse). Socioeconomic Status and Neurocognitive Development: Executive Function, to appear in James A. Griffin, Lisa S. Freund and Peggy McCardle (Editors), Executive Function in Preschool Children: Integrating Measurement, Neurodevelopment, and Translational Research, American Psychological Association Press.
- Grossman, A.W., Churchill, J.D., McKinney, B.C., Kodish, I.M., Otte, S.L. et Greenough, W.T. (2003). Experience effects on brain development: possible contributions to psychopathology. *Journal of Child Psychopathology and Psychiatry*, 44, 33-63
- Gunnar, M.R. Morison, S.J., Christholm, K., et Schuder, M. (2001). Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 13, 611-628
- Gunnar M.R., Herrera A et Hostina C.E., (2011) Stress et développement précoce du cerveau, Cerveau, Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, p 1 -8
- Gunnar, M.R., et Vazquez, D.M. (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (eds.), *Developmental Psychopathology*, 2nd Edition, Volume 2 : Developmental Neuroscience. New York
- Gunnar, M.R. Morison, S.J., Christholm, K., et Schuder, M. (2001). Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 13, 611-628
- Gunnar, M.R., Kryzer, E., VanRyzin, M.J., et Phillips, D. (sous presse). The rise in cortisol in family day care : Associations with aspects of care quality, child behavior and child sex. *Child Development*
- Hess, E.H. (1973). Imprinting : Early experience and the developmental psychobiology of attachment. New York : Van Nostrand Reinhold Comapny
- Hensch, T.K. (2005). Critical period mechanisms in developing visual cortex. *Current Topics in Developmental biology*, 69, 215-237
- Hill, M. (2010) The Good, the Bad and the damaging: chronic stress and the concept of allostatic load, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.20
- Huttenlocher, P.R. (1979). Synaptic density in human frontal cortex – developmental changes and effects of aging. *Brain Research*, 163 , 195–205.
- Huttenlocher, P.R., De Courten, C., Garey, L.J., et Van Der Loos, H. (1983). Synaptic development in human cerebral cortex. *International Journal of Neurology*, 16–17, 144–154.
- Jones, N.A., Field, T., et Fox N.A. (1997). EEG activation in 1-month-old infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 9(3), 491-505

- Klaassen, C.D. (1996) Heavy metals and Heavy antagonists, in Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics, J.G Hardman and L.E. Limbird, Editors. McGraw-Hill : New York, NY
- Keuroghlian, A.S. et Knudsen, E.I. (2007). Adaptive auditory plasticity in developing and adult animals. *Progress in Neurobiology*, 82, 109-121;
- Kwon, H., Reiss, A.L., et Menon, V. (2002). Neural basis of protracted developmental changes in visuo-spatial working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA* , 99 (20), 13336–13341.
- Knudsen, E.I., (2004). Sensitive periods in the developing of the brain and behavior. *Journal of cognitive Neuroscience*, 16, 1412-1425
- Kolb, B. (2010) Brain plasticity and behavioral development, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.20
- Kuhl, P.K. (2004). Early language acquisition : cracking the speech code. *Nature Reviews Neuroscience*, 5, 831-843; Thompson, R.A. (2001). Development in the first years of life. *The future of children*, 11, 20-33
- Lanphear, B.P., R.O. Wright, et K.N. Dietrich (2003) Environmental neurotoxins. *Pediatrics*, 143 : pS35-S45
- Lanius R. (2010) The aftermath of adverse childhood experiences: Posttraumatic Stress Disorder and Beyond, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.25
- Lupien, S.J. de Leon, M.J., Santi, S.D., Convit, A., Tarshish, C., Nair, N.P.V., Thakur, M., McEwen, B., Hauger, R.L., et Meaney, M.J. (1998). Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nature Neuroscience*, 1(1), 69-73
- Lupien S., King, S., Meaney, M.J., et McEwen, B.S. (2001). Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status. *Development and Psychopathology*, 13, 653-676
- MacMillan H. (2010) An overview of child maltreatment: Implications for Child Development and Approaches to Prevention, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.25
- MacQueen G. (2010) Brain, Body and Beyond, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.25

- Mayes, L. (2010) How stress impacts parental care and the intergenerational transmission of parenting abilities, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.25
- McEwen, B.S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease : Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583, 174-185
- McEwen, B.S., et Sapolsky, R.M. (1995). Stress and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 5(2), 205-216
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., et Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75-81.
- Nachmias, M., Gunar, M.R., Mangelsdorf, S., Parritz, R., et Buss, K.A. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity : Moderating role of attachment security. *Child Development*, 67(2), 508-522.
- National Scientific Council on the Developing Child (2012). The science of Neglect: the persistent absence of responsive care disrupts the developing brain: Working paper 12. <http://www.developingchild.net>
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). The timing and Quality of Early Experiences Combine to shape Brain Architecture : Working paper 5. <http://www.developingchild.net>
- National Scientific Council on the Developing Child (2006). Early exposure to toxic substances damages brain architecture. (2006), Working paper No 4, p.1 <http://www.developingchild.net>
- National Scientific Council on the Developing Child (2005). Excessive Stress Disrupts the Architecture of Developing Brain : Working Paper No 3, [Document codification 17082013 VDM \(2\).docx http://www.developingchild.net](http://www.developingchild.net)
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). Young children develop in an environment of relationships: Working paper 1. <http://www.developingchild.net>
- Nelson Ch. (2010). Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p. 19
- Pears, K.C., Kim H.K., et Fisher, P.A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment, *Child Abuse & Neglect*, 32(10), 958-971.
- Perry BD, Pollard D. (1997). Altered brain development following global neglect in early childhood. Society for Neuroscience : proceedings from annual meeting, New Orleans

- Roceri, M., Cirulli, F., Pessina, C., Peretto, P., Racagni, G., & Riva, M. A. (2004). Postnatal repeated maternal deprivation produces age-dependent changes in brain-derived neurotrophic factor expression in selected rat brain regions. *Biological Psychiatry*, 55, 708-714
- Roceri, M., Hendriks, W., Racagni, G., B.A., E., et Riva, M.A. (2002). Early maternal deprivation reduces the expression of BDNF and NMDA, receptor subunits in rat hippocampus, *Molecular Psychiatry*, 7, 609-616
- Rubia, K., Russell, T., Overmeyer, S., Brammer, M.J., Bullmore, E.T., Sharma, T., Simmons, A., Williams, S.C., Giampietro, V., Andrew, C.M., et Taylor, E. (2001). Mapping motor inhibition: conjunctive brain activations across different versions of go/no-go and stop tasks. *NeuroImage*, 13 (2), 250–261.
- Rueda, M.R., Posner, M.J., et Robthbart, M.K. (2005). The development of executive attention : contribution to the emergence of self-regulation. *Developmental Neuropsychology*, 28(2), 573-594
- Sapolsky, RM, Romero, LM et Muck, A. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses ? Integrating permissive, suppressive, stimulatory and preparative actions. *Endocrine Reviews*, 21(1), 55-89).
- Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E. J., et Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 34-42.
- Shonkoff MD. (2011) Leveraging science to shape the future of early childhood policy, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.25
- Sirin, S. R. (2005). Socioeconomic Status and Academic Achievement: A Meta-Analytic Review of Research. *Review of Educational Research*, 75(3), 417-453.
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., et Haynes, R. B. (2011). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (4th ed.). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Suomi, S. (2010) Risk, resilience and gene-environment interplay in primates, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.20
- Tang, A.C. Akers, K.G., Reeb, B.C., Romeo, R.D., et McEwen, B.S. (2006). Programming social, cognitive, and neuroendocrine development by early exposure to novelty. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 103, 15716-15721
- Trask, C.L., and B.E. Kosofsky (2000), Developmental considerations of neurotoxic exposures. *Neurologic clinics*, 18(3) : p. 541 -562
- Thompson, R.A., & Calkins, S. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(1), 163-182.

- Weaver, I.C., Cervoni, N., Champagne F.A, D'alessio, A.C., Sharma, S., Seckl, J.R. et coll. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscienc*, 7, 847-854
- Weintraub S., Dikmen, SS, Heaton, R.K., Tulsky, D.S, Zelazo, P.D., Bauer, P.J., Carlozzi, N.E., Slotkin, J., Blitaz, D., Wallner-Allen, K., Fox, NA., Beaumont, J.L., Mungas, D., Richler, J., Deocampo, J.A., Anderson, J.E., Manly, J.J., Borosh,B., Havlik, R. et Gershon, R. (sous presse). NIH Toolbox for the Assessment of Behavioral and Neurological Function: Cognition domain instruments. *Neurology*
- Weintsock, M. (2001). Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the off-spring. *Progress in Neurobiology*, 62(4), 427-451
- Wiley; Waever, I.C., Diorio, J., Seckl, J.R. Szyf, M., et Meaney, M.J. (2004). Early environmental regulation of hippocampal glucocorticoid receptor gene expression: Characterization of intercellular mediators and potential genomic target sites. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1024, 182-212
- Woo, T.U., Pucak, M.L., Kye, C.H., Matus, C.V., et Lewis, D.A. (1997). Peripubertal refinement of the intrinsic and associational circuitry in monkey prefrontal cortex. *Neuroscience*, **80**, 1149–1158.
- Yakovlev, P.A., et Lecours, I.R. (1967). The myelogenetic cycles of regional maturation of the brain. In A. Minkowski (Ed.), *Regional development of the brain in early life* (pp. 3– 70). Oxford: Blackwell.
- Zhang, T., Parent, T., Weaver, I, et Meany, M.J. (2004). Maternal programming of individual differences in defensive responses in the rat. *Annal of the New York Academy of Science*, 1032, 85-103

Recommandations et définition de la pédiatrie sociale en communauté

« Vous qui vous avez affaire à l'homme malade, vous avez affaire à l'homme. Bien entendu. Mais très souvent mal entendu. Car il arrive que le regard que nous portons sur l'homme malade soit accommodé si fixement sur la maladie que nous cessons de voir l'homme et ne comprenons plus alors ce qu'est sa maladie »

Henri Maldiney, disciple français d'Heidegger

Cette partie présente des recommandations provenant des recherches de la Société canadienne de pédiatrie, de l'Association américaine de pédiatrie et de l'intégration dans la pratique des connaissances acquises dans le cadre de l'intervention auprès des enfants en situation de vulnérabilité. Ces recommandations visent à mieux répondre aux besoins des enfants et de leurs familles, et soutiennent le modèle de la pédiatrie sociale en communauté.

1.- Recommandations, défis et programmes suggérés par la recherche et la PSC

1.1 Les nouvelles morbidités – qui ne sont pas strictement médicales mais qui ont des conséquences sur la santé des enfants – sont des défis majeurs à intégrer dans la pratique médicale pédiatrique. En effet, l'évaluation reste souvent focalisée sur les besoins médicaux et ne prend pas toujours en compte d'autres facteurs psychosociaux qui entourent les difficultés de l'enfant (American Academy of Pediatrics, 2011). La recherche conseille donc les recommandations suivantes en matière d'intervention pour réduire ou éliminer le stress toxique chez les enfants :

Approche préventive

- Il faut adopter une approche préventive (Shonkoff et Garner, 2011). La prévention passe par : 1) l'éducation auprès des parents, des professionnels de la santé et des services sociaux, et des professeurs sur les effets du stress toxique dans le développement de l'enfant; 2) l'investissement dans des pratiques qui visent à réduire le stress toxique et à renforcer les capacités parentales; 3) le développement d'activités de mentorat sur le plan communautaire (p. ex., programme après l'école, grands amis, sport : arts

- martiaux, yoga); 4) d'étroites collaborations avec des travailleurs sociaux, des fournisseurs de services de soins mentaux et d'autres professionnels travaillant auprès des enfants en situation de vulnérabilité; 5) le développement de programmes axés sur la santé mentale des enfants, des thérapies spécialisées pour les familles en situation de vulnérabilité et des services médico-légaux; et 6) la formation des professionnels du domaine juridique (p. ex., juges, avocats juvéniles) sur les effets biologiques des expériences négatives et leurs répercussions sur la judiciarisation des cas (American Academy of Pediatrics, 2011).
- En PSC, nous focalisons sur une approche préventive de la santé associée à une logique curative, le tout en misant sur les forces de l'enfant, de la famille et du milieu.



Source : Trudel (2013)

Dépistage des enfants en situation de vulnérabilité

- L'identification des enfants en situation de vulnérabilité est une première étape pour mieux soutenir les parents et les familles (American Academy of Pediatrics, 2011).
- Il faut mettre en place des pratiques permettant le dépistage des enfants en situation de vulnérabilité, réaliser des évaluations répondant aux multiples difficultés des enfants, partager l'information, élaborer des plans d'action conjoints avec les parents, créer des partenariats avec d'autres institutions pour mieux répondre aux besoins des enfants, établir un processus de références efficace et mettre en place un processus de suivi/évaluation des impacts de l'intervention (American Academy of Pediatrics, 2011).

- Tout praticien doit connaître le portrait de sa communauté (épidémiologique, démographique, social, économique, etc.) afin d'améliorer sa compréhension des facteurs de risque sociaux et environnementaux affectant la santé de l'enfant (American Academy of Pediatrics, 2005).
- Pour que le dépistage des enfants en situation de vulnérabilité soit efficace, il faut nécessairement avoir établi des collaborations solides avec d'autres services du milieu (American Academy of Pediatrics, 2011).
- En PSC, l'ancrage territorial permet de mobiliser la communauté autour de certains services qui favorisent le dépistage des enfants en situation de vulnérabilité. Pour dépister ces enfants, il faut d'abord établir des liens de confiance avec l'enfant et la famille et ensuite, mettre en place des activités au sein même de la communauté. Ainsi, les enfants qui reçoivent peu ou pas de services des réseaux institutionnels peuvent entrer dans le continuum de services au sein des CPSC. Des évaluations et des plans d'action concertés avec les réseaux familial, social et institutionnel sont mis en place et visent à répondre de façon cohérente aux besoins des enfants. Et ce, dans le respect de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Intégration du droit et advocacy

- Il est nécessaire de redéfinir l'intervention médicale en se concentrant à la fois sur le développement droits de l'enfant et sur ses droits (Zuckerman, 2012; American Academy of Pediatrics, 2011).
- Il faut renforcer le rôle d'*advocacy* de la part des pédiatres ou des autres médecins sur le plan local et national dans le but d'assurer l'accès aux services et l'intégration de ces services auprès des enfants en situation de vulnérabilité (American Academy of Pediatrics, 2005, 2011; Daneman et coll. Société canadienne de pédiatrie 2013).
- Les médecins doivent agir en tant que défenseurs des enfants et des familles lorsque les ressources semblent restreintes et qu'elles limitent l'accès aux soins (Société canadienne de pédiatrie, 2005).
- En PSC, le plaidoyer ne se limite pas à la promotion et à la défense des droits de l'enfant, mais il vise avant tout d'agir pour le respect de ces droits. Pour cela, il faut miser sur l'accès à des services de qualité et en proximité au sein des milieux défavorisés, en collégialité avec les réseaux (familial, social et institutionnel).

Interdisciplinarité et partenariats

- La prise de décisions pour les enfants et les adolescents doit être interdisciplinaire et collaborative (Daneman et coll. Société canadienne de pédiatrie, 2013), et doit faire participer activement la famille, l'enfant et/ou l'adolescent (Société canadienne de pédiatrie, 2005).
- Les pédiatres doivent travailler en collaboration avec les départements de santé publique et des collègues d'autres professions afin de diminuer les barrières qui entravent l'accessibilité des enfants à la santé et au bien-être au sein d'une communauté (American Academy of Pediatrics, 2005).
- Pour les enfants qui présentent des évidences symptomatiques de stress toxique, les centres de pédiatrie doivent établir des partenariats avec des réseaux spécialisés en troubles de stress et des professionnels en santé mentale dont les interventions sont reconnues pour être fondées sur des données probantes (American Academy of Pediatrics, 2011).
- En PSC, l'approche est interdisciplinaire et intersectorielle, favorisant ainsi la cohérence des services, mais aussi la création de ressources appropriées permettant de répondre aux besoins des enfants en situation de vulnérabilité.

Transmission des savoirs et des outils

- Les pédiatres doivent jouer un rôle de formateurs auprès des nouvelles générations de résidents et d'étudiants en médecine. Les ressources communautaires qui sortent des cadres conventionnels, comme les hôpitaux, doivent être utilisées pour former les nouvelles générations (American Academy of Pediatrics, 2005; Daneman et coll. Société canadienne de pédiatrie, 2013).
- Il faut éduquer les parents, les éducateurs en milieu de garde, les enseignants, les politiciens, les analystes en politique et la population en général sur les effets à long terme de l'impact du stress toxique et les bénéfices potentiels de l'intervention précoce (American Academy of Pediatrics, 2011).
- En PSC, toute l'équipe est l'ambassadrice d'une manière différente d'intervenir auprès des enfants en situation de vulnérabilité. Nous ne nous limitons pas aux professionnels; nous visons surtout à outiller le plus possible la communauté. Ainsi, l'intervenant et la

communauté deviennent des multiplicateurs d'action. Notons qu'outiller la communauté signifie également partager des savoirs dans les deux sens : de la communauté aux professionnels, mais aussi des professionnels à la communauté.

Modèle éco-bio-développemental

- Il faut baser l'intervention sur le modèle éco-bio-développemental comme point de vue pour comprendre les déterminants sociaux, environnementaux, comportementaux et économiques. Les problèmes psychosociaux et les nouvelles morbidités ne doivent pas être vus comme des catégories différentes des causes et des conséquences biologiques de la santé (American Academy of Pediatrics, 2011).
- En PSC, le regard éco-bio-développemental se traduit par l'approche interdisciplinaire et intersectorielle au sein de laquelle tous les réseaux – familial, social et institutionnel – participent à la réponse cohérente des besoins des enfants.

Renforcement des capacités parentales et des forces des enfants

- Il est indispensable de renforcer et d'outiller les familles et les communautés afin de leur permettre de jouer leur rôle de soutien social auprès de l'enfant et d'améliorer leurs compétences pour stimuler le développement social et émotionnel ainsi que les capacités langagières des enfants (American Academy of Pediatrics, 2011).
- Il faut renforcer les interventions qui visent le développement des compétences chez l'enfant sur le plan social, émotionnel et linguistique, ainsi qu'encourager l'adoption de compétences parentales (American Academy of Pediatrics, 2011).
- En PSC, nous travaillons pour renforcer les forces des enfants, des parents ou de tout adulte significatif vivant avec l'enfant, mais aussi de la communauté. L'empowerment des collectivités permettra des changements à un niveau « meso » et « macro » au sein d'un territoire donné.

Les « pediatric medical homes »

- Il faut développer des centres de pédiatrie sociale qui serviront de points focaux permettant de travailler la résilience des enfants et de leurs familles, et de réduire les sources de stress toxique (American Academy of Pediatrics, 2011).

- Il convient de mettre en place, au sein d'un même centre, une diversité de services adaptés aux besoins des enfants (American Academy of Pediatrics, 2011).
- Il est nécessaire d'introduire des programmes basés sur des données probantes afin d'avoir des effets significatifs sur la trajectoire de vie des enfants (Walker, Chang, Vera-Hernandez et Grantham-McGregor dans American Academy of Pediatrics, 2011).
- Il faut développer, aider à obtenir des fonds et participer à des offres de services innovants adaptés aux enfants en situation de vulnérabilité (American Academy of Pediatrics, 2011).
- Il faut identifier ou promouvoir le développement de ressources locales qui orientent les efforts visant à réduire ou à prévenir les sources de stress (American Academy of Pediatrics, 2011).
- En PSC, les CPSC se veulent des endroits sécuritaires et à proximité au sein desquels les enfants et leurs familles peuvent refaire leurs forces. L'idée n'est pas juste d'avoir différentes disciplines au sein d'un même centre, mais plutôt de construire ensemble avec les familles. Cela nécessite un décloisonnement des disciplines et une ouverture à l'expertise des professions. Les CPSC servent aussi de mécanismes d'intégration entre les réseaux familial, social et institutionnel pour garantir la cohérence des services.



La prise de décision (Société canadienne de pédiatrie, 2005)

- Les enfants et les adolescents devraient participer de manière appropriée aux décisions qui les concernent. Une fois qu'ils ont une capacité de décision suffisante, ils devraient devenir le principal décideur pour eux-mêmes.
- Toutes les informations présentées aux patients, aux familles, aux enfants ou au tuteur légal doivent être véridiques, claires et présentées avec sensibilité.
- Les considérations sur le rôle des enfants dans la prise de décision ont évolué. Alors que certains professionnels pensent que les enfants ne veulent pas ou sont incapables de participer aux décisions de traitement, d'autres refusent la prise de décision aux adolescents matures. Cette non-participation à la prise des décisions peut être interprétées comme une violation de leurs droits fondamentaux.
- Les médecins doivent fournir aux patients et à leurs familles des informations appropriées et suffisantes pour qu'ils puissent participer efficacement à la prise de décision.
- Certains enfants et adolescents ont la capacité et le désir de prendre leurs propres décisions. Les médecins doivent évaluer attentivement ces facteurs et encourager la prise de décision conjointe avec les patients, les familles et l'équipe de soins de santé. Ils doivent toujours agir de façon à soutenir les patients capables de prendre leurs propres décisions.
- L'inclusion dans le processus décisionnel devrait se produire en fonction du stade de l'enfant ou du développement de l'adolescent. Le respect des souhaits et des valeurs des parents est important, et les besoins et les intérêts de l'enfant ou de l'adolescent doivent prévaloir.
- Dans les situations de conflit, les médecins ont l'obligation de chercher les ressources disponibles pour aider à résoudre ce conflit, et ainsi faciliter l'accès à l'aide pour les enfants et leurs familles.
- Les jeunes enfants doivent être informés de la prise de décision de manière appropriée, selon leur niveau de compréhension. Leur consentement doit être toujours recherché.
- Tout comme pour les adultes, les adolescents ayant la capacité de prendre une décision seront en mesure de comprendre et de communiquer les informations pertinentes; de penser et choisir avec un certain degré d'indépendance; et d'évaluer les avantages

potentiels, les risques ou les dommages de plusieurs options et de tenir compte de leurs conséquences.

- En PSC, l'enfant et la famille sont des partenaires à part entière comme les autres intervenants autour de la table. Ils participent en amont de la décision en coconstruisant des hypothèses et des pistes de solutions pour répondre à leurs propres besoins. L'empowerment est ainsi mis en pratique comme un principe directeur qui mise sur l'égalité des acteurs et l'absence de jugement.

1.2 Cet ensemble de recommandations est le résultat d'une réflexion sur les nouvelles connaissances liées au développement de l'enfant et sur la nécessité d'apporter des changements dans la discipline médicale, les sciences humaines (American Academy of Pediatrics, 2005) et les sciences juridiques. C'est pourquoi il faut repenser le rôle des professionnels au sein des communautés et préparer les nouvelles générations. Ce processus n'est désormais pas libre d'obstacles. La recherche met en évidence quelques défis à relever afin de développer des interventions efficaces (American Academy of Pediatrics, 2011) :

- Le besoin de formation pour tous les professionnels de la santé et des services sociaux concernant les effets du stress toxique.
- La nécessité de surmonter les contraintes institutionnelles pour adresser de façon efficace les nouvelles morbidités.
- Le besoin de faire face au manque de connaissances et d'accessibilité à des stratégies d'intervention basées sur des données probantes.
- Le besoin de chercher du financement pour mettre en place ces stratégies d'intervention ancrées dans le milieu et avec le milieu.

En PSC, nous rajoutons les défis suivants :

- Le besoin d'intégrer le droit dans la pratique des interventions médicales et sociales.
- La nécessité de former au sein des universités de futurs professionnels capables de répondre aux morbidités du millenium. Cela suppose d'intégrer de nouvelles connaissances, compétences et aptitudes aux cursus universitaires.

- Le besoin d'adapter les services selon chaque communauté. Il faut faire attention aux programmes « parachutés » qui ne prennent pas en compte la réalité des milieux.
- La nécessité d'impliquer la communauté dès le départ afin de la mobiliser dans les actions des CPSC.
- Le besoin de former des entrepreneurs sociaux capables d'élaborer des services innovants afin de mieux répondre aux besoins des enfants.

1.4 Il faut comprendre que c'est la réponse au stress qui pose des problèmes chez tous les individus et notamment chez les enfants. Lorsque les systèmes de réponse au stress d'un enfant sont activés dans un contexte de relations de soutien avec des adultes significatifs, ces effets physiologiques sont atténués et ramenés à leur valeur initiale d'apaisement (Fradin, 2011; American Academy of Pediatrics, 2011). Afin de prévenir les effets négatifs du stress toxique, il faut alors s'attarder tout d'abord à renforcer les capacités des parents ou des adultes significatifs autour de l'enfant (American Academy of Pediatrics, 2011). En PSC, nous allons plus loin. Afin de prévenir les effets négatifs du stress, nous travaillons sur les forces de l'enfant, de la famille et aussi de la communauté.

Voici une liste non exhaustive de programmes sur les habiletés parentales (American Academy of Pediatrics, 2011) qui se sont révélées efficaces selon la recherche scientifique :

[Triple P:](#) Programme multi-niveaux qui vise à prévenir et à offrir aux parents des outils et des attitudes afin de mieux gérer les troubles développementaux, comportementaux et émotionnels de leurs enfants âgés de 0 à 16 ans. Les niveaux d'intervention sont établis selon les besoins des parents concernant le type, l'intensité et le mode d'assistance dont ont besoin leurs enfants (De Graaf, Speetjens, Smith, de Wolff et Tavecchio 2008; Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, et Lutzker, 2009; Sanders, Markie-Dadds, Tully et Bor, 2000)

[The optimistic Child :](#) Programme basé sur la recherche du Dr Seligman sur les enfants dépressifs âgés de 6 à 12 ans qui permet d'outiller les parents et les professeurs pour mieux répondre aux pensées négatives des enfants. L'approche optimiste permet de diminuer les

risques de dépression, d'améliorer la performance scolaire, d'améliorer la santé physique et de renforcer l'auto-résilience des enfants (Seligman, Reivich, Jaycox et Gilham, 2007).

[Reach out and Read](#) : Les attitudes et les ressources maternelles liées à la lecture partagée (mère-enfant) ont des effets sur le comportement de lecture chez les enfants dès les six mois de naissance (Berkule, Dreyer, Klass, Huberman, Yin, Mendelsohn, 2008); lire à voix haute aux enfants pendant les premières années de vie favorise le développement du langage et des compétences linguistiques (Duursma, Augustyn, Zuckerman, 2008; Willis, Kabler-Babbitt, Zuckerman, 2007).

[Emotional coaching](#) : D'après les études du psychologue John Gottman, enseigner aux enfants à comprendre et à régler leur mode émotionnel permet d'améliorer leur estime de soi, de renforcer la santé physique, d'aider à la socialisation de l'enfant et d'améliorer sa performance scolaire. Dans son livre *How to raise emotionally intelligent*, il outille les parents suivant une démarche de coaching émotionnel (Gottman, 1997).

[Incredible years](#) : Programme développé par la Dre Caroline Webster-Stratton afin d'outiller les parents, les enseignants et les enfants pour améliorer les compétences sociales des enfants, la résolution de conflits, la régulation émotionnelle et la réduction des problèmes comportementaux. Le programme vise notamment les enfants en situation de vulnérabilité (Webster-Stratton, Mihalic 2001).

[Child STEPS Children](#) : Ensemble de projets visant à construire des nouvelles pratiques d'intervention sur la santé mentale des enfants fondées sur des données probantes scientifiques. Il comprend une revue complète de l'efficacité des différents traitements sur la santé mentale des enfants et des adolescents dans les communautés (Weisz, 2010).

[Home visiting](#) : Programme qui assure un soutien social, des services publics ou privés offerts dans chaque communauté et l'éducation sur la santé, le développement et le bien-être des enfants issus des familles en situation de vulnérabilité aux États-Unis (Council on Community Pediatrics 2009; Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, et al. 2010).

Liste des modèles <i>Home-visiting</i> aux États-Unis	
Early Head Start	www.ehsnrc.org
Healthy Families America	www.healthyfamiliesamerica.org
Home instruction for Parents of Preschool Youngsters	www.hippyusa.org
The Parent-Child Home Program	www.parent-child.org
Parents as Teachers	www.parentsasteachers.org

Source : American Academy of Pediatrics (2008) The role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes, Council on Community Pediatrics, p. 598- 603

[Nurturing Parenting](#) : Initiative américaine axée sur la famille visant à renforcer les compétences parentales en cas de négligence et de violence faite aux enfants. Les objectifs à long terme sont de réduire les récidives, le taux de grossesses, la délinquance juvéniles, l'abus d'alcool et de mettre fin au cycle intergénérationnel de violence aux enfants (Bavolek, 2013)

[Bright Futures](#) : Cette initiative a pour mission d'améliorer et de promouvoir la santé, le bien-être et l'éducation des nourrissons, des enfants, des adolescents, des familles et des communautés (Hagan, Shaw, Duncan 2008).

[7C's of resilience](#) : Programme qui repose sur la compétence, la confiance, la connexion, le caractère, la contribution, la réaction et le contrôle des enfants (Ginsburg, 2006).

[Connected Kids](#) : Programme qui vise à développer la résilience des enfants et à prévenir la violence dans les communautés (American Academy of Pediatrics, 2012).

[Kid care Canada](#) : Plateforme Web vulgarisant les plus récentes scientifiques sur le développement de l'enfant afin d'équiper les parents à mieux répondre aux besoins de leurs enfants.

[Tools of the mind](#) : Un programme développé par l'équipe de recherche du psychologue russe Lev Vigostky et qui repose sur la recherche en neuropsychologie concernant les fonctions exécutives. Il vise à bâtir des fondations solides pour la réussite scolaire en favorisant l'auto-apprentissage chez les enfants d'âge préscolaire.

[Attachment and Biobehavioral Catch-up \(ABC\) Intervention](#) : Programme pour les enfants et les familles d'accueil qui favorise le développement des compétences parentales ou des adultes significatifs vivant avec l'enfant dans un environnement qui encourage la régulation du comportement.

[Child-Parent Psychotherapy \(CPP\)](#) : Programme pour les enfants 0-5 ans ayant des problèmes de santé mentale, d'attachement et des problèmes de comportement suite à un événement traumatique. Il vise à recréer la relation de confiance parent-enfant en favorisant les compétences parentales.

[Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers](#) : Programme pour les enfants de trois à six ans victimes de négligence. Il offre un environnement positif, sécuritaire et responsable de façon à favoriser le développement des comportements positifs.

1.5 Même si la pédiatrie sociale en communauté ne suit pas une logique de programme, ces initiatives restent des sources d'inspiration pour les services d'accompagnement des enfants et des familles en situation de vulnérabilité.

1.6 Le modèle de la pédiatrie sociale en communauté repose sur la reconnaissance des relations de soutien social comme condition nécessaire pour atténuer les sources de stress toxique chez les enfants (Lynam, Loock, Scott et Wong, 2010). Le modèle s'est forgé sur les recommandations de la recherche, qui semblent aujourd'hui évidentes, mais qui, il y a 20 ans, n'étaient pas encore développées. Par la suite, nous présenterons la raison d'être de la pédiatrie sociale en communauté et le modèle logique montréalais.

2.- Raison d'être et définition de la pédiatrie sociale en communauté

2.1 Les types de stress au sein desquels naissent et grandissent les enfants attirent l'attention des pédiatres depuis au moins 1767, année où s'ouvrait à Londres une clinique pour accueillir les enfants de familles pauvres (Manciaux, 1995). Plus tard, en 1848, le terme « médecine sociale » a fait son apparition. Après la Deuxième Guerre

mondiale, le modèle de pédiatrie sociale s'est développé en Europe alors que des pédiatres s'intéressaient aux éléments préventifs et sociaux de la médecine infantile (Manciaux, 1995). Des médecins et pédiatres comme Virchow (1821-1902) et Abraham Jacobi (1830-1919) deviennent alors des icônes de cette prise en compte du contexte social dans la santé (Ford-Jones et al. 2012). Aujourd'hui, Dr Gilles Julien est reconnu comme le pionnier de ce mouvement en Amérique du Nord influençant d'autres pédiatres notamment de la Colombie-Britannique au Canada (Daneman et coll, Société canadienne de pédiatrie, 2013).

- 2.2 Au cours des années soixante et soixante-dix, le concept de « nouvelle morbidité » apparaît dans la littérature scientifique pour décrire toutes les causes non infectieuses qui semblent être les plus répandues (Palfery J.S, et al. 2005) et qui n'ont pas d'explication médicale. En 2000, ce concept évolue davantage vers la notion de « morbidités du millenium », qui fait référence aux facteurs liés à la pauvreté, aux disparités en santé, aux influences technologiques sur la santé, au surpoids, à l'obésité, et aux troubles mentaux (Palfery J.S, et al. 2005). Pour avoir un impact positif et durable sur les vies des enfants et des familles, il fallait revoir les façons de faire et notamment le processus qui mène à un diagnostic plus complet des multiproblématiques que vivent les enfants. C'est pourquoi des approches plus créatives avec des stratégies d'interventions plus efficaces incluant la communauté (Shonkoff et Phillips, 2000) et le respect des droits et des intérêts des enfants (American Academy of Pediatrics, 2011) se sont révélées nécessaires (Knudsen et al, 2006).
- 2.3 En 1979, le neurobiologiste Henri Laborit expliquait déjà qu'au cours des trois premières années de vie d'un enfant, « son cerveau est immature et l'expérience qu'il aura du milieu qui l'entoure sera indélébile et constituera quelque chose de considérable pour le comportement dans toute son existence » (Laborit, 1979).
- 2.4 Depuis les années 90, la pédiatrie sociale en communauté est allée plus loin en soulignant l'importance du milieu⁹ dans l'intervention auprès des enfants en situation de

⁹ Selon la mouvance naturaliste, par milieu on entend l'entourage physique et social qui influence les êtres humains (Mesure et Savidan, 2006).

vulnérabilité. Il fallait sortir de la logique familiale pour comprendre les besoins de l'enfant à travers les réseaux qui l'entourent. À l'époque (année 90), l'intervention en réseau n'était pas une approche nouvelle. Celle-ci avait été fortement développée par des psychiatres à la fin des années 70 et au début des années 80 à la suite des échecs répétés des thérapies familiales (Desmarais et Mayer, 1980). Selon Speck et Attneave (1974), pionniers de la *Network Intervention*, au moins deux critères sont essentiels à la réussite des interventions en réseau : la prise en compte de la situation de crise et la possibilité de mobiliser le réseau.

- 2.5 Les professionnels en pédiatrie sociale en communauté, du fait de leur proximité avec le milieu de l'enfant, se sont révélés être bien placés pour dépister les sources de stress toxique et pour introduire les avancés scientifiques dans leurs interventions. Grâce à l'approche de pédiatrie sociale en communauté, les enfants en situation de vulnérabilité¹⁰ qui ont plus de probabilités d'être touchés par le stress toxique peuvent bénéficier de stratégies de ciblage et d'outils plus pertinents pour répondre à leurs besoins dans une société de droits.
- 2.6 Aujourd'hui, la pédiatrie sociale en communauté est définie comme un modèle de médecine sociale intégrée¹¹ centré sur les besoins de l'enfant et axé sur la résilience de l'enfant, de la famille et du milieu. Il unit l'expertise de la médecine, du droit et des sciences sociales afin de dépister, réduire ou éliminer les sources de stress toxiques ou facteurs de risque qui affectent le développement et le bien-être de l'enfant issu d'un milieu défavorisé. Son objectif est d'accompagner les enfants tout au long de leur trajectoire de vie et ce, dans le respect de la Convention relative aux droits de l'enfant (1989).

¹⁰ Voir définition à la section sur le modèle cognitif.

¹¹ 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).

- 2.7 Elle 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).
- 2.8 D'où l'importance d'une part, de la responsabilité partagée de la santé et du bien-être de l'enfant entre les réseaux familial, social et institutionnel, et d'autre part, de la nécessité d'une approche interdisciplinaire¹² (sciences de la santé, sciences humaines et sciences juridiques) et intersectorielle¹³ (école, police, services sociaux et de santé, etc.) offrant des services adaptés à la réalité de chaque enfant selon son milieu de vie.
- 2.9 Le modèle qui a été développé à Montréal par le Dr Gilles Julien porte une attention particulière aux enfants en situation de vulnérabilité des quartiers urbains et secteurs ruraux¹⁴ présentant une multiplicité de difficultés en raison des facteurs de risque ou des sources de stress toxique qui existent dans leur environnement. Afin de mieux répondre à leurs besoins, le modèle se déploie en proximité et, grâce à l'implication complète des réseaux, il favorise l'adhésion à des services cohérents à travers un plan d'action concerté. Il agit alors comme catalyseur d'un mouvement autour de l'enfant et des familles pour leur assurer un développement optimal.
- 2.10 Parmi les facteurs de succès, on identifie les éléments suivants :

Des médecins engagés dans la communauté

C'est la pratique médicale au sein d'une communauté qui légitime la création d'une structure de proximité. D'après l'expérience, les médecins qui ont une pratique de plusieurs années au sein d'un milieu défavorisé sont ceux qui vont mieux pouvoir mobiliser un ensemble de partenaires, de façon à mettre en place une approche globale

¹² Interaction entre deux ou plusieurs disciplines qui supposent un désir de connivence et un processus dialogique entre elles (OCDE, 1972; Darbellay 2005). Elle repose sur « une conjonction de trois domaines interdépendants : le développement des sciences et des autres savoirs, le développement des capacités intellectuelles, et les problèmes accompagnant la modernisation du cadre de vie » (Bertrand et coll., 2002).

¹³ « Pratique d'acteurs de plus d'un secteur d'intervention qui se mobilisent et s'engagent en complémentarité d'action pour mettre à profit les compétences de chacun en vue de satisfaire d'un commun accord certains besoins clairement reconnu dans la communauté » (Lebeau et coll. 1997, p.12)

¹⁴ Le modèle doit être repensé en ce qui concerne la ruralité.

de santé dans leur localité. Ces médecins sont dévoués pour la cause des enfants et font de la pédiatrie sociale en communauté une raison d'être dans leurs choix de vie.

Une structure de proximité comme levier d'intervention et facteur de résilience (ancrage)

Les centres de pédiatrie sociale en communauté, étant ancrés dans le milieu, permettent de dépister les enfants en situation de vulnérabilité, d'outiller les enfants et les familles et de les accompagner dans leur trajectoire de vie. Les forces de l'enfant, de la famille et du milieu sont dès le début définies comme levier dans l'intervention.

Un plan d'action concerté pour une cohérence des services (intelligence collective et complémentarité avec les systèmes)

Afin de mieux répondre à leurs besoins, le modèle favorise l'adhésion à des services cohérents au moyen d'un plan d'action concerté entre tous les acteurs, y compris l'enfant et les membres du réseau familial et ce, en complémentarité avec les services offerts par les réseaux et la communauté.

L'intégration des sciences juridiques pour la défense des droits des enfants

Le droit des enfants est constamment présent à travers toutes les étapes du continuum de service. C'est un thème transversal dans l'intervention en pédiatrie sociale en communauté qui permet de mieux intégrer dans la pratique la Convention relative aux droits de l'enfant.

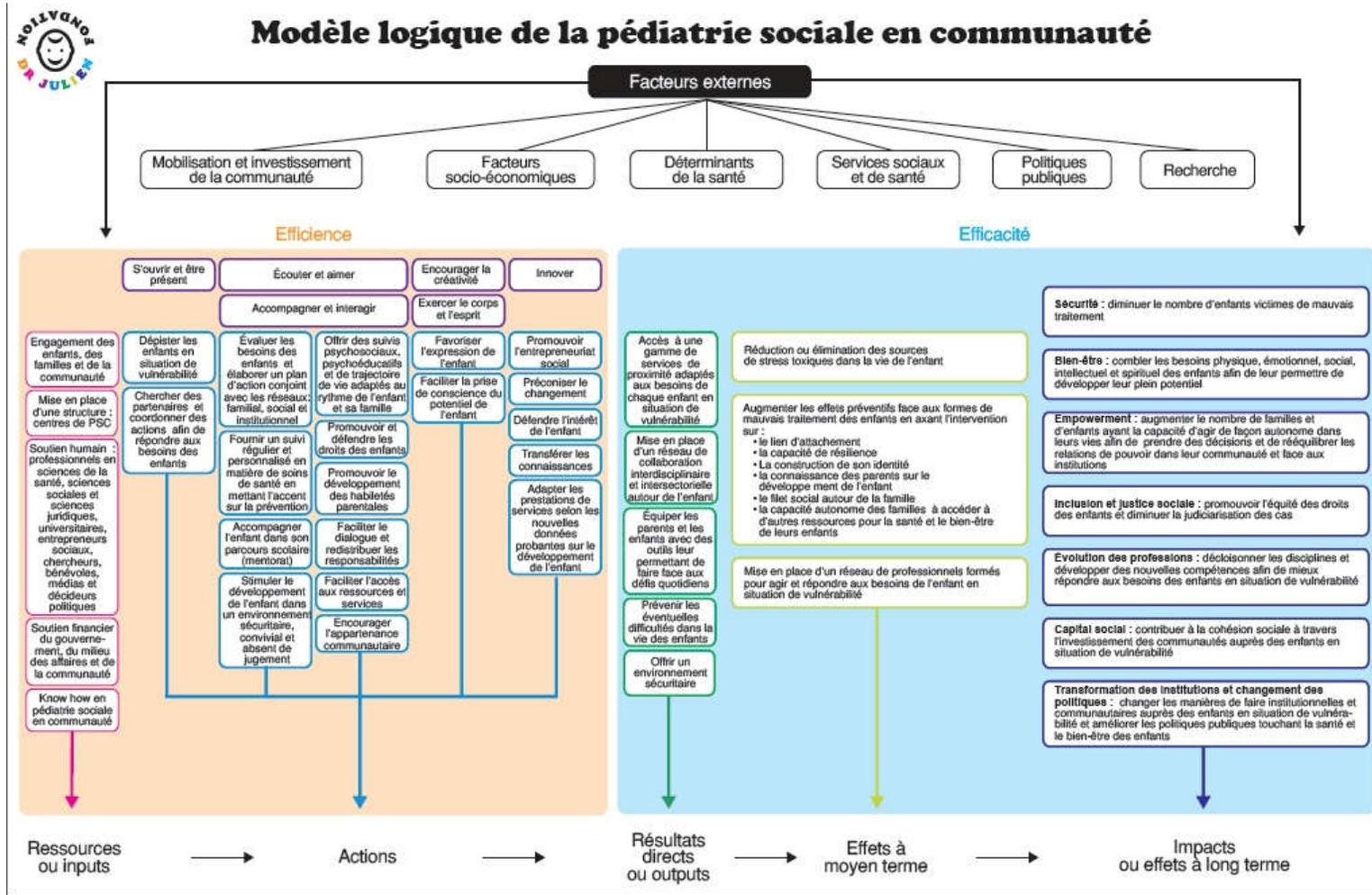
Des professionnels qualifiés et formés pour la prise en compte de la complexité dans l'intervention (décloisonnement des disciplines et des établissements ou secteurs de services)

L'approche de la PSC est interdisciplinaire (sciences de la santé, sciences humaines et sciences juridiques) et intersectorielle (école, services de santé et sociaux, police, etc.), et elles visent à mobiliser toute la communauté pour répondre aux besoins de l'enfant. Le decloisonnement des disciplines et la coconstruction avec l'enfant et la famille se sont avérés efficaces et nécessaires pour saisir la complexité des situations.

L'informalité comme levier de l'approche de proximité

Les comportements collectifs informels sont une forme radicale d'innovation sociale (Lesemann, 2011). En pédiatrie sociale en communauté, les professionnels suivent une approche de proximité qui facilite la création du lien avec l'enfant et la famille. C'est un savoir expérentiel qui s'opère et qui permet de faire surgir deux caractéristiques essentielles de la proximité (Laville sous Clément et coll, 2009) : la quotidienneté vécue et la réciprocité. Pour mettre en place ce type d'approche, le caractère informel de la démarche est nécessaire. C'est une condition sine qua non de l'appivoisement.

Voici le modèle logique de la pédiatrie sociale en communauté



Références

- American Academy of Pediatrics (2005). The Pediatrician's Role in Community Pediatrics, *Pediatrics* 115; 1092
- American Academy of Pediatrics (2008) The role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes, Council on Community Pediatrics, p. 598-603
- 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
- American Academy of Pediatrics (2012). Connected kids: safe, strong and secure, www2.aap.org/connectedkids, consulté le 27 mars 2013
- Bavolek SJ. Nurturing Parenting Program. Asheville, NC and Park City, UT: Family Development Resources. Available at www.nurturingparenting.com, consulté le 27 mars 2013
- Berkule SB, Dreyer BP, Klass PE, Huberman HS, Yin HS, Mendelsohn AL. Mothers' expectations for shared reading after delivery: implications for reading activities at 6 months. *Ambul Pediatr.* 2008; 8(3): 169-174.
- Bertrand et coll. (2002). L'interdisciplinarité et la recherche sociale appliquée, réflexions sur des expériences en cours. Université de Laval et Université de Montréal
- Council on Community Pediatrics. The role of preschool home-visiting programs in improving children's developmental and health outcomes. *Pediatrics.* 2009; 123(2): 598-603;
- 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 be health and well-being of Canada's children and youth, *The Journal of the Canadian Paediatric Society*, Vol 18 Nro 7, p. 351-352
- Darbellay F. (2005). Interdisciplinarité et trans-disciplinarité en analyse des discours. Complexité des textes, intertextualité et transtextualité. Genève : Slatkine, p. 1 -404
- De Graaf I, Speetjens P, Smith F., de Wolff M., Tavecchio L. Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behav Modif.* 2008;32(5):714-735;
- Desmarais D. et Mayer R. (1980). Le modèle d'intervention auprès du réseau, Santé mentale au Québec, vol5, nro 1, p.22-40

- Duursma E., Augustyn M., Zuckerman B. Reading aloud to children: the evidence Arch Dis Child. 2008; 93(7): 554-557;
- Eisenberg D. (2002). À l'aube d'une médecine intégrée, Congrès international sur la science du touché, Montréal, entrevue de Christian Lamontagne sur PasseportSanté.net consulté le 10 juillet 2013
- Fradin et coll. (2011). L'intelligence du stress, Edition Eyrolles, septième tirage, Paris-France
- Ford-Jones L. et al. (2012). A new Social Pediatrics Elective A Tool for moving to Life Course Developmental Health, Medical School Pediatric Department Chairs, p. 357
- Ginsburg KR. A parent's Guide to Building Resilience in Children and Teens : Giving your child roots and wings. Elk Grove Village, IL: The American Academy of Pediatrics; 2006
- Gottman JM. The Heart of Parenting: How to raise an Emotionally intelligent Child. New York, NY: Simon and Schuster; 1997
- Hagan JF., Shaw JS., Duncan PM (2008). Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics
- Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of randomized trial among children at age 12 years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010; 164(5):412-41
- Knudsen EI, Heckman JJ, Cameron JL, Shonkoff JP, (2006). Economic, neurobiological and behavioral perspectives on building America's future workforce. Proc Natl Acad Sci USA; 103(27):10155-10162
- Laborit H. (1979). Mon Oncle d'Amérique, un film d'Alain Resnais, commentaires d'Henri Laborit
- Lebeau A., Vermette G. et Viens C. (1997). Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, p . 1-126
- Lynam, M.J., Loock, C., Scott, L. et Wong S. (2010). Social Pediatrics Initiative, Enacting a 'RICHER' Model, a report to the British Columbia Medical Services Foundation and Canadian Nurses Foundation, p 1-31
- Manciaux M. (1995). What is social paediatrics? In : Social Paediatrics. Oxford University Press, p.4
- Mesure S. et Savidan P. (2006). Le dictionnaire des sciences humaines, ouvrage publié avec le concours du Centre National du Livre, Quadrige/PUF
- OCDE (1972). Interdisciplinarity: Problems of teaching and research in Universities, Paris: OCDE
- Palfrey J.S, et al. (2005). Introduction : Addressing the Millennial Morbidity _The Context of Community Pediatrics, Pediatrics, Vol 115, Nro 4, p 1121

- Prinz, R.J., Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ., Lutzker JR, Population-based prevention of child maltreatment: The US. Triple P system population trial. *Prev Sci.* 2009;10(1):1-12;
- Rushton FE. *Family Support in Community Pediatrics : Confronting New Challenges* Westport, CT : Praeger, 1998
- Sanders MR., Markie-Dadds C., Tully LA., Bor W. The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68(4):624-640
- Seligman MEP, Reivich K, Jaycox L, Gilham J. *The optimistic Child: A Proven Program To Safeguard Children Against Depression and Build Lifelong Resilience.* Boston MA. Houghton Mifflin Co: 2007
- Shonkoff J.P., Siegel B.S, Dobbins M.I, Earls M.F., Garner A.S., McGuiinn L., Pascoe J., et 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
- Shonkoff, J, Andrew S. Garner, MD, PhD, and the Committee on Psychosocial aspects of child and family health, committee on early childhood, adoption, and dependent care, and section on developmental and behavioral pediatrics (2001). *American Academy of Pediatrics, The lifelong effects of early Childhood Adversity and Toxic Stress*, 129, e232
- Shonkoff J.P. et Phillips D. A., (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*, Committee on integrating the science early childhood development, Board on children, youth and families
- 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
- Société canadienne de pédiatrie (2005). Treatment decisions regarding infants, children and adolescents, *Pediatric Children Health* 9:2, p99-103
- Speck R.V. et Attneave C. (1974). *Family networks.* New York, Vintage Books, p.40
- Trudel H. (2012). *When law becomes an integral part of social medicine*, Fondation du Dr Julien, presentation, octobre 2012
- Walker SP, Chang SM, Vera-Hernandez M., Grantham-McGregor S. Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics.* 2011; 127 (5) : 849-857
- Willis E, Kabler-Babbitt C., ZuckermanB. Early literacy interventions reach out and read. *Pediatr Clin North Am.* 2007;54(3):625-642, viii
- Weisz J. (2010). *Promoting youth well-being through psychotherapy redesigning treatments for real-world clinical care*, National Scientific Council on the Developing child, Working paper 6 and 7,

on Early Brain & Biological Development : A science in Society Symposium. Summary Report. Volume 3. (2012). Calgary, AB, Canada: Norlien Foundation, p. 34

Webster-Stratton C., Mihalic SF. The Incredible Years: Parent, Teacher and Child Training Series. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado at boulder; 2001

Zuckerman Barry, (2012). Medecine and law : New Opportunities to Close the Disparity Gap, Pediatrics, 943-944

Valeurs, croyances et principes

Le modèle de la PSC repose sur une base solide de valeurs, de croyances et de principes qui forment sa culture. Ce bagage est sous-jacent à toute intervention et forme l'assise d'une manière différente d'agir auprès des enfants et des familles en situation de vulnérabilité. Voici le tableau des valeurs, des croyances et des principes d'action en PSC :

Valeurs, croyances et principes d'action¹⁵

Valeurs	Croyances	Principes d'action ¹⁶
<ul style="list-style-type: none"> • Respect • Confiance • Empathie • Solidarité • Loyauté 	<ul style="list-style-type: none"> • La PSC croit aux forces de l'enfant, de la famille et du milieu et à leur pouvoir d'agir et de devenir (empowerment). • La PSC croit à l'égalité des droits de tous les enfants de façon universelle (justice sociale). • La PSC croit à la collégialité entre les différents réseaux : familial, social et institutionnel (complémentarité). 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-jugement • Écoute active et rassurante • Disponibilité • Patience et constance • Veiller aux droits des enfants • Respecter les cultures • Favoriser la protection, la promotion et la défense des droits de l'enfant • Miser sur un environnement sécuritaire • Soutenir la mobilisation • Favoriser l'entraide • Miser sur l'engagement et l'entrepreneuriat • Viser la concertation • Établir une relation égalitaire • Agir avec un regard systémique • Agir en proximité • Rechercher l'équilibre • Miser sur l'autodétermination • Ouvrir la porte au

¹⁵ Synthèse des ateliers sur les valeurs, les croyances et les principes d'action avec les CPSC d'Hochelaga-Maisonneuve, de Côte-des-Neiges, de Centre-Sud, de Gatineau et de Laval.

¹⁶ Liste non exhaustive

Nous allons définir les valeurs et les croyances en détaillant les principes d'action dans la pratique.

Valeurs et croyances	
Confiance	<p>Définition : La confiance vient du verbe latin <i>confidere</i>, « cum » : avec et « <i>fidere</i> » : fier. Le mot renvoie à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Mais avant de s'autoriser à se fier, la personne doit bâtir son estime de soi, c'est-à-dire la capacité de ne pas dépendre de personne ou d'être autonome. La confiance en soi relève aussi de la capacité à créer des liens qui rendent possible le développement de la socialité. Elle est fondamentale et fragile parce qu'elle nous permet de développer un projet pour l'avenir, mais suppose le risque que le dépositaire de notre confiance ne soit pas à la hauteur de nos attentes (Marzano, 2010).</p> <p>Dans la pratique, tous les intervenants travaillent pour renforcer l'estime de soi des enfants et bâtir une relation de confiance entre l'enfant et sa famille. La proximité et la fréquence dans le temps de rencontres représentent les meilleurs moyens pour construire ce lien solide, et l'expérience jouera un rôle fondamental dans la réponse aux attentes des familles.</p>
Respect	<p>Définition : Le respect vient du mot latin « <i>respectus</i> » signifiant le fait de s'arrêter pour regarder. Il indique un temps d'arrêt devant l'objet du regard. Seul ce qui s'impose à nous comme une valeur peut susciter ce sentiment d'estime et d'admiration (Manon, 2008).</p> <p>Dans la pratique, aider les enfants et leurs familles suppose que l'on prenne le temps d'observer, d'écouter et de comprendre sans aucun jugement ni aucun préjugé. Tous les intervenants doivent respecter leurs interlocuteurs, ainsi que leurs engagements auprès des enfants et des familles. La transparence de l'information et l'écoute de tous les points de vue sont deux éléments fondamentaux avant la prise de décision participative.</p>
Empathie	<p>Définition : L'empathie vient du grec ancien signifiant <i>ce qui est éprouvé</i> et renvoie à la compréhension des émotions et des sentiments d'autrui. C'est la faculté de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent et de concevoir l'altruisme partagé (Larousse 2013).</p> <p>Dans la pratique, il s'agit de construire des réponses et des altérités entre l'enfant, la famille et les intervenants. L'intervention doit chercher une harmonie équilibrée et une réciprocité dans tous les cas. Pour reprendre les mots du sociologue Michel Maffesoli, il faut travailler <i>l'être avec</i>.</p>
Solidarité	<p>Définition : La solidarité vient du mot latin <i>in solidum</i> qui veut dire pour le tout. C'est un rapport existant entre des personnes qui, ayant une communauté d'intérêts, sont liées les unes aux autres. Il repose sur un lien social réciproque entre les membres de cette communauté (Larousse, 2013).</p>

	<p>Dans la pratique, il s'agit de montrer qu'il existe une coresponsabilité partagée de la société envers les nouvelles générations. L'intervention doit miser sur la mobilisation de la communauté et sur l'entraide de tous ses membres. Pour reprendre le proverbe africain, il faut un village pour élever un enfant.</p>
Loyauté	<p>Définition : La loyauté vient du latin <i>legalis</i>, qui veut dire <i>avoir un lien avec la loi</i>. Elle se définit comme la qualité de quelqu'un qui est honnête, loyal (Larousse, 2013). Il s'agit du dévouement pour une cause ou une personne. C'est la fidélité et l'engagement envers quelqu'un ou quelque chose.</p>
	<p>Dans la pratique, les intervenants travaillent avec les enfants et leurs familles de façon à miser sur leurs forces pour sortir de leurs difficultés. Il s'agit de tisser un lien privilégié et un engagement envers la famille. D'être à l'écoute tout en étant patient et constant dans l'intervention.</p>
Empowerment	<p>Définition : L'empowerment est un processus dynamique, intentionné, continu et multidimensionnel (psychologique, culturel, social, économique, organisationnel et politique) avec un horizon à long terme. Il suppose des changements positifs dans la vie des enfants, des familles, des communautés et des structures sociales. Il vise le rééquilibrage des relations de pouvoir et l'accès aux services et aux ressources (SDC, 2009).</p> <p>« L'empowerment suppose : 1) la présomption de compétences des personnes; 2) la prise en compte des dimensions individuelles et sociales des problèmes; 3) la reconnaissance des facteurs d'inégalité sociale comme obstacles au développement des compétences; 4) la reconnaissance de la capacité d'autodétermination des personnes vues comme des agents actifs capables d'évoluer et de transformer leur environnement social pour répondre à leurs besoins. » (Lemay 2007, p.168)</p>
	<p>Dans la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La participation significative de la famille dans la coconstruction des hypothèses et des pistes de solution, à la recherche d'une forme appropriée de soins, à l'évaluation de l'aide apportée et à la prise de décision, est capitale. - L'enfant et ses parents ont le droit de participer directement à toutes les décisions concernant les plans d'action qui touchent l'enfant, que ce soit en matière de santé, de services sociaux ou de services judiciaires. - L'intervention doit laisser la place à l'autonomie et à la créativité des enfants. - Les intervenants ne doivent pas prendre en charge. Au contraire, ils doivent permettre aux enfants et à leurs familles de prendre leurs décisions afin qu'ils puissent assurer des réalisations à part entière. - Il faut faciliter le renforcement des forces pour que les enfants et leurs familles puissent à long terme intervenir dans la vie communautaire et sociétale en exigeant le respect de leurs droits, tout en tenant compte de leurs obligations.

	<ul style="list-style-type: none"> - Les intervenants doivent travailler avec cohérence et engagement pour répondre aux attentes des personnes et motiver le changement dans leurs vies. - Les intervenants doivent être des catalyseurs de l'action concertée avec la communauté en vue de soutenir la santé de l'enfant et la cohésion sociale. - L'intervention doit être complémentaire aux efforts de l'État et doit viser la construction de réseaux qui peuvent donner un espace et une voix aux enfants et à leurs familles. - L'intervention doit promouvoir le leadership chez les enfants. - L'intervention doit respecter et encourager les savoirs culturels.
Justice sociale	<p>Définition : La justice sociale est fondée sur l'égalité des droits pour tous les peuples et la possibilité pour tous les êtres humains sans discrimination de bénéficier du progrès économique et social partout dans le monde (Nations Unies, 2012). Pour reprendre les mots du philosophe américain John Rawls, les inégalités existantes doivent contribuer à améliorer le sort des gens les plus défavorisés de la société. L'idée sous-jacente est de préserver un système équitable, efficace et productif de coopération sociale au fil du temps, d'une génération à la suivante (Rawls, 2001).</p>
	<p>Dans la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il faut travailler en misant sur les forces de l'enfant, de la famille et de la communauté. - Il faut travailler selon une logique d'intervention préventive et curative afin de permettre aux enfants d'aujourd'hui de devenir des adultes en pleine possession de leurs moyens, des citoyens productifs et des individus engagés pour une société prospère et durable. -L'intervention doit prendre en compte le respect des droits énumérés dans la Convention relative aux droits de l'enfant.
Complémentarité	<p>Définition : La complémentarité en PSC veut dire un travail conjoint et en collégialité avec les réseaux familial, social et institutionnel. Tous les acteurs sont à pied d'égalité et travaillent dans l'objectif d'obtenir la cohérence des services autour de l'enfant et de sa famille.</p>
	<p>Dans la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit de permettre la participation active des différents intervenants autour de l'enfant. - Il faut tisser des partenariats avec des institutions de façon à permettre de mieux répondre aux besoins des enfants. - Il faut favoriser la concertation entre les différents acteurs. - Il faut miser sur l'innovation sociale et l'entrepreneuriat social.

Cet ensemble de valeurs, de croyances et de principes d'action forme la culture de la PSC : un milieu de vie familial, convivial et informel dans lequel les enfants et les familles se sentent en sécurité et retrouvent leurs forces. L'équipe de PSC reconnaît ainsi la place centrale de l'humain dans les soins et

il le voit comme un partenaire à part entière. Soigner suppose avant tout d'établir une relation de confiance.

Références

Larousse (2013). Dictionnaire de français en ligne, sur <http://www.larousse.fr>

Lemay L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques sociales, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 20, nro. 1, p. 165-180

Manon S. (2008). Le sentiment du respect, *Philolog*, chapitre II, Atrui, Chapitre V Bonheur et Moralité

Marzano M. (2010). Qu'est-ce-que la confiance? *Revue de culture contemporaine*, tome 412/1

Nations Unies (2012). Journée mondiale de la Justice sociale, la justice sociale, un défi mondial, sur <http://www.un.org/fr/events/socialjusticeday/background.shtml> consulté le 20 août 2012

Rwals J. (2001). *La justice comme équité, une reformulation de la théorie de la justice* (2001), trad. B. Guillaume, Paris, La Découverte, 2003.

SDC Swiss Development Cooperation (2009). *L'empowerment laisse ses traces, orientation vers l'empowerment des acteurs locaux dans la coopération*, Division d'Amérique Latine et Mark Smith www.cataliza.ch, Berne.

**Section 2 Le continuum de services :
Accès/Évaluation-orientation/Suivi-
accompagnement**

Partie présentant l'accès en pédiatrie sociale en communauté

Cette partie présente la notion d'accès¹⁷ 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

¹⁷ L'accès est plus connu sous le nom d'accueil au sein de l'équipe de PSC.

- 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.
- 1.4 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 majeures¹⁸ : 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

¹⁸ Les tableaux suivent la description d'Andersen et Davidson (2001)

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 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.

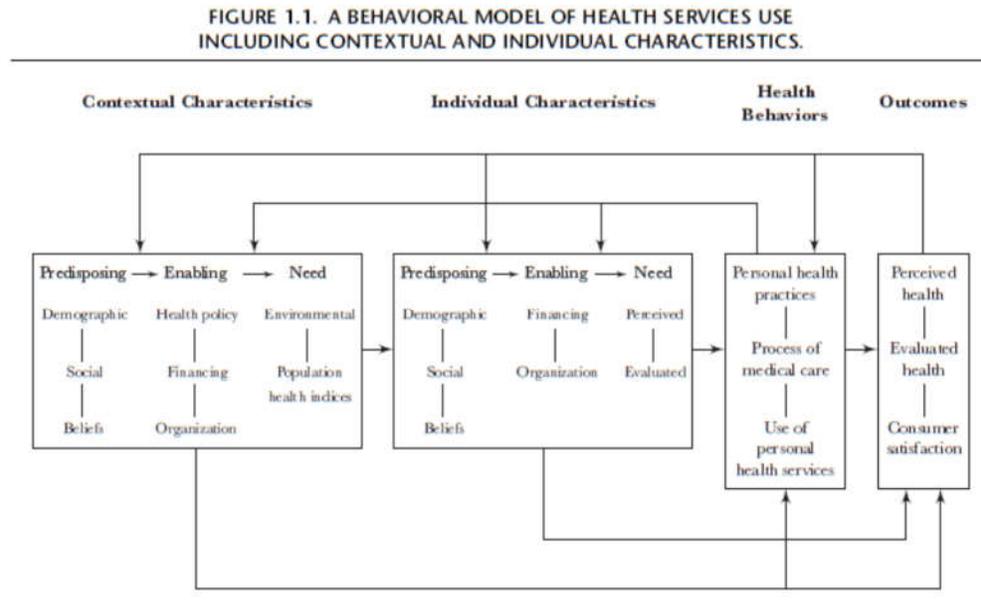
Les résultats :

- 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'



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-jugement¹⁹, 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 (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'approvisionnement 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

¹⁹ D'après les observations, les entrevues avec les intervenantes et les discussions avec les familles

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 quartier²⁰. 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 sociale²¹ et un nombre élevé d’enfants en situation de vulnérabilité²² 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

²⁰ 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.

²¹ 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.

²² 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.

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.
- 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

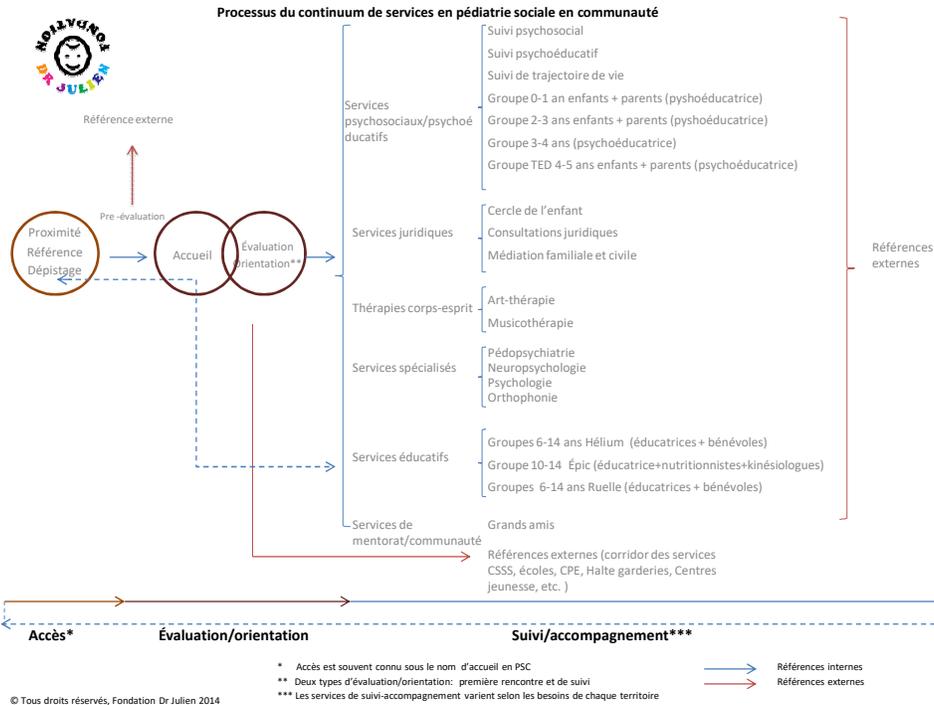
Empathie, absence de jugement, confiance, flexibilité, respect, bon relationnel, attitude accueillante, dynamisme, charisme

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 (à titre d'exemple)



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)²³. 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 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

²³ D'après la révision des notes des pré-évaluations et des discussions avec la directrice clinique de la FDJ.

saisir le sens²⁴ 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 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

²⁴ 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.

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)²⁵. 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 géographique²⁶ 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

²⁵ Tous les services seront décrits et détaillés à la partie sur le suivi et l'accompagnement

²⁶ 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.

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 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 famille²⁷ (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

²⁷ Cinq composantes des mesures des Medical Home Centers

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 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 enfants²⁸.

2.3.3 Les activités²⁹ se déroulent :

- Soit à l'intérieur du centre, par exemple Hélium, 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

²⁸ D'après les entrevues avec les intervenants et la directrice clinique.

²⁹ Les activités vont être détaillées à la partie sur le suivi et l'accompagnement.

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.

- 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.

- 1.7.1 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. »

- 1.7.2 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 coordonnés³⁰, 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.

³⁰ 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

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).

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, UCIrvine, 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

« Le fonctionnement des institutions, et les démarches et méthodologies des professionnels ont du mal à observer, écouter et entendre la dimension des besoins des gens. Pour la bonne raison qu'une écoute fine, présupposant réciprocité et confrontation entre les points de vue, aboutirait à des remises en question des pratiques professionnelles, des adaptations de ces pratiques, bref une souplesse qui dans la plupart des cas n'existe pas vraiment aujourd'hui (...) L'offre est ainsi trop souvent construite sur l'analyse de ce que les professionnels imaginent des besoins des gens. Cela correspond malheureusement au rêve des professionnels de santé publique : 'que les besoins qu'ils identifient deviennent des demandes'. »

Dr Michel Bass, 2011

Cette section porte sur l'ensemble des savoirs nécessaires afin de comprendre l'évaluation et orientation en pédiatrie sociale en communauté. Toutes les notions détaillées par la suite correspondent aux **connaissances** propres au *cœur du modèle* (évaluation/orientation).

1.- Introduction au cadre conceptuel

- 1.1 Le modèle cognitif est une représentation de l'ensemble des dimensions d'un processus à prendre en compte pour que l'action soit réussie (Pastré, 2007). Dans notre cas, cela correspond à l'ensemble des éléments qui font partie du cadre de l'évaluation et orientation des enfants et des familles en situation de vulnérabilité. Ce cadre permet une analyse systémique de la situation de l'enfant dans une communauté déterminée.
- 1.2 Le cadre conceptuel s'inspire des différents courants de pensée en médecine (médecine sociale, médecine holistique, roue de la médecine, etc.); repose sur des données probantes de la médecine (stress toxique et morbidité du millenium); s'aligne avec la théorie de la pensée complexe (« apprendre à relier, c'est-à-dire pas seulement établir bout à bout une connexion, mais établir une connexion qui se fasse en boucle » Morin,

1995); et, reconnaît l'importance d'agir efficacement pour assurer l'ensemble des droits fondamentaux énoncés dans la Convention relative aux droits de l'enfant.

1.3 Le cadre a été réalisé à partir de la méthodologie suivante :

- L'analyse des documents suivants : les trois publications du Dr Gilles Julien sur l'approche de pédiatrie sociale en communauté (Julien, 2004; Julien et Trudel, 2009), le cadre d'évaluation des besoins des enfants et de leur famille du Département de la santé de Londres-Royaume-Uni, le modèle écossais de pratique et d'évaluation de risque des enfants et des adolescents appelé *Get it right for every child*, le cadre bio-développemental du *Center on the Developing child* de l'université Harvard et le modèle MEEM *The Multiple Exposures Effect Model* (Voir les modèles à l'Annexe 1).
- L'observation clinique dans les deux centres de pédiatrie sociale en communauté de la Fondation du Dr Julien entre juin 2012 et septembre 2012;
- La mise en place d'un atelier avec les intervenants des deux centres de pédiatrie sociale en communauté, Assistance d'enfants en difficulté (AED) et Centre de services préventifs à l'enfance (CSPE), sur les valeurs et la culture sous-jacente à l'intervention et l'identification des dimensions de l'évaluation et orientation.
- Une série de rencontres de contenu avec le comité d'experts de la Fondation du Dr Julien³¹, entre juin 2012 et avril 2013.

1.4 Le cadre conceptuel proposé s'articule autour de huit catégories présentées comme des éléments qui structurent le *cœur du modèle* (évaluation/orientation). Les éléments ci-dessous pivotent autour de l'enfant et de ses réseaux familial, social et institutionnel³² :

- (1) histoire éco-bio-développementale
- (2) identification des besoins
- (3) identification des droits bafoués
- (4) mise en évidence des sources de stress toxiques

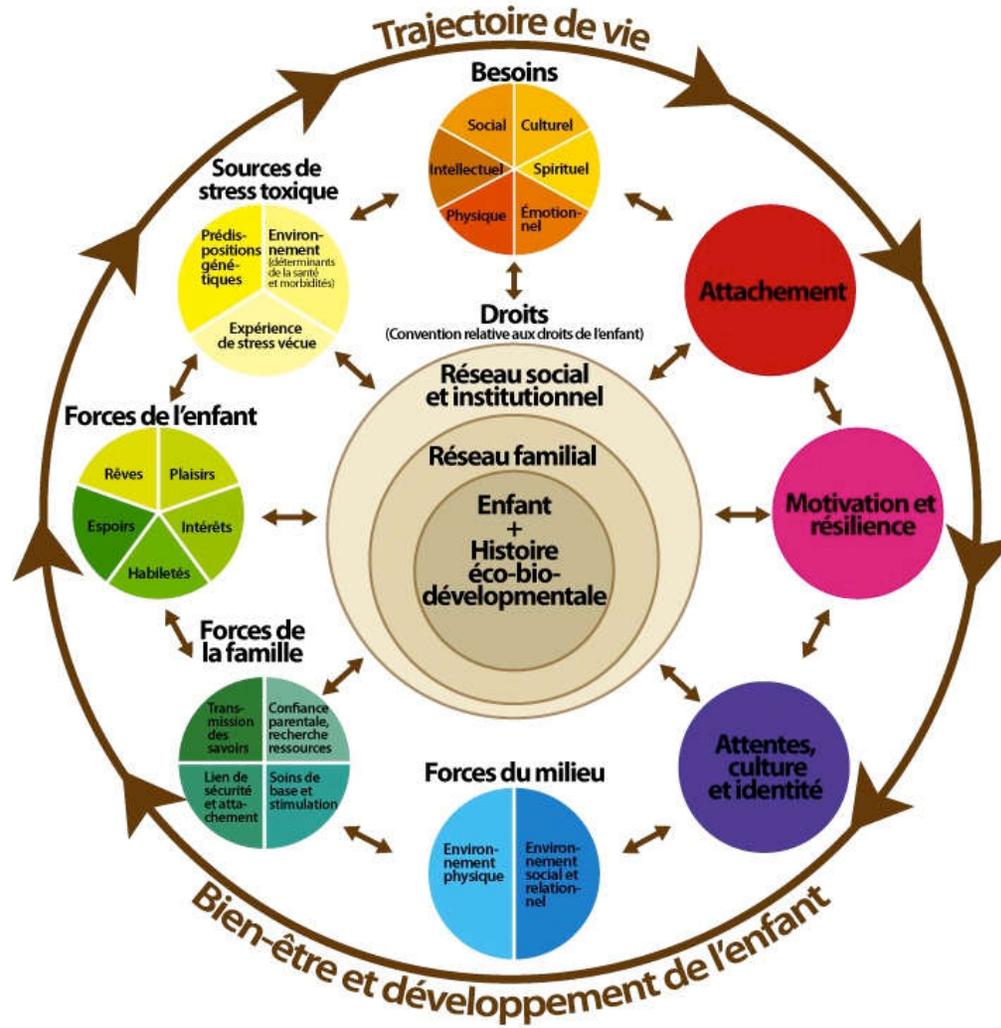
³¹ Dr Giles Julien, Hélène (Sioui) Trudel et Julie Desharnais

³² Dans la pratique, l'enfant et la famille font partie des partenaires au même titre que les autres participants qui assistent à l'évaluation et orientation (voir modèle opératif)

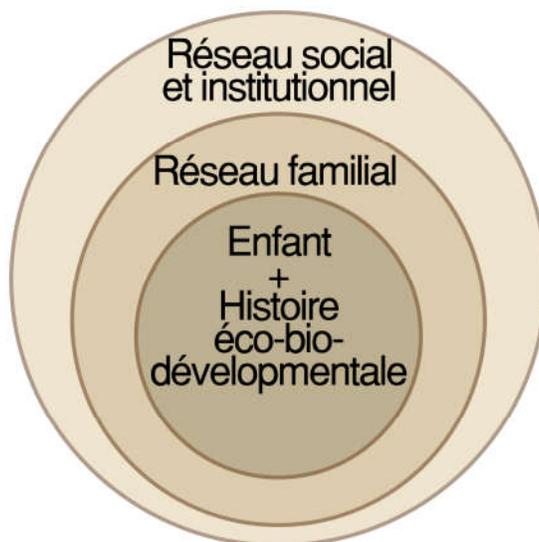
- (5) mise en lumière des forces de l'enfant, de la famille et du milieu
 - (6) recherche des motivations et de la résilience de l'enfant
 - (7) compréhension des attentes, de la culture et de l'identité
 - (8) identification du lien d'attachement
 - (8) trajectoire de vie, bien-être et développement de l'enfant (finalité)
- 1.5 Les différents concepts sont présentés de façon séparée, mais dans la pratique ils restent indissociables et interreliés. La lecture du schéma conceptuel doit être accompagnée des principes et des valeurs du modèle de pédiatrie sociale en communauté (voir modèle opératif), afin de comprendre la culture sous-jacente.
- 1.6 Il n'y a pas de linéarité dans le cadre conceptuel de l'évaluation et orientation. Ce schéma suit la pensée amérindienne des pratiques de guérison qui sont cycliques et qui symbolisent les interconnexions dans la vie et la représentation de celle-ci comme un parcours circulaire (Université d'Ottawa, 2009). La seule porte d'entrée est l'enfant (début) et la seule porte de sortie est sa trajectoire de vie, son bien-être et son développement (fin).

Voici le schéma conceptuel du cœur de la pédiatrie sociale en communauté :

Schéma conceptuel du cœur du modèle de la pédiatrie sociale en communauté



2.- Histoire éco-bio-développementale



Graphique 1 : L'enfant, son histoire éco-bio-développementale et les réseaux

2.1 Les enfants en situation de vulnérabilité sont la clientèle cible de la pédiatrie sociale en communauté. Il existe plusieurs définitions de la notion d'« enfant vulnérable ». En voici quelques-unes, du Québec et d'ailleurs :

2.1.1 L'enfant vulnérable est celui dont le niveau de développement se situe au-dessous du niveau attendu par son âge et par son sexe dans au moins un domaine de maturité scolaire, à savoir : (1) santé physique et bien-être; (2) compétence sociale; (3) maturité affective; (4) développement cognitif et langagier; et (5) habiletés de communication et connaissances générales (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2012, p1).

2.1.2 Un enfant est considéré comme vulnérable s'il ou elle a de mauvais résultats dans un des domaines de connaissance ou de comportement de l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), concernant : (1) le vocabulaire; (2) les mathématiques; (3) la santé émotionnelle; et (4) la tendance de comportements empreints de violences (Hanvey, 2006; Santé Canada, 2007).

- 2.1.3 Les enfants vulnérables sont ceux qui sont confrontés à un risque plus élevé que les pairs locaux concernant les domaines suivants : (1) le taux de mortalité; (2) l'accès aux services de santé; (3) le taux de scolarisation; (4) les carences alimentaires, affectives et de soin (négligence); (5) l'exposition à la violence et à la maltraitance; et (6) l'exploitation économique et sexuelle (Banque mondiale, groupe de travail sur les enfants orphelins et vulnérables OVC, 2004).
- 2.2 Selon l'ELNEJ, la vulnérabilité chez les enfants et les jeunes n'est pas un état permanent et il existe trois facteurs principaux à prendre en compte pour la prévention de celle-ci : le style parental, la fonction de la famille et la santé mentale de la mère (Santé Canada, 2007; Investing in Children, 2013).
- 2.3 La terminologie utilisée en pédiatrie sociale en communauté est *enfant en situation de vulnérabilité*. Cette terminologie repose sur le constat que tout enfant possède une capacité d'adaptation pour sortir de cet état non permanent de vulnérabilité (Santé Canada, 2007).
- 2.4 En pédiatrie sociale en communauté, la définition retenue est la suivante : l'enfant en situation de vulnérabilité est celui qui se heurte à des obstacles persistants dans sa vie, 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.
- 2.5 La communauté joue un rôle central autour d'un enfant en situation de vulnérabilité. La recherche fait référence à quatre théories qui expliquent l'influence des quartiers et de la communauté dans le développement de l'enfant (Shonkoff et Phillips, 2000, p. 330) :
- 2.5.1 Théorie du stress (Earls et Buka dans Shonkoff et Phillips, 2000) : L'exposition physique à des substances toxiques dans l'environnement, la présence de violence dans la communauté ainsi que les conditions sociales et psychologiques difficiles dans lesquelles l'enfant grandit ont une influence sur son développement.

2.5.2 Théorie organisationnelle (Sampson, 1992; Sampson et Groves, 1989; Klebanov et al. 1997, dans Shonkoff et Phillips, 2000) : Les relations entre les parents d'un même quartier ou d'une même communauté permettent le partage d'informations sur les expériences dans la croissance de leurs enfants, ainsi que l'identification des risques éventuels dans leur quartier. Ce partage d'information entre parents alimente les forces des enfants et de la famille, aide à localiser les ressources de la communauté (services de santé, services sociaux ou autres) et permet d'organiser des activités ludiques ou autres dans le quartier.

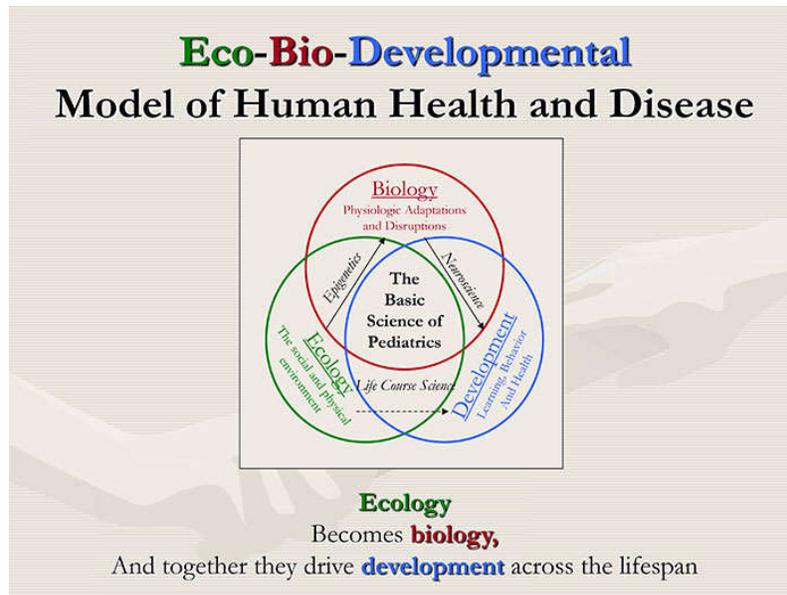
2.5.3 Théorie institutionnelle : Les institutions du quartier (police, écoles, piscines, librairies, centres de loisirs etc.) permettent de construire un milieu sécuritaire et riche en expériences stimulantes pour l'enfant.

2.5.4 Théorie épidémique (Klebanov et al., 1997, dans Shonkoff et Phillips, 2000) : Elle repose sur le constat que les relations entre enfants du quartier, le voisinage, l'appartenance à une communauté religieuse, les groupes sportifs et autres réseaux sociaux ont un pouvoir d'influence sur le comportement des enfants dans un milieu déterminé et cela, même avant l'arrivée à l'adolescence.

- 2.6. Pour les enfants qui vivent au sein d'une communauté dite dangereuse, en raison des conditions difficiles d'un quartier (crime, violence, environnement toxique ou autres), il existe le risque que leur développement ne soit pas optimal (Shonkoff et Phillips. 2000, p. 336).
- 2.7 La compréhension des besoins des enfants issus d'une famille ayant de multiples problèmes suppose donc l'adoption d'une démarche systémique. La théorie des systèmes – qui est apparue avec le biologiste von Bertalanffy dans les années 50 – fait référence « à l'association combinatoire d'éléments différents » (Morin, 2005, p.28). La raison d'être du système « doit être trouvée, non seulement dans le système lui-même mais aussi dans sa relation avec l'environnement » (Morin, 2005, p.31). Raison pour laquelle la pédiatrie sociale en communauté vise à travailler en partenariat avec les réseaux familial, social et institutionnel qui sont autour de l'enfant, avec pour objectif d'identifier et de valoriser le capital social entourant l'enfant et de tisser un filet de

sécurité autour de ce dernier. Dans la culture amérindienne, ce filet est appelé le cercle protecteur et décrit bien le proverbe africain, rendu populaire par Hillary Rodham Clinton (1996) : il faut tout un village pour élever un enfant.

- 2.8 Le réseau familial comprend les parents et la fratrie, de même que les membres de la famille élargie, c'est-à-dire, « les personnes liées à l'enfant par la naissance, par alliance ou par d'autres relations, culturellement reconnues comme telles » (Trudel, 2010).
- 2.9 Le réseau social comprend les personnes faisant partie du voisinage, les amis, les bénévoles, les professeurs, les membres de la communauté et toute personne côtoyant l'enfant de façon formelle ou non formelle, réelle ou virtuelle.
- 2.10 Le réseau institutionnel comprend tous les établissements que l'enfant fréquente, à savoir l'école, les centres de la petite enfance, les garderies, les centres de santé et de services sociaux, les centres jeunesse, la police communautaire, les hôpitaux, les centres d'aide juridique, entre autres.
- 2.11 Le développement de l'enfant se fait à travers un processus progressif d'interactions entre l'enfant, les personnes, les objets et les symboles de son environnement immédiat (Bronfenbrenner, 2004), mais aussi à travers « un système des constructions du monde en relation » (Elkaïm, 2010, p.172). Plus l'enfant se développe, plus les interactions avec son milieu deviennent complexes. Comme nous l'avons expliqué dans le cadre théorique (les expériences négatives et les effets du stress toxique), les premières expériences sociales ou environnementales (écologie) et les prédispositions génétiques (biologie) influencent le développement des comportements, les capacités d'apprentissage, la santé physique et mentale et la productivité économique à long terme (American Academy of Pediatrics, 2011). Une approche biopsychosociale de la santé est alors nécessaire pour mieux répondre aux besoins des enfants (Guyda, Razack et Steinmetz, 2006)



Source : American Academy of Pediatrics, The lifelong effects of early Childhood Adversity and Toxic Stress, 2011

2.12 C'est la raison pour laquelle le cadre d'évaluation et d'orientation des enfants en pédiatrie sociale en communauté suit l'histoire éco-bio-développementale de l'enfant à travers l'identification des sept dimensions qui structurent le cœur du modèle (voir point 1.4), que nous allons expliquer de façon détaillée.

3.- Les besoins des enfants en pédiatrie sociale en communauté



Graphique 2 : Les besoins des enfants en pédiatrie sociale en communauté

- 3.1 « Dans les démarches d'évaluation des besoins que l'on rencontre dans les institutions de l'enfance, la question qui reste au centre des préoccupations est celle des problèmes rencontrés par l'enfant et par sa famille. Or ne pensant qu'en termes de résolution des problèmes des gens, on oublie de construire une réponse adaptée aux besoins des gens. Ou encore, les besoins des gens sont déduits des analyses problématiques menées par les seuls professionnels dans leur cadre épistémologique ininterrogeable » (Bass, 2010).
- 3.2 En pédiatrie sociale en communauté, l'enfant et la famille sont des partenaires à part entière dans l'identification de leurs propres besoins. La démarche n'est pas technobureaucratique (outils, standards, questionnaires, etc.), car elle ne vise pas un regard d'expert où « les professionnels restent seuls entre eux pour discuter les problèmes des gens » (Berche, 1998). Au contraire, la démarche est participative et circulaire (voir Section 2 - Modèle opératif).
- 3.3. Le besoin est défini comme un « manque de ce qui est perçu comme nécessaire » (Dictionnaire de la langue française, 2012) et c'est une notion qui compte plusieurs classifications. Voici deux d'entre elles qui touchent aux domaines de l'enfance. Ensuite, sera exposée la définition retenue en pédiatrie sociale en communauté.
- 3.4 Selon Ingemar Gustafsson, président du comité international de rédaction de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant de 1989, les besoins des enfants peuvent être classés comme suit (Fasting, 1995) :
- Connaître ses racines : une identité;
 - Être considéré comme un être humain à part entière;
 - Recevoir de l'attention des adultes en général;
 - Être en relation avec ses parents;
 - Être en relation avec des adultes significatifs.
- 3.5 Cette classification montre que les besoins visent tous un même objectif : permettre à l'enfant de bâtir sa propre identité, c'est-à-dire une appartenance à des parents, à un milieu et à une culture durant toute son existence, particulièrement pendant la période

active de son développement, qui correspond à ses premières années de vie (Julien, 2004). Cette définition sera reconnue comme la base de l'élaboration de la Convention relative aux droits de l'enfant que nous allons aborder ultérieurement.

3.6 Brazelton et Greenspan (2003), professeurs de pédiatrie aux universités Harvard et George Washington, et reconnus pour leurs travaux sur l'évolution psychologique de l'enfant, offrent aussi une classification des besoins de l'enfant en sept points :

3.6.1 – Le besoin de relations chaleureuses et stables. Dès le très jeune âge, l'enfant a besoin de relations émotionnelles interactives. Avant d'être gestuelles ou verbales, ces relations s'expriment par le regard, les mimiques et se traduisent lors des premiers échanges avec la ou les figures d'attachement.

3.6.2 – Le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation concerne la sphère affective et psychologique. Il réclame la stabilité et la sécurité du milieu de vie et des relations familiales et sociales.

3.6.3 – Le besoin d'expériences adaptées aux différences individuelles. Chaque enfant a son propre comportement dans les domaines des émotions, des relations et de l'apprentissage. Il évoluera avec l'âge et la maturité. Ceci exige une approche spécifique de la relation avec chaque enfant, incompatible avec une attitude ou une décision standardisée et préétablie.

3.6.4 – Le besoin d'expériences adaptées au développement. À chaque âge ses besoins. Ceux-ci passent par plusieurs étapes : la sécurité vis-à-vis des événements extérieurs dès 3 à 4 mois; la sécurité intérieure vers 4 à 6 mois, permettant des relations confiantes avec les personnes; le développement de la communication non verbale puis de la conscience de soi de 6 à 18 mois; enfin la maîtrise des mots et de la pensée. L'organisation de la vie de l'enfant (échanges, jeux, activités diverses...) doit naturellement tenir compte de ces évolutions.

3.6.5 – Le besoin de limites, de structures, et d’attentes. Il s’agit des apprentissages, qui sont rendus possibles par le climat de confiance et de sécurité établi entre l’enfant et les personnes qui l’entourent. La discipline doit être progressivement inculquée sous la forme d’un enseignement répété et patient. Pour l’enfant, l’objectif est de faire plaisir aux personnes proches et de contrôler ses impulsions tout en étant respecté et aimé; et plus tard, d’acquiescer à son rythme une véritable autodiscipline de vie.

3.6.6 – Le besoin d’une communauté stable et de son soutien, de sa culture. C’est pour l’enfant le besoin de vivre dans un milieu où il est intégré, accepté, aidé dans ses démarches relationnelles. La langue, le type de civilisation, la culture, la religion, entre autres facteurs, y participent, de même que la famille, les personnes assurant la garde, l’école et les activités personnelles.

3.6.7 – La protection de notre avenir. La fréquence grandissante des séparations parentales, l’évolution des conditions de vie et la non-disponibilité des adultes sont de plus en plus pour l’enfant des causes de carence affective et de privation de ses besoins essentiels. Cette évolution n’est pas sans influence sur les relations interhumaines. Parallèlement aux problèmes de démographie, d’alimentation et de santé physique, assurer les besoins psychologiques et affectifs des bébés et des jeunes enfants est une nécessité pour l’avenir de la société et des générations à venir qu’ils représentent.

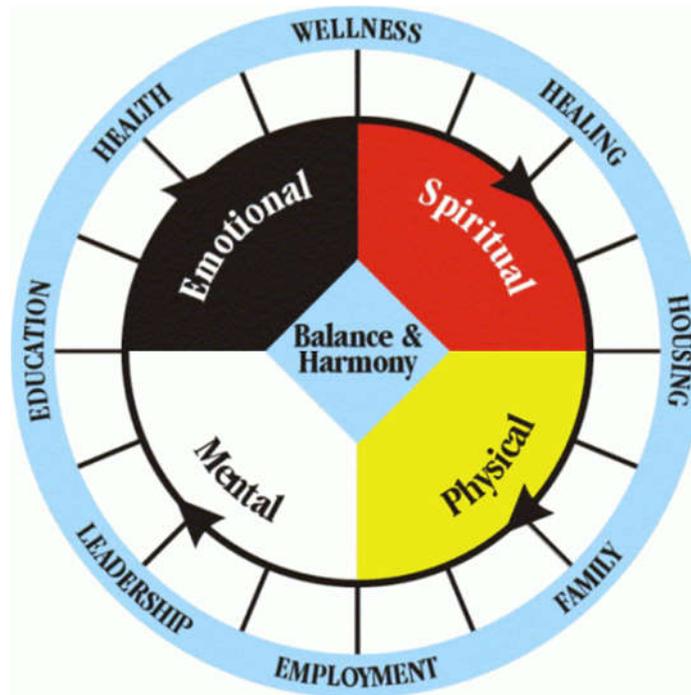
3.7 La classification de Brazelton et Greenspan présente un caractère générationnel et durable des besoins des enfants et montre ainsi la nécessité d’une coresponsabilité de la société envers les générations futures. Les besoins ne changent pas au cours des siècles, mais les contextes, eux, changent. La grande vulnérabilité de l’enfant est de rester inchangé, malgré l’évolution de la société (Julien, 2004). Un grand défi, notamment avec l’arrivée des nouvelles technologies de l’information et la communication, qui ouvrent la porte à d’autres facteurs de risques psychosociaux.

3.8 En pédiatrie sociale en communauté, « les besoins des enfants sont faits d’un ensemble d’éléments de nature physique, sociale, intellectuelle, émotionnelle et spirituelle, liés à

la personne et à son environnement et dont le croisement et la somme représentent et produisent, en quelque sorte, la santé et le bien-être de celle-ci » (Julien, 2004).

3.9 Cette définition résume l'idée que la satisfaction des besoins est un processus dynamique et complexe qui permet d'assurer le cheminement de l'enfant dans une trajectoire de vie (Julien 2004; Bronfenbrenner, 1998). Les besoins ne peuvent pas être isolés dans le temps et dans un contexte. En effet, associés aux besoins et complètement intégrés à eux se trouvent certains facteurs et certaines conditions qui ont pour effet de façonner la personne (Julien, 2004). Le plus important est alors de bien identifier les différents types de besoins pour chaque enfant.

3.10 La pédiatrie sociale en communauté s'inspire de la roue de la médecine amérindienne qui définit la médecine de deux façons : comme « une énergie et une force vitale inhérente à la Nature » et comme « le pouvoir de la connaissance » (Meadows, 2010; Baer, 2009). Selon les études de Meadows (2010), la roue de la médecine est « le cercle de la connaissance qui nous confère un pouvoir sur notre vie ». Ce cercle passe par l'engagement des quatre aspects humains : le corps, le mental, les émotions et l'esprit, dans une résonance avec les énergies de la Terre.



Source : La médecine mère-terre

- 3.11 La pédiatrie sociale en communauté, se basant sur le modèle éco-bio-développemental et s'inspirant des dimensions de la roue de la Médecine, énumère cinq besoins de l'enfant que nous présentons comme suit (Julien, 2004) :
- 3.12 **Les besoins physiques** sont à la base du développement physique et englobent autant les matériaux nécessaires à la croissance que la qualité de l'environnement dans lequel baigne l'enfant pendant son développement (Julien 2004). La biologie de l'enfant est prise en compte à travers l'analyse des prédispositions génétiques, de la nutrition, des immunisations, des soins dentaires et ophtalmologiques, de l'éducation sexuelle et de la prévention des substances toxiques (Department of Health London, 2000).
- 3.13 **Les besoins émotionnels** représentent tous les éléments intérieurs qui régulent et équilibrent la personne dans les moments où les émotions sont en bon état, c'est-à-dire lorsque l'enfant est bien aimé, bien ancré et bien attaché (Julien 2004). Il s'agit de l'analyse des caractéristiques du tempérament. L'enfant possède ainsi tous les outils de développement pour garantir à coup sûr une vie saine et harmonieuse.

Ce que nous dit la science sur les émotions des enfants

- Le développement corrélatif de l'émotion et de la cognition repose sur l'émergence, la maturation et l'interconnexion des circuits complexes dans plusieurs parties de notre cerveau, incluant : le cortex préfrontal, le cortex limbique, le prosencéphale, l'amygdale, l'hypothalamus et le tronc cérébral.
- Les différences de tempérament dans les premières années de vie sont enracinées dans la composition biologique de l'enfant. Pendant ces années, les enfants ont peu de capacité de contrôler et de modérer les émotions. Ils sont capables d'avoir des sentiments étonnamment profonds de tristesse (incluant la dépression), de douleur, d'anxiété et de colère, ainsi que des émotions intenses de joie et de bonheur. Pendant les années préscolaires, les enfants développent des stratégies individuelles pour contrôler leurs émotions. Pour certains, ces années marquent le début de difficultés

émotionnelles et de problèmes de santé mentale qui peuvent devenir plus sévères à long terme.

- La santé émotionnelle des enfants ou l'absence de celle-ci est étroitement liée aux caractéristiques sociales et émotionnelles de l'environnement dans lequel ils grandissent.

Source : National Scientific Council on the Developing Child (2006), Children's Emotional Development is built into the architecture of their brains, p. 2-4

3.14 Les besoins intellectuels représentent la somme des liens et des moyens pour s'ouvrir au monde auquel nous appartenons tous. Il s'agit de tous les domaines touchant au développement cognitif de l'enfant depuis sa naissance qui lui permettent de s'accomplir dans sa vie (Department of health London, 2000). L'apprentissage de la vie sociale, le développement intellectuel, les valeurs de partage et d'empathie et la communication humaine sont des biens parmi les plus utiles pour l'éducation de la personne. Cela suppose l'accès à la connaissance (livre, culture, etc.) et la capacité à s'ouvrir aux autres, d'abord auprès de la famille immédiate, pour plaire, avec les premiers sourires et les premiers mots, puis auprès des proches et d'autres milieux comme l'école (Julien, 2004).

3.15 Les besoins sociaux apparaissent à travers le discours sur les figures d'attachement (Julien, 2004). Il s'agit des capacités à établir des relations de confiance avec ses proches et d'avoir des interactions avec autrui, et des compétences à se faire des amis et bâtir un réseau (Agence de la Santé publique du Canada, 2009). C'est ainsi que se transmettent les valeurs et les croyances, se forgent l'identité et l'appartenance, et se tisse une compréhension de la vie sociale, tremplin pour la réussite sociale (Julien, 2004).

3.16 Les besoins culturels renvoient à l'identité de l'enfant à travers ses origines à la naissance, sa langue et ses valeurs. La culture fait référence à « un groupe qui partage les mêmes attitudes, croyances et pratiques transmises d'une génération à l'autre » (Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2012). Ces besoins apparaissent

à travers le discours sur les histoires de vie et les vécus des enfants et des familles. L'intervenant doit être ouvert à comprendre autrui sans porter aucun jugement afin de construire un pont de communication entre les deux cultures.

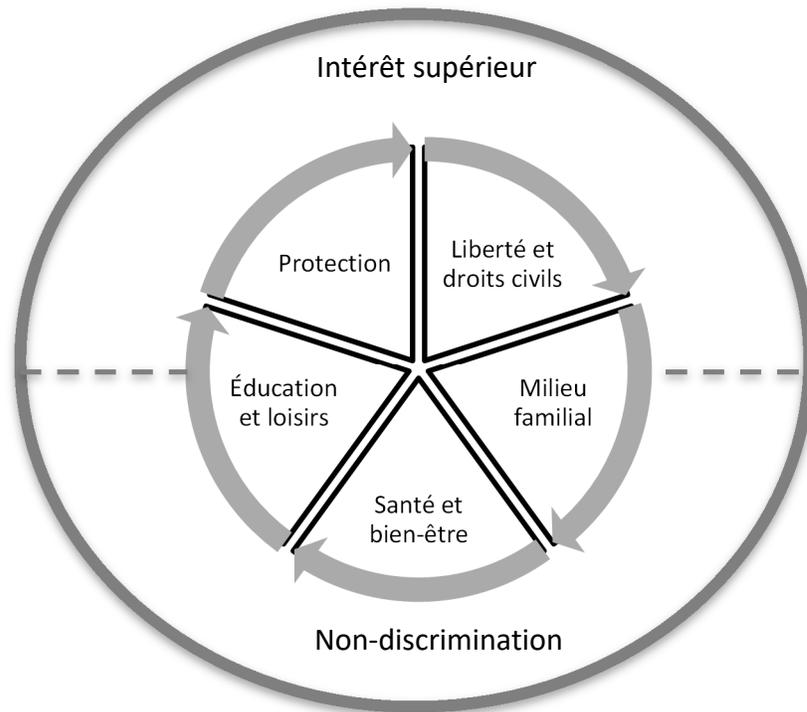
3.17 Les besoins spirituels sont ceux qui atteignent le sens, la foi ou la raison de vivre de l'enfant. Ils comprennent une dimension de soi dans le monde et se cachent derrière l'identité de la personne, avec ses valeurs et ses croyances (Rocha et al., 2004). Ils sont souvent nommés à travers les rêves et les illusions ou communiqués à travers l'art. Ces médiums permettent de comprendre le monde *sacré* de l'enfant. L'enfant est un être de lumière.

3.18 Les besoins peuvent être classés en deux catégories interconnectées :

- Les besoins actuels ou immédiats qui apparaissent souvent derrière les maladies (mal de gorge, maux de tête, troubles digestifs, otite, difficulté de sommeil, petites angoisses ou peur) ou une demande ponctuelle (besoin de nourriture, d'une référence ou autre).
- Les besoins plus profonds qui se cachent souvent derrière le comportement de l'enfant (de gros pleurs, de longs silences, un regard perdu, des mains qui bougent tout le temps, des crises de colère, entre autres) et qui sont liés à l'identité, l'attention, la sécurité et l'attachement.

3.19 L'identification des besoins ne peut se faire sans la compréhension des droits des enfants qui s'y rattachent et vice versa. Besoins et droits sont indissociables dans notre pratique, et cela, même si les besoins apparaissent de façon plus explicite.

4.- Identification des droits de l'enfant



Graphique 3 : Les 7 principes des droits de l'enfant en pédiatrie sociale en communauté (Trudel, 2010)

- 4.1 La pédiatrie sociale en communauté repose sur les 41 articles³³ de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée en 1989 par 192 États et ratifiée par le Canada en 1991. S'inspirant des différents systèmes juridiques et des différentes traditions culturelles, la Convention est un ensemble de normes et d'obligations universelles et non négociables. Elle a été construite à partir de l'analyse des déterminants de la santé ainsi que de l'ensemble des besoins de tous les enfants du monde.
- 4.2 Chaque enfant possède les droits fondamentaux énoncés dans la Convention et chaque besoin des enfants est transposé en droit (Trudel, 2013). Certains de ces droits fondamentaux se retrouvent dans les lois naturelles. D'autres ont force de loi puisqu'ils se retrouvent dans le droit interne du pays. Ici au Québec, ces principes de droits

³³ La Convention relative aux droits de l'enfant comporte 54 articles, dont 41 qui font référence aux droits des enfants; le reste correspond aux mesures d'application.

fondamentaux se trouvaient déjà dans le droit interne, avant même la ratification de la Convention par le Canada (1991). Ces droits sont transposés entre autres dans la *Charte des droits et libertés de la personne* (1975), le *Code civil du Québec*, la *Loi sur la protection de la jeunesse* (1977), la *Loi sur l’instruction publique*, la *Loi sur les services de santé et services sociaux* et d’autres instruments législatifs des paliers municipal, provincial et fédéral (Trudel, 2013).

4.3 L’alliance entre le droit et la santé : (1) apporte une expertise sur les mesures préventives ou correctives pour favoriser le respect des droits fondamentaux; (2) désamorce des situations conflictuelles entre adultes qui nuisent au développement de l’enfant; (3) aide au transfert personnalisé vers les services de l’aide juridique ou des services professionnels pro bono; (4) favorise l’empowerment de l’enfant et de sa famille par le transfert des connaissances des droits fondamentaux vers la communauté; et (5) permet de donner accès à la justice (Trudel, 2013).

4.4 Plusieurs enfants et familles en situation de vulnérabilité ne sont pas au courant que leurs problèmes de santé ou sociaux peuvent avoir des solutions légales. Le rôle des intervenants est alors d’identifier les besoins légaux non comblés qui causent ou amplifient ces problèmes (Zuckerman, 2012).

4.5 S’il existe une difficulté à identifier un besoin quelconque, le partage d’information à partir d’une réflexion sur les droits fondamentaux peut être un moyen pour désamorcer cette difficulté (MLPC, dans Trudel, 2013).

4.6 Afin de mieux intégrer la notion des droits dans la pratique, la Fondation du Dr Julien a regroupé sous sept grands principes les 41 droits des enfants (Trudel, 2010). Les deux premiers chapeautent l’ensemble :

Convention relative aux droits de l’enfant	Articles	Charte, C.c..Q et L.P.J	Principes
1 Non-discrimination	2, 6, 12	Droit à l’égalité dans la reconnaissance et l’exercice des droits et libertés.	Tous les enfants sont égaux en droit, quelle que soit leur origine ou celle de leurs

		Discrimination interdite.	parents.
2 Intérêt supérieur de l'enfant	3, 6 et 12	Intérêt et respect des droits de l'enfant dans les décisions.	Toute décision doit être prise selon l'intérêt supérieur de l'enfant.
3 Libertés et droits civils A. Nom, nationalité et soins parentaux B. Préservation de l'identité C. Liberté d'expression; droit à la vie, à la survie et au développement D. Liberté de pensée, de conscience et de religion; respect des opinions de l'enfant E. Liberté d'association et liberté de réunion pacifique F. Protection de la vie privée G. Accès à une information appropriée	7, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 37a	Libertés et droits fondamentaux Droit à la vie Droit au secours; à la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association; droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation; droit au respect de sa vie privée. Possibilité d'être entendu. Droits économiques et sociaux Droit à l'information	Chaque enfant doit avoir une identité, un nom, une nationalité (le droit à l'identité). Chaque enfant a droit à la protection de sa vie privée. Chaque enfant a le droit de s'exprimer et d'être entendu sur les questions qui le concernent. Chaque enfant a le droit de se développer.
4 Milieu familial et prise en charge (protection de remplacement) A. Conseils des parents B. Responsabilité parentale C. Séparation d'avec les parents et réunification familiale D. Déplacements et non-retours illicites F. Recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant G. Enfants privés de leur milieu familial H. Adoption I. Mauvais traitements et négligence J. Abandon ou négligence y compris réadaptation physique et psychologique et réinsertion sociale	5, 18 (1) et (2) 9, 10, 11, 19, 20, 21, 25, 27(4), 39	Loi sur la protection de la jeunesse Droit à la sécurité et au développement	L'orientation enfant-parent-communauté Chaque enfant doit pouvoir vivre avec sa famille entouré d'amour et de compréhension.
5 Santé et bien-être	6,	Droits économiques	Chaque enfant doit

<p>A. Les enfants handicapés B. La santé et les services de santé C. La sécurité sociale et les services et établissements de garde d'enfant D. Le niveau de vie</p>	<p>18(3), 23, 24, 26, 27(1), 27(2), 27(3)</p>	<p>et sociaux Assistance financière susceptible de lui assurer un niveau de vie décent.</p>	<p>être correctement vêtu, nourri, logé et soigné (et vivre dans un environnement sain).</p> <p>Chaque enfant qui a un handicap doit être aidé à vivre avec les autres en étant le plus autonome possible.</p> <p>Le droit à des conditions de vie décentes.</p>
<p>6 Éducation, loisirs, les activités récréatives et culturelles A. L'éducation y compris la formation et l'orientation professionnelle B. Loisirs et activités récréatives artistiques et culturelles</p>	<p>28, 29, 31</p>	<p>Droits économiques et sociaux Instruction publique gratuite Vie culturelle des minorités Éducation religieuse et morale</p>	<p>Chaque enfant a le droit à l'éducation et aux loisirs, de se reposer et de rêver pour s'épanouir et devenir autonome.</p>
<p>7 Mesures spéciales de protection de l'enfance A. Les enfants en situation d'urgence 1. Les enfants réfugiés 2. Les enfants pris dans un conflit armé, y compris la réadaptation physique et psychologique et la réintégration sociale §1 Respect des règles du droit humanitaire international §2 et 3 Participation à un conflit armé § 4 Protection et soin des enfants B. Enfants qui ont des démêlés avec le système d'administration de la justice pour les jeunes -1 Administration de la justice pour mineurs; 2 Traitement réservé aux enfants privés de libertés, y compris les enfants soumis à une forme de détention, d'emprisonnement ou de</p>	<p>22, 32, 30, 33, 34, 35, 36, 37(b), 37(c), 37(d), 38, 39, 40</p>	<p>Droits économiques et sociaux Protection de l'enfant. Droit à un environnement sain et respectueux de la biodiversité</p> <p>Droits judiciaires Audition impartiale par un tribunal indépendant Huis clos Motifs de privation de liberté Régime carcéral distinct Habeas corpus Assistance d'avocat Défense pleine et entière Assistance d'un interprète</p>	<p>Le droit à la protection contre les influences nocives, les mauvais traitements et l'exploitation.</p> <p>Chaque enfant doit être protégé contre toutes formes de violence.</p> <p>Personne n'a le droit d'exploiter un enfant.</p> <p>En temps de guerre, les enfants doivent être protégés et ne peuvent devenir soldats.</p> <p>Lorsqu'il commet une infraction, chaque enfant a droit à une</p>

<p>placement dans un établissement surveillé (Art. 37 b) détention arbitraire, c) jeunes détenus à l'écart des adultes, mise sous garde à l'écart dans le contexte de l'immigration, d) assistance juridique) 4 Réadaptation physique et psychologique et réinsertion sociale</p> <p>C. Les enfants en situation d'exploitation y compris leur réadaptation physique et psychologique et leur réinsertion sociale : 1 Exploitation économique, 2 Usage de stupéfiants, 3 Exploitation sexuelle et violence sexuelle, 4 Empêcher la vente, 5 Autres formes d'exploitation</p> <p>D. Les enfants appartenant à une minorité ethnique ou à un groupe autochtone</p>			<p>justice adaptée à son âge.</p>
--	--	--	-----------------------------------

4.7 Bien que la responsabilité d'assurer l'application de ces principes relève des gouvernements, la reconnaissance des droits fondamentaux de l'enfant ne peut devenir réelle sans la participation active de la population (Julien et Trudel, 2009, p. 29). Il existe un consensus social autour de l'enfant qui appelle le respect et l'amour. Tout ce qui est préjudiciable à son développement doit être traité avec diligence. Sa protection doit être assurée avec la participation du milieu, et plus particulièrement avec l'accord et la participation de l'enfant et de son réseau familial. S'il a été blessé ou victime de mauvais traitement, il a droit à un soutien immédiat et adapté, ainsi qu'à l'attention de personnes aimantes. Tous les efforts doivent être faits pour soigner ses peines et ses souffrances et pour lui permettre de se remettre en piste, au plus tôt et avec le moins de séquelles possible (Julien et Trudel, 2009, p.57).

4.8 Or, les droits des enfants se voient souvent bafoués et ce, pour différentes raisons : (1) lorsqu'il y a un constat de désengagement de la part d'un ou plusieurs réseaux (familial, social ou institutionnel); (2) manque ou absence de ressources pour l'enfant et sa famille; (3) jugements de la part des systèmes (institutionnels, juridiques ou autres); (4)

évaluations/diagnostics incomplets ou erronés; et (5) prise en charge prématurée ou non nécessaire de l'enfant par les systèmes.

4.9 Le droit est un chaînon essentiel qui lie les besoins à une réponse efficace pour réduire ou éliminer les sources de stress toxique. « Les racines des problèmes des enfants est le non respect de leurs droits » (Steinmetz, 2010, p.12). Ainsi, tous les besoins (physique, intellectuel, émotionnel, social, culturel et spirituel) correspondent à l'un des 41 droits fondamentaux de la Convention. La pratique du droit, incluant les outils de résolution des différends à l'amiable, offre des solutions précis pour que les besoins des enfants en situation de vulnérabilité soient satisfaits. Les droits des enfants doivent être analysés de manière transversale lors de l'évaluation/orientation/ suivi/accompagnement. Les solutions sont alors plus efficaces puisque l'ensemble des droits est pris en considération dans un modèle de médecine sociale, basé sur une approche interdisciplinaire et intersectorielle.

5.- Mise en évidence des sources de stress toxique



Graphique 4 : Les sources de stress toxiques

5.1 Rappelons tout d'abord que la réponse au stress dit toxique chez l'enfant se produit lorsque ce dernier fait l'expérience forte, fréquente et/ou prolongée d'une expérience négative. Cela peut se traduire par une perturbation de l'architecture et du développement du cerveau. Or, le développement optimal du cerveau dépend de trois éléments : la prédisposition génétique, l'environnement et les expériences vécues (Tang, A.C. Akers, K.G., Reeb, B.C., Romeo, R.D., & McEwen, B.S., 2006; Weaver, I.C., Cervoni, N., Champagne F.A, D'alessio, A.C., Sharma, S., Seckl, J.R. et al., 2004).

5.1. En pédiatrie sociale en communauté, la recherche des sources de stress toxique est un élément essentiel afin de comprendre le sens des difficultés de l'enfant. Ces sources apparaissent de façon implicite ou explicite lors de l'évaluation et orientation. Pour dépister ces sources, il faut s'intéresser aux trois éléments qui déterminent leur apparition et qui influencent le développement de l'architecture du cerveau (Tang, A.C. Akers, K.G., Reeb, B.C., Romeo, R.D., & McEwen, B.S., 2006; Weaver, I.C., Cervoni, N., Champagne F.A, D'alessio, A.C., Sharma, S., Seckl, J.R. et al., 2004). Nous allons expliquer chacune de ces dimensions de façon détaillée.

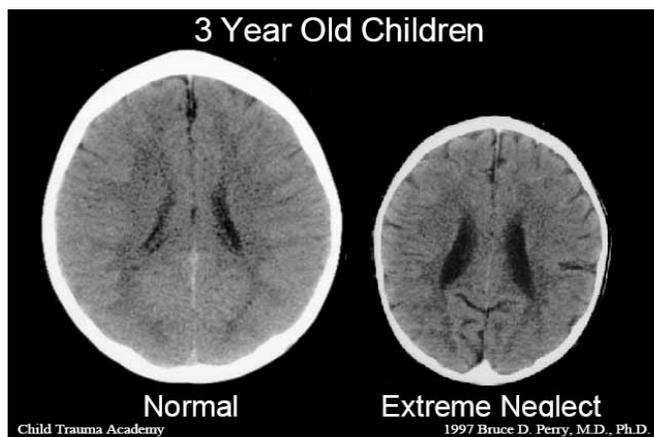
5.2 La prédisposition génétique : Un enfant acquiert environ 23 000 gènes de ses parents à la naissance (National Scientific Council on the Developing Child, 2010). La recherche montre aujourd'hui que la configuration génétique d'un individu peut être influencée dans ses premières années de vie par l'environnement et ses premières expériences (National Scientific Council on the Developing Child, 2010). Elle montre aussi que les changements épigénétiques qui ont lieu sur le fœtus pendant la grossesse d'une mère en situation de stress toxique peuvent se transmettre d'une génération à une autre (National Scientific Council on the Developing Child, 2010).

Certains individus porteront ainsi un bagage génétique intergénérationnel. C'est notamment le cas des parents qui ont été victimes de maltraitance dans leurs premières années de vie et qui ont tendance à avoir des difficultés parentales par la suite. Dans ces cas, il existe des risques d'une transmission intergénérationnelle du trauma (Lanius, 2010). C'est aussi le cas des grossesses prématurées chez les adolescentes. La recherche chez les rats femelles en grossesse montre qu'au moment d'une exposition continue à

des situations de stress toxique, il peut y avoir des conséquences sur le nouveau-né se traduisant ainsi : si le nouveau-né est une femelle, celle-ci aura plus de chance d'avoir un degré prématuré d'attraction envers le sexe opposé, une activité sexuelle précoce et une grossesse prématurée. Cet évènement peut se transmettre d'une génération à une autre (Cameron et al. 2010).

Le résultat biologique chez les enfants qui ont subi un stress toxique est un cerveau plus petit que la normale (Perry, 1997), un quotient intellectuel (QI) inférieur et un fonctionnement anormal (Feinstein, 2003).

Voici ci-dessous une image qui montre, à droite, le cerveau d'un enfant qui a souffert de négligence sévère (Voir classification à l'Annexe 1 – Cadre théorique) au cours de ses trois premières années de vie et à gauche, le cerveau d'un enfant qui présente un développement normal.



Source : Bruce D. Perry, M.D., Ph.D au ChildTrauma Academy (www.childtrauma.org)

5.3 L'environnement (déterminants de la santé et morbidités du millenium) : Abraham Jacobi et Job Lewis Smith, les deux pères précurseurs de la pédiatrie en Amérique du Nord, montraient déjà au début du XX^e siècle qu'il existe une relation directe entre le développement de l'enfant et l'environnement dans lequel cet enfant grandit, notamment en ce qui concerne le besoin d'eau potable et les conditions adéquates de logement (Palfrey et al., 2005). « Ce qui passe sur les autoroutes, sur les ondes

télévisées et dans la culture du jour au jour détermine la santé et le bien-être de l'enfant et des jeunes », disait Palfrey et al. en 2005, en faisant allusion aux morbidités du millenium (nouvelle appellation apparue dans les années 2000). Tous les facteurs sociaux et environnementaux autour de l'enfant vont alors avoir une influence sur son développement et ils vont soit augmenter, soit diminuer les inégalités existantes en matière de santé et de bien-être. Selon l'Organisation mondiale de la Santé³⁴, ces déterminants de la santé peuvent être classés ainsi :

5.3.1 Revenu et statut socioéconomique : Le revenu et le statut social ont une influence sur la santé. Plus l'écart entre les plus riches et les plus pauvres est grand, plus les différences en matière de santé sont fortes. L'emploi et les conditions de travail des parents vont avoir une influence sur la santé de la famille.

5.3.2 Éducation : Des niveaux d'éducation faibles sont associés à une santé détériorée, à plus de stress et à moins d'estime de soi.

5.3.3 Environnement physique : De l'eau potable et de l'air pur, des lieux de travail sains, des logements propres et sécuritaires, une communauté soudée, une facilité de transport, des zones de loisirs sécuritaires, un accès à la culture de proximité.

5.3.4 Réseau de soutien social : Un soutien accru des familles, des communautés et un réseau d'amis important aident à une meilleure santé et au bien-être. La culture, les coutumes, les traditions, et les croyances des familles et des communautés ont une influence sur la santé.

5.3.5 Les services de santé et sociaux : L'accès aux services sociaux et de santé et leur utilisation ont une influence sur la prévention et le traitement d'une maladie.

5.3.6 Le genre : Les hommes et les femmes souffrent différents types de maladies à différentes âges.

5.3.7 La génétique : La prédisposition génétique joue un rôle dans l'espérance de vie, la salubrité et la probabilité de développer certaines maladies ou certains comportements.

À ces déterminants, il faut ajouter les morbidités du millenium, à savoir tous les désordres de l'interface bio-développementale (Palfrey et al., 2005) qui incluent le

³⁴ Pour une liste des données probantes sur l'impact des facteurs environnementaux et sociaux sur la santé (transport, alimentation, urbanisme, déchets, énergie et industrie), veuillez consulter : <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index1.html>

statut socioéconomique, les disparités en santé, le surpoids et l'obésité, mais aussi et surtout :

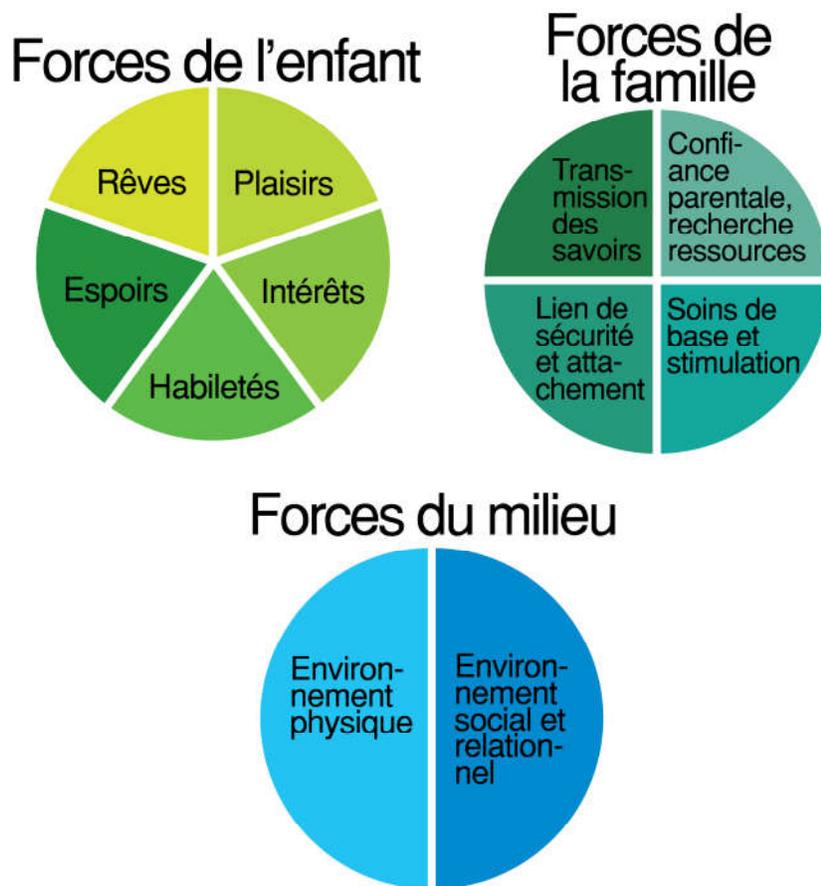
5.3.8 L'influence de la technologie sur la santé : Les technologies du XXI^e siècle (i.e. la production des aliments en masse, les médias sociaux, les avancés électroniques, Internet, etc.) ont des conséquences sur le mode de vie des enfants et sur leur santé. Dans les sociétés nord-américaines, l'excès de calories dans l'alimentation est une conséquence directe de ce changement de mode de vie (Palfrey et al., 2005).

5.3.9 L'augmentation des problèmes mentaux : Le mode de vie actuel qui vise à prendre de l'avance sur autrui et le rythme dominant de vitesse de la vie familiale ont des conséquences sur l'épuisement, l'anxiété et les comportements dangereux (suicidaires) chez les enfants et les jeunes (Palfrey et al. 2005).

5.4 L'expérience de stress vécue³⁵ : Les expériences négatives vécues durant l'enfance sont définies par la recherche comme tout évènement dramatique ponctuel (agression physique ou sexuelle) ou chronique (négligence parentale, dépression parentale, exposition à un contexte de toxicomanie, conditions sociales et économiques difficiles au sein du foyer ou de la communauté) qui survient dans les premières années de vie d'un enfant (Boivin et Hertzman, 2012). La réponse au stress devient toxique lorsque l'enfant fait l'expérience forte, fréquente et/ou prolongée d'une expérience négative (Center on the Developing Child, 2012).

6.- Mise en lumière des forces de l'enfant, de la famille et du milieu

³⁵ Voir Annexe 1 - Cadre théorique



Graphique 5 : Les forces de l'enfant, de la famille et du milieu

- 6.1 La force est définie comme « l'énergie morale ou la capacité de résister aux épreuves » (Larousse, 2012). « Tout être est actif par essence. Or tout ce qui agit est force : tout est donc force ou composé des forces » (Janet, 1874, [77]).
- 6.2. L'approche de la pédiatrie sociale en communauté repose sur ce principe et montre que les forces se trouvent toujours, en toutes occasions et quelles que soient les conditions, chez toute personne, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte (Julien, 2004). La recherche sur les forces des enfants a débuté en 1989 avec Weick et al., et par la suite des auteurs tels que Estein et Shaman (1998) et par Park et Peterson (2004) ont repris le concept en le définissant comme unique et différent des pathologies (Brownlee et al. 2013), assumant que tous les individus, incluant les enfants, ont des forces (Rapp, Sullivan, et Kisthardt, S. 1989). Chez les enfants en situation de vulnérabilité, la force est souvent cachée, mais « la petite flamme brûle toujours et ne trompe jamais » (Julien,

2004), et l'approche en pédiatrie sociale en communauté permet de la faire apparaître. Lors de l'évaluation et l'orientation, les forces apparaissent sous différentes formes et permettent d'amorcer l'action avec une prise assurée. Souvent, l'aide d'un petit présent, d'une accolade, d'un objet de transition quelconque et l'assurance d'une présence compensatrice font apparaître les forces de l'enfant (Julien 2004).

- 6.3 Toute **force de l'enfant** doit être exprimée à vive voix, de façon à ce que tous les participants et surtout l'enfant constatent qu'il existe en lui une énergie positive. Les forces peuvent se trouver parmi les caractéristiques suivantes chez l'enfant :

6.3.1 Habiletés : Capacités de l'enfant à faire les choses avec dextérité, intelligence et bon sens (Julien, 2004). Voici une courte liste des habiletés des enfants (Laporte et Sevigny, 2002, p.15) : « habiletés physiques dans le sport, dans les arts plastiques, dans le bricolage, dans les tâches quotidiennes; habiletés intellectuelles : curiosité, capacité de raisonnement, bon jugement, capacité d'abstraction, bonne mémoire et capacité d'analyse; habiletés sociales : facilité à se faire des amis, capacité à s'affirmer, capacité à partager, capacité de faire des compromis, capacité de perdre; habiletés interpersonnelles : capacité d'écoute, capacité de se mettre à la place de l'autre, capacité de sympathiser, capacité de s'affirmer, capacité de s'exprimer, capacité de demander ».

6.3.2 Plaisirs : Sensation chez l'enfant de ce qui est agréable et recherché. C'est la quête du bonheur qui se cache derrière les plaisirs. Les enfants trouvent le bonheur à travers les réussites scolaires, sportives ou autres; le temps consacré aux jeux ou aux activités de loisirs, et; la relation avec leurs parents et ses amis.

6.3.3 Intérêts : Sentiments de curiosité ou bienveillance à l'égard d'une personne ou de quelque chose. Les intérêts peuvent se trouver souvent derrière les habiletés créatives : capacité d'utiliser son imagination, capacité de manifester son originalité, capacité d'invention (Laporte et Sevigny, 2002).

6.3.4 Espoirs : Fait d'espérer ou d'aspirer à quelque chose au futur. Les espoirs se retrouvent derrière la capacité d'un enfant à se projeter comme individu dans la société, notamment à travers une profession. Mais également derrière la capacité de vouloir améliorer son sort dans la vie et même derrière la quête d'idéaux pour la société, comme la paix ou la protection de l'environnement.

6.3.5 Rêves : Ensemble de phénomènes psychiques au cours du sommeil. Les rêves des enfants sont étroitement liés aux espoirs, aux désirs et aux croyances. La compréhension des rêves permet de saisir en partie le besoin spirituel des enfants.

6.4 L'identification des forces de l'enfant permet par la suite d'encourager ses talents « en lui faisant découvrir différents lieux, en lui donnant l'occasion de goûter à différents aliments, en lui faisant rencontrer plusieurs personnes différentes, en stimulant son imagination, en l'aidant à réfléchir sur de nouvelles idées, en l'encourageant à essayer des activités nouvelles, en entretenant peu de préjugés, en lui permettant de changer d'idée, etc. » (Laporte et Sevigny, 2002).

6.5 Mais encore, « le cerveau a besoin de plus que de simples stimulations de base pour atteindre son plein potentiel. C'est à ce niveau qu'intervient l'importance des interactions entre l'enfant et ses parents, premiers fournisseurs de soins » (Clinton, 2007). Raison pour laquelle la mise en lumière des **forces des parents et/ou de la famille** vivant avec l'enfant est nécessaire lorsqu'on suit son histoire éco-bio-développementale.

6.5 Par définition, la famille est le centre-lieu porteur des acquis, des valeurs et des outils pour ses membres, elle est au centre du développement de l'enfant et est le garant de cet état de bien-être (Julien, 2004). En soulignant les forces de la famille, la pédiatrie sociale en communauté encourage le soutien familial auprès de l'enfant et ce, dans le respect de la Convention relative aux droits de l'enfant. Voici quelques questions qui guident l'identification des forces des familles auprès de leurs enfants (Green, 1995) :

Questions
Est-ce que la famille considère la santé de son enfant comme une priorité?
Est-ce que la famille éprouve du plaisir avec l'enfant?
Est-ce que la famille reconnaît et répond adéquatement aux signaux et aux besoins de l'enfant?
La famille offre-t-elle à l'enfant un appui émotionnel et rassurant, et le protège-t-elle contre les stress toxiques?
Est-ce que la famille encourage et félicite l'enfant, et stimule son estime de soi?
Est-ce que la famille dégage une attitude chaleureuse et communique facilement?
La famille est-elle saine d'esprit et de corps?
Possède-t-elle un réseau d'entraide étendu?
Enseigne-t-elle à l'enfant de saines habitudes de vie?
Encourage-t-elle l'autonomie, la maturité et les succès?
Est-ce que la famille témoigne d'un modèle de rôle positif?

6.6 La clé pour protéger les enfants du stress toxique est de renforcer les capacités parentales, et plus particulièrement les capacités fonctionnelles hebdomadaires (Shonkoff, 2011). Cela suppose que les parents sachent répondre aux besoins de ces enfants et sachent s'adapter aux changements dans ces besoins au fil du temps (Department of Health London, 2000). Il est important de comprendre alors le contexte dans lequel les capacités parentales se développent (environnement) et la façon dont les parents exécutent ces capacités (Department of Health London, 2000).

6.7 Nous avons regroupé en trois dimensions les forces des parents et/ou de la famille :

6.7.1 Soin de base et stimulation : Répondre aux besoins physiques de l'enfant. Il s'agit des fonctions instrumentales : support matériel, encadrement et supervision (Julien 2004). Ce sont les matériaux essentiels à l'intégrité physique et l'abri, l'hygiène, les soins de santé, l'éducation et autres (Schor, 1995). Promouvoir l'apprentissage de l'enfant et le développement intellectuel à travers la stimulation cognitive et l'encouragement de

son potentiel. Permettre à l'enfant d'avoir des réussites dans sa vie en assumant des défis (Department of Health London, 2000).

6.7.2 Lien de sécurité et attachement : L'enfant a besoin de structures, de cadres, de présences et de soutiens tout en respectant son autonomie (Julien, 2004). Il faut assurer la protection de l'enfant contre tout danger ou nuisance provenant de son milieu et/ou contre sa propre personne (Department of Health London, 2000). Il faut veiller à ce que l'enfant puisse avoir des relations sécuritaires, stables et intentionnées avec des adultes significatifs (Julien 2004). Un mode d'interrelation parent-enfant sécuritaire est capable de mettre en œuvre, de façon cohérente et persistante, un développement optimal de l'enfant et de son lien avec son environnement (Stroufe et Fleeson, 2004). Il s'agit du lien émotionnel entre le parent ou l'adulte significatif qui l'accompagne dans ces premières années de vie. « Une relation parent-enfant sécurisante aide l'enfant à : a) réguler ses émotions lors des situations stressantes; b) explorer son environnement avec confiance, et; c) optimiser son développement cognitif, émotionnel et langagier. De plus, les enfants qui ont un attachement sécurisé avec leurs parents sont prédisposés à adopter des comportements sociaux positifs (i.e. des comportements empathiques et coopératifs) qui les aident à développer des relations ultérieures positives » (Van Uzendoorn, 2012).

6.7.3 Confiance parentale et recherche de ressources : Capacité des parents à se procurer ou à obtenir les ressources et les soutiens désirés (Trivette et Dunst, 2005). Capacité des parents à prendre des décisions, à savoir quelles sont les compétences nécessaires pour eux et comment les acquérir.

- 6.8 Une prise de conscience chez les parents relève aussi l'utilisation des forces du réseau (Piché et Trocmé, 2011), familial, social ou institutionnel, raison pour laquelle la mise en lumière des **forces du milieu** est un facteur indispensable dans la pratique de la pédiatrie sociale en communauté. La recherche suggère que « les programmes qui englobent l'écologie sociale de l'enfant et de la famille, y compris les milieux en dehors du domicile dans lesquels l'enfant passe beaucoup de temps, sont plus susceptibles d'être associés à des améliorations durables chez l'enfant » (Shaw 2007, p.6).

6.9 Le milieu joue un rôle central dans le bien-être de l'enfant. Par milieu, on entend tout l'entourage physique et social qui influence la trajectoire de vie de l'enfant et qui repose sur « l'interrelation entre les éléments, dans un cas la nature et la culture, et dans l'autre les personnes » (Berque, 1986).

6.10 La pédiatrie sociale en communauté est basée sur un modèle d'écologie sociale où la fréquence et la qualité des liens entre l'entourage et l'enfant ont des conséquences sur le développement de ce dernier (Bronfenbrenner, 2004). Deux dimensions nous intéressent lorsqu'on parle de forces de milieu : l'environnement physique et l'environnement social et relationnel.

6.10.1 L'environnement physique se rattache tout d'abord à la notion de quartier comme lieu de proximité de la vie de l'enfant, pour ensuite s'élargir à la ville comme endroit inhérent à l'environnement dans lequel grandit ce dernier. Il s'agit de plusieurs éléments faisant partie du portrait de la vie de tous les jours de l'enfant, à savoir la qualité des logements, l'accessibilité aux ressources alimentaires, les services de santé et sociaux, l'offre commerciale, les espaces verts, les aires communautaires, la qualité de l'air, la facilité de transport et les écoles.

6.10.2 L'environnement social et relationnel fait référence au filet social entourant l'enfant. C'est aujourd'hui un fait : les conditions sociales du milieu ont un impact fort dans la santé et sur l'espérance de vie des personnes, selon le niveau de stress dans lequel ils vivent (Marmot et Wilkinson, 2003). Il s'agit entre autres du bon voisinage, des organismes communautaires, de l'histoire de mobilisation citoyenne du quartier, des concertations locales, de l'accessibilité aux bibliothèques, des lieux de diffusion culturelle, des fêtes et festivals et des activités de loisirs, éducatives et sportives.

6.11 Quelques leçons à retenir de la pratique :

6.11.1 La présence des forces varie d'une famille à une autre et selon les différentes cultures.

6.11.2 Il faut reconnaître les limites de la participation des parents et des familles selon les caractéristiques propres à chacune ou l'état actuel de leur disponibilité.

6.11.3 Il faut agir avec prudence afin de ne pas être trop exigeants avec les parents ou les membres de la famille et de pouvoir orienter l'action en conséquence.

6.11.4 Les familles doivent être encouragées et reconnues pour leurs efforts auprès de leurs enfants. Pour cela et surtout dans les familles en situation de vulnérabilité, elles auront besoin d'un accompagnement soutenu de la part de la famille élargie et de la communauté.

6.11.5 La construction de partenariats est indispensable dans un modèle de pédiatrie sociale en communauté. Cela incite les réseaux informels autour de l'enfant (voisins, famille élargie, amis, etc.) à prendre connaissance de ce qu'il vit et à s'impliquer à fond pour défaire l'isolement et l'habitude de décharge (Piché et Trocmé, 2011).

7.- Attentes, culture et identité



- 7.1 Les attentes varient autant qu'il y a d'individus, de cultures et de sociétés. Pour les attentes, il faut tenir compte des changements, des expériences et du vécu de chacun. Rien n'est tenu pour acquis (Julien, 2004).
- 7.2 La culture comme « ensemble plus ou moins organisé de savoirs, de codes, de valeurs ou de représentations » (Mesure et Savidan, 2006) a une influence directe sur le

développement de l'enfant. En effet, l'enfant naît dans une famille qui est conforme aux croyances et habitudes qui lui sont propres. Il suit le chemin tracé par les ancêtres, par les idées sociales et religieuses. Les attentes des parents ont des racines très profondes qui doivent être comprises et respectées pour le bien de la famille et pour le devenir de l'enfant. Les considérations et les connaissances, notamment scientifiques, qui peuvent être différentes des croyances familiales, doivent être transmises aux parents et aux familles, mais de façon dosée et progressive, sans dogmatisme (Julien, 2004).

- 7.3 La recherche sur les tendances culturelles permet de mieux comprendre les comportements des personnes. Ces tendances sont souvent présentées selon deux catégories : individuelle et collective. Les dimensions individuelles sont liées aux valeurs occidentales d'indépendance et de compétitivité, alors que les dimensions collectives font référence aux valeurs de la communauté et du groupe (Tremblay, Boivin et Peters, 2012).
- 7.4 La compréhension des attentes et du bagage culturel doit s'effectuer progressivement, sans tomber dans le piège de l'identification du symptôme chez l'enfant. En effet, « le symptôme doit être considéré comme un texte sans contexte. Ainsi l'activité thérapeutique consiste-t-elle toujours à découvrir le contexte dans lequel le texte du symptôme pourrait se révéler cohérent (...) à savoir que l'articulation texte/contexte est toujours de nature complexe » (Nathan, 1994). C'est la rencontre et le temps que l'équipe consacre à cette rencontre qui va permettre de mieux déceler cette complexité³⁶. La nature de l'enfant est sous-jacente à la complexité. Derrière elle, certains éléments constitutifs de la personne, tels que l'identité culturelle et ethnique, sont toujours représentés (Nathan, 1994), raison pour laquelle la pédiatrie sociale en communauté ne se limite pas au symptôme, mais cherche à comprendre le sens des problèmes de l'enfant.
- 7.5 La culture oblige à repenser l'intervention auprès des enfants issus de l'immigration et requiert une capacité d'observer et d'être conscient des similitudes et des contrastes

³⁶ Deux éléments sont indissociables de la complexité sociale : s'auto-instituer et s'auto-organiser. (Mesure et Savidan, 2006)

entre les cultures (Bronheim, 2013; National Center of Cultural Competence, 2004). L'APCA (voir Modèle opératif) s'est donc révélé une méthode efficace qui permet de décoder les conditions propres aux croyances et aux traditions locales en matière de soin et de santé.

- 7.6 La culture permet de mieux comprendre la conduite de l'enfant dans son contexte, avec pour objectif de l'aider à forger sa propre identité et d'assurer une transition saine vers l'adolescence et à l'âge adulte. L'identité imprègne l'enfant de valeurs et de processus d'ancrage. Elle renvoie à l'appartenance et à la filiation. Elle constitue la condition essentielle de la connaissance, de l'assurance et de l'affirmation de soi. Il faut se sentir important et aimé, pouvoir se reconnaître dans une personne pour grandir. L'enfant progresse par modèle et par référence. La référence de base, celle qui lie et caractérise, provient de sources personnelles et culturelles. « L'identité, c'est la couleur d'une personne, sa définition dans le monde et dans l'histoire » (Julien, 2004).

La fabrication culturelle des enfants

Pour Tobie Nathan, professeur de psychologie clinique et pathologique à l'université de Paris VIII et directeur du Centre Devereux d'ethnopsychiatrie, la fabrication culturelle des enfants est un véritable « processus d'humanisation » qui commence d'abord par la langue, qui est pour l'auteur un système culturel fabriquant la nature du monde. La langue est le bien le plus spécifique d'un groupe social et contient son âme et sa dynamique, sa créativité. De la même manière, pour un individu, la langue maternelle est le lieu d'où diffuse son sentiment d'identité³⁷. Mais ce « processus d'humanisation » se développe aussi par rapport à la culture que l'auteur définit comme étant un système psychosociologique qui cadre le groupe social.

L'enfant devient humain en apprenant à parler, mais sa culture doit en outre s'articuler au sein d'un environnement physique. La culture devient une manière d'appréhender à la fois les composantes particulières et les configurations générales du monde, de l'homme ou de son

³⁷ Nathan, Tobie (1994), p. 164

espace.

Dans notre pratique, l'approche transculturelle est importante, car elle permet de respecter les idées et les croyances des familles, notamment de celles qui ne viennent pas d'une culture occidentale, et de s'inspirer des démarches traditionnelles qui peuvent mieux aider à soigner les enfants venant de cultures différentes.

Source : Nathan T. (1994), L'influence qui guérit, Éditions Odile Jacob, Paris, France.

8.- Motivation et résilience



- 8.1 La motivation, c'est l'énergie motrice qui mobilise l'enfant à surmonter une circonstance troublante. La recherche des processus motivationnels tente d'éviter deux écueils opposés : considérer que la motivation relève exclusivement de facteurs internes ou au contraire qu'elle relève uniquement de facteurs externes à l'enfant (Bourgeois, 2006, Pintrich, 2003). La motivation dépasse aussi une analyse temporelle et statique pour se réinscrire dans un contexte plus large et dynamique (Bourgeois, 2006; Pintrich, 2003).
- 8.2 La motivation est un élément majeur de ce qu'on appelle la résilience des enfants, c'est-à-dire la volonté d'avancer ou le refus de la défaite dans la pire adversité. La théorie de

la résilience est liée à une approche fondée sur les forces et elle décrit la capacité d'un enfant à « rebondir » en cas de détresse, à franchir des obstacles, à s'adapter au changement et à se remettre sur pied après un traumatisme.

- 8.3 Le docteur et éthologue français Boris Cyrulnik (1999) décrit la résilience comme l'art de naviguer dans les torrents. Il part du principe que chaque personne a la capacité d'être résiliente si elle a eu accès, au cours de sa vie, à des « tuteurs » de résilience. Ces tuteurs sont des personnes, une conscience de soi et des forces intérieures que l'on trouve en premier lieu dans sa famille et dans les structures scolaires, et qui nous rendent capables de surmonter les difficultés. À l'instar de Cyrulnik, le psychiatre canadien Michel Lemay (Poilpot, 1999) souligne qu'une rencontre avec une personne (un parent, un ami ou un étranger) peut réactiver les capacités de résilience qui sommeillent en chacun de nous (Fondation canadienne de développement de carrière, 2007).
- 8.4 Il n'y a pas de preuve scientifique qui démontre précisément que les enfants ayant été exposés à des expériences de stress toxiques durant leurs premières années de vie vont nécessairement développer des désordres relatifs au stress. Or, chez les animaux comme chez les humains, la recherche montre que les interventions qui offrent des services de soutien et aident à stimuler une croissance positive préviennent des effets négatifs chez l'enfant (Francies, Diorio, Plotsky, et Meaney 2002; Gunnar, Morison, Chrisholm, et Schuder 2001; Bredy, Humpartzoomian, Cain, et Meaney, 2003). Un enfant résilient, malgré les conditions de vie difficiles, arrive à surmonter ces difficultés et à atteindre un développement optimal (Sameroff, 2006).
- 8.5 Il faut quand même noter que « l'identification de ce qui constitue la résilience reste encore floue » (Luthar, Cicchetti et Becker, 2000; Sameroff, 2006). Selon les approches contextuelles, elle dépendrait des entourages et notamment des habiletés familiales (Sameroff, 2006). Selon les approches développementales, la résilience dépendrait de l'histoire individuelle d'adaptation à des conditions stressantes (Sroufe, Carlson, Collins et Egeland 2005). Cette distinction a des conséquences sur la pratique : soit les praticiens tendent à améliorer la résilience chez l'enfant, soit ils consacrent davantage de temps à étudier les contextes qui favorisent les répercussions positives (Sameroff,

2006). En pédiatrie sociale en communauté, l'individu et le contexte sont interconnectés et la recherche des sources de résilience doit se faire sur ces deux plans.

9.- L'attachement



- 9.1 « L'attachement, c'est le mélange d'amour, d'empathie et de plaisir qui crée une relation privilégiée avec une autre personne. C'est une mixture qui se raffine et qui dure dans le temps, dans un processus dynamique complexe souvent complètement en dehors de notre conscience. » (Julien, 2004)
- 9.2 Deux auteurs ont joué un rôle important dans la formalisation de la théorie de l'attachement : le psychanalyste John Bowlby et la psychologue Salter Ainsworth. Cette théorie pose comme postulat « une relation causale entre l'expérience d'un individu avec ses parents ou avec les principaux dispensateurs de soins et la capacité à tisser des liens affectifs plus tard » (Grossmann et Grossmann, 2009). Elle permet de comprendre la forte influence de la relation parents-enfant ou donneur de soin-enfant dans la trajectoire de vie d'un individu. « L'exemple le plus pur et le plus intense se trouve dans les liens qui se créent entre le parent et son enfant. C'est d'ailleurs la forme d'attachement la plus intime, celle qui se passe dans des attitudes subtiles et des non-dits éloquents, celle qui possède une incroyable capacité de rassurer et de motiver » (Julien, 2004).

- 9.3 L'attachement est une base parce qu'il contribue à créer, à construire et à assurer les éléments d'une pyramide qui modulent l'évolution de l'enfant dans toutes les sphères de son développement. À partir d'un attachement solide, l'enfant accède à des outils, à des façons de faire et à des modèles qui rendent possibles son évolution et sa liberté. « Les relations d'attachement préparent le terrain aux fonctionnements physiologiques des nourrissons, aux interprétations affectives et cognitives des expériences sociales et non sociales, au développement du langage, à l'acquisition de la signification du soi et des autres dans des situations sociales complexes, et plus tard à l'assimilation de la culture » (Grossmann et Grossmann, 2009). La recherche transculturelle montre aussi que l'attachement à un adulte significatif est universel, sans distinction de sexe ni de race (Van IJzendoorn et Sagi A., 1999).
- 9.4 Les quatre types d'attachement (sécurisant, insécurisant évitant, insécurisant ambivalent et désorganisé) servent de référence et montrent l'importance de la qualité de l'interactivité entre le père ou la figure d'attachement et l'enfant et les défis adaptés aux compétences du jeune enfant et des donneurs de soins (Grossmann et Grossmann, 2009). Les parents qui ont eu une enfance difficile auraient plus de difficultés à comprendre le développement de l'enfant, à réagir avec sensibilité envers leur enfant, à trouver du plaisir, et à avoir des interactions sensibles et réconfortantes avec l'enfant (Grossmann et Grossmann, 2009).
- 9.5 En pédiatrie sociale en communauté, le soutien offert aux parents pour créer l'attachement se situe dans différents contextes. Il se fait de façon naturelle, dans une perspective d'approche sociétale ou communautaire selon laquelle l'enfant est au centre de la communauté, et où dans une mesure variable selon les milieux, il n'appartient pas exclusivement aux seuls parents. Dans une communauté en santé, se sont les adultes qui prennent la responsabilité de l'enfant et qui se mobilisent pour supporter les parents dans leur tâche d'élever un enfant, y compris pour celle de créer un attachement sécurisant. Le soutien peut se faire aussi dans des conditions où la famille n'est pas ou ne se sent pas capable de créer l'attachement sécurisant lors de stress personnels ou familiaux ou dans des situations de maladies ou de catastrophes. C'est alors à des systèmes et à des intervenants locaux de s'assurer que l'attachement

sécurisant de l'enfant est sauf et assuré pendant la période fragile, car cette base est absolument essentielle pour la croissance et le développement harmonieux de l'enfant. La sauvegarde de l'attachement comme source continue de développement est probablement, pour une société juste, la grande motivation à créer des lois qui protègent les enfants et assurent leur développement harmonieux.

- 9.6 Dans une société juste, le parent a le mandat d'assurer le meilleur développement possible à son enfant. Le soutien aux parents doit donc se faire de façon continue et dans un mode complet pour éviter les carences et les négligences envers les enfants. Dans des conditions idéales, la plupart des parents assument leurs rôles de façon adéquate et complète. Dans de mauvaises conditions, l'une d'elles étant des conditions de pauvreté importante, la disponibilité et la capacité du parent sont plus souvent compromises et il en va de même pour ce qu'on appelle la capacité d'attachement sécuritaire.

10.- Trajectoire de vie, bien-être et développement de l'enfant

- 10.1 Les histoires de vie colorent et définissent la trajectoire des personnes (Julien, 2004). Le début remonte souvent aux ancêtres et aux événements liés à l'histoire familiale, et au cours du temps, chaque individu bâtit sa propre trajectoire de vie intrinsèque à son parcours, raison pour laquelle « dans l'intervention, tout se passe dans le cas par cas » (Elkaïm, 1995).
- 10.2 La trajectoire de vie (biographie) peut être définie comme « une dynamique individuelle de l'avancée en âge ancrée dans un contexte sociohistorique donné » (Bessin, 2009). Chez toute personne et dans tout événement, on trouve une histoire naturelle avec un début et une fin. Le trajet s'effectue par étapes, commençant par la naissance, puis passant à l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. L'idée de trajectoire permet de s'intégrer à la dynamique de changement de l'enfant et d'en influencer correctement la finalité (Bessin 2009). Elle détermine le bien-être et la qualité de vie de la personne.

10.3 Il existe plusieurs façons de définir le concept de bien-être de l'enfant (Ottova et Ravens-Sieberer, 2011) :

- Selon l'Unicef, la Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît le bien-être comme étant « le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social » (art. 27) et comme étant « le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible » (art. 24).
- La recherche scientifique définit le bien-être comme la situation personnelle, familiale et sociale qui permet aux jeunes de bien fonctionner dans de multiples contextes et d'acquérir les ressources nécessaires pour s'épanouir à l'âge adulte (Lippman et al., 2009).
- Le centre de recherche Innocenti d'Unicef a publié en 2007 un rapport définissant le bien-être sous six dimensions : bien-être matériel, santé et sécurité, bien-être éducationnel, famille et relations avec les pairs, comportement et risques, et bien-être subjectif. En 2010, Innocenti lance un nouveau rapport, cette fois-ci centré sur trois dimensions liées aux inégalités entre enfants : bien-être matériel, bien-être éducationnel et bien-être en matière de santé.

10.4 Quelle que soit la définition choisie, la recherche est unanime à dire qu'il reste encore à construire des indicateurs de bien-être des jeunes enfants de plus bas âges (Lippman et al. 2009; Bradshaw et al., 2007).

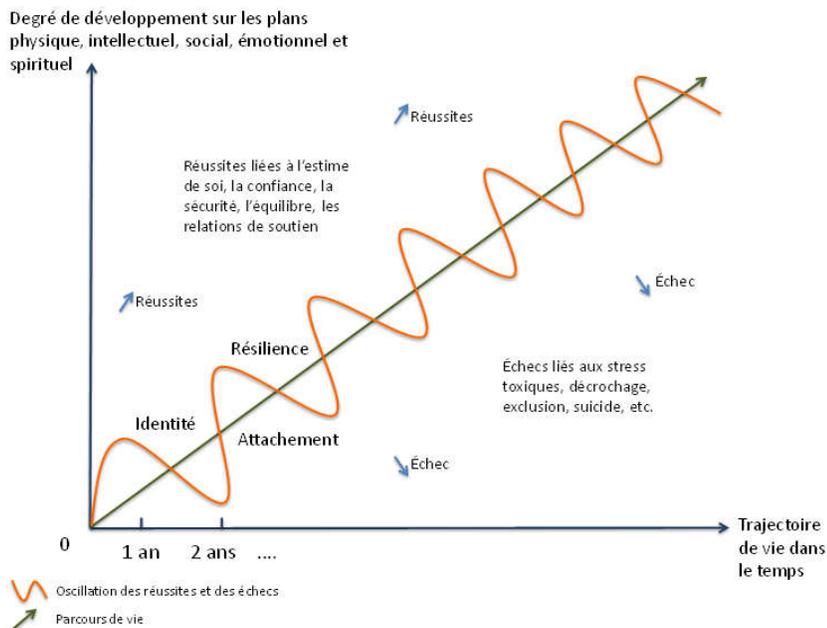
10.5 En pédiatrie sociale en communauté, le développement de l'enfant se construit par une série d'acquisitions sur les plans physique, intellectuel, social, émotionnel et spirituel qui se font à travers la satisfaction des besoins et l'apprentissage.

10.6 Les bases qui soutiennent la trajectoire de vie associée au développement de l'enfant sont de deux ordres (Julien, 2004) :

- L'une structurante, qui renvoie à l'attachement de personnes significatives, à l'identité et à la résilience. Elle est déterminée par des facteurs d'influence issus des conditions, des habitudes de vie, de l'environnement et aussi du hasard.
- L'autre structurelle, qui indique ce qui module l'évolution : les acquis biologiques et génétiques, l'héritage constitutionnel, la personnalité.

10.7 La trajectoire de vie et le développement de l'individu forment un processus dynamique, observable, parfois prévisible et souvent influençable, appelé parcours de vie. La notion de parcours de vie « est adoptée pour désigner le ou les modèles socioculturels qui organisent la trajectoire de vie des individus dans une société et une période historique données » (Bury, 2009). Les différents facteurs qui interviennent dans ce processus procurent de meilleures chances de réussites, ou au contraire des échecs chez les enfants. En pédiatrie sociale en communauté, ce processus est représenté comme suit :

Graphique sur la trajectoire de vie et le développement de l'enfant



- Plus l'enfant se développe sur les plans physique, intellectuel, social, émotionnel et spirituel, selon son âge, plus il a de chances de réussir.
- Moins l'enfant se développe sur les plans physique, intellectuel, social, émotionnel et spirituel, selon son âge, plus il risque de subir des échecs.

- 10.8 L'intervention doit suivre une approche globale qui considère aussi bien les besoins principaux pour le développement du jeune (physique, intellectuel, social, émotionnel et spirituel) que l'environnement dans lequel il grandit, afin de renforcer sa trajectoire de vie.
- 10.9 Dans la pratique, la notion de trajectoire de l'enfant est utile puisqu'elle fournit aux intervenants un outil pour suivre l'évolution de l'enfant et affermir ses bases (Julien, 2004). En observant, on peut déceler des signes avant-coureurs de difficultés ou de catastrophes, et même une attitude ou un comportement inhabituel. Chez les enfants en situation de vulnérabilité, il faut surtout adapter les services pour qu'ils soient proches de l'enfant et qu'ils permettent de réagir avant la démotivation et l'échec. Ce qui importe c'est de maintenir l'équilibre de l'enfant tout au long de sa trajectoire de vie (Julien, 2004).

Récapitulatif :

Le modèle cognitif comprend huit concepts : besoins, droits de l'enfant, sources de stress toxique, motivation/résilience, forces, attentes/identité/culture, et trajectoire de vie/bien-être/développement de l'enfant. Ce sont les éléments de base qui ne doivent pas être négligés dans notre pratique. Le cœur du modèle, ou évaluation/orientation, permet d'identifier chez chaque enfant ces différentes dimensions, et de constituer un plan d'action intégré et adapté à chaque situation. Dans la prochaine section, nous vous présenterons le modèle opératif, c'est-à-dire la façon dont on mène la clinique en pédiatrie sociale en communauté.

Références

- Agence de Santé publique du Canada (2009). Évaluation sommative du programme d'action communautaire pour les enfants : 2004-2009, consulté le 18 avril 2013, sur http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/evaluation/reports-rapports/2009-2010/capc-pace/annexes-fra.php
- 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
- Baer S. et Wabun (2009) e. La roue de la médecine : pour une astrologie de la terre mère, Editions Albin Michel
- Banque Mondiale (2012). Définition d'orphelins et enfants vulnérables <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/237384/toolkitfr/howknow/definitions.htm>, consulté le 15 août 2012.
- Bass M. (2010). Évaluation des besoins de l'enfant ou évaluation des problèmes : passer d'une démarche technobureaucratie d'expert à un système de coopération équitable, le rôle du cadre dans l'évaluation des situations préoccupantes, ENACT d'Angers-France
- Berche T. (1998). Anthropologie et santé publique en pays Dogon, APAD KARTHALA
- Berque A. (1986). Le sauvage et l'artifice. Les japonais devant la nature. Paris, Gallimard p. 314
- Bessin, 2009, <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-12.htm>
- Boivin, Michel, & Hertzman, Clyde. (eds.) (in press). Early Childhood Development : adverse experiences and developmental health. Royal Society of Canada-Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel (with Ronald Barr, Thomas Boyce, Alison Fleming, Harriet MacMillan, Candice Odgers, Marla Sokolowski, et Nico Trocmé)
- Boucheron L., Daniel D. Fournier M. (2012). Direction de la Santé Publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais, Qu'en est-il des enfants issus de l'immigration ?, p.1-34
- Bourgeois E. (2006). « La motivation à apprendre ». In E.Bourgeois & G. Chapelle (éd.), *Apprendre et faire apprendre*. Paris : PUF, p. 229-246.
- Bradshaw, J., P. Hoelscher and D. Richardson (2007), "An Index of Child Well-Being in the European Union", *Journal of Social Indicators Research*, Vol. 80, pp. 133-177.

- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2003) . The irreducible needs of children: What every child must have to grow, learn, and flourish.
http://findarticles.com/p/articles/mi_hb6470/is_1_26/ai_n29038048/
- Bredy, T.W., Humpartzoomian, R.A., Cain, D.P., & Meaney , M.J.P. (2003). Partial reversal of the effect of maternal care on cognitive function through environmental enrichment. *Neuroscience*, 118(2), 571-576
- Briggs, D. (2003). Making a difference – indicators to improve children’s environmental health. World Health Organization, Geneva
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (series Ed.) & R.M. Lerner (Vol Ed.) , *Handbook of child psychology: Vol 1: Theoretical models of human development* (pp.993-1028). New York: Wiley
- Bronfenbrenner U. (2004). Appendix B Bronfenbrenner’s Ecological Model of Child Development, some principles of the Ecology of Human Development, p. 2
- Bronheim S. (2013) Cultural competences: it all starts at the front desk, National Center for cultural competence, Georgetown University Center for Child and Human Development, Centers for Excellence in Developmental Disabilities, p1-6
- Brownlee et al. (2013) A systemic review of strengths and resilient outcome literature relevant to children and adolescents, *Child and Adolescent Social Work*, 1573-2797
- Bury J.A. (2009). *Parcours de vie*. Agence pour le Développement et l’évaluation des politiques de santé, Québec, p.1
- Cameron N, Del Corpo A, Diorio J, McAllister K, Sharma S, Meaney MJ. (2010). Maternal programming of sexual behavior and hypothalamic-pituitary-gonadal function in the female rat. *PLOS One* 2008; 3:e2
- Center on the Developing Child, Université de Harvard (2012). Toxic stress : the facts, http://developingchild.harvard.edu/topics/science_of_early_childhood/toxic_stress_response/ consulté le 23 juillet 2012.
- Chen X. L’influence de la culture sur le développement socioaffectif des jeunes enfants. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d’excellence sur le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 2009:1-7. Disponible sur le site : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ChenFRxp.pdf>. Page consultée [23 04 2013].
- Clinton J. (2007). Présentation : The first R : Relationships, connection is the key, REACH AGM
- Cyrlunick, Boris, *Un merveilleux malheur*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1999.

Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office (2000). Framework for the Assessment of Children in Need and their Families, Social Care Group, London

Dictionnaire de la langue française (2012), consulté le 18.07.2012
<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/besoin/>

Elkaïm, M. (2010). À propos du concept de résonance, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, vol. 2010/2, nro 45, p.171-172

Elkaïm, M. (1995). Panorama des thérapies familiales, Paris, Seuil.

Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (2012). Culture Synthèse, publié sur internet le 6 juillet 2011 avec une mise à jour en octobre 2012.

Epstein, M., & Sharma, J. (1998). *Behavioral and Emotional Rating Scale: A strengths-based approach to assessment*. Austin, TX: PRO-ED

Fasting U. (1995) The New Iatrogenesis, Social Paediatrics par Bengt Lindström et Nick Spencer, Oxford : Oxford University Press, p. 260-269

Feinstein L. (2003) Inequality in the early cognitive development of British children in the 1970 cohort. *Economica* 2003; 70 :73-97

Fondation canadienne pour le développement de carrière (2007). Appliquer le concept de résilience au développement de carrière, leçons à retenir pour le développement de programmes d'études.

Francies, D., Diorio, J., Plotsky, P.M., & Meaney, M.J. (2002). Environmental enrichment reverses the effects of maternal separation on stress reactivity, *Journal of Neuroscience*, 22(18), 7840-7843

Green, M. (1995), "No Child is an island", 41(1), *Pediatric Clinic of North America*, p.78-87

Grossmann K, Grossmann KE. L'impact de l'attachement du jeune enfant à la mère et au père sur le développement psychosocial des enfants jusqu'au début de l'âge adulte. 2^{ème} ed rev. van IJzendoorn M, ed thème. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 2009:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GrossmannFRxp3.pdf>. Page consultée le [2 juillet 2013].

Gunnar, M., Morison, S.J., Christholm, K., & Schuder, M. (2001). Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 13, 611-628

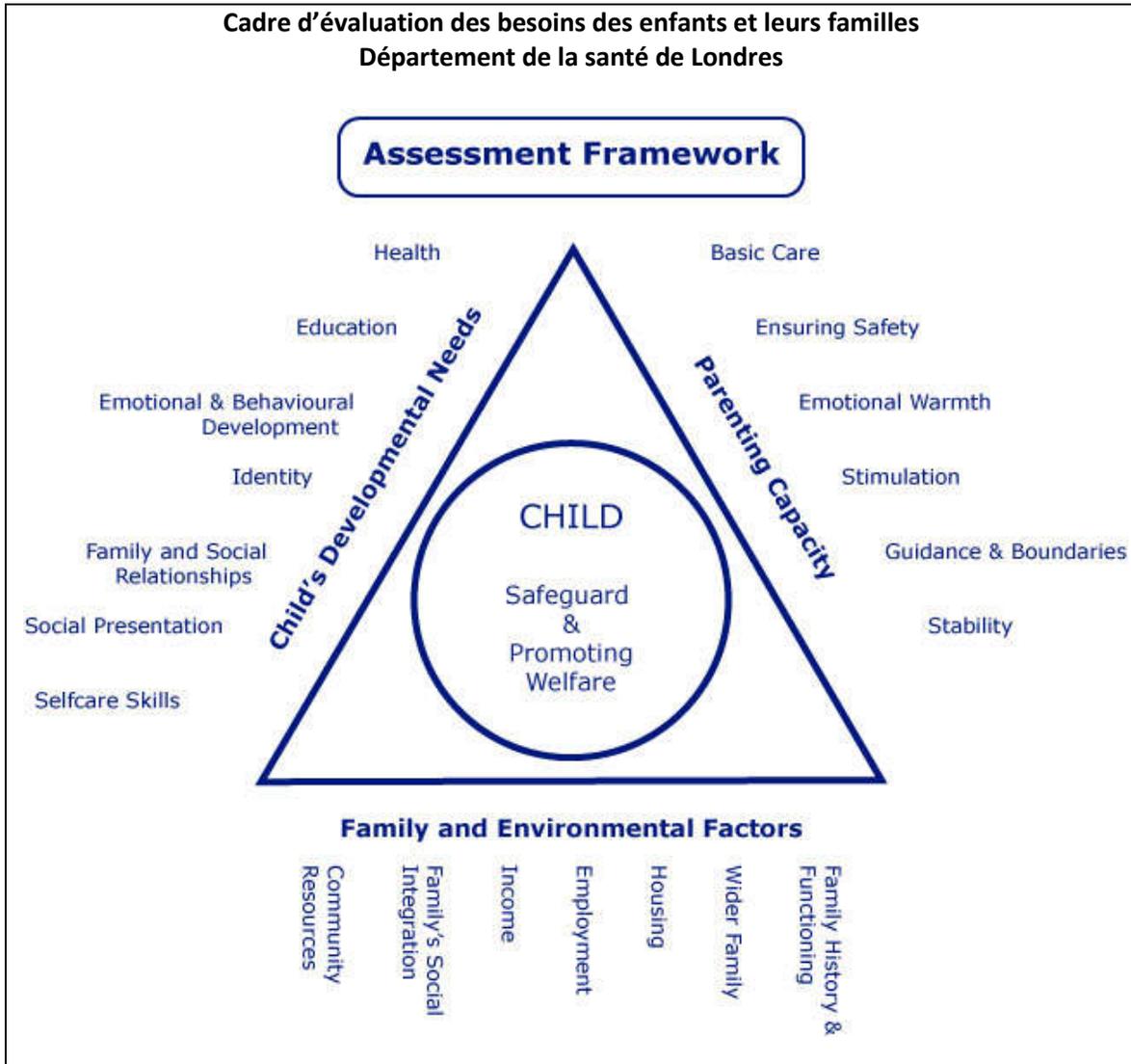
- Guyda H., Razack S. et Steinmetz N. (2006). Social Paediatrics, Editorial, Paediatric Child Health, Vo. 11, Nro. 10, p.643-645
- Hanvey L. (2006). Enjeux affectant le bien-être des enfants canadiens dans la phase intermédiaire de l'enfance – de 6 à 12 ans : Document d'étude; Alliance Nationale pour les enfants
- Investing in children (2013). Vulnerable children <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/child-enfant/advisor-conseillere/index-fra.php> consulté le 16 avril 2013
- Janet P. (1874). L'idée de force et la philosophie du dynamism. Revue des Deux Mondes, T.3, (77)
- Julien G. (2004). Soigner différemment les enfants, L'approche de la pédiatrie sociale, LesÉditions Logiques, Québec.
- Julien G., (2004), Soigner différemment les enfants, Méthodes et approches, 2^e éd. Les Éditions Logiques, Québec
- Julien G. et Trudel H. (2009). Tous responsables de nos enfants, un appel à l'action, Bayard Canada
- Lanius R. (2010) The aftermath of adverse childhood experiences: Posttraumatic Stress Disorder and Beyond, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.25
- Laporte D. et Sévigny L. (2002). L'estime de soi des 6-12 ans, hôpital Sainte-Justine, le centre hospitalier universitaire mère-enfant.
- Lippman, L. H., Moore, K.A., and McIntosh, H. (2009) Positive Indicators of Child Well-Being: A Conceptual Framework, Measures and Methodological Issues. Innocenti Working Paper No. 2009-21. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B (2000). The construct of resilience : A critical evaluation and guidelines for future work. Child development, 71(3):543-562
- Marmot M. et Wilkinson RG. (2003), eds. Social Determinants of Health- The Solid Facts, 2nd edn. Copenhagen: World Health Organization.
- Meadows Kenneth (2001), Médecine de la Terre, Ed. Guy Trédaniel
- Meadows K. dans Médecine de la Terre et Sun Baer dans La roue de la médecine, une astrologie de la Terre Mère
- Mesure S. et Savidan P. (2006). Le dictionnaire des sciences humaines, ouvrage publié avec le concours du Centre National du Livre, Quadrige/PUF

- Morin E. (1995). La stratégie de la réliance pour l'intelligence de la complexité, *Revue Internationale de Systémique*, Vol. 9, Nro 2.
- Morin E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*, Éditions Seuil, Paris-France
- Nathan T. (1994), *L'influence qui guérit*, éditions odile jacob Paris France
- National Scientific Council on the Developing Child (2006), *Children's Emotional Development is built into the architecture of their brains*, p.2-4
- National Scientific Council on the Developing Child (2010). *Early Early experiences can alter Gene Expression and Affect long-term Development*, Working paper No 10, p.1
- National Center of Cultural Competences (2004) *Brindging the cultural divide in health care settings: the essential role of cultural broker programs*, rapport du NCCC de l'université de Geargetown
- Organisation Mondiale de la santé (2013). *Health impact assessment, the determinants of health*, consulté le 22 avril 2013 sur <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index3.html>
- Ottava V. et Ravens-Sieberer (2011). *Child indicators of quality of life and well-being, Child Health measurement and indicators – an update in a gaps perspective*. RICHE Work Package 2, p69-83
- Park, N., & Peterson, C. (2006). *Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the values in action inventory of strengths for youth*. *Journal of Adolescence*, 29, 891–909.
- Pastré P. (2007). *Apprendre des situations*, ENS Lyon-France, présentation consultée le 20 juin 2012
- Perry BD, Pollard D. (1997). *Altered brain development following global neglect in early childhood*. Society for Neuroscience : proceedings from annual meeting, New Orleans
- Piché A.M. et Trocmé N. (2011), *Le Cercle de l'enfant, évaluation de la mise en place*, septembre 2008 – mars 2010, p. 97
- Pintrich P. R. (2003). « A motivational science perspective on the role of student motivation in learning and teaching contexts ». *Journal of educational Psychology*, vol. 95, p. 667-686.
- Palfery J.S, et al. (2005). *Introduction : Addressing the Millennial Morbidity _The Context of Community Pediatrics*, *Pediatrics*, Vol 115, Nro 4, p 1121
- Poilpot, M.-P., *Souffrir mais se construire*, Ramonville Saint-Agne, Fondation pour l'enfance, 1999a.

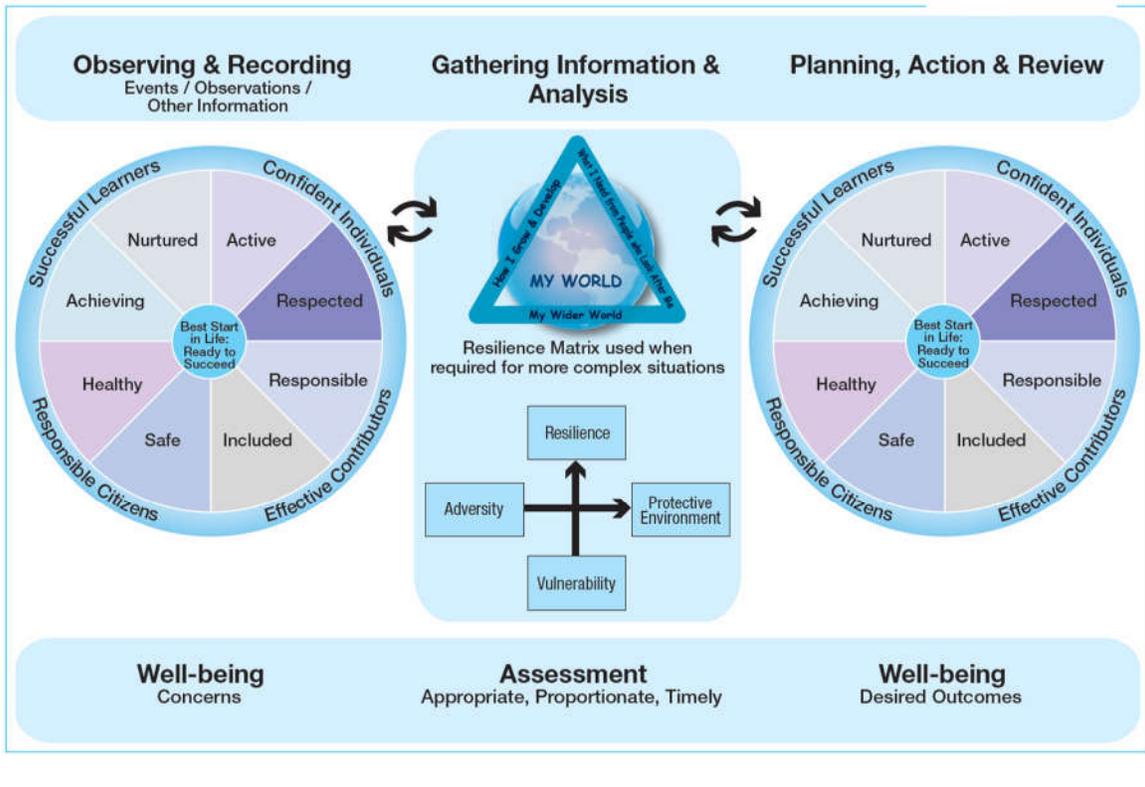
- Rocha E. et al. (2004). Rapport du Groupe de travail sur la prise en compte de la dimension spirituelle des personnes hospitalisées en CTR. Groupe Label CTR, Orbe.
- Sameroff A. Résilience précoce et conséquences développementales. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2006:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/SameroffFRxp.pdf>. Page consultée le 23/04/2013.
- Sroufe LA, Carlson E, Collins WA, Egeland B. *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York, NY: Guilford Press; 2005.
- Stroufe, L.A. et Fleeson, J. (2004). Attachment and the construction of relationship. Minnesota:University of Minnesota
- Santé Canada (2007). Vers des nouveaux sommets, rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes, sur <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/child-enfant/advisor-conseillere/index-fra.php> consulté le 16 avril 2013
- Shonkoff J.P. et Phillips D. A., (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development, Committee on integrating the science early childhood development, Board on children, youth and families
- Shaw D.S. (2007). Les programmes de soutien parental et leur impact sur le développement socio-affectif des jeunes enfants, Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 1-8
- Shonkoff, J, Andrew S. Garner, MD, PhD, and the Committee on Psychosocial aspects of child and family health, committee on early childhood, adoption, and dependent care, and section on developmental and behavioral pediatrics (2001). American Academy of Pediatrics, The lifelong effects of early Childhood Adversity and Toxic Stress, 129, e232
- Shonkoff MD. (2011). Leveraging science to shape the future of early childhood policy, on Early Brain & Biological Development: A science in Society Symposium. Summary Report. Calgary, AB, Canada: The Norlien Foundation, p.25
- Schor, E.L. (1995). The influence of families on child health. Family behaviors and child outcomes, *Pediatric Clinic of North America*, 41, p. 89-102
- Steinmetz N. (2010). The development of children and the health of societies, Commentary, *Paediatric Child Health*, Vol. 15, No. 1, p.11-12
- Tang, A.C. Akers, K.G., Reeb, B.C., Romeo, R.D., & McEwen, B.S. (2006). Programming social, cognitive, and neuroendocrine development by early exposure to novelty. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 103, 15716-15721

- Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 2012:i-iv. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/synthese-culture.pdf>. Page consultée le [insérer la date].
- Trivette CM, Dunst CJ. Programmes communautaires de soutien aux parents. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2005:1-8. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Trivette-DunstFRxp_rev.pdf
- Trudel H. (2013). Intégrer la Convention relative aux droits de l'enfant dans la pratique, 2^{em} Symposium en Pédiatrie sociale en communauté, 12 avril 2013.
- Trudel H. (2010). Présentation du cœur du modèle, diapositive mobilisation et concertation
- Université d'Ottawa (2009). Aboriginal medicine and healing practices, sur Society, the Individual and Medicine, http://www.medicine.uottawa.ca/sim/data/Aboriginal_Medicine_e.htm consulté le 16 avril 2013
- Unicef (2007). Report card 7, Child poverty in perspective: a league table of inequality in child wellbeing in the world rich countries, a comprehensive assessment of children and adolescents in the economically advanced nations.
- Unicef (2010). Report card 9, The Children left behind: an overview of child-wellbeing in rich countries, a comprehensive assessment of children and adolescents in the economically advanced nations
- Van IJzendoorn MH, Sagi A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment : Universal and contextual dimensions. In : Cassidy J. Shaver PR, eds. Handbook of attachment : theory, research, and clinical application. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 713-734
- Van Uzendoorn, 2012. Attachement : est-ce-important ? Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, <http://www.enfant-encyclopedie.com/fr-ca/attachement-enfants-parents/est-ce-important.html> consulté le 23 avril 2013
- Weaver, I.C., Cervoni, N., Champagne F.A, D'alessio, A.C., Sharma, S., Seckl, J.R. et al. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscienc*, 7, 847-854
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W. P., & Kisthardt, S. (1989). A strengths perspective for social work practice. *Social Work*, 34, 350–354
- Zuckerman Barry, (2012). Medecine and law : New Opportunities to Close the Disparity Gap, *Pediatrics*, 943-944

Annexe 1 Cadres conceptuels

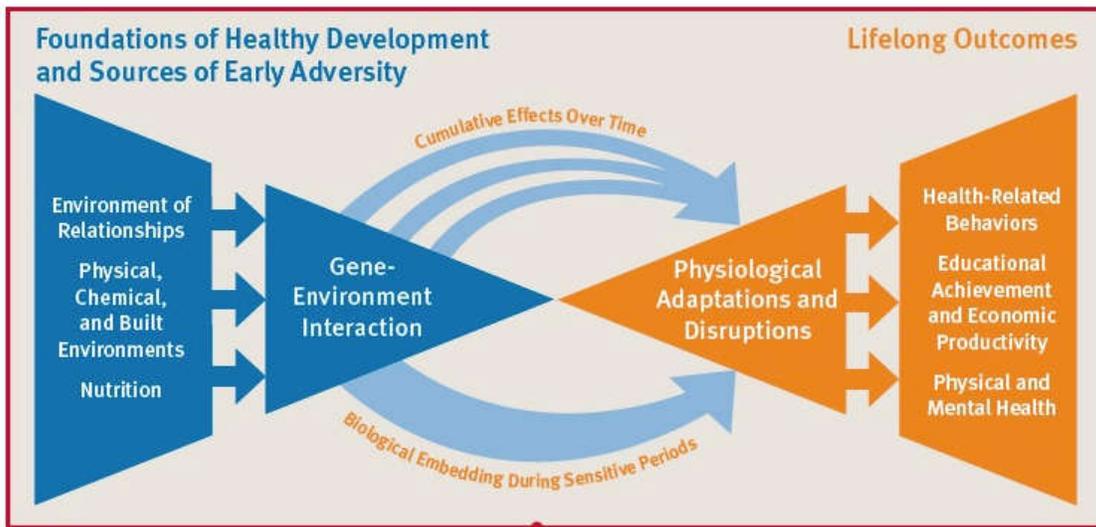


Modèle écossais de pratique et d'évaluation de risque des enfants et des adolescents
Get it right for every child

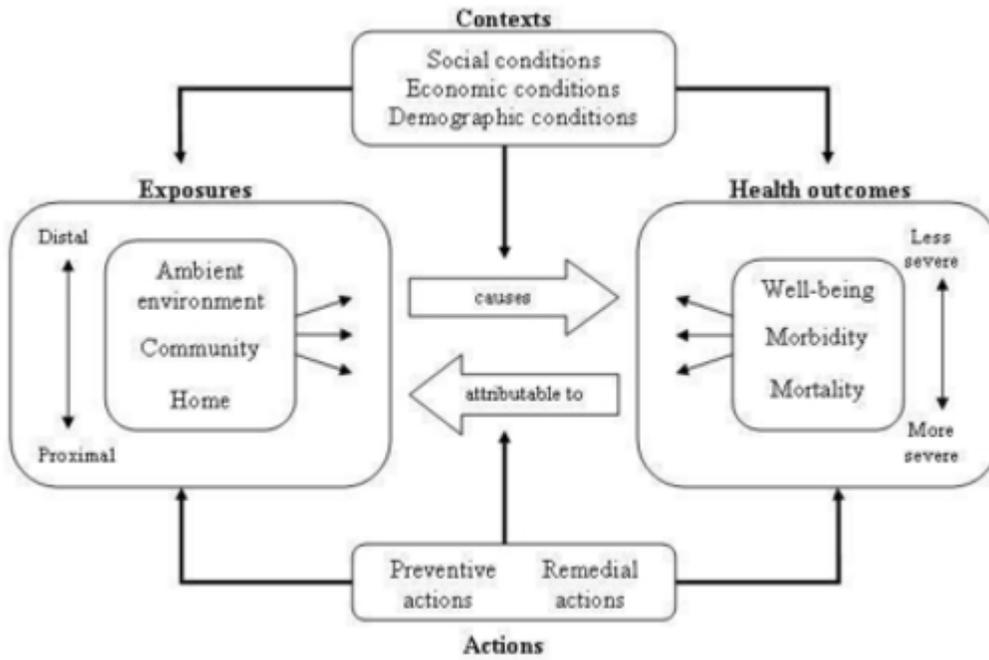


Cadre éco-bio-développemental
Center on the Developing Child, Université de Harvard

HOW EARLY EXPERIENCES GET INTO THE BODY: A Biodevelopmental Framework



Modèle *Multiple Exposures Effect Model* (MEME) : modèle conceptuel pour la définition, collecte et suivi des indicateurs environnementaux, Briggs 2003

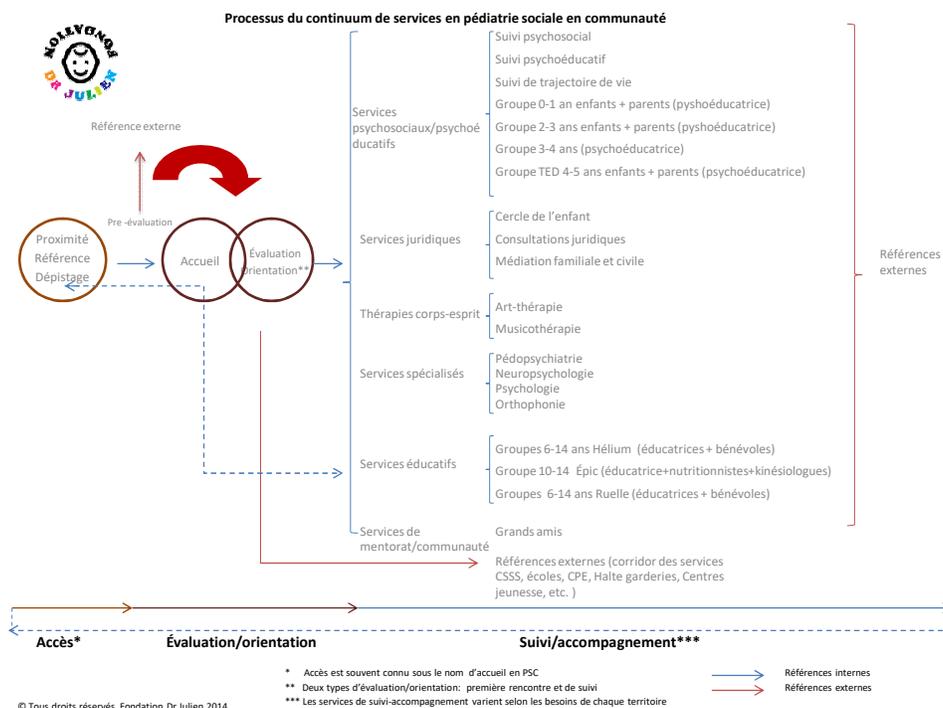


Partie présentant la pratique de l'évaluation/orientation

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

1. Évaluation/orientation et courants de pensée

1.1 À la suite de la pré-évaluation faite par la travailleuse sociale de garde, le cas est dirigé vers le principal service de la PSC : l'évaluation/orientation. Cette étape du continuum de services correspond au cœur du modèle. Il s'agit de la rencontre entre l'équipe de PSC (médecin, travailleuse sociale et selon le cas, un intervenant spécialisé)³⁸, l'enfant avec sa famille et toute autre personne significative dans la vie de l'enfant.

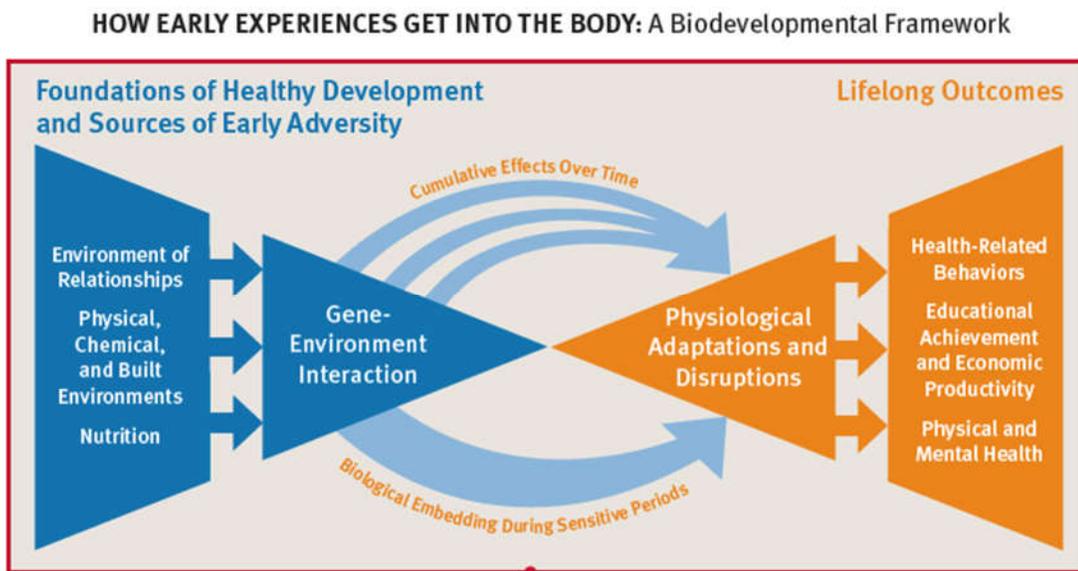


³⁸ Voir description des rôles à la section sur la co-intervention égalitaire

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

bio-développemental de l'enfant élaboré par le *Center on the Developing Child* de l'université Harvard (voir graphique 1).

Graphique 1 – Cadre éco-bio-développemental



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

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

2. La démarche clinique

- 2.1 L'évaluation/orientation suit une logique clinique clairement définie. Celle-ci n'est ni linéaire, ni atemporelle, ni statique. Au contraire, elle se fait de façon circulaire et en mouvement, elle suit le rythme et l'évolution de chaque rencontre et prend en compte

le contexte de l'enfant et sa famille. Pour reprendre les mots de Ausloos (2010, p. 31), « on remplace le regard photographique par un regard cinématographique, c'est-à-dire qu'on prend en compte que tout évolue, que les choses bougent, que la vie n'est pas réductible à nos catégories diagnostiques ».

Les étapes de cette démarche clinique se décrivent ainsi :

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

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

L'équipe de PSC, elle, se dirige toujours au salon de l'accueil pour recevoir la famille. Le médecin adresse la parole d'abord à l'enfant. Il se met à son niveau, le regarde dans les yeux et lui parle sur un ton familier, souvent suivi d'une accolade; c'est une façon simple, amicale et sans contrainte d'apprivoiser l'enfant. Il y a un rapport humain qui se crée à travers le verbal et le non verbal. Dans un même temps, la travailleuse sociale ou

l'adjoindante clinique reçoit la famille et les autres participants de la rencontre (voisins, professeurs, autres intervenants, adultes significatifs, etc.) en leur souhaitant aussi la bienvenue. Une discussion à plusieurs voix s'entame, similaire à celle d'une famille lorsqu'elle reçoit un invité à la maison. C'est une étape cruciale qui vise à mettre en confiance tous les participants de la rencontre dès le premier contact.

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

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

jamais dites' » (Ausloos, 2010, p.160). Cet échange permet d'identifier les informations suivantes :

Le motif de la consultation et la demande de la famille : Une partie initiale de la rencontre consiste à comprendre la raison de la visite et à saisir la demande de la famille. Le médecin est normalement celui qui ouvre la discussion sur le motif de la consultation. Cela dit, souvent la famille intervient avant même que le docteur pose une question. Le médecin et la travailleuse sociale laissent place à la discussion, car l'information qui circule aide à mobiliser d'autres participants et à faire émerger les raisons de la visite par l'ensemble du groupe. Les participants apportent des éléments complémentaires, ce qui permet d'avoir une lecture plus claire de la demande (qui vient de la famille), de la commande (qui provient d'un tiers ou d'une institution) ou du mandat (un ordre donné par une instance habilitée) (Mongeau, Asselin et Roy, 2007). L'enfant joue aussi un rôle important dans cette étape. Le médecin le fait participer en lui posant des questions simples du style « Sais-tu pourquoi tu es là? », « Sais-tu pourquoi ta mère a dit que ...? » ou « Est-ce vrai que tu n'aimes pas l'école? ». Le médecin cherche à faire des liens avec ce que les autres participants ont soulevé ou il tente de créer des questions s'adressant à plusieurs participants, ce qui permet de faire circuler l'information. Les enfants expliquent leur situation en leurs propres mots tout en partageant des informations supplémentaires. La clé dans cette dynamique de questions-réponses est de créer un dialogue qui s'enchaîne à plusieurs et non pas un interrogatoire d'une personne à une autre. Le tout en laissant la famille mieux découvrir sa situation et en n'essayant pas de comprendre à sa place sa situation. La travailleuse sociale joue ainsi un rôle clé parce qu'elle va permettre de mieux faire le lien entre les différentes lectures des institutions ou des intervenants et de saisir de façon plus juste la demande ou les demandes de la famille³⁹.

L'anamnèse complète et l'analyse des situations-problèmes : Lors de cet échange, le médecin procède à une anamnèse complète de façon non linéaire et en suivant le rythme des échanges. L'objectif pour le médecin est de retracer l'histoire médico-sociale

³⁹ Il faut bien noter que l'analyse de la demande ne s'arrête pas à cette rencontre d'évaluation/orientation; elle continue tout au long du suivi psychosocial.

et développementale de l'enfant ainsi que les antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux et sociaux tout au long de ce partage d'information. Cette anamnèse ne se limite surtout pas à l'histoire de la maladie ou à l'identification du symptôme. Elle vise à retracer la trajectoire de vie de l'enfant et ses sources de stress dans son environnement physique et social. La travailleuse sociale intervient aussi au fur et à mesure pour favoriser la compréhension des situations-problèmes par la famille.

La mise en lumière des besoins, des droits bafoués et l'identification des forces de l'enfant, de la famille et du milieu : La discussion permettra au fur et à mesure d'identifier les besoins de l'enfant (physique, social, émotionnel, intellectuel, spirituel et culturel) et de mettre en lumière des droits bafoués (voir Cadre conceptuel pour une description détaillée). Elle permet aussi de souligner les forces de l'enfant, de la famille et du milieu (voir Cadre conceptuel pour une description détaillée) et de les nommer pendant la rencontre comme une façon de faire apparaître la résilience de l'enfant et de son environnement. Ce partage d'information répond à la nécessité de créer une relation entre l'enfant, la famille et l'équipe de PSC. C'est un moyen de se connaître plus qu'une façon de vouloir arriver à tout prix à un diagnostic. Il faut noter que l'apprentissage et l'intégration scolaire, l'appétit, le sommeil, la communication, le comportement, la motricité fine et globale et le développement sensoriel prennent une place importante lors des discussions.

2.1.4 L'examen physique et la suite de l'évaluation psychosociale : Une étape clé de la rencontre est l'examen clinique du médecin puisque le rythme de celle-ci change. Le médecin se dirige avec l'enfant vers le lit d'auscultation⁴⁰ et la travailleuse sociale reste avec les autres participants de la rencontre autour de la table. Une discussion à deux voix s'opère pour mieux saisir les besoins de l'enfant et mieux comprendre le fonctionnement de la famille.

Le médecin ne se limite pas à un examen clinique conventionnel (inspection, palpation, percussion et auscultation), il cherche à travers cette approche de l'enfant d'autres informations pour compléter son analyse. Ainsi, le lit d'auscultation joue un triple rôle

⁴⁰ La famille et la fratrie sont libres d'assister à l'examen clinique et souvent ils participent ponctuellement.

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

Pendant ce temps, la travailleuse sociale reste avec les autres participants et entame une discussion ouverte afin de mieux compléter son évaluation psychosociale. Elle va s'intéresser à comprendre notamment les déclencheurs de la demande, la situation de la famille dans son contexte relationnel et social (son réseau, le revenu familial, le logement, la perception de santé de la famille, etc.) et le cheminement scolaire de l'enfant. La discussion est informelle et prend la forme d'un partage d'informations entre tous les participants.

- 2.1.5 La coconstruction des hypothèses⁴¹ et des pistes de solution : Une fois l'information partagée, les participants sont en mesure d'émettre des hypothèses et des pistes de solutions. C'est une étape importante de la rencontre puisqu'elle permet de faire participer tout le monde à pied d'égalité (l'équipe de PSC et les différents partenaires des réseaux familial, social et institutionnel). « Travailler à partir d'une hypothèse de

⁴¹ Moyen qui permet la solution et ouvre au changement. « Une supposition non prouvée, acceptée à l'essai comme base pour une investigation ultérieure. » (Selvini et coll. 1982)

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

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

2.1.7 La validation des attentes et le dénouement : Comme avec toute visite ou tout rituel, il y a toujours également une scène finale. Le dénouement est le moment où toutes les problématiques qui ont été abordées tout au long de la rencontre ont trouvé une solution ou des pistes de solution. Le médecin valide à la fin les attentes de la famille et des enfants en posant des questions simples telles que : « Avez-vous d'autres questions? », « Es-tu content (le prénom de l'enfant)? ». L'enfant est alors prêt à partir

avec la motivation de vouloir répéter l'expérience dans une perspective d'actions concrètes à entreprendre selon sa propre réalité. Dans la PSC, le dénouement assure la continuité entre la fin de la rencontre et le suivi à moyen terme. Comme à l'accueil, l'équipe doit s'adresser aux participants de façon simple, amicale et sans contrainte. L'enfant sera toujours la vedette et aura la principale attention au moment des adieux, et le médecin termine toujours en nommant une de ses forces : « T'es belle ! », « T'es un grand garçon ! », « T'es fort ! ». Souvent, et lors de la première visite, l'équipe de la PSC offre à l'enfant un cadeau symbolique pour le rendre heureux. Le cadeau symbolise ainsi le début d'un lien privilégié entre l'enfant et l'équipe d'intervenants.

- 2.2 La démarche clinique s'achève ainsi, mais ce n'est que le début d'un continuum de services qui va permettre de suivre la trajectoire de vie de l'enfant tout au long de son développement, raison pour laquelle il existe deux types d'évaluation/orientation : la première rencontre et celle de suivi. Cette dernière vise avant tout à faire le point sur le plan qui a été entamé la première fois et à faire les rectifications nécessaires selon l'évolution des besoins de l'enfant. Cette évaluation globale est possible grâce à la participation de tous les acteurs significatifs autour de l'enfant et à la dynamique qui s'opère au sein de l'équipe de PSC (médecin et travailleuse sociale), que l'on appelle co-intervention égalitaire.

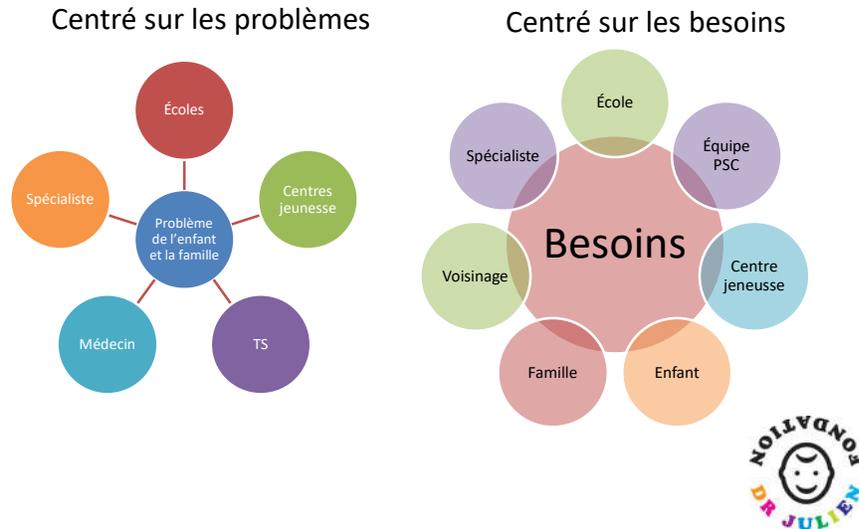
3. La co-intervention égalitaire

- 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). « Dans le contexte de la PSC, la cause commune est de veiller à ce que les besoins de l'enfant en situation de vulnérabilité soient comblés et que ses droits soient respectés, notamment en ayant accès aux différents soins et services qui lui sont nécessaires pour se développer de façon optimale. Cette forme de leadership s'oppose donc radicalement à un leadership vertical. » (Presseau, sous presse). 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 souvent « 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

Actions, gestes, signaux	Définition	Exemples
		« 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 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 ⁴²	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)	

⁴² American Academy of Pediatrics (2011)

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, 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-faire⁴³

- 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.
- 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.

⁴³ Plusieurs compétences sont inspirées des comportements attendus du leadership partagé (Luc, 2010, p.9).

Organisation circulaire

- 3.10 Les différents rôles des participants au sein de la rencontre d'évaluation/orientation permettent de distinguer une structure organisationnelle qui suit une logique circulaire. Autrement dit, il existe d'une part une claire distribution des pouvoirs entre les membres de l'équipe PSC et les autres participants en clinique, permettant ainsi un mode d'organisation plus efficace et flexible; et il s'agit d'autre part de mettre en évidence l'importance de la participation et de la coopération dans l'évaluation, compte tenu notamment des idées d'empowerment, d'autogestion et de démocratie organisationnelle (Romme, 1997). La circularité suppose que chaque membre peut participer, directement ou indirectement, dans la prise de décision (Romme, 1997).
- 3.11 Ce type d'organisation circulaire (Endenburg 1988; Van Vlissingen, 1991; Ackoff, 1981, 1989, 1994; Romme 1995, 1996) est caractérisé par trois principes⁴⁴ :

Prise de décision consensuelle : Tous les points de vue et les arguments sont écoutés et pris en compte dans l'évaluation de l'enfant, qu'ils proviennent des parents, des intervenants ou de l'équipe de PSC. La décision quant au plan d'action est définie une fois que tous les intervenants ont participé. Il faut aussi noter que toutes les pistes de solutions sont également suivies de manière consensuelle.

« *Double linking* » : Ce principe vise à démontrer qu'il existe un leader ou un « chef d'orchestre » qui mène l'action et qui est étroitement lié à un adjoint ou « premier violon » qui aide le leader. Il s'opère alors une hiérarchie circulaire où chaque discipline complète l'autre. Ainsi, l'on maintient une harmonie dans la participation.

Membres ou participants choisis après une discussion ouverte : Chaque réunion d'évaluation assigne ces membres selon les besoins de l'enfant. Toutes les personnes qui sont importantes pour l'enfant peuvent assister aux discussions. Souvent, après une première rencontre, l'équipe suggère la présence d'autres participants (écoles, parents, voisins, psychoéducateurs, etc.), afin qu'ils puissent apporter des éléments additionnels

⁴⁴ Nous interprétons et expliquons ces principes selon l'évaluation/orientation en PSC.

selon les objectifs du plan d'action pour l'enfant. Il y a un commun accord qui s'opère à la suite de l'invitation du nouvel intervenant.

- 3.12 La co-intervention égalitaire et l'organisation circulaire au sein de l'évaluation/orientation présentent un certain nombre d'avantages et de défis à surmonter que nous allons expliquer de façon détaillée :

Avantages de la co-intervention égalitaire et de l'organisation circulaire

- 3.13 Mutualisation de connaissances, des compétences et des aptitudes : Du fait que l'intervention est interdisciplinaire (sciences de la santé, sciences humaines et sciences juridiques) et intersectorielle (école, centre jeunesse, police, etc.), l'évaluation en PSC favorise les interactions des objectifs de différentes disciplines et la recherche de solutions aux besoins de l'enfant. Chaque discipline apporte un bagage de connaissances et de compétences, auquel'ajoute le bagage d'aptitudes propres à chaque individu qui enrichissent les échanges lors de la rencontre et créent un capital collectif pour répondre aux besoins de l'enfant.
- 3.14 Partage en situation d'action : L'expérience de chaque participant est mise en commun afin d'avoir une plus vaste compréhension des enjeux, et ce, dans l'action même de la rencontre. Cela permet une réflexion active et ouverte entre tous les participants de tous les réseaux – familial, social et institutionnel, afin de trouver la meilleure solution aux besoins de l'enfant. Ce partage d'expérience permet entre autres : « d'exercer une plus grande maîtrise de notre environnement; c'est devenir un acteur dynamique plutôt qu'un observateur passif; c'est collaborer avec d'autres à l'amélioration de la situation; c'est donner espoir en une vie meilleure, c'est se dépasser mais aussi amener un groupe à se dépasser, c'est créer, innover, entreprendre, servir. » (Luc, 2010, p.9)
- 3.15 La capacité d'influence et de mobilisation collective : La rencontre vise la concertation des acteurs afin d'arriver à un plan d'action consensuel. Cela suppose la mise en commun d'idées pour chercher des solutions qui permettent d'améliorer la situation de l'enfant. Lors de la rencontre, chaque participant se met en mode « solution aux

problèmes » afin d'influencer positivement la trajectoire de vie de l'enfant. Pour ce faire, les solutions ne se limitent pas à la dynamique de l'environnement interne de l'enfant (noyau familial), elles vont au-delà et prennent notamment en compte l'environnement externe (réseaux sociaux et institutionnels). Cela suppose une mobilisation de la communauté autour des besoins de l'enfant comme condition indispensable pour changer la réalité d'un quartier.

- 3.16 Élargissement du regard de la situation pour une plus grande cohérence : Ce capital collectif mis en commun permet d'avoir une même lecture de la situation. Souvent les familles se trouvent noyées parmi plusieurs interventions sans trouver des solutions à leurs situations-problèmes. L'évaluation/orientation en PSC vise à rassembler tous les intervenants et adultes significatifs autour de l'enfant et de sa famille dans une même rencontre afin d'arriver à mieux cerner les différentes interventions et coordonner toutes les actions dans un seul plan qui est compréhensible pour la famille. Cela permet d'avoir un regard plus élargi de la situation et des responsabilités mieux définies pour toutes les personnes entourant l'enfant.
- 3.17 Pour l'enfant et la famille, retrouver le pouvoir d'agir : La rencontre conviviale et informelle devient un moyen pour l'enfant et sa famille d'aborder et de comprendre leurs situation-problèmes sans être jugés par le regard d'experts. L'enfant et sa famille retrouvent leurs forces au fur et à mesure que la rencontre se poursuit en participant activement aux discussions, en prenant la parole au même titre que les autres participants et en faisant partie de la prise de décision. Cet échange rassembleur fait d'eux des partenaires à part entière dans la recherche de solutions et ce faisant, ils retrouvent le pouvoir d'agir et laissent de côté toute stigmatisation qu'ils pourraient ressentir à travers le regard des professionnels.
- 3.18 Des sujets plus vastes et des discussions horizontales (circuler l'information) : Le fait que l'équipe en pédiatrie sociale soit composée d'un médecin et d'au moins une travailleuse sociale permet d'ouvrir le dialogue avec l'enfant, les parents et l'équipe. Dans l'évaluation de la PSC, la présence d'une troisième personne d'une discipline en sciences humaines permet à la famille et à l'enfant d'exprimer davantage d'informations qu'ils

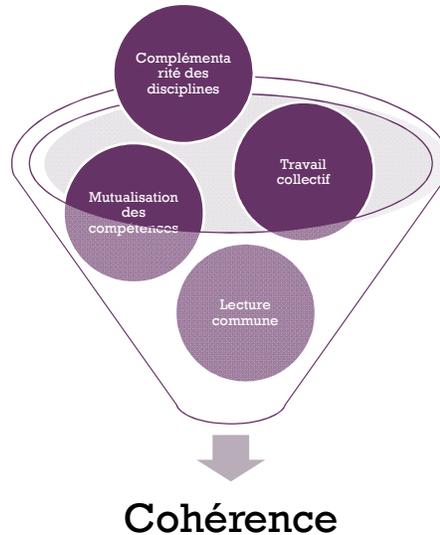
éviteraient de partager (faute de confiance) dans une intervention traditionnelle où le médecin est seul avec la famille. Par exemple, les parents se sentiront en confiance de parler du besoin de trouver une garderie pour l'enfant, de leurs problèmes de logement, de leur vie conjugale, etc. Cette ouverture est étroitement liée à l'horizontalité de la discussion. Par horizontalité, nous entendons que tous les participants se trouvent sur un même pied d'égalité et que personne ne porte de jugement sur la façon de discuter et sur le contenu de la discussion. La communication reste alors fluide et familière dans un environnement de confiance réciproque.

3.19 Temps plus large : Pour établir un climat de confiance et pour partager davantage d'informations sur les problématiques qui entourent l'enfant, le temps moyen d'une rencontre oscille entre 30 et 45 minutes. Selon les cas, la rencontre peut durer une heure. Cela permet à l'équipe de bien cerner les besoins de l'enfant, de valider les hypothèses de diagnostic et les pistes de solutions, pour enfin établir un plan d'action intégré et adapté. Le temps permet alors de répondre de façon personnalisée à chaque enfant. Le temps ne joue pas uniquement un rôle au sein de la rencontre comme telle : il est aussi un élément déterminant pour l'action. Puisque l'enfant est impatient et souvent ouvert à la base, il n'aime pas les détours quand le temps presse, c'est pourquoi il faut procéder de façon aléatoire selon un horizon à très court terme, à court terme et à moyen/long terme. Par exemple : de la nourriture ou la signature de formulaires (très court terme), un cours de karaté (court terme), un grand ami (moyen/long terme). Ceci permet aux enfants de se sentir écoutés par rapport à leurs besoins immédiats et à plus long terme.

3.20 Une évaluation en mouvement : L'évaluation et l'orientation des enfants se font en mouvement. L'aménagement de l'espace et la confiance qui règne dans la clinique laissent place aux participants afin qu'ils se déplacent sans contraintes. Il n'y a pas de formalités comme dans une clinique conventionnelle, alors les participants n'ont aucune restriction pour bouger. Le seul pivot de toute cette mobilité est l'enfant. C'est lui qui dirige l'action et donc le mouvement. L'enfant peut courir, s'asseoir, dessiner, monter sur le lit de consultation, jouer avec les instruments du médecin (etc.), et l'équipe suit de près les actions et les comportements de l'enfant, tout en dialoguant avec la famille et

autres intervenants. La consultation devient dynamique et libre de toute restriction.
« Une belle danse se joue autour de l'enfant et surtout avec lui, pour un accompagnement cohésif, intensif et personnalisé » (Moreau, 2011).

+ La co-intervention



3.21 Pour résumer, la co-intervention permet une complémentarité des disciplines, la mutualisation des compétences, un type de travail collectif efficace et une lecture commune de la situation. Le tout consiste à mettre en place une cohérence des services autour de l'enfant. Cela dit, cette co-intervention présente aussi certains défis (Lapierre et Lormont, 2010) :

- Il peut y avoir un temps d'adaptation lorsqu'il y a un écart d'expérience.
- Elle demande énormément de souplesse et de flexibilité de la part de chaque participant.
- L'efficacité repose sur la légitimité des co-intervenants et sur la continuité de ce mode de fonctionnement.
- La concertation est une condition indispensable.
- La préparation ne doit pas se limiter à des aspects organisationnels, mais elle doit tout autant prendre en compte le contenu des cas cliniques.

- 3.22 Par ailleurs, il faut noter que la co-intervention devient égalitaire en raison de la méthode APCA (Apprivoiser, Partager, Comprendre et Agir), puisque comme nous l'expliquerons par la suite, elle permet une horizontalité dans les discussions.

4. La méthode APCA

- 4.1 La méthode de l'APCA est avant tout une actualisation de la méthode scientifique traditionnelle qui se résume au partage de données, à leur analyse, à la définition des hypothèses et la formulation d'un plan pour ensuite l'appliquer, le suivre de près et l'évaluer en cours de route (Julien, 2004). Elle est appliquée tout au long du continuum de services et « consiste essentiellement à se rapprocher des milieux de vie des enfants et de leur famille et à y instaurer une culture d'accompagnement des enfants en lien avec la communauté » (Julien, 2007).

- 4.2 Cette méthode permet faire ressortir les données et les informations⁴⁵ à travers un prisme qui décompose les différents éléments du cadre conceptuel, à savoir : les besoins, les droits, les sources de stress toxique, les motivations/la résilience, les forces, attentes/identité/culture, l'attachement, et la trajectoire/développement et bien-être de l'enfant. Elle s'inspire d'une logique de questionnement circulaire⁴⁶ issue de la thérapie familiale (voir la partie sur le suivi/accompagnement) qui prend en compte la neutralité, l'hypothétisation (méthode d'évaluation à travers l'hypothèse) et la circularité (Seywert, 1993). Selon la recherche, ces trois concepts se définissent ainsi :

-La neutralité concerne la perception de la famille quant à l'impartialité de l'équipe d'intervenants et l'absence de jugement. L'équipe d'intervenants donne une place à tous les participants pour qu'ils s'expriment et cherche à créer un lien avec tous les partenaires. Le but est la concertation (Fleuridas et col. 1986).

⁴⁵ « L'information est une différence qui fait la différence » Bateson (1979)

⁴⁶ Terme issu de l'école de Milan (Selvini et coll. 1980)

-L'hypothétisation est l'ensemble de suppositions, d'impressions, de cartes d'idées, d'explications ou d'alternatives sur la situation de la famille (Fleuridas et coll., 1986). Elle permet à la famille de mettre en lumière des informations qui vont mieux expliquer leur situation, de guider l'équipe d'intervenants et d'introduire une pensée systémique en coconstruisant ensemble des hypothèses de réflexion.

-La circularité est la capacité du thérapeute à conduire sa démarche clinique en se basant sur la rétroaction de la famille et sur des informations qui vont permettre de faire des liens. Elle arrive également à faire la différence et favorise le changement (Palazzoli, Selvini et coll. sous Fleuridas et coll. 1986).

L'APCA est ainsi une méthode non linéaire de communication entre l'équipe de PSC et les partenaires de l'évaluation/orientation des réseaux familial, social et institutionnel. Elle ne suit pas une démarche de cause à effet visant à résoudre les problèmes issus d'un symptôme, à travers un interrogatoire d'expert à patient. Au contraire, la méthode consiste plutôt à créer une relation qui va à son tour permettre de mettre en lumière l'information qui fera la différence pour la famille.

4.3 Afin de comprendre l'APCA, nous allons passer en revue chacune des actions à entreprendre :

A pour **Apprivoiser**. C'est rapprocher, fréquenter le terrain de l'autre, se mettre à l'aise et définir une base de coopération propice à l'aide et au soutien. C'est à cette étape et à la suivante que se fait le partage d'informations et de données. Elle peut se faire non seulement en clinique, mais aussi dans les milieux où évolue l'enfant (domicile, école, garderie, etc.).

P pour **Partager**. Il faut s'ouvrir aux autres sans préjugés quant aux faits, aux idées et aux émotions rattachés à l'enfant. Il est nécessaire d'échanger sur les croyances et les habitudes, et de composer avec des façons de faire qui sont parfois différentes afin de mieux expliquer le contexte, les défis et les solutions envisageables.

C pour **Comprendre**. Cela signifie qu'il faut analyser les connaissances et les expériences selon un mode intégré afin de décoder la signification d'un problème en vue d'orienter l'action.

A pour **Agir**. Toutes les actions visant le bien-être de l'enfant ont été élaborées lors de la définition des causes et des besoins identifiés par un consensus entre les intervenants, les parents, la famille élargie et autres (voisins, amis, etc.). Agir selon des besoins expliqués, acceptés et mis en priorité par toutes les parties en cause, avec des outils variés et adaptés, est une démarche pragmatique qui favorise l'efficacité et la durabilité des résultats pour les enfants et la famille.

4.4 En résumé

Apprivoiser	<ul style="list-style-type: none"> - Accueillir l'enfant et la famille - Rendre l'enfant à l'aise et disponible : contact physique, offre de nourriture, cadeaux symboliques...
Partager	<ul style="list-style-type: none"> - Animer le processus de discussion entre les participants - Amasser des faits historiques et les informations génétiques/naturelles - Rechercher des données pertinentes, des facteurs causaux - Poser des questions et offrir des indices - Réaliser une anamnèse globale et complète
Comprendre	<ul style="list-style-type: none"> - Examiner l'enfant - Décoder les informations recueillies - Repérer des pistes de diagnostic à partir des informations amassées - Valider les hypothèses de solutions avec tous les participants - Prioriser les problèmes et ses solutions - Assurer l'adhésion/participation active des intervenants, la mise en place des solutions - Établir une synthèse des actions et savoir communiquer le plan intégré et adapté aux besoins de l'enfant
Agir	<ul style="list-style-type: none"> - Définir un plan d'intervention - Planifier le suivi des actions - Faire le suivi

4.5 L'APCA est une méthode qui s'applique à tous les enfants et qui reste accessible à tous ceux qui travaillent auprès d'eux. Elle offre différentes voies d'action afin de mettre en branle des mécanismes de solutions aux problèmes de façon durable.

Conclusion

L'évaluation/orientation est un exercice qui mise sur la rencontre et l'appropriation réciproque entre l'enfant et la famille et l'équipe d'intervenants. Elle permet de mettre en lumière les sources de stress de l'enfant et de mieux déceler les situations-problèmes de la famille, tout en agissant de façon cohérente avec l'ensemble des intervenants ou des personnes significatives qui gravitent autour de la vie de l'enfant. L'équipe de PSC agit au cas par cas et les services – qui s'enchaîneront par la suite – permettront une réponse rapide aux besoins immédiats et plus profonds de l'enfant.

Références

- Ackoff, R.L. (1981). *Creating the Corporate Future*, Wiley: New York.
- Ackoff, R.L. (1989). "The Circular Organization: An Update", *Academy of Management Executive*, Vol. 3, No. 1, pp. 11-16.
- Ackoff, R.L. (1994). *The Democratic Corporation*, New York: Oxford University Press.
- 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.
- American Holistic Medical Association. (2013). Holistic medicine, what is holistic medicine? sous AHMA, <http://www.holisticmedicine.org/content.asp?pl=2&contentid=2>, consulté le 13 août 2013.
- Ausloos G. (2010). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Toulouse : Editions Eres, p. 1-173.
- Bass M. (2010). Évaluation des besoins de l'enfant ou évaluation des problèmes : passer d'une démarche technobureaucratie d'expert à un système de coopération équitable, le rôle du cadre dans l'évaluation des situations préoccupantes, ENACT d'Angers-France.
- Bateson G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*, New York, Ballantine Books, traduction française (1977 et 1980). *Vers une écologie de l'esprit, tI-II*. Paris, Le Seuil
- Bateson G. (1979). *Mind and Nature, A necessary Unit*, traduction française (1984). *La nature et la pensée*. Paris, Le Seuil
- Brazelton B. et Martino B. (1990). Le bébé : partenaire dans l'interaction parents-enfants, *Enfance*, tome 43 nro 1-2, p.33-38
- Center on the Developing Child (2013). *How Early Experiences Get into the Body: a Biodevelopmental Framework*, Harvard, sous www.developingchild.harvard.edu, consulté le 16 octobre 2012.
- Endenburg, G. (1988). *Sociocracy: The Organization of Decision-making*, Sociocratic Center, Rotterdam (Netherlands).
- Endenburg, G. (1992). *Sociocratie als Sociaal Ontwerp*, Eburon, Delft (Netherlands).
- Fleuridas C., Nelson T., Rosenthal D. (1986). The evolution of circular questions: training family therapist, *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 12, Nro2, p. 113-127
- Julien, G. (2007). Une pédiatrie équitable, *The Journal of the Canadian Paediatric Society*, Vol 12 Nro 8, p. 709.

- Julien, G. (2004), *Soigner différemment les enfants, Méthodes et approches*, 2^e éd. Québec : Les Éditions Logiques.
- Kittler, A. (2006). Book review, *A different kind of Doctor: Seeking Social Justice through Medicine*, *McGill Journal of Medicine*, 9(1), p.79
- Lapierre et Lormont (2010). *La co-intervention : l'apport des RAR 2006-2010*, journée de formation de l'Éducation Nationale Enseignement Supérieure et Recherche, Bordeaux-France, p. 1-32
- Luc, E. (2010). *Le leadership partagé : modèle d'apprentissage et d'actualisation*, Montréal : Les presses de l'université de Montréal (deuxième édition revue et augmentée), p.1-187.
- 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.
- Morris, D. (1977). *Manwatching, a field to human behavior*, New York: Harry N. Abrams, Inc., Publishers, p.1-320.
- Pauzé, R., L. Roy et P. Asselin (1994). «Symptômes: résultats de la perte de souplesse dans les couplages structurels entre l'individu et son environnement», *Résonances*, n16, p.16-26.
- Presseau A. (sous presse). *Référentiel de compétences de la pédiatrie sociale en communauté*.
- Romme, A.G.L. (1995). *Making Organizational Learning Work: Consent and Double Linking Between Circles*, *European Management Journal*, Vol. 14, pp. 69-75.
- Romme, A.G.L. (1996). *A Note On the Team-Hierarchy Debate*", *Strategic Management Journal*, Vol. 17, pp. 411-417.
- Romme A.G.L (1997). *Work, Authority and Participation: The Scenario of Circular Organizing*, *Netherlands Institute of Business Organization and Strategy Research*, p. 1-16.
- Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. et Prata G. (1982). *Hypothétisation, circularité, neutralité*, *Thérapie familiale*, III (3), p.117-132.
- Société canadienne de pédiatrie (2005). *Treatment decisions regarding infants, children and adolescents*, *Pediatric Children Health* 9:2, p99-103.
- Social Medicine (2007). *Abstracts from the Social Medicine session at the 2006 annual meeting of the American Association of Medical Colleges*, Seattle, Volume 2, Nro1, p-56-64.
- Van Vlissingen, R.F. (1991). *A Management System Based on Consent*, *Human Systems Management*, Vol. 10, pp. 149-154.
- Zuckerman B, (2012). *Medecine and Law: New Opportunities to Close the Disparity Gap*, *Pediatrics*, 943-944.

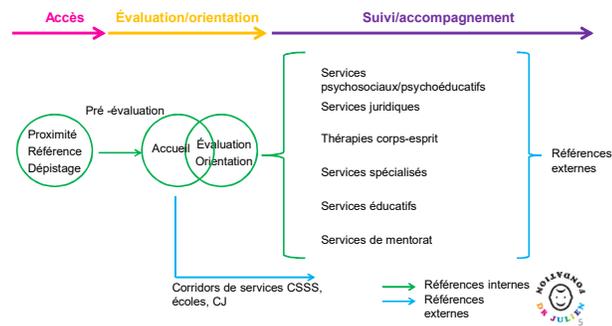
Partie présentant le suivi/accompagnement

« Faire de la thérapie n'est pas résoudre des problèmes ou corriger des erreurs mais se plonger dans le mystère des familles et de la rencontre »
Guy Ausloos (2010)

Cette partie présente la description de la troisième étape dans le continuum de services : le suivi/accompagnement. Elle permet de mettre en évidence l'orientation de trajectoire de vie dans l'intervention. Nous décrirons par la suite la caractérisation de l'intervention clinique.

1. Caractérisation du suivi-accompagnement en pédiatrie sociale en communauté

- 1.1 À la suite de l'évaluation/orientation, l'enfant et sa famille peuvent bénéficier de plusieurs services de suivi-accompagnement au sein du centre de pédiatrie sociale en communauté ou à des services externes via des partenariats ou des corridors de services établis préalablement. Afin d'assurer la cohérence des services et d'évaluer l'évolution du plan d'action, l'enfant participera à une succession de rencontres d'évaluation/orientation dite de suivi. Celles-ci permettront de mieux valider les hypothèses et de poser un diagnostic plus précis, tout en adaptant l'offre des services en fréquence et en intensité selon l'évolution des besoins rencontrés.
- 1.2 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. Cela se traduit dans la pratique par un continuum de services qui tournent autour de l'évaluation/orientation, comme cœur du modèle de la pédiatrie sociale en communauté et où la médecine joue le rôle central.
- 1.3 Une fois la rencontre d'E/O terminée, les services internes sont offerts à l'enfant et à la famille et sont divisés présentement selon cinq catégories : services psychosociaux et psychoéducatifs, services spécialisés, thérapies corps-esprit, services juridiques, services éducatifs et services de la communauté. Les services sont classés selon le type de professionnels et peuvent varier d'un territoire à un autre.



- 1.3 La richesse du suivi/accompagnement repose sur la diversité des disciplines qui travaillent ensemble au sein d'une même structure, à savoir : médecine, travail social, droit, psychoéducation, neuropsychologie, pédopsychiatrie, psychologie, ergothérapie, éducation, éducation spécialisée, art-thérapie, musicothérapie, orthophonie, entre autres. Pour le suivi/accompagnement, l'équipe clinique de base est composée du médecin, de la travailleuse sociale ou psychoéducatrice et d'un avocat (soit en lien pro bono ou directement impliqué dans un centre). Les autres professionnels forment l'équipe complémentaire à l'équipe de base. À savoir qu'il peut y avoir d'autres disciplines qui peuvent se joindre au fur et à mesure de l'évolution des besoins des enfants dans le quartier.
- 1.4 Les professionnels de toutes les disciplines en pédiatrie sociale en communauté suivent une philosophie d'intervention visant à s'investir et à créer une relation de collaboration avec l'enfant et la famille dans le temps et dans un contexte donné. Le CPSC, à travers ses services de suivi/accompagnement, devient ce qu'Ausloos (2010) appelle un *hôtel thérapeutique*, c'est-à-dire « un endroit où l'enfant puisse venir se réfugier, reprendre des forces et à nouveau grandir » (p.163). L'idée sous-jacente au suivi/accompagnement est de laisser l'enfant libre d'accéder à un service ou de ne plus y recourir sans contraintes, jusqu'à ce qu'il reprenne ses forces et puisse un jour quitter le centre renforcé. Ainsi le centre de pédiatrie sociale en communauté à travers tous ces services de suivi-accompagnement est vu comme un lieu de résilience pour l'enfant et sa famille

(Marcoux, 2010). Les caractéristiques principales de ce type d'intervention, que nous expliquerons de façon détaillée par la suite, reposent entre autres sur :

- La proximité
- La mise en évidence des forces
- La singularité de la rencontre
- La pensée complexe et la systémique
- La prise en compte du processus évolutif (trajectoire de vie)
- L'empowerment (pouvoir d'agir et de devenir)

1.5 La proximité

C'est grâce à la proximité physique (centre ancré dans le quartier ou la communauté) et à la proximité relationnelle (tisser des liens, approche humaine et réciprocité) que la pédiatrie sociale permet de faire resurgir les forces des enfants et des familles et ainsi les aider à bâtir une capacité d'agir et de devenir dans le temps (appropriation de pouvoir, autodétermination, empowerment).

La proximité relationnelle implique une volonté de se fréquenter, de connaître autrui et de tisser des liens pour ensuite pouvoir co-construire ensemble, avec l'enfant et la famille, des objectifs d'intervention. Cette création du lien de confiance est la base du suivi en pédiatrie sociale en communauté et elle est axée sur l'importance des occasions informelles⁴⁷. Ainsi, par exemple, les fêtes du quartier, la rue, la salle d'attente du centre, les ventes de trottoir, la fête des nouveaux nés, la fête de la Ruelle, entre autres sont des occasions idéales qui facilitent l'entrée en contact avec les familles dans leur vécu quotidien. De là que l'ancrage du lieu (HLM, école, maison, organisme communautaire, etc.) devient un enjeu majeur qui facilite aussi ce type d'intervention.

⁴⁷ D'après les entrevues des intervenantes de la Fondation du Dr Julien : Maude Gagnon, travailleuse sociale, Annick Quesnel-Bolduc, travailleuse sociale et Geneviève Saint-Laurent, psychoéducatrice

Les intervenants n'ont pas peur de « se rendre humains », d'être chaleureux, de donner de l'amour, d'accepter autrui tel qu'il est et de reconnaître leurs limites en tant que professionnels. Ce regard humain du soin influence par la suite le moment de la rencontre d'évaluation/orientation car une réciprocité entre la famille et l'intervenante qui suit le dossier est déjà créée. La dynamique est alors fluide en raison de cette interaction de confiance. La proximité devient ainsi « une pratique d'agir social » (Gommaire, 2009, p.119).

Savoirs

Proximité : Clément M., Gélinau L. et McKay AM. (2009)

Savoir-faire

Être en mesure de créer un lien de confiance avec l'enfant et la famille.

Être capable d'intervenir dans des occasions informelles et formelles avec l'enfant et la famille

Être capable de vouloir fréquenter et faciliter le changement de l'intérieur

Savoir-être

Absence de jugement, altruisme, ouverture, écoute

1.6 La mise en évidence des forces

Les forces se trouvent toujours, en toute occasion et quelles que soient les conditions, chez toute personne. La recherche sur les forces des enfants a débuté en 1989 avec Weick et coll., et par la suite des auteurs tels que Estein et Shaman (1998) et par Park et Peterson (2004) ont repris le concept en le définissant comme unique et différent des pathologies assumant que tous les individus, incluant les enfants, ont des forces (Brownlee et al. 2013). Chez les enfants même les plus en détresse, les forces sont présentes, mais parfois enfouies (Julien, 2004). Le suivi/accompagnement en PSC se veut un processus qui offre à l'enfant, quel que soit le service, un espace pour découvrir ou faire ressortir ses forces. La recherche des forces n'est pas uniquement un mécanisme qui permet à l'enfant de prendre conscience de ses compétences, elle permet aussi à l'intervenant de surmonter l'écueil du jugement dans l'intervention.

En effet, nous avons tendance, lorsque nous sommes confrontés à des situations complexes, à essayer de trouver ce qui va mal pour ensuite le régler. L'effet pervers de

cette façon de penser est que l'intervenant tente de chercher les erreurs ou la faute selon sa perception de ce qui est bien et mal (en raison de la transmission des valeurs et de son éducation) et peut porter ainsi un jugement de valeur sur l'enfant et la famille. Selon Guy Ausloos (2010), dans nombre d'entretiens, « on essaie de faire dire à l'enfant et à la famille ce qui ne va pas, plutôt que de chercher à voir ce qui va encore bien » (p.158). Il faut « chercher les compétences, les capacités, ce qu'ils savent faire, plutôt que de s'appesantir sur les fautes, les difficultés, les échecs; c'est circulariser l'information qui permettra les innovations, plutôt que de chercher l'aveu des traumatismes qui ancre dans un passé stérile » Ausloos, 2010.

En pédiatrie sociale en communauté, les forces sont mises de l'avant pour les enfants, les adultes et les milieux qu'ils fréquentent. « Avec un minimum de compréhension, de complicité et d'intérêt, à l'aide d'un petit présent, d'une accolade, d'un objet de transition quelconque, mais également avec l'assurance d'une présence compensatrice sans faille et d'un respect total, leur vie bascule vers le mieux et l'équilibre s'installe » (Julien, 2004).

Les compétences émotionnelles et comportementales et le sens de l'accomplissement contribuent à tisser les relations avec la famille et la communauté, renforcent la capacité de gérer le stress et permettent le développement académique, social et personnel des enfants et des adolescents (Brownlee, 2013).

Savoirs

Force et résilience, auteur suggéré : Brownlee et coll. (2013) revue de littérature

Compétence, auteur suggéré : Ausloos (2010)

Savoir-faire

Être en mesure de faire ressortir et de souligner les compétences des enfants et des familles.

Être capable d'accompagner l'enfant et la famille en misant sur les forces et non pas sur les fautes ou les faiblesses.

Être capable de maximiser le potentiel des enfants et des familles.

Être en mesure de faire circuler l'information.

Savoir-être

Absence de jugement, empathie, ouverture, dynamisme

1.7 La singularité de la rencontre⁴⁸

Tout enfant et toute famille sont un monde et il ne faut surtout pas essayer de les accompagner en suivant un modèle standardisé d'intervention. La spécificité de chaque situation permet de coconstruire entre l'intervenant, l'enfant et la famille, ce qui suppose d'apprendre à se fréquenter, pour ensuite faire surgir les solutions de l'intérieur. Chaque rencontre formelle ou informelle est une occasion pour créer ce lien de confiance nécessaire pour coconstruire. Autrement dit, pour suivre les penseurs tels que Heinz von Foester, Maturana et Varela⁴⁹, « l'observateur est toujours impliqué dans le système qu'il observe et son attitude influence le fonctionnement des phénomènes » (Ausloos, p. 160) ou en d'autres termes, « ce qui nous arrive n'est pas uniquement le fruit de ce qui s'exerce sur nous mais la résultante de ces influences et de la manière dont nous entrons en intersection avec elles » (Elkaïm, 1991).

L'intervenant, en tissant des liens avec l'enfant, tisse des liens avec la famille et ses milieux et arrive ainsi à influencer le fonctionnement de ce système. Il faut nécessairement une immersion de l'intervenant dans chaque cas pour qu'il puisse saisir le sens des situations-problèmes complexes et favoriser le changement depuis l'environnement interne. Chaque rencontre devient alors singulière parce qu'elle permet de partager du vécu et de mieux tisser des liens. C'est le vécu partagé qu'on cherche en pédiatrie sociale en communauté afin de mieux orienter l'enfant et la famille lors de l'évaluation.

Le suivi/accompagnement en pédiatrie sociale en communauté suit une perspective constructiviste qui repose entre autres sur les concepts d'autoréférence, d'assemblage et de résonance.

Tableau inspiré des lectures de Mongeau, Asselin et Roy 2007

Concept	Définition ⁵⁰
---------	--------------------------

⁴⁸ Notion tirée des travaux de Mongeau, Asselin et Roy (2007)

⁴⁹ Les travaux de Heinz von Foster se centrent sur la seconde cybernétique (science des modèles autorégulés) et ceux de Varela et Maturana se penchent sur la perception.

⁵⁰ Les définitions sont tirées de Mongeau, Asselin et Roy (2007)

Autoréférence	« Processus par lequel l'intervenant porte attention à son expérience et s'y réfère afin de mieux connaître et comprendre le système en présence »
Assemblage	« Processus dans lequel sont impliqués, à un moment donné, d'innombrables éléments qu'on ne peut tous repérer »
Résonance	« Interaction d'éléments qui sont communs aux différents systèmes en présence. La résonance nous parle de la manière singulière, originale et imprévisible dont les différents systèmes en présence se font écho »

Dans la pratique liée au suivi/accompagnement, les intervenants accordent une place importante à la rencontre et utilisent souvent une approche circulaire dans la discussion (questionnement circulaire). Seywert (1993) explique clairement le fondement du questionnement circulaire en montrant que « les symptômes et problèmes ne sont pas nucléés en des caractéristiques individuelles, mais sont traduits en descriptions relationnelles, sont insérés dans un contexte interpersonnel où ils prennent source et sens. Dès lors, des connexions circulaires jusque-là implicites tendent à devenir explicites, des influences réciproques jusque-là méconnues sont mises en évidence » (p.79).

Une série de recherche a succédé aux travaux de l'école de Milan, pionnière de ce courant de pensée, qui décrit en détail les différents types de questionnement. Tous les auteurs souscrivent à l'idée que le questionnement circulaire consiste à penser en termes de relations (Fleuridas, Nelson et Rosenthal, 1986). Les techniques d'entretien permettent de faire circuler l'information et de coconstruire ensemble des nouvelles perspectives de la situation.

Pour suivre la contribution de Karl Tomm sur « *l'interventive interviewing* »⁵¹, un certain type de question permettrait l'autoguérison de la famille (Seywert, 1993). En effet,

⁵¹ Il distingue dix types de questions : les questions orientées vers l'avenir, les questions basées sur les perspectives de l'observateur, les questions concernant des changements inattendus de contexte, les questions suggestives, les questions externalisantes, les questions à résultat unique, les questions de comparaison à la norme, les questions clarifiant une distinction, les questions introduisant des hypothèses, et les questions interrompant un processus.

l'idée de cette pratique d'entretien consiste à faire émerger, à travers des échanges de questions-réponses, des pistes de solutions que l'enfant et la famille pourront ensuite choisir parmi celles qui sont les plus adaptées à leur réalité. La pratique rompt alors avec la linéarité des interrogatoires de type « cause à effet », permettant ainsi à tous les participants de la rencontre d'être engagés dans un dialogue où ils deviennent des partenaires (Seywert 1993).

Dans la pratique, le questionnement circulaire nous amène à mieux comprendre le système et ses rôles et ensuite, des outils tels que le génogramme ou l'écocarte⁵² sont grandement utilisés par toutes les disciplines qui font partie de l'équipe de pédiatrie sociale en communauté pour mieux visualiser la situation.

Savoirs

Constructivisme, auteur suggéré : Elkaïm (1991, 2010)

Singularité de la rencontre, auteurs suggérés : Mongeau, Asselin et Roy (2007)

Questionnement circulaire, auteur suggéré : Seywert (1993) revue de littérature

Savoir-faire

Être en mesure de créer un lien avec l'enfant et la famille tout en gardant une distance clinique.

Être capable de saisir la demande de l'enfant et de la famille.

Être en mesure de coconstruire avec l'enfant et la famille.

Être en mesure de favoriser le changement de l'intérieur du système.

Être en mesure de s'adapter au cas par cas.

Être capable d'exercer une pensée critique.

Être en mesure de maintenir un questionnement quant à la pertinence de l'information.

Être capable de mettre en lumière l'information qui va faire la différence.

Être capable de faire participer tous les acteurs au partage d'information et de données.

Être en mesure d'établir un questionnement présent-passé-avenir.

Être en mesure d'établir des questionnements liant les différents acteurs.

Être en mesure de trouver les liens entre les différentes informations de la situation-problème.

Savoir-être

Approche égalitaire, sensibilité, empathie, écoute, flexibilité, Curiosité, respect, ouverture, leadership

1.4.4 La pensée complexe et la systémique

⁵² « Diagrammes des modèles familiaux complexes » (Mongeau, Asselin et Roy, 2007)

La santé c'est du social et le social c'est de la santé. Cette prémisse montre l'importance de mettre en place, dans l'intervention, un savoir non parcellaire (pensée complexe) qui puisse tenir en compte des interactions et des rétroactions des disciplines. La co-intervention égalitaire ne s'arrête pas à la rencontre d'évaluation/orientation, elle est en effet une culture d'intervention au sein de l'équipe de pédiatrie sociale en communauté.

Dans le suivi/accompagnement, les différents intervenants travaillent conjointement dans une coconstruction de la situation avec l'enfant, la famille et les réseaux (familial, social et institutionnel). Les exemples de co-intervention au sein de l'équipe sont nombreux : médecine-travail social, médecine-psychoéducation, médecine-droit, médecine-art-thérapie, médecine musicothérapie, psychoéducation-musicothérapie, art-thérapie-travail social, éducation spécialisée-travail social, éducation spécialisée-psychoéducation, neuropsychologie-travail social, droit-travail social, droit-psychoéducation, psychologie-psychoéducation, ergothérapie-psychoéducation, entre autres. Ces co-interventions sont présentes aussi bien dans la définition des besoins (évaluations conjointes) que dans l'intervention (séances conjointes). La réussite de ce type d'intervention repose sur les moments de discussions horizontales, formelles et informelles, entre les différents professionnels.

Cette thérapie, pour reprendre l'expression d'Ausloos (2010, p.67), permet de sortir d'une approche en silos et de coconstruire ensemble une même lecture de la situation. Chaque discipline apporte son bagage de connaissances pour mieux guider l'intervention et chaque intervenant une aptitude qui favorise le partage. La richesse de cette intelligence collective ne se limite surtout pas au savoir des experts (équipe de PSC ou professionnels des réseaux), mais elle considère notamment l'enfant, la famille et le réseau social (voisinage, amis, etc.) comme des partenaires à part entière dans les hypothèses et pistes de solutions⁵³.

Il s'opère ainsi une analyse systémique qui permet de mieux saisir la complexité des situations. Les intervenants travaillent conjointement avec les réseaux familial, social et

⁵³ La co-intervention présente aussi un certain nombre de limites qui sont exposées à la partie sur l'évaluation/orientation

institutionnel et leur rôle « n'est plus celui de 'com-prendre', c'est-à-dire de mettre en forme leur réalité, mais de 'les informer' (familles) sur ce qu'ils savent sans savoir qu'ils savent; il s'agit d'activer un processus qui modifie leur réalité, de sorte que ce qui s'énonçait comme problématique ne le soit plus » (Ausloos, 2010). Dans la pratique, les intervenants agissent en tant qu'acteurs qui favorisent la cohérence dans la lecture de la situation. Le suivi permet ainsi d'accompagner l'enfant et sa famille dans leur compréhension des services mis en place.

Savoirs

Approche systémique, auteurs suggérés : Bertalanffy (1972), Bateson (1972, 1979), Ausloos (1985), Benoît (2009)

Pensée complexe, auteurs suggérés : Morin (1990), Onnis (1996, 2010), Ausloos (1993), Mongeau, Asselin et Roy (2007), Le Moigne (1990), Colloque de Cerisy (1991)

Savoir-faire

Être en mesure de saisir la complexité et de travailler sur la crise comme levier dans l'intervention.

Être en mesure de co-intervenir avec d'autres disciplines.

Être capable d'expliquer et de faire valoir son opinion dans un esprit de collaboration.

Être capable de maintenir des relations avec les collaborateurs et les partenaires potentiels.

Être en mesure de contribuer à la lecture commune de la situation et d'établir des responsabilités partagées.

Être en mesure de favoriser l'équilibre dans la famille.

Être en mesure de favoriser la concertation entre les partenaires.

Savoir-être

Ouverture, confiance, écoute, esprit de synthèse, curiosité

1.4.5 La prise en compte du processus évolutif

Les enfants et les familles, notamment ceux vivant en situation de vulnérabilité, ont besoin de temps pour changer leur situation. L'intensité de l'intervention doit alors suivre le rythme de chaque enfant et de chaque famille. C'est pour cette raison que l'on dit en pédiatrie sociale en communauté que le suivi/accompagnement suit la trajectoire de vie de l'enfant. L'intervention ne s'arrête pas à un moment ponctuel défini par un horaire et quelques séances préétablies. Au contraire, elle s'adapte aux circonstances de chaque famille et elle peut durer plusieurs années (dans certains cas, l'accompagnement

est transgénérationnel). Dans la pratique, cela veut dire que le dossier ne sera fermé que si l'enfant et la famille déménagent du quartier⁵⁴.

Il faut surtout prendre en compte le processus que les familles sont en train de vivre et le fonctionnement qui s'opère à l'intérieur du système (Ausloos, 2010). Cela va amener les intervenants à regarder la situation en termes d'équilibration. Rappelons que la trajectoire de vie est une oscillation constante entre échecs et réussites et que malheureusement, certains enfants ne vivent que la plupart du temps des échecs. La pédiatrie sociale en communauté vise, par son accompagnement personnalisé, à ramener un équilibre dans la vie de l'enfant. Cela veut dire que la fréquence et l'intensité des rencontres vont aussi dépendre des circonstances de chaque enfant et sa famille.

En travaillant selon le processus évolutif de l'enfant et de la famille, les intervenants arrivent à mieux favoriser des changements au sein du système, en raison notamment du lien privilégié qui a été créé leur permettant de mieux encourager certains changements. Pour résumer, nous reprenons les mots d'Ausloss (2010, p.30), « il faut laisser le temps aux gens de se réapproprier leur vécu ».

Savoirs

Le temps dans l'intervention, auteurs suggérés : Ausloos (1990), Elkaïm (1994)

Savoir-faire

Être en mesure de s'adapter au rythme de l'enfant et de sa famille.

Être capable de varier l'intensité au sein de l'intervention.

Être capable de comprendre le fonctionnement du système familial.

Être en mesure de favoriser des changements selon le processus évolutif de chaque famille.

Être en mesure d'établir et de garder un lien avec la famille tout en ayant une distance clinique.

Savoir-être

Flexibilité, écoute, adaptation, empathie, absence de jugement

1.4.6 L'empowerment

⁵⁴ Le dossier deviendra inactif si l'enfant n'a pas fréquenté le centre dans les deux dernières années, mais le dossier ne sera pas fermé.

L'empowerment est un processus dynamique, intentionné avec un horizon à long terme qui vise des changements positifs dans la vie des enfants, des familles et des communautés⁵⁵. « L'empowerment suppose : 1) la présomption de compétences des personnes; 2) la prise en compte des dimensions individuelles et sociales des problèmes; 3) la reconnaissance des facteurs d'inégalité sociale comme obstacles au développement des compétences; 4) la reconnaissance de la capacité d'autodétermination des personnes vues comme des agents actifs capables d'évoluer et de transformer leur environnement social pour répondre à leurs besoins. » (Lemay 2007, p.168).

Dans la pratique de la pédiatrie sociale en communauté, cela se traduit par l'autodétermination des enfants et des familles à travers leur participation significative et active dans la coconstruction des hypothèses, des pistes de solution et des décisions qui les concernent. L'intervention laisse toujours la place à la valorisation de l'autonomie des enfants et des familles. Ainsi, les intervenants ne prennent pas en charge; au contraire, ils permettent aux enfants et à leurs familles de prendre leurs décisions afin qu'ils puissent assurer des réalisations à part entière. Cela suppose de travailler le renforcement des forces des enfants et leurs familles et de les sensibiliser au respect de leurs droits et obligations.

L'empowerment en pédiatrie sociale en communauté ne se limite pas à une notion d'appropriation du pouvoir de la part de l'individu ou de la famille. Cette notion va au-delà et vise, comme but ultime, de changer chaque localité. Les intervenants doivent être des catalyseurs de l'action concertée avec la communauté en vue de soutenir la santé de l'enfant et la cohésion sociale. Ainsi, l'intervention doit être complémentaire aux efforts de l'État et doit viser la construction d'un réseau qui puisse soutenir un espace et une voix aux enfants et à leurs familles (notion de village autour de l'enfant).

Par ailleurs, la pensée complexe nous amène également à réfléchir sur la notion d'auto-organisation au sein d'un système. Ausloos (2010) résume bien l'idée lorsqu'il s'agit de

⁵⁵ Définition inspirée de celle de SDC (2009), l'agence suisse pour le développement et la coopération.

la thérapie familiale : « la famille, comme tous les systèmes vivants, est engagée dans des processus interactifs autoréférentiels et s'équilibre en permanence pour assurer sa propre survie harmonieuse, c'est-à-dire celle de ses membres. Quand des menaces à cette survie se présentent, la situation est définie comme problème. Ceci n'implique pas qu'il y a un problème, mais que les processus d'équilibration sont momentanément grippés et qu'une activation du processus autoréférentiel, jusque-là inutilisé, devient nécessaire pour que la situation ne soit plus définie comme problématique » (p.76). Le suivi/accompagnement vise ainsi à faire activer ce processus autoréférentiel chez les enfants et les familles. Cela consiste d'une part à croire aux compétences des familles sans aucun jugement et d'autre part, à accepter qu'il faut composer avec le chaos et non pas chercher à l'éliminer (Ausloss, 2010).

Savoirs

Empowerment, auteurs suggérés : Lemay (2007), SDC (2009)

Savoir-faire

Être en mesure de coconstruire avec l'enfant et de sa famille.

Être capable de faciliter l'émergence de solutions de l'intérieur du système familial.

Être capable de laisser la place à l'autonomie et à la recherche des solutions créatives de la part de l'enfant et la famille.

Être en mesure de créer des actions concertées avec les autres membres de la communauté pour stimuler le changement local.

Être en mesure de promouvoir le leadership chez les enfants.

Savoir-être

Respect, patience, absence de jugement, détermination, dynamisme

Conclusion

En résumé, le suivi/accompagnement en pédiatrie sociale en communauté n'est ni standardisé, ni atemporel. D'ailleurs, c'est cette flexibilité visant à mieux s'adapter au rythme et aux demandes de chaque enfant, de sa famille et de la communauté dans le temps qui fait de la pédiatrie sociale en communauté une approche efficace auprès des populations en situation de vulnérabilité. Il faut noter également que c'est la proximité avec le milieu qui permet de mettre en place un tel accompagnement parce que chaque équipe de pédiatrie sociale s'imprègne de

l'identité de son milieu et apprend à mieux coconstruire ensemble des pistes ou des solutions conjointement avec l'enfant et la famille.

Références

- Ausloos G. (1985). Vers un fonctionnement systémique de l'institution, *Thérapie familiale*, VI, 3, pp. 235-242
- Ausloos G. (1990). Temps des familles, temps des thérapeutes, *Thérapie familiale*, XI (1), p. 15-25
- Ausloos G. (1993). Chaos et complexité en travail social, dans Amiguet, O; Julier C. *Travail Social et systémique*. Genèv, IES, p. 53-69
- Ausloos G. (2010). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Editions Eres 2010, Toulouse –France
- Bateson G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*, New York, Ballantine Books, traduction française (1977 et 1980). *Vers une écologie de l'esprit*, tI-II. Paris, Le Seuil
- Bateson G. (1979). *Mind and Nature, A necessary Unit*, traduction française (1984). *La nature et la pensée*. Paris, Le Seuil
- Benoît JC. (2009). *Coopération et approches systémiques : individu, couples, institution formation*, Editions Eres 2009, Toulouse –France
- Bertalanffy L. (1968). *La Théorie générale des systèmes*. Réédition, Paris, Borduas.
- Bass M. (2010). *Évaluation des besoins de l'enfant ou évaluation des problèmes : passer d'une démarche technobureaucratie d'expert à un système de coopération équitable, le rôle du cadre dans l'évaluation des situations préoccupantes*, ENACT d'Angers-France
- Brownlee K., Rawana J., Franks J., Harper J., Bajwa J., O'brien E. et Clarkson A. (2013). *A Systematic Review of Strengths and Resilience Outcome Literature Relevant to Children and Adolescents*, *Child and Adolescence Social Work Journal*, p.1-25
- Clément M., Gélinau L., McKay AM. (2009). *Proximités liens accompagnement et soin*, Presse de l'Université du Québec, collection problèmes sociaux et interventions sociales, p.1-330.
- Colloque de Cerisy (1991). *Les théories de la complexité, autour de l'œuvre d'Henri Atlan*, Paris, Ed. Seuil, p. 1-457

- Elkaïm M. (1991). Co-construction, systèmes et fonctions, extrait d'une intervention au congrès sur Nouveaux Paradigmes, Culture et Subjectivité, organisé par Interfas à Buenos Aires.
- Elkaïm M. (1994). La thérapie familiale en changement, Le Plessis-Robinson, les empêcheurs de penser en rond.
- Elkaïm M. (2010). « À propos du concept de résonance », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, vol. 2, nro 45, p.171-172
- Fleuridas C., Nelson T., Rosenthal D. (1986). The evolution of circular questions: training family therapist, Journal of Marital and Family Therapy, Vol. 12, Nro2, p. 113-127
- Julien G., (2004), Soigner différemment les enfants, Méthodes et approches, 2^e éd. Les Éditions Logiques, Québec, p 1-191
- Le Moigne J.L. (1990). La modélisation des systèmes complexes, Paris, Dunod-Afcet Systèmes
- 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. (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
- Morin E. (1990). Introduction à la pensée complexe, Éditions Seuil, Paris-France
- Onnis, L. (2010). « Les voix intérieures de la famille. Mythes et fantasmes familiaux », dans E. Goldbeter-Merinfeld *et al.* (dir.), *Thérapie familiale en Europe : Inventions à cinq voix*, Bruxelles, De Boeck, p. 17-43.
- Onnis, L. (dir.) (1996). *Les langages du corps. La révolution systémique en psychosomatique*, Paris, ESF.
- Seywert F. (1993). Le questionnement circulaire, Thérapie familiale, vol.14, Nro 1 , p73-88
- SDC Swiss Development Cooperation (2009). L'empowerment laisse ses traces, orientation vers l'empowerment des acteurs locaux dans la coopération, Division d'Amérique Latine et Mark Smith www.cataliza.ch, Berne.

2. Les principaux services en pédiatrie sociale en communauté

Cette deuxième partie de la section sur le suivi/accompagnement vise à décrire les principaux services en PSC. Elle suivra un même format sous forme de fiches détaillant les éléments suivants : une mise en contexte théorique en lien avec le stress toxique, la description des services, les objectifs, les particularités, les leçons à retenir de la pratique et les savoir-faire et savoir-être propre à l'intervention. Nous traiterons les services psychosociaux, psychoéducatifs, les thérapies corps-esprit : ergothérapie, art-thérapie et musicothérapie, les services d'éducation spécialisée, le service du cercle de l'enfant et le service de mentorat (Grands amis).

Services psychosociaux⁵⁶

« La famille, comme tous les systèmes vivants, est engagée dans des processus interactifs autoréférentiels et s'équilibre en permanence pour assurer sa propre survie harmonieuse, c'est-à-dire celle de ses membres. Quand des menaces à cette survie se présentent, la situation est définie comme problème. Ceci n'implique pas qu'il y a un problème, mais que les processus d'équilibration sont momentanément grippés et qu'une activation du processus autoréférentiel, jusque-là inutilisé, devient nécessaire pour que la situation ne soit plus définie comme problématique. »

Ausloos (2010)

“Conversely, extensive research points toward the healing power of nurturing, responsive, and reliable relationships for young children who have experienced severe neglect, with or without

⁵⁶ Ce document est le résultat d'une coconstruction avec Annick Quesnel-Bolduc et Éloïse Gougeon-Ross, travailleuses sociales d'AED (Assistance d'enfants en difficulté)

associated trauma. The principal question facing practitioners is clear: How can the decisions we make ensure that all young children receive the benefits of the caring and responsive relationships they need to develop in a healthy way? »

Center on the developing child at Harvard University (2012)

De quoi s'agit-il?

Les services des travailleuses sociales permettent d'évaluer et de mobiliser les capacités d'une personne afin de lui permettre d'atteindre un fonctionnement satisfaisant avec son environnement et ce, dans différents milieux de vie. « Il se distingue alors par l'analyse contextuelle de la situation sociale » (Ordre de travailleuses sociales du Québec). Les travailleuses sociales accompagnent les personnes qui ne peuvent résoudre seules des difficultés d'ordre personnel, familial ou autres. Elles aident les petits groupes de personnes aux prises avec des problèmes similaires et qui désirent s'entraider. Elles portent assistance aux communautés qui souhaitent se mobiliser pour la recherche de solutions à leurs besoins collectifs (Ordre des Travailleurs sociaux du Québec).

En pédiatrie sociale en communauté, les services psychosociaux jouent un rôle intégrateur fondamental puisqu'ils permettent notamment d'éclairer la lecture des situations-problèmes des enfants par un travail conjoint avec les réseaux : familial, social et institutionnel. Ce faisant, ils aident les familles à comprendre la cohérence des interventions auprès de leurs enfants et à retrouver le pouvoir d'agir dans leur vie (empowerment⁵⁷). Notons qu'une grande partie des familles en PSC sont multi-assistées et qu'elle se trouvent souvent submergées par de nombreux services et sans aucune force.

Quels sont les objectifs?

⁵⁷ Il faut souligner que l'intervention en travail social s'aligne avec le principe d'empowerment. Autrement dit, l'intervention se centrera sur le pouvoir d'agir et de devenir des enfants et des familles à travers la prise en conscience de leurs forces.

Les objectifs généraux recherchés sont les suivants :

- Aider à expliciter la demande de l'enfant et de la famille dans toute sa complexité
- Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés dans l'exercice de leurs droits;
- Accompagner l'enfant et la famille dans l'accomplissement de leurs rôles sociaux

De la théorie à la pratique

Les travailleuses sociales offrent cinq services au sein de la PSC : le service de pré-évaluation, la participation à l'évaluation/orientation, les suivis psychosociaux, les suivis de trajectoire de vie et la participation aux rencontres multi-scolaire.

Pré-évaluation : Cette évaluation téléphonique ou en personne permet de mieux diriger la demande de la famille vers les services du CPSC ou vers d'autres services du réseau. Lors de cette évaluation, la travailleuse sociale prends en compte les éléments de la demande de services, la provenance de la référence, le lieu de domicile de l'enfant, l'existence d'autres services en place (pédiatriques, CLSC, hôpital, DPJ...) et la situation médicale et psychosociale de la famille. (pour plus renseignement voir la partie sur l'accès).

Évaluation/orientation : La travailleuse sociale est toujours présente en clinique et forme avec le médecin l'équipe clinique en PSC pour l'évaluation/orientation. Elle effectue une évaluation globale de la situation psychosociale de l'enfant et de la famille en identifiant les besoins en concordance avec les droits et les forces de l'enfant, de la famille et du milieu. Il lui incombe de diriger l'enfant et sa famille vers les services appropriés, autant à l'interne qu'à l'externe, en fonction des besoins déterminés (pour plus de renseignements, voir partie sur l'évaluation/orientation en pratique).

Suivis psychosociaux : Il s'agit d'une intervention plus intensive et régulière auprès de l'enfant et de sa famille afin de répondre à certains besoins identifiés conjointement avec le réseau

familial. Ce suivi s'inscrit dans une orientation clinique convenue par l'équipe de PSC et il a une durée limitée dans le temps selon le rythme de l'enfant et de la famille (en général un an) sans que le dossier soit fermé. Sa pertinence doit être réévaluée selon l'atteinte des objectifs prédéterminés. La fréquence et l'intensité du suivi varient selon chaque cas. Règle générale, chaque travailleuse sociale effectue 5 à 10 suivis psychosociaux par an. Les situations-problèmes peuvent être multiples et co-existantes (négligence, toxicomanie, santé mentale des parents, intégration sociale, difficultés relationnelles, situation de survie et réponse aux besoins de base, etc.).

L'évaluation psychosociale comprend les éléments suivants :

Analyse de la demande et ouverture du dossier de l'enfant : études des références, analyse de la nature et des motifs de la référence, identification des éléments déclencheurs et collecte d'information relative aux services reçus.

Évaluation de la situation-problème : Évaluation de la situation qui entoure l'enfant et la famille, aussi bien sur le plan personnel que relationnel. Étude du contexte de l'enfant : famille actuelle pour l'enfant, famille d'origine pour les parents et grands-parents, analyse du réseau autour de la famille, analyse de l'appartenance communautaire; étude de l'environnement : revenu familial, logement, santé physique des parents et de l'enfant, santé mentale des parents et de l'enfant, cheminement scolaire des parents et de l'enfant. (Utilisation d'outils : génogramme ou écocarte)

Analyse clinique : Évaluation des besoins, des attentes des parents et de l'enfant, compréhension du niveau de motivation et des obstacles à la motivation, identification des forces, degré d'urgence de l'intervention et disponibilité des ressources de l'environnement, contraintes liées à l'existence de ces ressources, à leur la nature ou à leur accès.

Bilan de l'évaluation : Qu'est-ce-que nous faisons maintenant? Qu'est-ce-que nous allons faire à moyen terme? Analyse des éléments subjectifs.

Suivis de trajectoire de vie⁵⁸ : L'intervention est plus ponctuelle et moins fréquente (intensité variable). Elle vise à être en contact avec les réseaux familial et social de l'enfant pour transmettre et recueillir des informations pertinentes à son suivi; à faire des rencontres avec la famille (à domicile ou dans un autre lieu); à faire des interventions téléphoniques ou toute demande concernant l'enfant suivi; à assurer la présence des membres des réseaux familial et social en clinique; à accompagner l'enfant et sa famille aux références externes (p. ex. hôpital, CLSC, répit, école), et; à produire des lettres de soutien (dépannage alimentaire, services de garde, etc.). Le suivi permet de tisser un lien avec la famille, de recueillir l'information nécessaire en vue des rencontres d'évaluation/orientation suivantes et d'avoir une meilleure lecture des services et des intervenants qui suivent le dossier de l'enfant.

Grâce aux suivis psychosociaux et de trajectoire de vie, la travailleuse sociale devient une courroie de transmission et s'assure qu'il y ait un filet de sécurité pour l'enfant et sa famille.

Rencontres multi-scolaires : Il faut aussi noter que la travailleuse sociale participe aux rencontres multi-scolaires avec les écoles du quartier dans l'objectif de partager l'information sur les enfants qui fréquentent ces écoles et de s'assurer de la cohérence dans des interventions respectives. Dans ces rencontres, sont aussi présents le médecin et une psychoéducatrice.

La travailleuse sociale est une intervenante pivot en lien avec une ou plusieurs écoles, un ou plusieurs organismes communautaires etc. Elle est aussi porteuse de projet, ex. Collège de Montréal (scolarité offertes pour un nombre limité d'enfants suivis aux CPSC de la FDJ).

Quelles sont les particularités des services en travail social en PSC?

Les connaissances médicales, un ajout au bagage des travailleuses sociales

Du fait qu'il s'agit d'un modèle de médecine sociale, les travailleuses sociales sont amenées à connaître les concepts et les notions de base d'une approche médicale, à savoir : les déterminants de la santé, les morbidités, les prescriptions médicales, entre autres

La co-intervention égalitaire

⁵⁸ Présentation sur le rôle des TS au sein de l'équipe de pédiatrie sociale en communauté fait par Annick Quesnel-Bolduc et Éloïse Turgeon

La travailleuse sociale au sein de l'évaluation/orientation joue un rôle pivot puisqu'elle permet de compléter l'évaluation médicale par une évaluation psychosociale de l'enfant. Alors que le médecin guide la rencontre, la travailleuse sociale favorisera le dialogue entre tous les acteurs et la coconstruction des hypothèses et des pistes de solution.

Quelques leçons de notre pratique

- Il faut être flexible et accompagner l'enfant et la famille selon leur rythme
- Il faut utiliser la crise comme levier pour amener le changement
- Il faut être capable de répondre aux besoins immédiats sans perdre de vue, les besoins profonds
- Il faut savoir travailler avec les autres disciplines de façon décloisonnée ainsi qu'avec la communauté
- Il faut toujours être à l'affût des droits bafoués et intégrer cette logique dans la pratique au quotidien.
- Il faut amener aux parents à reconnaître leurs forces et celles de leurs enfants.

Compétences et aptitudes

Savoir-faire :

Capacité à réaliser un acte réservé (évaluation du fonctionnement social)
Capacité à construire un plan d'intervention adapté aux besoins de l'enfant
Capacité à utiliser des outils spécifiques au travail social dans un contexte de PSC
Capacité d'adaptation
Capacité d'être conscient du rythme de chaque famille
Capacité à comprendre les autres cultures

Savoir-être :

Flexibilité
Transparence
Authenticité
Engagement
Croire au potentiel de tout enfant et de toute famille

Boîte à outil

Ordre des travailleurs sociaux du Québec

<http://www.otstcfq.org/>

Nouvelles pratiques sociales

<http://www.nps.uqam.ca/>

Pratiques sociales

<http://www.pratiques-sociales.org/?cat=19>

Elkaïm

<http://www.elkaimformations.com/fr/page/homepage/1.aspx>

Références

Ausloos G. (1985). Vers un fonctionnement systémique de l'institution, *Thérapie familiale*, VI, 3, pp. 235-242

Ausloos G. (1990). Temps des familles, temps des thérapeutes, *Thérapie familiale*, XI (1), p. 15-25

Ausloos G. (1993). Chaos et complexité en travail social, dans Amiguet, O; Julier C. *Travail Social et systémique*. Genève, IES, p. 53-69

Ausloos G. (2010). *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*. Editions Eres 2010, Toulouse –France

Center on the Developing Child at Harvard University. (2012). *The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain: Working Paper 12*. www.developingchild.harvard.edu

D'auteuil S. et Lafond C. (2008). *Vivre avec un proche impulsif, intense et instable, guide d'espoir*, Edition Bayard, Québec-Canada

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

“One of the best predictors of resilience in children is at least one safe, secure adult relationship. The big message is the critical role of relationships in stress regulation, especially in early child development. In real estate it is location, location, location. In biology it is timing, timing. And in child development it is relationships, relationships, relationships (...) Dr Gunnar’s research involves putting children into situations that produce fear reactions and measuring the effect on cortisol levels. For example, a child and his or her parent will be together in a room and a clown will enter and invite the child to play. They measure cortisol before and after these experiences and they look at the quality or security of the parent-child relationship. In secure relationships, even though the child is frightened by the clown, they see no increase in stress hormones – they are not having to kick that powerful stress response system in. They are frightened; they go to the parent; the parent is the place of security. But not so with insecure kids. They elevate cortisol even though their parent is present. It’s the expectation of supportiveness the child is going to get from the parent that makes the difference. The core component of the relationship that so powerfully buffers stress is the serve-and-return reciprocity of the relationship that has been developing since birth.”

Dr Megan Gunnar, professor at the Institute of Child Development, University of Minnesota⁶⁰

De quoi s’agit-il?

⁵⁹ En collaboration avec Karine Vézina, Geneviève Saint-Laurent et Vedrana Petrovic, psycho-éducatrices de la Fondation du Dr Julien

⁶⁰ Citation prise du rapport : Early Brain and Biological Development : A science in Society Symposium, Summary Report. Volume 3 (2012). Calgary, AB, Canada: Norilen Foundation

Les psychoéducateurs interviennent auprès des enfants et de leurs familles aux prises avec des difficultés d'adaptation notamment sur le plan comportemental, soit les comportements intériorisés et extériorisés, et dans les différents milieux de vie. Les intervenants agissent dans le quotidien des personnes et prennent appui sur le vécu partagé avec elles (Ordre de psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2013)⁶¹.

En pédiatrie sociale en communauté, les services de psychoéducation prennent une place importante car ils permettent de travailler les forces des parents ou de tout autre adulte significatif vivant avec l'enfant dans une perspective préventive, éducative ou rééducative, de façon à mieux répondre aux besoins des enfants. Ce faisant, les psychoéducatrices outillent et mettent en lumière le potentiel des parents et ce, afin de leur permettre de découvrir en eux leurs propres compétences ou d'apprendre de nouvelles compétences. Ainsi, le but de l'intervention psychoéducative favorise la création d'un lien de sécurité entre l'enfant et son parent nécessaire à un développement équilibré afin de réduire le stress toxique.

Il faut souligner que les services de psychoéducation jouent aussi un rôle préventif de/chez les enfants de 0 à 18 mois. Ces services contribuent à l'émergence des habiletés motrices, cognitives, socio-affectives et langagières de très jeunes, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de la relation parent-bébé (lien d'attachement). Aussi, les psychoéducateurs interviennent auprès des enfants plus âgés dans un but préventif ou rééducatif.

Quels sont les objectifs?

Les objectifs généraux sont les suivants :

- La consolidation de la relation parents-enfant de façon à prévenir des problèmes d'adaptation.
- Le renforcement ou le développement des habiletés parentales.

⁶¹ Ordre de psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, <http://www.ordrepsed.qc.ca/Psychoeducateur.aspx>

- Le travail sur les pratiques éducatives appropriées (relation parents-enfant, discipline); les stades de développement de l'enfant; les méthodes de stimulation du développement de l'enfant.
- L'orientation des parents vers des ressources appropriées.
- Le travail en tandem avec les autres membres du réseau autour de l'enfant (notamment garderie et école).

De la théorie à la pratique

Les services psychoéducatifs offerts vont varier selon le besoin des quartiers. Ainsi Hochelaga-Maisonneuve et Côte-des-Neiges ont des services adaptés au type de la clientèle et ces services évoluent d'une année à l'autre. Ils prennent la forme de groupes, de dyades de suivis individuels ainsi que de rôle conseil.

Groupes	
Hochelaga-Maisonneuve	Côte-des-Neiges
Équipe : 2 psychoéducatrices + stagiaires	Équipe : 2 psychoéducatrices + 1 stagiaire

<p>Groupes 0 – 5 avec ou sans parents, adaptés aux besoins des enfants et des familles, à chaque rentrée scolaire et selon les motifs de la référence (évaluation/orientation). Les objectifs sont co-construits avec les familles et en règle générale sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir un espace sécuritaire pour favoriser les habiletés parentales • Travailler le lien d’attachement mère-enfant, l’autonomie de l’enfant et la séparation/individuation • Offrir des activités spécifiques afin de prévenir les problèmes de comportement et de retard de développement • Travailler avec l’enfant et la famille pour développer des stratégies de gestion de crise • Offrir des activités pour développer les habiletés pré scolaire et favoriser le développement social <p>Groupe 6-14 ans-psychodrame (enfants avec</p>	<p>Groupe Trouble envahissant du développement (TED deux groupes : francophone et anglophone)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir soutien aux parents par le biais d’un groupe afin de se ressourcer, de s’entraider et de ventiler ses doutes (1 fois par mois) • Offrir une activité de groupe qui s’adresse aux enfants ayant un diagnostic de TED • Travailler avec les enfants autistes n’ayant aucun service • Offrir une activité de groupe destinée aux enfants en attente d’évaluation à la clinique de l’autisme de l’un des deux hôpitaux pour enfants. • Accompagner les enfants et leurs familles vers les services spécialisés et plus adaptés à leurs besoins
---	---

<p>des problèmes psycho-émotifs)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir des activités créatives afin de favoriser l'expression des émotions des enfants • Offrir un espace sécuritaire pour travailler leur mode relationnel <p>Groupes 6-14 ans (besoins ponctuels) avec parents ex. Gilles de la Tourette, anxiété, autisme</p>	<p>Groupe 2-3 ans avec parents⁶²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le développement global de l'enfant • Travailler le développement langagier • Renforcer les habiletés parentales <p>Groupe 3-4 ans avec parent (conjointement avec ergothérapeute et éducatrice spécialisée)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le développement des habiletés motrices • Favoriser l'autorégulation et le développement cognitif • Développer les habiletés de socialisation <p>Groupe 4-5 ans après l'école (conjointement avec ergothérapeute, psychoéducatrice et éducatrice spécialisée)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des stratégies de gestion de comportement • Accompagner l'enfant dans ses tâches scolaires • Favoriser le développement des habiletés motrices
--	--

Suivis psychoéducatifs
<p>Aussi bien à Hochelaga-Maisonneuve qu'à Côte-des-Neiges, les enfants sont référés après l'évaluation/orientation en raison de difficultés importantes. Dans le cas de Côte-de-Neiges, les services du réseau demandent souvent de l'aide au CPSPE notamment pour les groupes parents-enfants TED. Les suivis peuvent être individuels, en dyade ou avec la fratrie</p>
<p><u>Objectif général</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre l'impact de la situation sur la trajectoire développementale de l'enfant et offrir des moyens appropriés ⁶³
<p><u>Les étapes d'un suivi psychoéducatif</u>⁶⁴</p> <p><i>Analyse de la demande et ouverture du dossier de l'enfant</i> : Évaluer l'admissibilité aux services et éviter un dédoublement des services par un autre organisme. À cette étape, il y a prise de contact avec les acteurs impliqués auprès de l'enfant, ainsi que collecte d'information relative aux services reçus.</p>

⁶² À côte de neiges, les groupes 2-5 ans sont suivis par une éducatrices spécialisée qui travaillent conjointement avec une ergothérapeute et une psychoéducatrice

⁶³ Entrevue avec Geneviève Saint-Laurent, psychoéducatrice AED

⁶⁴ À partir des documents des étapes du suivi psychoéducatif élaboré par Vedrana Petrovic et du document évaluation pyschoéducatrice élaboré par Karine Vezina et Geneviève Saint-Laurent. Il s'agit d'un exemple fourni à titre descriptif et qui ne correspond surtout pas à un modèle type.

Évaluation des besoins de l'enfant et de sa famille : Évaluation de la situation globale de la famille : histoire migratoire, situation familiale (statut socio-économique, réseau social, etc.), histoire développementale, historique du problème, cueillette d'informations détaillées sur le fonctionnement global de l'enfant et sur ses forces à l'aide de différents outils tels que des questionnaires, grille d'entrevue, observation, génogramme familial, etc.

Analyse clinique et bilan de l'évaluation : Bilan des capacités et des difficultés adaptatives, analyse fonctionnelle des comportements adaptatifs et impact sur la trajectoire développementale de l'individu; préparation d'un plan d'intervention spécifique (objectifs et moyens, durée prévue) en collaboration avec les parents et les intervenants impliqués.

Intervention : Rencontres selon la modalité convenue, activités adaptées permettant l'atteinte des objectifs, révision régulière des objectifs qui assure la progression du suivi; offre d'activités de groupe selon les besoins identifiés (ex. groupe parents-enfant).

Soutien à la famille : Vérification de l'inscription en liste d'attente pour des évaluations spécialisées; recherche de ressources ou services pour l'enfant ou afin de soutenir les parents (garderie, halte-garderie, bénévoles, répit, aide au logement, etc.); référence à des services de soutien psychologique ou psychosocial pour les parents; accompagnement dans différentes rencontres (centre de réadaptation, centre jeunesse) ou démarches (inscription à l'école, visite d'une école, défense des droits, etc.).

Travail avec les partenaires en réseau : Échanges avec les différents intervenants impliqués auprès de l'enfant (infirmières, éducatrices, travailleurs sociaux, etc.) afin de coordonner les interventions, d'évaluer le déroulement du suivi et de réajuster les objectifs au besoin; suggestions afin de favoriser l'intégration d'un enfant ayant des besoins spéciaux ou de contribuer à réduire les difficultés présentées.

Fin de suivi : Le suivi se termine lorsque les objectifs sont atteints et varie selon le rythme de chaque famille. Dans certains cas, il prend fin lorsque des services spécialisés adéquats sont offerts par un centre de réadaptation, une garderie ou le milieu scolaire. Lorsque le suivi est complété, un rapport d'intervention est rédigé.

Service-conseil auprès des partenaires

Dans une optique de développement de liens avec les partenaires (infirmières, éducatrices, enseignantes, travailleuses sociales, etc.), le psychoéducatrice offre du soutien aux intervenants impliqués auprès de l'enfant. Un partage d'information et d'expertise s'opère lors des rencontres.

Projet satellites⁶⁵

Magie de Noël : Offrir aux familles et aux enfants un moment de rassemblement. Renouer le lien avec la nature tout en favorisant la relation enfant-parent (10 – 25 familles)

Camp domaine Saint Bernard : Offrir aux enfants l'opportunité de sortir de leur cadre de vie en prenant appui sur le vécu partagé.

Quelles sont les particularités des services psychoéducatifs en PSC?

La création d'un lien de confiance à long terme

Apprendre à se connaître à travers la rencontre est l'une des caractéristiques de l'intervention en psychoéducation. L'accent est mis sur l'établissement d'un lien de confiance qui est à la base de l'engagement lors du suivi.

Le travail en concertation/partenariat avec les réseaux

Le travail se fait conjointement avec le réseau : intervention auprès des CPE, des garderies familiales, soutien clinique aux intervenants impliqués auprès des enfants suivis (CLSC, hôpitaux, etc.), rencontre cliniques avec les écoles, etc. Le tout dans le but d'assurer un suivi complet où chacun assume un ou plusieurs objectifs du plan d'intervention.

La co-intervention

Au sein des services, il existe une complémentarité des disciplines ce qui favorise une meilleure réponse aux besoins des enfants et des familles. Ainsi, la psychoéducatrice peut co-évaluer et co-animer des rencontres avec l'ergothérapeute, l'art-thérapeute, l'éducatrice spécialisée, la musicothérapeute et l'orthophoniste. La lecture de la situation de l'enfant s'élargit et la famille a un regard plus global des difficultés et des pistes de solutions.

L'intervention avec ou sans diagnostic

Les enfants présentant des traits d'un trouble quelconque (notamment TED) peuvent être référés aux services de psychoéducation pour mieux évaluer leurs besoins. Ainsi, les familles ont accès à des services spécialisés avant d'avoir un diagnostic.

⁶⁵ Les études ont démontré que passer du temps dans la nature est salubre pour la mémorisation et l'accès aux souvenirs, la résolution des problèmes, la créativité, ainsi que pour la santé physique des enfants (David Suzuki Fondation, 2012).

Quelques leçons de notre pratique (les trois premières sont la base de la psychoéducation)

- Il faut avoir une absence de jugement dans les interventions.
- Il faut posséder une bonne connaissance des problèmes d'adaptation.
- Il faut avoir une bonne connaissance des techniques d'intervention.
- Il faut être polyvalent tout en gardant son spécificité.
- Il faut amener aux parents à reconnaître leurs forces et celles de leurs enfants.
- Il faut savoir se faire une place dans l'équipe interdisciplinaire.

Compétences et aptitudes

Savoir-faire

Capacité à comprendre les autres cultures

Mettre en place des activités adaptées aux besoins de la famille

Capacité de travailler dans une équipe interdisciplinaire

Travailler avec les forces des parents et des enfants

Capacité d'établir une relation significative avec le client

Savoir-être

Esprit autocritique (se remettre en question)

Flexibilité

Ouverture d'esprit, considération, respect et disponibilité

Engagement

Références

Early Brain and Biological Development : A science in Society Symposium, Summary Report.
Volume 3 (2012). Calgary, AB, Canada: Norilen Foundation

David Suzuki Fondation (2012). Nos liens avec la nature : une ressource didactique de la quatrième à la sixième année, Vancouver-Canada, p.1-184

« *Learning is a function of the brain (and) learning disorders... reflect some deviation in neural functions' (Jean Ayres⁶⁶, 1972). Ayres work was prompted by her clinical observations of children with learning disabilities, many of whom she noted displayed perceptual, sensory, and motor difficulties. She theorized that the behavior and learning problems were, in part, due to faulty integration of sensory information and inability of higher centers to modulate and regulate lower brain sensory-motor centers. The theory is based on principles from neuroscience, developmental psychology, occupational therapy, and education: 1) sensorimotor development is an important substrate for learning; 2) the interaction of the individual with the environment shapes brain development; 3) the nervous system is capable of change (plasticity); and 4) meaningful sensory-motor activity is a powerful mediator of plasticity. This knowledge has been strengthened by research demonstrating that structural, molecular, and cellular changes in neural functions are possible and that meaningful sensory motor activities can be mediators of plasticity (Merzenich et al. 1984; Greenough et al.1987; Kandel and Jessell, 1995; Kempermann and Gage, 1999; McKenzie et al, 2003) »*

Schaaf R.C. et Miller L.J. (2005), Occupational Therapy Using a Sensory Integrative Approach for Children With Developmental Disabilities

De quoi s'agit-il?

L'ergothérapie décèle les difficultés de l'enfant qui affectent son fonctionnement dans les occupations quotidiennes et/ou les habitudes de vie. Cette discipline suit une approche globale qui prend en compte les dimensions physiques, sensorielles, perceptives, cognitives, affectives et sociales de l'enfant⁶⁷. Le travail de l'ergothérapeute gravite autour du milieu où l'enfant réalise ses activités, raison pour laquelle son travail est en relation directe avec les personnes ressources de chaque milieu : école, domicile, garderie ou autres. Les frontières de l'intervention sont définies par les frontières des activités de l'enfant.

⁶⁶ An occupational therapist with postdoctoral training in educational psychology and neuroscience.

⁶⁷Ordre des ergothérapeutes du Québec (2012). L'ergothérapie auprès de l'enfant qui présente un retard de développement, Chroniques sur l'ergothérapie, p. 1-2

Les voies sensorielles se développent dans les premières années de vie d'un individu (voir page 14 – Graphique sur la construction des circuits neuronaux). D'où l'importance de dépister le plus tôt possible toute difficulté sensorimotrice chez les enfants.

Quels sont les objectifs?

L'ergothérapeute peut intervenir pour arriver à identifier les causes des difficultés de l'enfant lorsque ses problèmes persistent même après la mise en place d'une structure et/ou une d'organisation au quotidien. Le professionnel peut aussi intervenir en établissant un horaire occupationnel pour l'enfant. Dans tous les cas, l'ergothérapie vise les objectifs généraux suivants :

- Favoriser le développement des habiletés motrices (se brosser les dents, découper, colorier, attacher et détacher ses chaussures, manipuler des objets, etc.)
- Renforcer les sphères sensorielles de l'enfant (vision, toucher, odeur, saveur...).
- Évaluer certaines fonctions liées au raisonnement et à l'attention.

De la théorie à la pratique

L'ergothérapie est un service offert au Centre des services préventifs à l'enfance du quartier de Côte-des-Neiges, à Montréal. Les enfants âgés de 1 à 14 ans sont la clientèle la plus fréquente des services en ergothérapie. Les enfants et leur famille sont soumis par l'équipe clinique de pédiatrie sociale en communauté une fois que l'enfant est passé par l'évaluation et orientation initiale. Au besoin, l'ergothérapeute peut aussi participer à une observation conjointe avec la psychoéducatrice dans une optique de coévaluation. La thérapie varie selon les besoins de chaque enfant. Elle peut prendre la forme d'une séance ponctuelle d'une heure ou même parfois de 10 séances d'une heure par enfant. Les problématiques les plus fréquentes sont : troubles envahissants de développement, retard de développement et trouble d'attention avec ou sans hyperactivité. L'intervention est individuelle ou en dyade. Exceptionnellement, l'ergothérapeute intervient auprès d'une fratrie pour examiner la dynamique de la relation et

faciliter les interactions des enfants. L'ergothérapeute voit en moyenne de 8 à 10 enfants par semaine à 2 jours semaine.

Quelles sont les étapes d'une intervention en ergothérapie?

Voici les étapes du processus d'intervention :

Analyse de la demande et ouverture du dossier de l'enfant : Évaluer l'admissibilité aux services et le non-dédouement des services par un autre organisme. À cette étape, il y a une prise de contact avec les acteurs impliqués auprès de l'enfant, ainsi qu'une collecte d'information relative aux services reçus.

Évaluation des besoins de l'enfant : Évaluer l'enfant et la famille pour déceler les difficultés, notamment sur le plan de la sphère sensorielle et motrice, et du point de vue psychoaffectif. L'ergothérapeute fait une évaluation sommaire ou approfondie de l'enfant qui peut s'étaler sur les 3 premières rencontres. Cette évaluation comprend les éléments suivants :

- Histoire développementale : grossesse, développement moteur, développement du langage, habileté, etc.
- Environnement de l'enfant : garderie ou autres milieux
- Fonctionnement de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne
- Intégrité des systèmes sensoriels
- Habiletés émotionnelles, relationnelles et de jeu de l'enfant
- Habiletés motrices globales de l'enfant
- Habiletés motrices fines (habiletés manuelles, orales et oculaires) et perceptivo-motrices de l'enfant
- Habiletés cognitives
- Forces et intérêts
- Difficultés pour l'enfant, les parents et les intervenants (attentes)
- Informations additionnelles

Bilan de l'évaluation et des observations : Analyser et interpréter les résultats d'évaluation à partir d'outils particuliers. L'ergothérapeute, conjointement avec les parents et les intervenants impliqués, élabore un plan précis d'intervention où l'on cible un besoin ponctuel ou plusieurs besoins à combler chez l'enfant.

Partage des recommandations : Une fois les besoins identifiés, et si ces besoins sont ponctuels, l'ergothérapeute transfère la thérapie à réaliser aux parents ou à tout autre intervenant impliqué auprès de l'enfant (p. ex., enseignant, CLSC ou autres). Un soutien est toujours offert afin d'outiller les parents et de travailler avec les réseaux familiaux et sociaux qui entourent l'enfant. Au besoin, un suivi pourrait être proposé. Il peut s'agir d'un suivi individuel ou d'activités de groupe selon les besoins identifiés.

Suivi : Le suivi se termine après environ 3 mois ou lorsque les objectifs sont atteints (niveau de fonctionnement de l'enfant satisfaisant) ou encore lorsque les services en ergothérapie sont offerts dans le réseau public de la santé ou en privé. Lorsque le suivi est complété, un rapport d'intervention est rédigé et, au besoin, les données pertinentes sont transmises aux intervenants impliqués auprès de l'enfant.

Comment assurer le suivi en ergothérapie?

La plupart des objectifs établis en ergothérapie sont des objectifs de processus (surtout si l'ergothérapeute utilise une approche sensorielle). Dès lors, les indicateurs qui vont permettre de voir l'évolution de l'enfant sont plus qualitatifs que quantitatifs. Plus le besoin est immédiat ou ponctuel, plus les résultats seront évidents.

Quelles sont les particularités de l'ergothérapie en pédiatrie sociale en communauté?

Un cadre plus souple et flexible

En pédiatrie sociale en communauté, on tend à démystifier le diagnostic. Autrement dit, on peut intervenir avec ou sans diagnostic. L'ergothérapeute peut ainsi creuser les besoins de l'enfant grâce à une évaluation plus complète et plus étalée dans le temps.

Un travail systémique avec les réseaux familiaux et sociaux

Qui dans les milieux où l'enfant se développe peut avoir un effet sur son développement? Qui dans l'ensemble peut devenir un levier pour l'enfant? Il y a une recherche constante de travail conjoint avec tous les adultes significatifs qui interviennent dans la vie de l'enfant, de façon à répondre à ses besoins globaux.

Un décloisonnement des disciplines

Le décloisonnement des disciplines permet d'avoir un portrait plus holistique des besoins de l'enfant. Le fait d'avoir dans un même centre un même plan d'intervention et plusieurs intervenants qui respectent ce plan constitue un avantage lorsqu'il s'agit de travailler en tandem pour les besoins des enfants.

On se donne le temps de s'approprier

On se donne le temps de créer le lien de confiance avec l'enfant et la famille sans aucune contrainte ou rigidité. Cela permet d'une part à l'enfant de s'ouvrir aux intervenants et d'autre part aux intervenants de mieux dépister les besoins des enfants. C'est un dialogue aller-retour qui s'opère dans un contexte d'accompagnement global.

Quelques leçons de notre pratique

- Il faut amener les parents à reconnaître leurs forces et les forces des enfants.
- Il ne faut pas se positionner comme expert.
- Il ne faut pas faire preuve de jugement.
- Il faut savoir faire une place à sa discipline au sein de l'équipe.

Compétences et aptitudes

Savoir-faire :

- Être en mesure de créer des réseaux et travailler en collaboration avec les partenaires.
- Être capable de communiquer son point de vue au sein d'une équipe interdisciplinaire (argumenter et écouter).
- Être en mesure de se remettre en question.

Savoir-être :

- Savoir faire preuve d'ouverture d'esprit.
- Faire preuve d'un fort investissement personnel.
- Avoir de l'empathie.

Références

Alexandre A., Lefèvre G., Palu M., Vauvillé B., (2010), Ergothérapie en pédiatrie, Marseille : Solal

Bundy A.C. et al. (2007). How does sensory processing dysfunction affect play, in American Journal of Occupational Therapy, vol 61, nro 2

Case-Smith J., O'Brien J. (2010). Occupational Therapy for Children. Philadelphia: Mosby Elsevier

Diamond, A. (2006). The early development of executive functions. In E. Bialystock & F. Craik (Eds.), Lifespan cognition: Mechanisms of change (pp. 70-95). New York: Oxford University Press.

Gentile M. (2005) Functional visual behavior in children: An Occupational Therapy Guide to Evaluation and Treatment Options. 2ed. Montgomery Lane: AOTA Press

GREP (2010). Outil d'évaluation en ergothérapie avec les enfants. Lausanne : EESP

Humphry R., Case-Smith J. (2005). Working with Families. In J. Case-Smith (Eds), Occupational Therapy with Children (p117-153). St. Louis: Elsevier Mosby

Hughes C. (2002). Executive functions and development : Emerging themes. Infant and Child Development, 11, 201-209

Kramer P., Hinojosa J., 2010. Frames of reference for Pediatric Occupational Therapy. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

Kenneth A. Lane (2005). Developing Ocular Motor and Visual Perceptual Skills. NJ: Slack Incorporated.

Lareau A. (2000). Social class and the daily lives of children : A study from the United States Childhood. A Global Journal of Child Research, 7(2), 155-171

Lussier F., Flessas J. (2009). Neuropsychologie de l'enfant. Troubles développementaux et de l'apprentissage Paris : Dunod

Miller L.J. et al. (2007) A randomized controlled pilot study of effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation, in American Journal of Occupational Therapy, vol 61, nro 5

- Manzeau M. (2005) Neuropsychologie et troubles des apprentissages, du symptôme à la rééducation. Paris : Masson
- Pelchat, D., Lefèvre H. (2005). Apprendre ensemble; Le PRIFAM, Programme d'intervention interdisciplinaire et familial. Montréal : Chebelière Education
- Rodger S., Ziviani J. (2006). Occupational Therapy with Children. Oxford Blacwell Publishing
- Scheiman M. (2002). Understanding and Managing Vision Deficits. NJ : Slack incorporated
- Satinelli, L. (2010). Le partenariat avec la famille. In Ergothérapie en pédiatrie Marseille : Solal
- Schilling D.L., Washington K., Billingsley F.F., Deitz J. (2003). Classroom seating for children with ADHD: Therapy balls versus chairs. American Journal of Occupational Therapy
- Schaaf R.C. et Miller L.J. (2005), Occupational Therapy Using a Sensory Integrative Approach for Children With Developmental Disabilities
- Sibley B.A., Etnier J.L. (2003). The relationship between physical activity and cognition in children : A meta-analysis. Pediatric Exercise Science, 15, 243-256
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). Building the Brain's "Air Traffic Control" System: how early Experiences shape the Development of Executive Function : Working paper 11. <http://www.developingchild.net>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec www.oeq.org

« Recent scientific findings about how images influence emotion, thoughts, and well-being and how the brain and body react to the experience of drawing, painting, or other art activities are clarifying why art therapy may be effective with a variety of population. As science learns more about the connection between emotions and health, stress and disease, and the brain and immune system, art therapy is discovering new frontiers for the use of imaginary and art expression in treatment. »

Cathy A. Malchiodi, research psychologist, Art Therapist, Professional Clinical Counselor

De quoi s'agit-il?

L'art-thérapie est une intervention psychothérapeutique intégrant réflexion et expression (verbale et non verbale) à travers le processus symbolique. Elle offre un cadre sans jugement dans lequel le patient (dans notre cas, l'enfant) peut se sentir libre de s'exprimer et de partager ses émotions, ses sentiments et les événements de son vécu. Elle offre aussi la possibilité d'une part, d'utiliser le processus symbolique par la création de productions artistiques, comme moyen d'exprimer ses angoisses, ses émotions, ses questionnements et ses rêves et, d'autre part, de s'exercer à les maîtriser en toute sécurité. En tant que moyen d'expression non verbal, l'art permet de nommer ce qui est indicible par le biais de ses propres images. Le simple fait de mettre ses expériences sur papier introduit une distance entre l'enfant et son vécu, ce qui lui permet d'extérioriser son expérience et de mieux gérer les émotions complexes qui y sont liées.

⁶⁸ Le présent document est une synthèse des entrevues avec Francine Nadeau, art-thérapeute du Centre spécialisé de prévention des enfants (CSPE), du document : Processus clinique du CSPE : Art-Thérapie 2011, élaboré aussi par Francine Nadeau, ainsi que des entrevues avec Lenka Lustman, art-thérapeute d'Assistance d'enfants en difficulté (AED) et des documents sur l'art-thérapie élaborés par Mme Lustman.

Quels sont les objectifs?

L'art-thérapie fait partie des thérapies corps-esprit (*'Mind-Body Intervention'*) car elle facilite la capacité mentale d'influencer les symptômes physiques et les fonctions du corps⁶⁹. Elle est notamment utilisée pour :

- Rétablir la relation d'attachement⁷⁰ des enfants auprès des adultes significatifs (Siegel, Schore, 1994);
- Améliorer les compétences spatiales chez les enfants (Moreno S., Bialystok E., Barac R., Schellenberg EG., Cepeda NJ., Chau T., (2011). Short-term Music Training Enhances Verbal Intelligence and Executive Function. *Psychological Science*, 22:1425-1432);
- Permettre de donner un sens à l'expérience des enfants immigrants, de structurer leur identité, de surmonter leurs pertes et de tisser de nouveaux liens sociaux (Rousseau C. et coll. 2003, Ateliers d'expression créatrice destinés aux enfants immigrés et réfugiés, Art et contes, Manuel de formation, p.41);
- Interpréter les préoccupations par l'image, résoudre des problèmes et dénouer des conflits;
- Gérer les symptômes et identifier les déclencheurs de ces derniers (Camic 1998, 1999);
- Réduire le stress des enfants (Carol Delue 1999, C.W. Koop Center 1998), augmenter la capacité à communiquer les émotions en lien avec des symptômes (C.W. Koop Center 1998);
- Soulager les symptômes dépressifs en augmentant la sérotonine pendant les activités de création.

Selon la recherche de Siegel (1999)⁷¹ et Schore (1994)⁷², tout comme l'hémisphère gauche qui a besoin du langage pour se développer, l'hémisphère droit nécessite une stimulation

⁶⁹ National Institute for Health (1994). *Alternative medicine : expanding medical horizons #94-066*, Washington, DC : US Government printing office.

⁷⁰ « Attachement is an inborn system in the brain that involves in ways that influence and organize motivational, emotional, and memory processes with respect to significant caregiving figures » Siegel D.J. (1999). *The developing mind : Towards a neurobiology of interpersonal experience*. New York : Guilford Press, p. 67

⁷¹ Ibid Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. Hillsdale, NJ : Erlbaum

⁷² Riley S. (2001). *Group process made visible*. New York : Brunner-Routledge

émotionnelle pour se développer lui aussi correctement. En ce sens, l'art-thérapie comme moyen d'expression non verbal devient un outil efficace pour travailler les enjeux émotionnels.

Les objectifs généraux de l'art-thérapie auprès des enfants en situation de vulnérabilité sont les suivants :

- Faciliter l'expression de l'enfant (émotions, perceptions, angoisses, etc.) dans un environnement thérapeutique sécuritaire;
- Favoriser l'émergence et la mise à distance du contenu émotif;
- Identifier, valider et gérer les émotions de l'enfant;
- Soutenir la relation parents-enfant au sein du système familial en sensibilisant notamment les parents aux besoins des enfants;
- Renforcer les habiletés parentales;
- Aider à l'enfant à prendre conscience de son propre potentiel afin de lui permettre d'améliorer son estime de soi et sa confiance et de faciliter son autonomie;
- Renforcer le sentiment de sécurité et de socialisation de l'enfant en l'aidant à trouver des stratégies pratico-pratiques dans son quotidien;
- Briser l'aspect transgénérationnel des problèmes (trauma ou autres);
- Pour les enfants anxieux, découvrir les sources d'anxiété et les atténuer.

De la théorie à la pratique

L'art-thérapie est offerte aux enfants de 18 mois à 14 ans ayant besoin d'un suivi psychosocioaffectif intensif et individualisé. Les enfants et leur famille sont référés par l'équipe clinique de pédiatrie sociale en communauté une fois que l'enfant est passé par l'évaluation/orientation. La thérapie prend la forme d'une série de rencontres d'une heure, une fois par semaine, pendant une période qui varie entre trois et 12 mois selon le cas. Les problématiques comme le mutisme ou le lien d'attachement prennent plus de temps.

Outils de l'art-thérapie :

- Les médiums (dessin, peinture, sculpture, collage ou autres). Chaque médium est particulier et l'art-thérapeute l'adapte aux besoins de l'enfant.
- L'image : en production en soi ou en mots.

Quelles sont les étapes d'une séance d'art-thérapie?

Les étapes générales de la séance d'art-thérapie sont les suivantes :

- (1) Les premières rencontres s'effectuent avec les parents et/ou l'enfant afin d'appivoiser, d'évaluer les besoins de l'enfant et de la famille, d'établir le lien de confiance et d'identifier conjointement des objectifs dans un cadre thérapeutique constant et consistant. Cette première étape (6 à 8 semaines) est importante parce qu'elle permet à l'enfant de comprendre les motifs de sa présence et d'entendre son histoire. On évalue la situation globale de la famille, mais aussi la relation parent-enfant. Il faut autant que possible inclure le parent. Au début de la séance, on apprivoise le processus et pour ce faire, on peut donner le choix du matériel à utiliser aux enfants. L'enfant, comme un adulte, a toujours peur de la page blanche ou des crayons. L'intervenante peut alors coproduire avec l'enfant au départ. L'important est de développer une alliance thérapeutique solide.
- (2) Une étape parallèle est suivie pour recueillir de l'information complémentaire sur l'enfant auprès des partenaires ou d'autres intervenants.
- (3) On établit avec les parents, et au besoin avec les autres intervenants impliqués, un plan d'intervention.
- (4) Suivi : séances individuelles, en dyade ou familiales; rencontre et soutien régulier avec le/les parents, travail avec les partenaires (enseignants, éducatrices, travailleurs sociaux et autres). Chaque séance peut viser un objectif précis qui se travaillera avec la création et le dialogue. L'art-thérapeute peut travailler avec tout ce qui gravite autour de l'enfant.

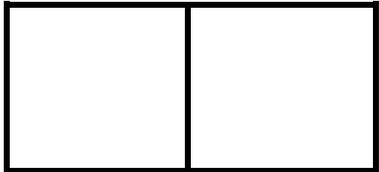
- (5) Fin du suivi : Préparer l'enfant à la fin de l'intervention et à la séparation. Réaliser un bilan et un retour sur le processus avec l'enfant et la famille. Toujours laisser la possibilité de consulter à nouveau si nécessaire : politique de la « porte ouverte ».

Comment assurer le suivi en art-thérapie?

L'enfant suit un plan en art-thérapie adapté à ses besoins et conçu conjointement avec les parents ou tout adulte significatif dès les premières séances. Ce plan propre à la séance d'art-thérapie est totalement imbriqué dans le plan d'action préparé lors de l'évaluation/orientation.

L'art-thérapeute doit s'assurer soit que les manifestations disparaissent, p. ex., anxiété, difficulté relationnelle, etc., soit que des manifestations positives apparaissent lors de l'intervention, p. ex., estime de soi, autonomie, confiance. C'est une thérapie qui se situe dans une sphère de mesure qualitative.

Exemples :

Attachement	Est-ce que l'enfant s'ouvre au fur et à mesure à l'art-thérapeute et/ou à la famille?
Images et évolution du contenu de création	<p>Est-ce que l'enfant évolue par rapport à la problématique initiale?</p> <p>Exemple : La trace dans l'espace comme indicateur d'amélioration</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Avant</p>  <p>Dessin d'un enfant en début de séance qui montre une timidité ou une fermeture</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Après</p>  <p>Dessin du même enfant après quelques séances : l'enfant prend sa place, il s'ouvre.</p> </div> </div>
Gestion des émotions	Est-ce que l'enfant reprend confiance en lui, améliore son estime de soi, son autonomie?
Interaction sociale	Est-ce que l'enfant s'ouvre à d'autres enfants?

Quelles sont les particularités de l'art-thérapie en pédiatrie sociale en communauté?

Une thérapie complémentaire aux services offerts par le réseau institutionnel

L'école, les CLSC et autres institutions font appel à l'art-thérapie offerte dans les CPSC pour mieux évaluer les problèmes de l'enfant. L'enfant est d'abord référé à l'évaluation/orientation, puis au service d'art-thérapie. Il s'agit là d'un exemple concret de complémentarité des services.

La co-intervention, une valeur ajoutée pour mieux répondre aux besoins de l'enfant

L'art-thérapeute est souvent amenée à évaluer ou animer des rencontres conjointement avec d'autres intervenants du CPSC (la psychoéducatrice, la musicothérapeute, la travailleuse sociale, etc.). Cette co-intervention qui se fait avec la famille permet une meilleure lecture de la situation et offre à la famille un espace égalitaire d'échange.

La flexibilité et le long terme : deux caractéristiques d'une thérapie qui s'adapte à chaque enfant

En pédiatrie sociale en communauté, les art-thérapeutes travaillent en suivant la trajectoire de vie de l'enfant. Au fur et à mesure que la thérapie avance, un lien de confiance s'établit et l'art devient un moyen non jugeant qui permet de mieux cerner les difficultés de l'enfant.

Compétences et aptitudes

Savoir-faire :

- Capacité d'écoute
- Capacité de s'adapter
- Comprendre la création artistique de l'enfant.

Savoir-être :

- Ouverture d'esprit
- Non-jugement
- Être proche de la réalité de vie des jeunes et de leurs intérêts artistiques
- Patience
- Sensibilité face aux différentes cultures

Références

- Delue, C. (1999). Physiological effects of creating mandalas. In C. Malchiodi (Ed.), *Medical art therapy with children* (pp. 33-49). London: Jessica Kingsley
- Garnder, H. (1984). *Art, mind and brain*. New York: Basic Books.
- Gross, J., & Haynes, H. (1998). Drawing facilitates children's verbal reports of emotional laden events. *Journal of Experimental Psychology*, 4, 163-179
- Kaplan, F. (2000). *Art, science, and art therapy: Repainting the picture*. London : Jessica Kingsley
- Lusenbrink V. B. (1990) *Imagery and visual expression in therapy*. New York: Plenum Press.
- Malchiodi C.A. (1993). *Art and medicine*. *Art Therapy : Journal of the American Art Therapy Association*. 10(2), 66-69
- Malchiodi C.A. (1997). *Breaking the silence: Art therapy with children from violent homes*. New York: Brunner\Mazel
- Malchiodi, C.A. (2001). Using drawings as intervention with traumatized children. *Trauma and Loss: Ressearch and Interventions*, 1(1), 21-27
- Malchiodi, C.A., Riley, S., & Hass-Cohen, N. (2001). *Toward an integrated art therapy mind-body landscape*(autiotape 108-1525). Denver, CO: National Audio VideoNational Center for Complementary and Alternative Medecine. (2002). *Major domains of complementary and alternative medecine* (Online). Available <http://nccam.nih.gov/fcp/classify/>
- National Institute for Health. (1994). *Alternative medecine: Expanding medical horizons* (94-066). Washington, DC:US. Government Printing Office
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker, W.L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependet development of the brain: how states become traits. *Infant Mental Journal*, 16, 271-291
- Ramachandran, V. (1999). *Phantoms of the brain*. New York: Quill.
- Rothchild, B. (200). *The body remembers: the psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton.
- Sigel D.J. (1999). *The developing mind: towards a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Steele, W. (1997). *Trauma response kit: Short-term interventionsmodel*. Grosse Pointe Woods, MI: Institute for trauma and loss in Children.

- Steele, W., & Raider, M. (2001). Structured sensory intervention for traumatized children, adolescents, and parents. *Trauma and loss : Research and Interventions*, 1(1), 8-20
- Sternberg, E. (2001). *The balance within : the science connecting health and emotions*. New York: Freeman.
- Van Der Kol, B.A., McFarlane, A.C., & Weisaeth, L.. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Virshup, E. (1978). *Right-brained people in a left-brained world*. Los Angeles: Guild of Tutors Press.

Ce qui nous dit la science

« A review of the music therapy literature delineates at least three broad domains of functioning where music therapy has been successfully utilized in the treatment of emotionally disturbed children: affect regulation, communication and social/behavioral dysfunction. (...) Early on, music therapy was identified as an intervention to treat impairments in affective functioning, including reducing levels of anxiety (Cooke, 1969), and as a tool to improve emotional responsiveness (Wasserman, 1972). Music therapy has been well-suited to help improve communication deficits and stimulate nonverbal communication. Numerous positive outcomes in improving social functioning, social awareness and cooperation (Werbner, 1966), and decreasing disruptive behaviors (Hong et al., 1998) have been reported. One of the major contemporary applications for music therapy is working with children who have serious emotional disturbances and high degrees of impulsivity and limited ability to self-regulate (Layman et al., 2002). »

Schaaf R.C. et Miller L.J. (2005), *Occupational Therapy Using a Sensory Integrative Approach for Children With Developmental Disabilities*

De quoi s'agit-il?

La musicothérapie vise à créer des effets positifs dans les sphères psychologique, physique, cognitive et sociale de l'enfant. C'est une discipline qui a été introduite au sein des universités américaines dans les années 40 et qui, une décennie plus tard, elle a fait son entrée dans les universités européennes, sud-américaines, australiennes (Stige, 2010), puis au Québec depuis une trentaine d'années.

Elle s'est révélée très efficace pour les enfants ayant des problèmes d'apprentissage (American Music Therapy Association, 2003). En effet, lorsque les connexions cérébrales et les sphères du cerveau sont endommagées, les thérapies qui impliquent le langage et la musique sont plus

⁷³ En collaboration avec Sandrine Zuyderhoff, musicothérapeute de la Fondation du Dr Julien.

efficaces que les thérapies qui utilisent uniquement le langage (Pratt, 2004)⁷⁴. Également, chez les enfants qui ont des lésions cérébrales traumatiques, la musicothérapie est utilisée afin de les aider à sortir plus vite de leur état (Pratt, 2004). De plus, chez les enfants ayant un trouble de déficit d'attention, l'étude MusicMedicine a démontré que 70 % des enfants ayant reçu un traitement neurologique accompagné d'une thérapie musicale présentaient une réduction de certains comportements comme l'inattention et l'impulsivité et avaient amélioré leurs habiletés sociales, comparativement aux enfants qui avaient reçu uniquement le traitement neurologique (Pratt, 2004).

La musicothérapie en pédiatrie sociale en communauté fait partie des thérapies corps-esprit (*'mind body interventions'*) et suit le modèle de musicothérapie communautaire. Ce modèle vise à mettre en place des mécanismes d'inclusion sociale à travers des pratiques régulières, individuelles ou en groupe, ainsi qu'à travers la création des spectacles ou d'évènements au sein de la communauté (Stige, 2010), le tout dans une volonté de redonner le pouvoir aux enfants (empowerment) dans leur milieu. Pour reprendre les mots du professeur de musicothérapie de l'université de Bergen, Brynjulf Stige : « La musicothérapie doit être vue comme une communauté et pour le développement de la communauté » (2010, p. 10).

Quels sont les objectifs?

Les objectifs généraux de la musicothérapie auprès des enfants en situation de vulnérabilité sont les suivants :

- Faciliter l'expression des émotions de l'enfant;
- Développer la confiance en soi;
- Favoriser la définition de l'identité et la résilience de l'enfant;
- Offrir d'autres types de moyens de communication non contraignants pour l'enfant à travers la musique;
- Renforcer le sentiment de sécurité dans un environnement thérapeutique libre de jugement;

⁷⁴ Pratt, Rosalie R. (2004). Art, dance, and music therapy, *Physical Medicine And Rehabilitation Clinics of North America*, 15, 827-841, p 835

- Explorer ses peurs et ses rêves;
- Améliorer les aptitudes sociales des enfants (groupe);
- Prendre sa place dans un groupe (groupe);
- Faire l'expérience de la coopération (groupe);
- Travailler une création collective (groupe).

De la théorie à la pratique

La musicothérapie est offerte soit en groupe, soit individuellement. Les séances de groupe sont offertes aux enfants et adolescents âgés de 9 à 15 ans, pendant 11 semaines ou plus (avec un maximum de 5 enfants par groupe). Chaque séance dure une heure et demie et la fréquence des séances est d'une fois par semaine. Les séances individuelles sont offertes aux enfants âgés de 6 à 13 ans, pendant 4 à 12 mois, selon les besoins de l'enfant. Chaque séance dure une heure et la fréquence des séances est d'une fois par semaine. Tous les enfants sont référés à ce service par l'équipe clinique après l'évaluation/orientation et parfois, il y a validation de la référence avec la directrice clinique. En moyenne, la musicothérapeute de la FDJ a accompagné depuis 2011 vingt enfants en séances individuelles, et depuis 2012, elle a suivi douze enfants en séances en groupe.

Quelles sont les étapes d'une séance de musicothérapie?

Les étapes générales varient selon le type de séances :

Séance en groupe⁷⁵

- Moment d'ouverture libre (exploration) : choix de la musique et de l'instrument
- Moment d'improvisation selon l'instrument choisi : souvent, répondre à la question « Comment ça va aujourd'hui? » ou dire bonjour aux autres en utilisant l'instrument choisi.
- Moment d'improvisation spontanée en groupe
- Moment d'improvisation spontanée + objectif explicite (thème ou consigne)

⁷⁵ À titre indicatif

- Projet musical collectif : les enfants décident et la musicothérapeute soutient.
- Moment final de relaxation musicale : complicité avec le son et la notion d'espace

Chaque séance vise un objectif précis et la structure des séances peut changer selon le groupe

Séance individuelle⁷⁶

- Moment d'ouverture (verbal ou musical) : choix d'instrument et question d'ouverture : « Comment ça va aujourd'hui? »
- Moment d'exploration : choix d'instrument adapté selon l'état d'esprit de l'enfant. Question : « Qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui? » Ce moment peut prendre plus de temps parce que la musicothérapeute laisse la place à l'enfant pour exprimer ses émotions, soit de façon verbale soit au moyen d'un instrument.
- Moment de clôture : relaxation musicale

Tout ce que l'enfant fait avec la musique a une signification : le choix de l'instrument, la façon dont il joue, l'implication du corps. La musicothérapeute a pour rôle d'interpréter et de répondre par la musique aux besoins psychoémotifs de l'enfant.

Les objectifs définis préalablement dans les groupes et le travail relatif à la référence dans le cas des suivis individuels assurent un accompagnement adapté à la réalité de chaque enfant. Par exemple, les objectifs fixés ont été les suivants :

- Prendre sa place dans un groupe;
- Explorer ses peurs, ses rêves;
- Comprendre ses réactions et travailler l'introspection;
- Entrer en contact avec son identité propre.

À la fin de la thérapie, un bilan du groupe est dressé ou, dans le cas d'une séance individuelle, un suivi au dossier de l'enfant est effectué.

Quelles sont les particularités de la musicothérapie en pédiatrie sociale en communauté?

⁷⁶ À titre indicatif

La démarche de la musicothérapie est source d'innovation sur le plan communautaire

Du fait que le CPSC est une ressource indépendante qui ne fait pas partie d'une institution publique, cela ouvre les portes à l'innovation thérapeutique tout en permettant d'intégrer la démarche au sein du quartier. Les performances dans le quartier renforcent la résilience de l'enfant et des autres résidents.

Un accompagnement sur mesure

La PSC suit la trajectoire de vie de l'enfant et la musicothérapie s'inscrit dans une des étapes de vie de cet enfant. Elle pourra alors évoluer selon les besoins de l'enfant au cours de son développement.

Une valeur ajoutée réciproque (thérapie scindée)

La musicothérapeute profite des expertises des autres intervenants pour mieux travailler les références des enfants et la musicothérapeute apporte à l'équipe un savoir-faire et un savoir-être propre à sa profession.

Quelques leçons de notre pratique

- Il faut un lieu de thérapie sécuritaire et adapté à la musicothérapie (notamment parce que le choix des instruments va guider l'intervention).
- Il faut prendre le temps d'apprivoiser l'enfant et d'établir une évaluation préliminaire de l'enfant (au moins 5 semaines).
- Il faut savoir se laisser guider par l'enfant et lui faire confiance.
- Il faut suivre le rythme de l'enfant et être en contact avec l'école, la famille ou les autres personnes de son réseau pour favoriser l'assiduité de l'enfant.
- Il faut savoir vulgariser la notion de musicothérapie et la distinguer d'un cours de musique ou d'éveil musical.
- Il faut sensibiliser les institutions aux effets positifs de la musicothérapie.
- Il faut savoir créer des partenariats avec des organismes qui gravitent autour de la musique.
- Il faut être toujours à la recherche de contenu, car la discipline est assez récente et en constante évolution.

Compétences et aptitudes

Savoir-faire :

- Capacité d'écoute
- Capacité de s'adapter
- Comprendre la culture musicale du groupe cible.
- Capacité d'entrepreneuriat : initiative et création

Savoir-être :

- Ouverture d'esprit
- Non-jugement
- Être proche de la réalité de vie des jeunes et de leurs intérêts musicaux.
- Comprendre la culture musicale du public cible enfant.
- Leadership et polyvalence
- Chercher des connaissances ailleurs (ressources).

Boîte à outils

Nordic journal of musicotherapy

<https://njmt.b.uib.no/>

Voices

www.voices.no/

Approches communautaire, Sharon Katz (peace storm train?)

[www.sharonkatz.com/band bio](http://www.sharonkatz.com/band_bio)

Références

Deek, P. (2011). Adolescent's use of improvisation to sound their dreams and explore identity. *The Manfred and Penny Conrad Institute for Music Therapy Research*. Wilfrid Laurier University.

Nayak S., Wheeler B., Shiflett S., Agostinelli S. (2000). Effet of Music Therapy on Mood and social interaction Among individuals With Acute Traumatic Brain Injury and Stroke, *Rehabilitation Psychology*, Vol. 45, Nro. 3, 274-283

Pratt, Rosalie R. (2004). Art, dance, and music therapy, *Physical Medecine And Rehabilitation Clinics of North America*, 15, 827-841, p 835

Schaaf R.C. et Miller L.J. (2005), *Occupational Therapy Using a Sensory Integrative Approach for Children With Developmental Disabilities*

Stige B. (2010). Music and Health in Community, Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection, Ashgate, p1-364

« A related point is that the involvement of a group will enhance the process of deliberating and deciding. In addition, the extended family's decision will arguably be based less on their personal convenience, as compared to a decision of a social worker. Because of the extended family's knowledge of its own workings, it may reach solutions more related to the causation of the abuse or neglect, as compared to therapy that will be conducted by persons with professional skills, but who are information-starved »

Family Group Conferences in Child Abuse and Neglect Cases, ABA Center on Children and the Law

De quoi s'agit-il?

Le cercle de l'enfant est un service de la pédiatrie sociale en communauté qui vise à mobiliser activement les réseaux familial et social autour d'un enfant en situation de vulnérabilité⁷⁷. Il s'inspire notamment de la roue de médecine amérindienne et de la conférence familiale de groupe introduite en Nouvelle-Zélande par la Children, Young Persons and Their Families Act, qui visent à former un cercle protecteur autour de l'enfant en prenant en compte ses droits et ses intérêts. Pour cela, la mobilisation des réseaux est nécessaire afin d'assurer le maintien de la santé physique, intellectuelle, sociale, émotionnelle et spirituelle de l'enfant.

Quels sont les objectifs?

Lors de l'évaluation/orientation et lorsque l'équipe de pédiatrie sociale prévoit ou identifie une impasse en lien avec les droits de l'enfant, elle peut s'en remettre au cercle en tant qu'espace qui va permettre de faciliter le dialogue entre les différents réseaux et redistribuer ainsi la responsabilité de s'occuper de l'enfant⁷⁸. Ce faisant, le cercle répond au besoin de l'enfant de se développer correctement, ainsi qu'au besoin des adultes de renforcer leurs compétences.

⁷⁷ Piché, A.M. et Trocmé N. (2011), Le Cercle de l'enfant, évaluation de la mise en place septembre 2008-mars 2010. Centre de Recherche sur l'enfance et la Famille, Université McGill, p. 2

⁷⁸ Ibid p.11

Attention! Le cercle n'est pas un mode d'intervention thérapeutique ou une thérapie de groupe ou familiale. Il correspond bien à un modèle de résolution de conflits touchant des droits bafoués de l'enfant.

De la théorie à la pratique

Quelles sont les modalités du cercle?

Il existe deux types de cercles de l'enfant : les cercles préventifs et les cercles de médiation. Tous deux permettent d'obtenir la participation des personnes les plus significatives dans la construction d'un partenariat qui incite les réseaux formels et informels entourant l'enfant à répondre à ses besoins.

a) Le cercle préventif

Ce type de cercle repose sur le principe de précaution qui vise à prévenir, autant que possible, le non-respect des droits des enfants, la judiciarisation des cas et la prise en charge constante des situations par les institutions. En effet, il existe des risques pour lesquels l'attente et/ou la réponse des systèmes sont dangereuses pour le bien-être de l'enfant et où agir devient un impératif pour sauvegarder ses droits. Par exemple, lorsqu'un enfant est submergé dans un quotidien de violence conjugale, de négligence ou de carences quelconques⁷⁹, il existe de fortes probabilités que le système prenne en charge l'enfant sans avoir pour autant essayé de trouver une solution préalable comme celle d'outiller les parents. Le cercle devient un espace de création d'un filet de soutien durable grâce à un processus de communication efficace qui dispose d'outils de médiation et de la participation accrue des parents, des amis et des ressources familiales.

⁷⁹ Les trois principaux cas de mise en place d'un cercle préventif sont : la violence conjugale (p. ex., soutenir le couple avant la prise en charge par les centres jeunesse), la négligence (p. ex., renforcer les compétences parentales sur la prévision budgétaire afin de subvenir aux besoins des enfants), et la carence (p. ex., outiller les parents afin de répondre aux besoins alimentaires des enfants).

b) Le cercle de médiation

Ce type de cercle a été le premier à être mis en place au sein des deux centres de pédiatrie sociale en communauté à Hochelaga-Maisonneuve et à Côte-des-neiges. La complexité des cas, marqués par les iniquités sociales, a incité la mise en place d'une pratique conjuguant le droit et la pédiatrie sociale en communauté. Comme le cercle préventif, il vise à mobiliser activement tous les réseaux (familial et social) dans un partenariat solide et continu afin de résoudre un conflit dans lequel l'enfant se trouve malheureusement impliqué. En pratique, ce type de cercle se met en place après l'implication des centres jeunesse.

Les étapes du Cercle de l'enfant

Aussi bien dans le cercle préventif que dans le cercle de médiation, on retrouve quatre étapes : la référence, la préparation, la rencontre et le suivi.

Phase de référence : La référence se fait par la direction clinique. L'enfant doit passer par l'évaluation et orientation avant que le processus de Cercle soit déclenché. Lorsque l'équipe de PSC identifie un besoin de concertation des réseaux et/ou la nécessité d'adapter des solutions pour aider un enfant, elle convoque les parents et l'enfant pour en discuter et propose la tenue d'un Cercle. Si ces derniers sont intéressés, l'équipe les met en contact avec le médiateur pour amorcer la phase préparatoire.

Phase préparatoire : La phase préparatoire implique activement les partenaires de tous les réseaux significatifs autour de l'enfant. Le médiateur, qui est le responsable de cette phase, prépare les participants dans le but de les familiariser au processus du Cercle. Il est à l'écoute de leurs préoccupations, des besoins particuliers qu'ils observent chez l'enfant et des forces connues de ce dernier et de ses parents. Cette phase permet au médiateur de recueillir l'information nécessaire afin de cerner les enjeux de la situation et les nœuds des conflits qu'il faut résoudre. Le médiateur utilise aussi cette phase de préparation pour « inciter et aider les participants à s'exprimer de manière plus calme et ouverte, toujours dans l'optique de favoriser une entente entre les parties » (Trocmé et Piché, 2010). Il y a une entente de confidentialité (Convention pour la formation du Cercle de l'enfant) qui confirme les membres participants et la

connaissance et la divulgation des informations nécessaires pour mettre en place le Cercle. Au besoin, les frais de déplacement et de gardiennage sont pris en charge par la Fondation du Dr Julien.

Phase de rencontre : La rencontre se déroule en huit phases, toujours dans le même ordre. Les participants sont informés des étapes de la rencontre à l'ouverture de la séance.

- i.* L'accueil : Un rituel d'ouverture et de bienvenue à la rencontre est suivi. Les participants sont invités à se mêler aux autres et à s'asseoir en cercle. Au milieu, un objet significatif pour l'enfant est placé comme symbole de la raison d'être de cette rencontre, mais aussi comme rappel du respect de prise de parole (le médiateur invite les participants à prendre l'objet pour être autorisés à parler). Après le mot de bienvenue, le médiateur ouvre la session en présentant l'objectif de la rencontre.
- ii.* Le partage d'information : C'est une étape au cours de laquelle les participants font connaître les préoccupations qu'ils ont par rapport à la situation (p. ex., remarques sur le développement de l'enfant, la situation familiale ou autres). Tout le monde a droit de parole et le médiateur s'assure que l'information jugée importante pour la discussion est partagée. Aussi, le médiateur demande aux participants de s'exprimer sur les besoins et les forces qu'ils trouvent prioritaires chez l'enfant et sa famille.
- iii.* Le temps de réflexion privé : Le médiateur invite les participants à se diviser en deux groupes : d'un côté le réseau familial et de l'autre le réseau de professionnels, représentants d'institutions et intervenants communautaires. Chaque groupe fait une séance de remue-méninges afin de réfléchir aux éléments de solution. Les deux réseaux reçoivent une grille qui permet la rédaction d'un plan à suggérer au groupe par la suite.
- iv.* Le partage d'un repas : Le repas offert à tout le groupe permet d'échanger de façon informelle et de rassembler les participants autour d'une assiette pour détendre l'atmosphère.
- v.* La mise en commun des objectifs : Les deux groupes exposent les objectifs en plénière et le médiateur est responsable de les rapporter et d'aider les participants à s'entendre sur un ordre de priorité.

- vi. Le partenariat : Étape au cours de laquelle les participants trouvent des solutions et des moyens, identifient les responsables de l'application du plan d'action et établissent son échéancier.
- vii. La rédaction et la distribution du plan d'action : Les solutions sont exprimées en termes d'objectifs avec un ordre de priorité. Des délais de réalisation et de révision sont prévus et les responsables de chaque engagement sont désignés. Le plan est adopté par consensus et il sera révisé quelques mois plus tard lors de la rencontre de suivi.
- viii. La clôture : Les parents ou l'enfant sont invités à clôturer la rencontre et à remercier les participants. Le plan est distribué en format papier et il sera intégré au plan des services individualisés des institutions publiques concernées.

Phase de suivi : Une rencontre de suivi (*appelée Cercle de Suivi*) se tient trois ou quatre mois après le Cercle. Elle permet de faire le point sur le degré de progression des objectifs : soit tous les objectifs sont remplis, dans ce cas le dossier est fermé; soit quelques objectifs sont atteints, dans ce cas on cherche les ressources pour pouvoir les atteindre; soit les objectifs n'ont pas pu se réaliser, dans ce cas on cherche à en comprendre les raisons et on évalue la pertinence de recadrer l'objectif. Si un signalement a été fait entre le moment de la tenue du Cercle et celui de la rencontre de suivi, on revient sur les étapes afin que le Centre Jeunesse puisse comprendre le processus entamé. Un Cercle est considéré comme complet lorsqu'un plan d'action a été convenu entre les partenaires.

Le Cercle en chiffres

- Une séance de Cercle dure en moyenne 5 heures.
- Entre novembre 2007 et novembre 2009, 49 références ont été faites pour la mise en place d'un Cercle. Soixante-cinq pour cent des situations concernaient le Centre Jeunesse de Montréal.
- Depuis novembre 2008, les Cercles de suivi ont été instaurés et sont désormais tenus de façon systématique pour chaque situation dans les mois qui suivent la séance du Cercle.

Quelles sont les particularités d'un processus de médiation comme celui du Cercle en pédiatrie sociale en communauté?

La reconnaissance des forces des familles et des enfants : dans ce type de processus de médiation, les acteurs croient aux forces des familles et des enfants ou des jeunes. On ne dirige pas l'échange, on facilite le dialogue.

Quelques leçons de notre pratique

- Il ne faut pas créer une dépendance. Le Cercle est là le temps de dénouer l'impasse.
- Il faut toujours croire aux capacités des parents, même si elles sont encore à construire.
- Il faut réussir à faire plus de cercles préventifs afin d'éviter la judiciarisation des cas.
- Il faut savoir apprivoiser les participants pour qu'ils puissent s'ouvrir et permettre d'échanger des informations afin de répondre mieux aux besoins des enfants.
- Il faut motiver les travailleurs sociaux à se spécialiser en tant que médiateur. Ils/elles sont moins menaçants et plus rassembleurs.

Compétences et aptitudes

Savoir-faire :

- Être capable de lire les besoins des enfants et de comprendre les résistances des participants.
- Être mobilisé(e) autour des forces des familles et des enfants sans préjugés.

Savoir-être :

- Avoir une ouverture d'esprit
- Être dévoué à la cause des enfants

Références

- ABA Center on Children and the Law with the Support of The EDNA McConnel Clark Foundation (1996). Family Group Conferences in Child Abuse and Neglect Cases: Learning from the experience of New Zealand. American Bar Association
- Alfodi F. (2000) Family Group Conferencing, une pratique internationale de développement des compétences des familles fondée sur le concept d'empowerment
- Birnbaum R. et Bala N. (2009). Towards the Differentiation of High Conflict Families : An Analysis of Social Science Research and Canadian Case Law. King's University College at the University of Western Ontario
- Burford G. et Hudson J. (2000). Family Group Conferencing – new directions in community-centered child and family practice, New York, Adline de Gruyter, p338
- Desmeules G. (2007). Le cercle familial sacré : un modèle de conférences familiales, sur Putting Face on Child Welfare : Voices from the Prairie. Prairie Child Welfare Consortium/Centre of Excellence for Child Welfare : pp. 161-188
- Kemp S. Whittaker J., Tracy E. (2000). Family Group Conferencing as Person-Environment Practice, in Family Group Conferencing – new directions in community centered child and family practice, New York, Adline de Gruyter, p74-85
- Piché A.M. et Trocmé N. (2011). Le Cercle de l'enfant, évaluation de la mise en place, septembre 2008- mars 2010 (période d'observation et entrevues), Centre de recherche sur l'enfance et la famille McGill University
- Pranis K. (200) Conferencing and the community, Family Group Conferencing – new directions in community centered child and family practice, New York, Adline de Gruyter, p41-48

“There are systems of informal reciprocity that take place at the microlevel of neighborhoods, commonly associated with the notion of community (Vibert, 2004, 2005). One part of such systems corresponds to the open-ended sociability that can be found in neighborhood-based networks of social links (while, of course sociability is not limited to people who live in the same neighborhood). We call this local sociability domain (...) which procures individual benefits, in particular information and social support (...) and plays a role in shaping the physical environment through providing a safe environment”.

Bernard et coll. 2007

De quoi s'agit-il?

Il s'agit de deux services mis en place au sein de la Fondation : l'Hélium et la Ruelle animée, des projets particuliers organisés en partenariat avec d'autres organisations (Tablée des chefs, Centre Épic, Vélo Québec au cours des dernières années) et des activités ponctuelles réalisées grâce à la participation de bénévoles (pêche à la mouche, nutrition, activité plein air, improvisation, etc.).

Ces services suivent une logique de sociabilité locale ('local sociability'), c'est-à-dire qu'ils visent à façonner l'environnement en procurant un lieu sécuritaire et un soutien social aux individus qui le fréquentent (Bernard et coll. 2007). Ces lieux font partie intégrante « des environnements du quartier dans lesquels les résidents peuvent obtenir de ressources qui vont modeler leur trajectoire de vie en matière de santé, ainsi que leur fonctionnement social » (Bernard et coll. 2007, p. 1839).

Les deux facteurs clé pour la mise en place de ce type de services –suivant cette logique de géographie sociale – sont l'ancrage territorial et le sentiment d'appartenance des individus. Le CPSC, faisant partie intégrante de la vie du quartier, devient une structure permettant des mécanismes de relation réciproque entre les enfants et l'équipe d'intervenants présents sur les

⁸⁰ Ce document est le résultat d'une coconstruction avec Véronique Lacroix, éducatrice spécialisée d'AED (Assistance d'enfants en difficulté), ainsi que des bilans des éducateurs sur le projet Ruelle et Hélium

lieux. Par ailleurs, ces services, du fait du nombre d'enfants et de parents qui assistent hebdomadairement (en moyenne 30 à 40 enfants), peuvent prendre le pouls du quartier et sont témoins de l'évolution du milieu, de ses difficultés et de ses besoins.

Les éducateurs sont les responsables de l'exécution des services et des activités qui se réalisent au sein des lieux et ils coordonnent les projets des partenaires (Tablé des chefs, Vélo Québec, Centre Épic).

Quels sont les objectifs?

Les éducatrices/eurs ont un accès privilégié aux enfants du fait de leur proximité. Cette position d'interface les amène à jouer un rôle central dans l'identification des enfants en situation de vulnérabilité (dépistage) et dans le modeling social (par exemple à travers une figure positive).

De façon globale, ce volet vise les objectifs généraux suivants:

- Offrir un lieu sécuritaire pour l'enfant;
- Dépister les enfants en situation de vulnérabilité;
- Offrir un soutien social avec la présence d'exemples positifs dans leur vie;
- Favoriser le développement des habiletés individuelles et sociales;
- Renforcer l'estime de soi;
- Favoriser la discipline;
- Permettre aux enfants et aux parents de se réapproprier de leur quartier (services, lieu de loisir et détente, organismes communautaires...).

De la théorie à la pratique

Les services sont offerts aux enfants âgés de 6 et 14 ans⁸¹ et sont encadrés par cinq à six éducateurs spécialisés. Voici leur description :

La ruelle animée

⁸¹ Dans la pratique, l'âge limite peut aller au-delà de 14 ans jusqu'à 20 ans

Une des recommandations de la recherche est de favoriser les relations sécurisantes et stables avec des adultes significatifs au sein de la famille mais aussi dans la communauté, en tant que moyen qui contribuera au développement sain de l'enfant (National Scientific Council on the Developing Child 2004).

La ruelle animée suit cette recommandation et s'est inspirée du projet « Parc Ressources » né à l'été 2006, au parc Kent. Ce projet est issu d'une initiative conjointe entre le CPSC de Côte-des-Neiges de la FDJ (Centre de services préventifs à l'enfance CSPE) et la table de concertation famille de Côte-des-Neiges (Isabel, 2010). L'objectif était d'animer le parc Kent, de servir de lien d'échange, d'offrir des capsules de sensibilisation en matière de santé et de faire connaître les ressources communautaires aux résidents. En 2008, le CPSC d'Hochelaga-Maisonneuve s'inspire de l'idée d'ancrage territorial de Côte-des-Neiges et décide de créer le projet Ruelle afin d'offrir aux enfants du quartier un environnement sécuritaire à l'extérieur du centre, propice au jeu et encadré par des éducateurs. L'initiative mobilise plusieurs partenaires des réseaux sociaux (voisinage, bénévoles, etc.) et institutionnels (ville de Montréal, Soverdi, Sentier Urbain, firme McKinsey, Fondation des Canadiens pour l'enfance, etc.).

Aujourd'hui, c'est un service qui se déroule tout au long de l'année dans la ruelle derrière la maison principale de CPSC d'Hochelaga-Maisonneuve et qui offre les activités suivantes selon la saison :

Saison	Déroulement
Été	10 h à 12 h : activités organisées (yoga, cuisine, visite de la bibliothèque, etc.) 12 h à 18 h : activités plus libres (improvisation, vélo, jardin botanique, etc.) Nombre d'enfants fréquentant la Ruelle en été : environ 100
Hiver	Activités ponctuelles (glissades, hockey, etc.) Nombre d'enfants fréquentant la Ruelle en hiver : entre 20 et 30

La Ruelle animée permet aux enfants d'être encadrés mais libres dans un espace extérieur. C'est aussi un endroit qui favorise un premier contact avec des enfants et des parents qui ne sont pas

suivis en clinique. Le lien de confiance aide au partage d'informations (confidences, secrets, informations et données sur leur vie dans le quartier) et crée un sentiment de fiabilité dans la relation entre l'intervenant et l'enfant/famille.

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

Enfants 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. »

L'Hélium

Une des recommandations de la recherche est d'investir dans des activités de mentorat établies au sein de la communauté afin de favoriser des relations de soutien avec des adultes significatifs. Ces activités permettront aux enfants d'apprendre à faire face à l'adversité de manière adaptative (Shonkoff et coll. 2011).

L'Hélium s'inscrit dans cette logique et offre aux enfants un lieu sécuritaire soutenant le développement des habiletés individuelles et sociales à travers des activités de mentorat⁸². Ce service est offert après l'école au sein du centre de pédiatrie sociale en communauté et se déroule dans un espace ayant comme principal lieu de rassemblement la cuisine. Il vise à créer un endroit familial dans lequel les enfants pourront se sentir en confiance et en toute liberté de s'épanouir. Tous les soirs, il y a partage d'un repas permettant un moment de rassemblement et de réponse aux besoins de base souvent non comblés.

⁸² Le mentorat étant défini comme une relation volontaire et confidentielle de soutien, d'échange et d'apprentissage dans laquelle le mentor s'investit afin de favoriser le développement optimal de l'enfant et de renforcer ses compétences personnelles.

Parmi les activités offertes 4 fois par semaine grâce à la participation de bénévoles, citons les suivantes⁸³ :

Tricot

Le projet tricot a pris son envol à l'automne 2010 et depuis, l'intérêt des jeunes ne cesse de croître. Le groupe s'agrandit, les jeunes persévèrent à mesure que leur projet se concrétise et la générosité des bénévoles permet de reconnaître les limites de chacun. L'évolution du projet a permis de passer d'une réalisation personnelle à un accomplissement collectif. Le projet permet de réaliser plusieurs objectifs comme favoriser le lien intergénérationnel, favoriser la motricité fine, développer le sentiment d'appartenance à un groupe, favoriser la réalisation de soi, la persévérance individuelle et la reconnaissance d'autrui, développer la créativité de l'enfant ainsi que sa capacité de concentration.

Photo/Vidéo

Accompagné d'un photographe professionnel et d'une bénévole de soutien, un petit groupe d'enfants a appris les connaissances et les techniques de base de la photographie, soit éclairage, réglage de l'appareil, vitesse d'exposition, cadrage et plusieurs autres. Les œuvres qu'ils ont réalisées durant l'année ont été mises en valeur lors d'un vernissage en présence de leurs familles. Le projet permet de favoriser l'accomplissement d'un projet individuel, de développer des habiletés techniques, de découvrir un métier, de développer la créativité et de développer la réalisation personnelle au sein d'un groupe.

Pêche à la mouche

Le projet pêche à la mouche a débuté il y a trois ans, grâce à la générosité de deux bénévoles pêcheurs et ponctuellement par la contribution de la Fondation de la Faune du Québec (pour la sortie de pêche). Ce projet vise à faire découvrir les joies de la pêche aux enfants du quartier et ce, en fabriquant des mouches à pêche. Cette activité développe la motricité fine, la patience et la créativité de chacun des enfants. Elle permet aussi aux enfants de vivre des moments positifs en groupe, de favoriser le sentiment d'appartenance à un groupe, de socialiser, de favoriser la réalisation de soi et la reconnaissance d'autrui. Par leur approche, les bénévoles s'ajustent aux

⁸³ D'après le bilan 2012 de l'Hélium

désirs et aux capacités de l'enfant, tout en l'incitant à créer avec le matériel offert, ou à suivre le modèle qu'ils proposent. Des pratiques de lancers avec de vraies cannes à pêche ont aussi été organisées dans un parc du quartier et ce, afin de préparer les enfants à une sortie de pêche.

Cuisine

L'atelier cuisine a de nouveau été proposé par une équipe de bénévoles désirant offrir une cuisine accessible aux jeunes du quartier. Proposant un menu basé sur des aliments accessibles et un budget limité, les bénévoles sont parvenus à offrir des activités permettant de favoriser de saines habitudes de vie, l'augmentation de l'estime de soi des enfants, la socialisation de chacun, le développement de la motricité fine et de la persévérance. Chaque enfant est retourné à la maison avec un livre des recettes préparées durant la session.

Jouez avec les couleurs

L'atelier Jouez avec les couleurs a été présenté par deux bénévoles désirant offrir aux enfants un endroit privilégié pour s'exprimer par l'art. Le pastel gras ainsi que le pastel sec furent donc utilisés afin de permettre aux jeunes de laisser libre cours à leur imagination et de tout simplement s'amuser. Parfois en création individuelle, parfois en création collective, les jeunes ont su développer leur sentiment d'appartenance au groupe, leur capacité de concentration, leur créativité et un moyen d'expression autre que le verbal.

Théâtre

Le projet théâtre a été offert par deux bénévoles désirant transmettre leur passion du jeu aux enfants. L'atelier a permis le développement d'habiletés théâtrales, le développement de leur créativité, le sentiment d'appartenance au groupe et la réalisation de chacun.

Fabrication de décors

En lien avec l'activité de théâtre, deux bénévoles nous ont proposé d'offrir des ateliers de fabrication de décors et de costumes. Ainsi, chaque semaine, la créativité était mise de l'avant et les enfants ont pu développer leurs talents artistiques tout en travaillant leur motricité fine. Il aura d'ailleurs été possible de présenter les œuvres des enfants lors du spectacle de l'atelier théâtre.

Fabrication de bijoux

Le projet de fabrication de bijoux a débuté à la suite d'un important don de billes. Un bénévole a dirigé le projet et a permis aux enfants de confectionner des bijoux pour eux ou pour offrir en cadeaux à leurs proches. Le projet a favorisé la créativité, l'imagination, l'accomplissement personnel et a encouragé le sens de partage.

Tablee des Chefs

Ayant pour mission de lutter contre la faim en nourrissant les familles dans le besoin et en développant l'autonomie alimentaire des générations futures, les organisateurs de la Tablee des Chefs proposent aux enfants des ateliers afin de les sensibiliser à une saine alimentation. À raison d'une fois par semaine, un chef a démontré aux jeunes l'importance d'utiliser des aliments frais et de concevoir des repas à faible coût.

Chindaï

L'atelier de chindaï nous a été offert par l'organisme Femmes Internationales Murs Brisés. Le chindaï est un art martial énergétique non violent qui fait appel à la volonté, à la concentration et à la rigueur dans la maîtrise de son corps et de son esprit. Il favorise également l'équilibre physique et émotionnel à l'aide de technique de respiration, de visualisations, de gestuelles et de déplacements. Bien que l'atelier fût d'abord d'un grand intérêt pour les enfants, plusieurs d'entre eux ne sont pas parvenus à poursuivre les cours et à répondre aux exigences de ce dernier.

Sculpture

Six sculpteurs ont généreusement décidé d'offrir leur temps et d'accompagner des enfants dans la réalisation de leurs sculptures. Ainsi, six enfants ont pu réaliser une œuvre et repartir avec celle-ci à la maison.

Improvisation

Au cours de la session dernière, deux bénévoles étaient présents à raison d'une fois semaine pour animer l'atelier d'improvisation. Cet atelier avait pour but de développer la créativité et

l'intérêt des enfants pour l'art de la scène. L'idée était de faire ressortir des thèmes d'actualité, de sorte que les enfants puissent se reconnaître dans les mises en situation et ainsi, travailler leurs habiletés sociales. Toujours dans l'intérêt des jeunes, les bénévoles ont même cru bon parfois laisser libre cours à l'imagination des enfants pour les thèmes. L'atelier aura eu un impact positif auprès de certains enfants qui étaient plutôt hésitants à l'idée de jouer devant public, et qui sont parvenus à trouver une aisance.

Danse

À travers l'atelier de danse, les enfants étaient appelés à développer leur coordination et l'esprit de groupe. Une dizaine de jeunes étaient au rendez-vous chaque semaine. Le bénévole initiait les jeunes aux mouvements de danse, tout en leur permettant d'user de leur créativité pour l'élaboration de la chorégraphie. Les plus grands et les plus habiles se faisaient un plaisir d'aider les plus petits en les accompagnant dans leurs apprentissages. Ce principe de parrainage a donc permis à certains enfants de créer un lien, voir une amitié, et de développer leur estime de soi.

Sports

L'activité sport se déroulait dans la Ruelle, où les jeunes pouvaient se dégourdir, tout en développant l'esprit d'équipe. Dans la ruelle, on pouvait se retrouver à jouer au hockey, au basket-ball, au ballon chasseur et à la fameuse cache-cache-tag. Ce moment était important pour les enfants, puisqu'il leur permettait d'extérioriser l'énergie contenue au cours de la journée. L'implication et la participation de l'adulte auront aidé à favoriser la création du lien avec les enfants et auront permis aux jeunes d'augmenter leur motivation.

Atelier des quatre saisons

Plus d'une dizaine d'enfants se rassemblaient autour de l'atelier des quatre saisons chaque semaine. Un vaste choix d'activités de création était offert par les deux bénévoles selon la saison. De plus, le fait de se retrouver autour d'un même projet favorisait le partage entre les enfants et adultes présents et du même coup, la création du lien entre l'enfant et l'adulte. Les jeunes ont donc pu développer leur créativité, leur motricité fine, leur niveau de concentration et leur estime de soi à travers l'atelier des quatre saisons.

Nombre de jeunes différents fréquentant les activités à la session d'hiver/printemps : 127

Nombre de présences de jeunes : 1 143

Moyenne : 23

Nombre de nouveaux suivis ayant ou non ouvert un dossier médical : 15

Nombre de bénévoles : 33

Nombre d'intervenants : 1

Nombre de jeunes différents fréquentant les activités à la session d'automne : 103

Nombre de présences de jeunes : 1399

Moyenne : 29

Nombre de nouveaux suivis ayant ou non ouvert un dossier médical : 30

Nombre de bénévoles : 33

Nombre d'intervenants : 4

Les enfants et leur famille sont recommandés par l'équipe clinique une fois que l'enfant est passé par l'évaluation et orientation; ils peuvent alors participer aux activités ouvertes dans le cas de la Ruelle animée. Les projets sont inclusifs.

Par ailleurs, il existe aussi des projets ponctuels dont les éducateurs/trices assument la coordination :

Vélo Québec	<p>Depuis cinq ans, Vélo Québec offre chaque année 20 vélos neufs à des enfants afin qu'ils puissent participer au tour de nuit de Montréal. En 2012, 80 enfants ont participé (anciens et nouveaux enfants) avec au moins 15 intervenants et bénévoles. Le projet a pour objectifs de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Favoriser la mobilité active chez les enfants,• Promouvoir de saines habitudes de vie;• Favoriser un sentiment d'accomplissement et de réussite à travers le sport;• Favoriser l'implication de la famille;• Encourager la relation parent-enfant.
Centre Épic	<p>Projet pour les enfants ayant des problèmes de surplus de poids. En moyenne 10 enfants âgés de 10 à 14 ans participent au projet pendant 10 semaines. Les activités sont guidées (spinning, course, piscine, etc.) et elles se font soit en groupe, soit de façon individuelle. L'objectif est de favoriser de saines habitudes de vie. Les intervenants participent à l'encadrement des enfants.</p>

Il faut aussi noter que du fait du lien de confiance établi, l'éducatrice principale est amenée à faire des suivis de trajectoire de vie pour certains enfants qui fréquentent ces projets. Ces suivis sont complémentaires aux services psychosociaux ou psychoéducatifs offerts pour l'enfant.

Quelles sont les particularités de ces services en pédiatrie sociale en communauté ?

Une mobilisation simple des enfants et des familles

Du fait que les projets sont ancrés dans le territoire et font partie des modes de vie des enfants et des familles (p.ex. la ruelle comme endroit où les enfants peuvent jouer), la participation est garantie.

Des activités permettant un dépistage et une référence en clinique

Les éducateurs sont en mesure d'identifier des situations-problèmes que traversent les enfants et peuvent référer des cas en clinique. Ils ne sont pas dépourvus d'options, ce qui permet de répondre aux besoins des enfants en situation de vulnérabilité.

Des endroits sécuritaires et facteurs de résilience

Les endroits sont perçus comme sécuritaires pour les enfants et l'approche centrée sur les forces permet de mettre en lumière les compétences des enfants et des familles.

Une équipe d'intervenants formés pour une pratique de proximité

Les éducateurs spécialisés de la Ruelle animée s'investissent dans la vie des enfants. C'est à travers ce travail, cas par cas, qu'ils arrivent à tisser le lien de confiance et à créer un sentiment de sécurité. Cette implication dans la vie des enfants permet de mieux connaître les difficultés, de leur redonner de l'espoir et de renforcer l'autocompétence de chacun.

Leçons à retenir

- Il faut savoir établir une relation de confiance
- Il ne faut pas se positionner comme expert
- Il faut être absent de jugement
- Il faut être proactif et entrepreneur afin de trouver des activités qui puissent répondre aux besoins des enfants

- Il faut savoir créer des partenariats avec les ressources du milieu

Compétences et aptitudes

Savoir-faire :

- Être en mesure de comprendre la situation de l'enfant
- Être en mesure de s'adapter constamment
- Être capable de référer en clinique
- Être en mesure de gérer plusieurs crises en même temps

Savoir-être

- Être à l'écoute
- Faire preuve d'un fort investissement personnel
- Avoir de l'empathie
- Dynamisme
- Charisme
- Être créatif
- Accessible
- Authentique

Références

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

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

National Scientific Council on the Developing Child (2004), Young children develop in an environment of relationships. Working paper 1. Retrieved from <http://www.developingchild.net>

Shonkoff J.P., Siegel B.S, Dobbins M.I, Earls M.F., Garner A.S., McGuiinn L., Pascoe J., et 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

“Translating advances in developmental science into effective interventions and lifelong health will require a fundamental shift in the way the general public and policy makers view and invest in early childhood (...) Examples of preventive interventions that could serve as targets for pediatrician-led advocacy campaigns include (...) investments in community based mentoring activities (eg. After-school programs, Big Brother/Big sister, Little League, gymnastics, martial arts programs) that provide supportive relationships for vulnerable children that help them learn to cope with adversity in an adaptive manner”

Shonkoff et coll. (2011)

De quoi s’agit-il?

Le service des « Grands amis » est né il y a 12 ans de la volonté de s’impliquer de manière plus personnelle auprès des jeunes des quartiers défavorisés. Il a été conçu par une bénévole qui s’est inspirée du programme des Grands frères et Grandes sœurs du Canada. Au début, le jumelage se faisait de bouche à oreille, mais au fur et à mesure que le programme progressait, il y a eu une évolution vers un programme structuré autour d’un processus de recrutement clairement défini.

Aujourd’hui, le programme est basé sur le mentorat et s’inscrit parmi l’offre de services en PSC. Les jumelages sont faits selon les intérêts des enfants et des grands amis, c’est-à-dire non seulement fondés sur les intérêts communs, mais également sur les besoins et les limites de chacun (adulte et enfant).

Le service respecte trois règles d’or du programme :

- Confiance et non consommation (le Grand ami n’est pas le Père Noël)
- Respect des valeurs, des croyances et du mode de vie
- Engagement à le long terme (minimum 1 an)

⁸⁴ Ce document est le résultat d’une co-construction avec Marie-Ève Desjardins, responsable des bénévoles et des Grands amis de la FDJ

Objectifs généraux

- Permettre à l'enfant de développer une relation saine avec un adulte autre que son parent ou sa famille.
- Favoriser le développement des aptitudes sociales (confiance, communication, acceptation et estime de soi)
- Permettre à l'enfant de se découvrir et de vivre de nouvelles expériences enrichissantes, valorisantes et singulières.
- Créer une ouverture sur le monde qui les entoure.

De la théorie à la pratique

Le programme de Grands amis suit un processus de sélection en six étapes :

Avant le jumelage (trois à six mois de préparation)

Rencontre d'information : Il n'y a pas de publicité à grand échelle pour le service; la publicité se fait à travers le réseau de la FDJ. Des rencontres dans les deux CPSC (AED et CSPE) se font avec la participation de la responsable des bénévoles et des Grands amis et d'un intervenant par centre. Dans ces rencontres, il y a une présentation générale de la FDJ, de la pédiatrie sociale en communauté, du stress toxique, des déterminants de la santé et du portrait des familles et du quartier. Par ailleurs, la responsable expose les objectifs du programme, l'implication nécessaire de la part des grands amis et les règles à suivre. À la suite de cette rencontre, les personnes intéressées communiquent avec la responsable pour faire connaître leur intérêt à participer.

Entrevue de sélection : Une entrevue de sélection est prévue avec la responsable des bénévoles et des Grands amis et un intervenant du CPSC. L'entrevue vise à connaître le parcours et les motivations de la personne. Elle consiste à savoir ce que la personne veut apporter à l'enfant et ce qu'elle attend de son expérience comme grand ami. Une mise en situation permettra de mieux comprendre les réactions de la personne dans une situation donnée, ainsi que ses limites

et ses zones de confort. À travers la discussion guidée, la responsable et l'intervenant du CPSC apprennent à connaître le mode de vie de la personne afin de mieux réfléchir sur un éventuel jumelage.

Références sociales : Si la personne est retenue, il y a une analyse des références sociales. On communique avec trois personnes de son réseau social sont contactées, ce qui permet de mieux saisir comment est la personne avec les enfants et si un éventuel jumelage serait réaliste.

Validation des antécédents judiciaires : En dernier lieu, une analyse des antécédents judiciaires est effectuée.

Le jumelage

Comme tous les autres services en pédiatrie sociale en communauté, les références au service Grands amis proviennent de l'évaluation/orientation. La référence décrit de façon générale les intérêts de l'enfant et parfois, fait une demande précise au sujet du grand ami (âge, sexe, intérêts, etc.).

Étape pré-jumelage : La responsable reçoit la référence et communique avec le grand ami identifié. Elle dresse un portrait de la famille, de la situation de l'enfant et sonde les intérêts du grand ami. Ensuite, elle communique avec la famille pour présenter le profil du grand ami. La famille est celle qui prend la décision.

Rencontre de jumelage : La responsable organise une rencontre avec l'enfant, la famille, le grand ami et l'intervenant qui suit la famille. L'objectif est d'établir un premier contact et de répondre aux questions des participants. Elle rappelle les règles et les objectifs du programme et fait signer un contrat d'engagement d'un an. À cette première rencontre, les participants fixent le premier rendez-vous (activité ou suivi par téléphone).

Les activités choisies se déroulent souvent à l'extérieur du milieu de l'enfant (maison du grand ami, parcs, chalet, etc.). La fréquence des visites est d'une fois aux deux semaines, avec des contacts ponctuels par téléphone chaque semaine.

Actuellement, la FDJ compte 140 grands amis actifs et 80 % des grands amis continuent d'avoir des contacts avec l'enfant après la première année.

Le suivi

La responsable fait un suivi mensuel pendant un an, par courriel ou par téléphone, et dresse un relevé qui comprend : l'activité faite, la fréquence des contacts, la communication entre le grand ami, la famille et l'enfant, l'évolution du lien d'amitié et toute information indispensable au dossier de l'enfant.

À la fin de chaque année, la responsable fait aussi un suivi de tous les grands amis pour savoir où ils en sont avec le jumelage et pour mettre le dossier à jour.

Quelles sont les particularités du jumelage en pédiatrie sociale en communauté?

Les grands amis, partie intégrante de l'équipe

Les grands amis trouvent une place au sein de l'équipe de la FDJ. Ils deviennent une partie importante et significative du « filet de sécurité » des enfants avec l'équipe de PSC.

Les références cliniques, source du jumelage

Du fait que la référence est clinique, le grand ami connaît à l'avance le portrait de la famille et la situation de l'enfant. Le jumelage se fait ainsi selon des objectifs clairement identifiés en évaluation/orientation, et le grand ami peut participer par la suite aux évaluations de suivi.

Un travail collectif, une valeur ajoutée du programme

La responsable est accompagnée par des intervenants lors du processus de jumelage. Ceci permet de donner une crédibilité au programme et rassure les grands amis sur l'équipe qui les soutiennent.

Leçons à retenir

- Il faut faire preuve de rigueur dans le processus de sélection pour s'assurer du bon jumelage.
- Il faut accompagner le grand ami tout au long du jumelage pour garantir la constance de sa présence et le bien-être de l'enfant.
- Il faut s'assurer d'avoir derrière une équipe clinique ayant un lien de confiance avec la famille.

Compétences et aptitudes

Savoir-faire (responsable) :

Être capable d'être un coach.

Être en mesure d'offrir des conseils.

Être en mesure de co-intervenir.

Être capable de vulgariser l'approche PSC et de mener des entrevues personnelles de fond.

Savoir-être :

Écoute

Dynamisme

Rigueur

Rassembleur

Boîte à outil

Grands frères et grandes sœurs

<http://www.bigbrothersbigsisters.ca/fr/accueil/default.aspx>

Big Brother/Big sister (US)

<http://www.bbbs.org/site/c.9iilI3NGKhK6F/b.5962335/k.BE16/Home.htm>

Mentoring: an investment worth making

<http://www.serve.gov/?q=site-page/mentoring>

Références

Shonkoff J.P., Siegel B.S, Dobbins M.I, Earls M.F., Garner A.S., McGuiinn L., Pascoe J., et 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