

Planification d'une recherche sur la valeur sociale et économique des centres de pédiatrie sociale en communauté au Québec



Programmation 2017-2019

Organismes subventionnaires de la recherche :

**Max Bell Foundation**

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à souligner l'importance du soutien de la Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants, de la Fondation Marcelle et Jean Coutu, de la Banque de Montréal, de M. Sebastian van Berkom et de Mme Ghislaine van Berkom, qui ont permis par leurs dons philanthropiques la mise sur pied de la Chaire de recherche Nicolas Steinmetz et Gilles Julien en pédiatrie sociale en communauté, et ce depuis août 2016.

Nous remercions aussi les organismes subventionnaires de la recherche impliqués dans ce projet, soit Max Bell Foundation, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

Les travaux présentés dans ce rapport n'auraient pu être réalisés sans l'implication essentielle de la Fondation Dr Julien (FDJ) et des 19 centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) rejoints par les activités de recherche. De plus, nous soulignons l'engagement des enfants, adolescents, parents, bénévoles et professionnels qui ont pris part à la collecte de données réalisée à l'hiver et au printemps 2018.

Nous présentons aujourd'hui ce premier rapport relatant les activités de recherche réalisées lors des trois premières années d'une programmation qui s'échelonne sur cinq ans (2017-2021). Celle-ci vise à développer des outils permettant de se doter de données objectives pour chiffrer l'impact social et économique des CPSC.

## **Rédactrices du rapport :**

**Delphine Collin-Vézina, PhD**

Directrice, Centre de recherche sur l'enfance et la famille  
Chaire de recherche Nicolas et Gilles Julien en pédiatrie sociale en communauté  
Professeure titulaire, École de service social et Membre associée, Département de pédiatrie  
Université McGill

**Marie-Eve Turcotte, M.Sc.**

Coordonnatrice de recherche  
Université McGill

## **ÉQUIPE DE RECHERCHE**

### **Directrice scientifique :**

Delphine Collin-Vézina, PhD, Professeure titulaire, Université McGill.

### **Co-chercheurs :**

Isabelle Daigneault, PhD, Professeure titulaire, Université de Montréal.

Tonino Esposito, PhD, Professeur agrégé, Université de Montréal.

David Rothwell, PhD, Professeur adjoint, Oregon State University.

Nico Trocmé, PhD, Professeur titulaire, Université McGill.

### **Coordonnatrice de recherche :**

Marie-Eve Turcotte, M.Sc., Université McGill.

### **Assistants de recherche :**

Mireille De La Sablonnière-Griffin, PhD, M.Sc., Université McGill.

Ekta Kumar, B.Sc., Université McGill.

Kharoll-Ann Souffrant, B.Sc., MSW, Université McGill.

Stéphanie Pelletier, B.Sc., Université McGill.

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>10</b>
Qu'est-ce que le retour social sur investissement ( <i>SROI</i> )? .....	11
Les six étapes d'une évaluation du <i>SROI</i> .....	13
Activités de recherche réalisées .....	15
<b>Activité 1 : Appréciation méthodologique du <i>SROI</i> .....</b>	<b>16</b>
Le <i>SROI</i> en tant que produit global .....	18
Les limites méthodologiques de l'évaluation du <i>SROI</i> .....	19
Les limites fondamentales et irrémédiables .....	19
Les limites inhérentes au <i>SROI</i> , « non-fatales » ou « remédiables » .....	23
En bref .....	30
Impact de ces constats pour la suite de la démarche .....	31
<b>Activité 2 : Revue systématique de la littérature .....</b>	<b>32</b>
Sommaire de la démarche et objectifs .....	32
Méthodologie .....	32
La réalisation d'une première revue de littérature exploratoire .....	32
Réalisation d'une revue systématique de la littérature .....	33
Résultats descriptifs : portrait des publications recensées .....	34
Publications traitant du <i>SROI</i> ou de méthodes évaluatives connexes (n=98) .....	36
Études de cas en santé publique (n=21) .....	38
Analyse de la qualité scientifique des études de cas publiées entre 2015 et 2017 .....	40
Description de la structure de l'instrument original .....	41
Description de la nature des modifications apportées .....	42
Description de la structure de l'instrument remanié .....	45

Résultats obtenus .....	47
Comparaison des résultats avec les données de la littérature scientifique.....	50
Principaux constats des activités 1 et 2 : impacts pour la suite de la démarche.....	54
Vers une application du <i>SROI</i> adaptée au contexte évaluatif .....	55
Le choix d'une méthode évaluative qui correspond aux besoins de la FDJ .....	62
<b>Activité 3 : Consultation des parties prenantes .....</b>	<b>65</b>
Phase 1 : Consultations initiales auprès de cinq groupes de parties prenantes .....	65
A- Consultations avec le comité avisé – septembre 2017 à janvier 2018 .....	66
B- Consultation organisée lors de la Guignolée de la FDJ – décembre 2017.....	67
C- Visites de CPSC québécois – janvier 2018 à mai 2018.....	68
D- Entrevues avec les enfants et les familles – février 2018 à avril 2018 .....	69
E- Groupe de discussion avec des bénévoles – avril 2018 .....	70
Résultats des activités de consultation réalisées en phase 1 .....	71
Quelles sont les attentes des partenaires, quels sont les enjeux d'implantation à anticiper, qui seront les groupes de parties prenantes consultés et quel sera le champ d'application de l'évaluation?.....	71
Quels sont les impacts perçus de la pédiatrie sociale en communauté? .....	73
Phase 2 : Activité de consultation supplémentaire.....	161
<b>Vers la mise en place d'une évaluation coût-bénéfice 2020-2022.....</b>	<b>175</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>177</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>180</b>
A) Publications discutant du <i>SROI</i> ou de méthodes évaluatives connexes (n=98) ....	181
B) Références : études de cas (santé publique) (n=21) .....	188
C) Revue systématique : Graphique PRISMA .....	190

D) Grille d'analyse de la qualité scientifique des études de cas fondées sur le <i>SROI</i> (Adaptation de Krelv et al., 2013).....	192
E) Guide d'entrevue – enfants, adolescents et familles .....	202
F) Questionnaires socio-démographiques – enfants, adolescents et familles .....	203
G) Guide d'entrevue – Groupe de discussion avec les bénévoles.....	205
H) Tentative de modélisation exhaustive des chaînes d'impacts de la pédiatrie sociale en communauté .....	206
I) Liste des impacts perçus de la pédiatrie sociale en communauté répertoriés par catégories.....	207
J) Tableaux de résultats de l'activité de consultation supplémentaire – ventilation par catégories d'impacts.....	220

## Index des figures

Figure 1 : Les étapes de l'évaluation du SROI. ....	13
Figure 2 : Provenance des publications - Modèles SROI, perspectives critiques et comparatives. ....	37
Figure 3 : Années de publication – Modèles SROI, perspectives critiques et comparatives. ....	37
Figure 4 : Provenance des publications – études de cas en santé publique.....	38
Figure 5 : Années de publication – Études de cas en santé publique. ....	39
Figure 6 : Répartition des parties prenantes à la pédiatrie sociale en communauté consultées. ....	65
Figure 7 : Échéancier des activités de consultation.....	66
Figure 8 : Questions de recherche ayant structuré les premières consultations avec les parties prenantes. ....	71
Figure 9 : Nuage de mots – Quel est l'impact le plus important de la pédiatrie sociale en communauté? .....	74
Figure 10 : Les différentes catégories d'impact rapportés.....	163
Figure 11 : Activité de consultation réalisée le 25 mai 2018 à l'École d'été de la FDJ .....	164
Figure 12 : Ordonnancement des catégories d'impacts.....	166
Figure 13 : Rang 1 - Santé psychologique. ....	167
Figure 14 : Rang 2 - Santé physique. ....	169
Figure 15 : Rang 4 - Relations et dispositions interpersonnelles. ....	171
Figure 16 : Rang 5 – Iniquités sociales. ....	174

## Index des tableaux

Tableau 1 : Grille d'analyse initiale de Krelv et al. (2013).....	42
Tableau 2: Pourcentage d'atteinte des critères de la grilles de Krlev et al. (2013) ...	49
Tableau 3 : Évaluation coût-bénéfice classique ou évaluation du SROI axée sur l'utilisation?.....	61
Tableau 4 : Perspective transversale sur la santé physique .....	81
Tableau 5 : Perspective transversale sur la santé psychologique.....	90
Tableau 6 : Perspective transversale sur les relations et les dispositions interpersonnelles.....	100
Tableau 7 : Perspective transversale sur la maltraitance et la protection des enfants .....	104
Tableau 8 : Perspective transversale sur les trajectoires de services .....	123
Tableau 9 : Perspective transversale sur les trajectoires scolaires et les dispositions à l'apprentissage.....	133
Tableau 10 : Perspective transversale sur les trajectoires professionnelles .....	136
Tableau 11 : Perspective transversale sur l'épanouissement personnel.....	143
Tableau 12 : Perspective transversale sur les iniquités sociales .....	151
Tableau 13 : Perspective transversale sur les impacts communautaires.....	155
Tableau 14 : Perspective transversale sur les pratiques et le réseau de services ....	160

## Liste des abréviations

CAF	<i>Charities Aid Foundation</i>
CLIPP	Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales
CPSC	Centre(s) de pédiatrie sociale en communauté
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines
<i>FCSS</i>	<i>Family and Community Support Services Association of Alberta</i>
FDJ	Fondation Dr Julien
<i>PSROI</i>	<i>Participatory Social Return on Investment</i>
<i>ROI</i>	<i>Return on Investment</i>
<i>SRA</i>	<i>Social Return Assessment</i>
<i>SROI</i>	Retour social sur investissement ( <i>Social Return on Investment</i> )
<i>SVI</i>	<i>Social Value International</i>

## **Introduction**

La Chaire de recherche Nicolas Steinmetz et Gilles Julien en pédiatrie sociale en communauté (ci-après nommée : la Chaire) a été inaugurée au printemps 2016. Elle a pour finalité de contribuer à une meilleure compréhension des défis et enjeux qui touchent les enfants et les adolescents rejoints par les centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) et des facteurs sociaux qui influencent leur santé et leur bien-être. De façon plus générale, la Chaire vise aussi à produire, à partir des résultats de ses recherches, des réflexions critiques à propos des pratiques d'intervention et des politiques sociales destinées aux enfants et adolescents en situation de vulnérabilité économique et sociale.

Ces enfants, ainsi que leur famille, présentent des besoins importants auxquels les CPSC veulent répondre efficacement. La portée des CPSC se veut tant individuelle, i.e. ayant des impacts directs dans la vie des familles rejoints, que collective, soit visant la modification des conditions structurelles à l'origine des inégalités sociales de santé et de droits des enfants. Le profil de chaque famille rejointe est unique et se dessine notamment à la lumière du contexte familial, communautaire et social les entourant. L'aspect adapté du modèle aux besoins spécifiques de chaque famille, couplée à son aspect holistique, rend la pédiatrie sociale en communauté particulièrement difficile à modéliser. En d'autres termes, ce type d'intervention présente une complexité importante, qui doit être prise en compte par toute forme de recherche évaluative dont elle fait l'objet.

C'est à partir de ces constats que le développement de la programmation de recherche initiale de la Chaire a été réalisé entre août 2016 et mars 2017, dans un cadre hautement collaboratif, conjointement avec Delphine Collin-Vézina, titulaire de la Chaire, et la Direction générale de la Fondation Dr Julien (FDJ). La FDJ souhaitait alors s'investir dans la recherche de méthodes d'évaluation économiques novatrices et sensibles à l'ensemble des retombées attendues de la pédiatrie sociale en

communauté. L'issue de ce processus de réflexion initial, mené conjointement par des praticiens de la pédiatrie sociale en communauté et des chercheurs universitaires, a permis de cibler le retour social sur investissement (*SROI*) en tant que piste intéressante à explorer dans le cadre des premiers projets de recherche à la Chaire.

### **Qu'est-ce que le retour social sur investissement (*SROI*)?**

La méthodologie du *SROI* (*social return on investment*) a été introduite en 1996 par le *Roberts Enterprise Development Fund* et a connu plusieurs refontes depuis (Banke-Thomas, Madaj, Charles, & van den Broek, 2015; J. Nicholls, 2017). Le *SROI* est le plus souvent décrit comme un dérivé de l'évaluation coût-bénéfice, parce c'est en alternative à cette méthode qu'il a été initialement développé. Toutefois, ses versions contemporaines s'appuient également sur des fondements méthodologiques empruntés à la comptabilité financière (*financial accounting*) et à la comptabilité durable (*sustainability accounting*) (J. Nicholls, 2017). Malgré ces aspects empruntés à d'autres méthodes, le *SROI* conserve tout de même une identité qui lui est propre dans le champ évaluatif.

*Une méthode qui prend en compte des impacts sociaux intangibles.* L'évaluation du *SROI* permet d'apprécier les retours sociaux de l'intervention (Krlev, Münscher, & Mülbert, 2013). Les retours sociaux renvoient à des impacts intangibles, tels qu'un sentiment accru d'estime de soi et d'indépendance personnelle ainsi que l'amélioration des connaissances et des niveaux de compétence. À titre d'exemple, il peut être question de l'effet d'un groupe de soutien entre parents sur le niveau de stress parental ou encore de l'effet d'un programme de préparation à la vie autonome sur la mise en projet et la prise de confiance en l'avenir d'adolescents. Elle diffère en ce sens de l'évaluation coût-bénéfice, qui porte uniquement sur les retours socio-économiques de l'intervention (Krlev et al., 2013). Les retours socio-économiques sont des économies réalisées par l'État, par l'évitement de transferts publics (par exemple aux chômeurs), une augmentation du revenu personnel et des recettes fiscales par la consommation. Cela peut inclure, par exemple, une augmentation de

revenus pour les commerçants locaux résultant d'initiatives de lutte contre la pauvreté qui améliorent le statut socio-économique d'une population donnée, des économies liées à des frais de services publics qui n'ont pas à être dispensés quand une intervention prévient le placement des enfants pour des motifs de protection ou encore des économies réalisées en matière de surveillance policière des quartiers lorsqu'un programme de prévention permet de diminuer le taux de criminalité.

***Une méthode « ascendante » qui se place au service de l'investisseur.*** Le *SROI* se place traditionnellement au service de l'investisseur et non spécifiquement de l'administrateur public, et, de ce fait, permet plus de flexibilité dans le choix des impacts qui seront monétarisés à l'issue de la démarche évaluative (Cooney, 2017). Cette particularité permet de représenter la valeur sociale d'un programme ou d'une intervention suivant une perspective éclairée par « ce qui compte », dans une situation locale et bien définie. L'évaluation coût-bénéfice est plutôt réalisée dans une perspective de comptabilité sociale. Les retombées des interventions évaluées renvoient à des gains de bien-être collectif (Cooney, 2017). Cette approche invite donc à considérer les retombées de l'intervention pour l'ensemble de la collectivité et non spécifiquement pour des groupes de personnes en particulier. L'évaluation du *SROI* repose donc d'emblée sur un processus consultatif étendu auprès des parties prenantes à l'intervention (Cooney, 2017) et s'inscrit dans une logique ascendante (*bottom-up*), tandis que l'évaluation coût-bénéfice et la comptabilité financière répondent habituellement à une logique descendante (*top-down*).

## Les six étapes d'une évaluation du SROI

L'évaluation du SROI comprend typiquement 6 étapes (J Nicholls, Lawlor, Neitzert, & Goodspeed, 2009, 2011), représentées dans la figure suivante.

Figure 1 : Les étapes de l'évaluation du SROI.



Source : (J Nicholls et al., 2009, 2011).

(1) La première étape correspond à la définition du champ d'application et à l'identification des parties prenantes. Il importe alors de délimiter clairement le champ d'analyse, les personnes impliquées dans le processus évaluatif et la façon dont elles le seront (J Nicholls et al., 2009, 2011).

(2) La seconde étape du processus est celle de l'explicitation du changement. De concert avec les parties prenantes, cette étape prévoit la création d'une carte des impacts, soit un modèle logique qui doit mettre en évidence la relation entre les contributions (*inputs*), réalisations (*outputs*) et les résultats (*outcomes*) (J Nicholls

et al., 2009, 2011). Cette activité implique, d'une part, que chacun des sites à partir desquels les services feront éventuellement l'objet d'une évaluation du *SROI* brosent le portrait des contributions (*inputs*) et des mécanismes par lesquels l'intervention s'actualise dans leur milieu (*outputs*). D'autre part, elle implique de dresser la liste des impacts attendus de l'intervention et d'articuler ces impacts en chaînes, dans une séquence temporelle.

(3) La troisième étape de l'évaluation du *SROI* est celle de l'attestation des résultats et de l'attribution de valeurs correspondantes. Cela implique une prise de mesure pouvant être réalisée de différentes façons, selon les impacts retenus à l'issue des consultations de l'étape 2. Une évaluation des effets de l'intervention en temps réel est souvent nécessaire, mais il est aussi possible de colliger des données à partir de bases de données existantes dans la mesure où elles sont disponibles et suffisamment fiables.

(4) La quatrième étape revient à déterminer l'impact net. « *Après avoir démontré et monétarisé les résultats, on neutralise tous les changements dont la source est extérieure à l'activité* » (J Nicholls et al., 2009, 2011)(p.9). Cette étape permet par conséquent d'optimiser la validité scientifique de l'évaluation.

(5) La cinquième étape est celle du calcul du *SROI*. « *Cette étape consiste à additionner tous les bénéfiques, à en déduire les effets négatifs et à comparer résultat et investissement. C'est aussi le moment où l'on peut recourir à des analyses de sensibilité.* » (J Nicholls et al., 2009, 2011)(p.9). Des analyses de sensibilité sont alors utilisées pour minimiser le potentiel de surestimation du ratio de valeur sociale monétarisée.

(6) La sixième et dernière étape vise à rendre compte, utiliser et intégrer les résultats de l'évaluation du *SROI*. « *Cette dernière étape est essentielle et consiste à partager les conclusions du SROI avec les parties prenantes, à répondre à leurs éventuelles questions, à vérifier l'information, et à créer les bases nécessaires à une évaluation*

*régulière.* » (J Nicholls et al., 2009, 2011)(p.9). Cette étape est réalisée en conformité avec les principes de la recherche collaborative, qui vise notamment à générer des connaissances à la fois significatives et utilisables par les milieux de pratique.

### **Activités de recherche réalisées**

Trois activités de recherche ont été menées depuis avril 2017, avec pour finalités de mieux comprendre l'adaptabilité des modèles du *SROI* à l'évaluation de CPSC et d'entamer le processus réflexif menant au choix d'un modèle évaluatif à la fois adéquat pour la pédiatrie sociale en communauté et présentant un bon niveau de qualité scientifique :

- 1) Une appréciation méthodologique du *SROI* a été menée, afin de mettre en valeur les principales forces et limites méthodologiques de ce type d'évaluation.
- 2) Une revue de littérature systématique des études de cas fondées sur le *SROI* et applicables au domaine de la santé publique a également été réalisée. Cette activité avait pour objectif de faire une analyse de la qualité scientifique des études recensées et de déterminer ensuite quels critères de qualité seraient retenus pour la suite de la démarche évaluative. Les publications retenues ont été publiées entre janvier 1996 et janvier 2018. Le processus de recherche documentaire est présenté dans ce rapport, avec les listes complètes de références disponibles en annexe.
- 3) Les premières étapes d'une évaluation du *SROI* applicable aux CPSC ont été entamées. Les modèles du *SROI* décrits dans la littérature scientifique ont tous en commun de prévoir une phase de consultation initiale avec les parties prenantes. Un vaste processus de consultation a donc été mené entre septembre 2017 et mai 2018. Cette démarche a permis de débiter une carte

des impacts<sup>1</sup> de la pédiatrie sociale en communauté, à partir de la prise en compte des perspectives des enfants et de leurs familles, des professionnels et gestionnaires de CPSC, de bénévoles de CPSC, d'experts de la pédiatrie sociale en communauté et de représentants de la population générale.

L'ensemble de la démarche sera présentée dans ce rapport afin de rapporter les éléments-clés de ce processus d'analyse et de réflexions qui a permis de statuer, en décembre 2019, sur la méthodologie à privilégier dans le cadre d'un projet évaluatif de grande envergure qui débutera en 2020.

### **Activité 1 : Appréciation méthodologique du *SROI***

La mesure de l'impact des programmes sociaux se pose comme une préoccupation importante aux yeux des administrateurs publics et des gestionnaires de services. Dans un contexte où le financement public est limité (Brousselle, Benmarhnia, & Benhadj, 2016), la démonstration du rendement des interventions est désormais une condition nécessaire à l'allocation de ressources (Banke-Thomas et al., 2015). Plus d'une centaine de méthodes d'évaluation de l'impact social ont été développées pour rencontrer cet impératif (Stievenart & Pache, 2014). Ces méthodes s'organisent en quatre types, soit les évaluations permettant d'explicitier le changement (analogues à l'analyse logique), par indicateurs (correspondant aux processus continus d'information de gestion en place dans les organismes et établissements du réseau de la santé et des services sociaux), avec groupes de comparaison (aussi appelées « évaluations d'impact ») et permettant de monétariser les impacts (qui s'intéressent à la valeur économique d'un projet social) (Stievenart & Pache, 2014). Le *SROI* appartient à cette dernière catégorie.

---

1 La carte des impacts est un élément central de l'analyse *SROI*. Il s'agit d'une représentation du lien entre les contributions, la réalisation et les résultats. C'est « *l'histoire qui raconte comment (...) l'intervention change le monde* ». (J Nicholls et al., 2009, 2011)(p.21).

Introduit en 1996 par le *Roberts Enterprise Development Fund* et ayant connu plusieurs refontes depuis (Banke-Thomas et al., 2015), le *SROI* s'est graduellement imposé comme une approche préférentielle à l'échelle internationale (Millar & Hall, 2013), avant tout parce qu'il permet de communiquer efficacement l'impact social et économique d'interventions (Maier, Schober, Simsa, & Millner, 2015) dont la complexité échappe aux analyses économiques traditionnelles (Leck, Upton, & Evans, 2016). L'évaluation du *SROI* s'inspire entre autres de l'évaluation coût-bénéfice et a été développée pour combler des lacunes observables dans des contextes d'application particuliers, notamment les interventions complexes analogues à la pédiatrie sociale en communauté et qui recèlent une valeur sociale importante mais difficile à quantifier par d'autres méthodes (Millar & Hall, 2013; Stievenart & Pache, 2014).

Le *SROI* implique un changement de paradigme, envisageant les politiques sociales comme des vecteurs de productivité sociale plutôt que comme des freins au développement économique (Adamson & Brennan, 2014). Il permet de mesurer la valeur des bénéfices sociaux produits et de les mettre en relation avec leur coût de production (Millar & Hall, 2013), produisant un ratio de valeur sociale monétarisée. Il s'agit, en d'autres termes, de « *recourir à la monnaie comme unité de mesure commune pour comparer et agréger des éléments de nature différente* » (Stievenart & Pache, 2014) (p.88). Par exemple, un ratio de 3 pour 1 indique qu'un investissement de 1\$ produit une valeur économique et sociale équivalente à 3\$.

L'évaluation du *SROI* sollicite typiquement l'implication active des parties prenantes, qui comprennent les personnes impactées par l'intervention, ainsi que celles qui ont contribué à sa mise en œuvre (Social Value International (SVI), 2018). Les bénéfices qui sont inclus dans le calcul du ratio sont déterminés à l'issue d'une démarche consultative, créant ainsi une représentation de la valeur éclairée par « *ce qui compte* » pour eux (J Nicholls et al., 2009, 2011) (p.61).

## **Le SROI en tant que produit global**

L'évaluation du *SROI* est désormais devenue un produit global; 24 réseaux répartis sur cinq continents sont associés à l'organisme-phare [\*Social Value International\*](#). Selon leur stade d'évolution, ces réseaux s'organisent en comités de travail ou, de manière plus élaborée, en communautés de pratique. Ils visent à consolider l'expertise autour des méthodologies du *SROI*. Parmi eux, on compte l'organisme [\*Social Value Canada\*](#), qui, en plus de mettre en lien des réseaux d'experts, offre de la formation et organise des activités de diffusion des connaissances au profit du développement et du rayonnement du *SROI* en sol canadien.

Un projet de recherche pancanadien récemment financé par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) a permis la [\*réalisation d'une série d'études de cas réalisées au moyen du SROI\*](#), appliquée à des interventions visant l'insertion sociale et professionnelle (Salathé-Beaulieu, Bouchard, Gruet, Kimvi, & Léonard, 2017). Également, la ville de Calgary se distingue par la mise sur pied de plusieurs initiatives de promotion du *SROI*, à partir du *Family and Community Support Services Association of Alberta*, un partenariat entre la province de l'Alberta et les communautés locales (Family and Community Support Services (FCSS), 2016). Ce partenariat a donné lieu à 13 études de cas portant sur des services diversifiés, tels qu'une ressource d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale, un organisme de justice alternative jeunesse, un centre d'aide aux aînés, un programme de services aux familles et un centre d'intervention de crise pour les personnes présentant de la détresse psychologique.

Au Québec, le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), devenu [\*Humanov.is\*](#) en 2020, développe depuis 2014 une expertise pour accompagner les entreprises sociales et les organismes communautaires dans la mise en œuvre d'évaluations du *SROI* (Salathé-Beaulieu et al., 2017). De plus, depuis 2016, Humanov.is travaille à l'élaboration d'un outil web d'analyse de la valeur sociale des interventions. « *Cet outil permettra aux porteurs des projets à valeur sociale de mesurer, d'améliorer ou de démontrer la valeur sociale de leurs interventions.* »

(Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), 2018). Il vise une utilisation plus facile et accessible d'un ensemble de méthodes correspondant à une approche particulière du *SROI*. Au titre des contributions possibles, la démarche pourrait permettre la création d'un outil de calcul « clé en main » et de proxys financiers communs, standardisés et adaptés au contexte québécois.

### **Les limites méthodologiques de l'évaluation du *SROI***

Les modèles du *SROI* comportent des limites méthodologiques qui ont largement été documentées dans la littérature scientifique. Celles-ci se déclinent en trois registres (Maier et al., 2015) :

- 1) Les limites fondamentales et irrémédiables ;
- 2) Les limites irrémédiables mais « *non fatales* » (Salathé-Beaulieu et al., 2017) (p.5), soit qui ne devraient pas conduire à abandonner l'usage du *SROI*;
- 3) Les problèmes techniques auxquels il sera éventuellement possible de remédier à mesure que le *SROI* mature.

Il est important de spécifier que ces limites ne sont pour la plupart pas exclusives au *SROI* et peuvent aussi s'appliquer à d'autres méthodes d'évaluation de la valeur sociale ou encore, selon le cas, aux méthodes d'évaluation économique traditionnelles, telles que l'évaluation coût-bénéfice (Maier et al., 2015).

#### Les limites fondamentales et irrémédiables

Suivant une approche sociologique critique, certains aspects du *SROI* représentent des limites si importantes qu'elles devraient conduire à cesser son utilisation. Cette posture met en garde contre l'utilisation des méthodes évaluatives essentiellement à des fins de gestion des programmes publics, dans une optique désincarnée de ce qui devrait être leur finalité première, soit produire des retombées sociales pertinentes.

*Le SROI : une mesure de la valeur ou une valorisation de la mesure?*

L'une des critiques fondamentales adressée au *SROI* et à d'autres méthodes d'évaluation économique est de souscrire à une approche qui place les experts et leurs méthodes au centre des processus de prise de décision et de planification stratégique entourant le financement des programmes publics. Suivant cette perspective que Maier et al. (2015) qualifient d'« *interprétative-sociologique* » (p.1816) la mise en équation économique du social a pour effet de contribuer à servir l'investisseur et non précisément la société :

*« Reste la question fondamentale de la mise en équation économique du social : faut-il vraiment confier aux économistes et aux financiers le soin de mesurer le social, et au marché, la responsabilité d'ajuster les décisions d'investissement social ? (...) L'impact social, entendu comme « effet social positif et mesurable » (Commission européenne, 2013b), repose, comme toute norme, sur un principe : aucun investissement dans le social ne serait justifié s'il n'est pas appuyé par une « compensation » sociale du « coût pour l'investisseur ». En ce sens, il traduit une représentation du monde où la règle demeure la recherche du profit pour l'investisseur au regard du risque qu'il prend. La production d'impact social se place à son service, et non à celui de la société. » (Alix, 2015)(p. 114)*

Les administrations publiques se défendent pourtant d'exercer un contrôle social sans égards pour le bien-être collectif. La scission entre l'investisseur et la population n'apparaît dès lors plus aussi clairement. L'utilitarisme implique que les actions à privilégier soient celles qui maximisent le potentiel d'utilité (Maier et al., 2015). Du point de vue des administrations publiques, cela se traduit par la recherche du plus grand bénéfice pour le plus grand nombre de personnes (Salathé-Beaulieu et al., 2017). La principale fonction de l'évaluation d'impact social est alors de soutenir l'exercice de la « *responsabilité populationnelle* » (Jobin et al., 2011; Laplante, Arsenault, & Bonnier-Viger, 2014). Cette notion renvoie à l'intention de « *transformer une entreprise de services, centrée sur les besoins de ses clients, en une entreprise qui vise aussi la production de santé et de bien-être, centrée sur les besoins de la population de son territoire.* » (Laplante et al., 2014). En d'autres termes, même si des interventions répondent à des besoins réels et défendus par des associations

professionnelles et des groupes de citoyens, elles ne feront pas nécessairement l'objet d'un financement par l'État. Encore faut-il démontrer qu'il s'agisse de besoins qui concernent une proportion suffisante de la population et que l'intervention entraîne des retombées sociales importantes qui répondent aux priorités gouvernementales. Les administrateurs publics ont alors besoin de se doter d'outils pour évaluer les coûts associés aux différentes options envisagées, ainsi que la valeur monétaire des retombées sociales produites, d'où leur intérêt pour l'évaluation économique des programmes et interventions.

Il n'en reste pas moins que l'évaluation du *SROI*, malgré qu'elle soit souvent associée à un mouvement innovant et contre-culture, peut être critiquée en tant qu'outil qui contribue dans la pratique à instrumentaliser la mesure des impacts, au même titre que d'autres méthodes évaluatives traditionnelles. Le *SROI* réduit la complexité en communicant la valeur de façon relativement simpliste (Maier et al., 2015). Il s'inscrit plus souvent qu'autrement dans la mouvance des méthodes d'évaluation utilisées essentiellement pour monnayer « *ce qui fonctionne* » (*what works*), suivant une logique de gestion axée sur les résultats (Besançon & Chochoy, 2019). La démarche évaluative se déploie alors sans égards particuliers pour les impératifs idéologiques qui devraient justifier l'existence des programmes et les interventions (Maier et al., 2015). On est donc en droit de se demander si « *l'évaluation du SROI est une mesure de la valeur, ou plutôt une valorisation de la mesure?* »<sup>2</sup> (Luke, Barraket, & Eversole, 2013).

Or, la gestion axée sur les résultats (Besançon & Chochoy, 2019), qui constitue un modèle largement admis actuellement en santé publique, est résolument transformatrice. Les porteurs d'interventions à composante sociale, qui produisent des impacts bien réels quoique plus difficiles à mesurer, peuvent être désavantagés financièrement au profit d'interventions dont les impacts sont plus facilement mesurables et monnayables (Brousselle et al., 2016). La gestion axée sur les résultats

---

<sup>2</sup> Traduction libre.

peut en conséquence mettre une pression importante sur les professionnels en charge de la mise en œuvre d'interventions complexes, de sorte à les inciter à concentrer leurs efforts à produire du changement là où il est précisément mesurable (Cooney, 2017).

De surcroît, du point de vue des parties prenantes, transposer des impacts sociaux en valeur monétaire ne fait pas toujours sens et peut ne pas correspondre aux valeurs des organisations qui offrent ces interventions (Millar & Hall, 2013). Il est entendu que la valeur sociale, soit la « *quantification de l'importance relative que les gens attribuent aux changements qu'ils vivent dans leur vie* » (Social Value International (SVI), 2017), demeure en grande partie insaisissable, même si le *SROI* tente au mieux de la prendre en compte. Elle s'établit effectivement difficilement en référence aux prix du marché. Des études de cas ont d'ailleurs démontré que les organisations valorisent souvent l'expérience qualitative et les savoirs tacites (Millar & Hall, 2013), et ce avant l'évaluation quantitative des bénéfices générés.

#### *Déconstruire l'idéal de commensurabilité : le SROI en tant que métaphore de l'impact*

La commensurabilité renvoie à l'action de comparer différentes entités en fonction d'une mesure commune (Maier et al., 2015). En ce qui concerne le *SROI*, cette unité de base est représentée par la valeur monétaire. Ainsi, l'ensemble des impacts sociaux sont monétarisés et agrégés dans le calcul d'un ratio afin d'attester de la valeur d'une intervention. La critique de la commensurabilité, telle que relevée par Maier et al. (2015), ne concerne pas spécifiquement le raffinement, possible au plan technique, des stratégies par lesquelles ce processus de monétarisation peut s'effectuer. Elle questionne plutôt le bien-fondé du *SROI* en tant qu'approche essentiellement interprétative, mais qui donne l'illusion de produire une représentation exacte de la réalité. Alors que le choix des indicateurs à inclure dans le ratio, l'attribution d'une valeur monétaire symbolique à des impacts intangibles et l'attribution d'un poids relatif à chaque impact implique nécessairement un travail interprétatif, le *SROI* devrait toujours être perçu comme une simple métaphore de l'impact. Or, dans les

faits, la valeur monétaire résiste à être interprétée comme une valeur symbolique, car il s'agit d'un concept quantitatif en essence. Il y a donc effectivement lieu de se questionner à propos des instrumentalisation possibles du *SROI*, rendues possibles en raison de cette confusion qui persiste malgré les mises en garde répétées des experts de la méthode.

*“SROI offers the illusion of precision, with careful calculation of valuations, counterfactual deductions and discount rates, but ultimately delivers only a metaphor of impact, not an exact measure.” (Cooney, 2017)(p.113).*

Les limites inhérentes au *SROI*, « non-fatales » ou « remédiables »

Il est aussi possible d'adopter une autre perspective sur le *SROI*, qui reconnaît l'existence de limites méthodologiques importantes, mais qui ne conduisent pas à abandonner son utilisation pour autant (Maier et al., 2015). Plusieurs articles scientifiques récents discutent effectivement des questions prioritaires à résoudre par les experts issus des communautés de pratique et des milieux universitaires, afin d'assurer un raffinement méthodologique du *SROI* dans les années à venir (Hutchinson, Berndt, Gilbert-Hunt, George, & Ratcliffe, 2018; J. Nicholls, 2017; Ruff & Olsen, 2018). Les limites méthodologiques constatées peuvent être qualifiées de « non-fatales ». Elles sont alors tolérées, mais leur existence devrait conduire à des interprétations prudentes du ratio de valeur sociale monétarisée, ou encore une utilisation du *SROI* seulement dans certains contextes. La lecture des limites méthodologiques du *SROI* peut aussi se faire dans une perspective technico-instrumentale (Maier et al., 2015), qui suggère qu'il soit possible éventuellement de les enrayer. Elles sont alors davantage perçues comme « remédiables ». Les tenants de ces deux approches ont certes des perspectives différentes, mais partagent la même volonté de consolider le *SROI* au plan méthodologique.

Les limites méthodologiques que nous avons pu relever dans la littérature scientifique récente concernent principalement : (1) le défi que représente la mesure

contrefactuelle; (2) le faible potentiel de comparabilité et de généralisation des produits du *SROI*, (3) l'absence d'une base normative consensuelle pour interpréter adéquatement la signification du ratio, (4) la tendance actuelle du *SROI* à perpétuer les iniquités sociales et (5) l'échec relatif des stratégies actuelles de standardisation des évaluations du *SROI*.

#### *Le défi que représente la mesure contrefactuelle*

La mesure contrefactuelle demeurera toujours une estimation comprenant une marge d'erreur importante. Il est difficile d'isoler les effets d'une intervention à portée sociale et de déterminer avec précision ce qui serait survenu en son absence (Banke-Thomas et al., 2015; Moody, Littlepage, & Paydar, 2015). Pour atténuer ce problème, des analyses de sensibilité ont été développées et sont largement appliquées dans les évaluations du *SROI*. Ces analyses permettent de s'assurer que les valeurs attribuées aux indicateurs d'effets et au ratio de valeur sociale monétarisée ne sont pas surestimées. Elles comportent typiquement quatre techniques, soit la prise en compte du poids mort (*deadweight*), du déplacement (*displacement*), aussi appelé impact net (*net benefit*), de l'attribution (*attribution*) et de la diminution (*diminution*) (Charities Aid Foundation (CAF) Russia, 2015; J Nicholls et al., 2009, 2011). Ces techniques amenuisent, mais ne réduisent pas complètement le risque de surestimation du ratio. Malgré ces efforts déployés pour maximiser la qualité scientifique des évaluations du *SROI*, Fujiwara (2015) constate que les méthodes statistiques d'inférence de la causalité sont fondamentalement problématiques dans le *SROI*. Il explique que l'approche suggérée pour l'analyse des groupes contrôle se traduit inmanquablement par de mauvaises estimations de la causalité, parce que le plus souvent, aucune tentative n'est faite pour contrôler les différences initiales entre le groupe à l'étude et le groupe contrôle. Cela conduit conséquemment à des biais de sélection rendent l'évaluation inutilisable au final. Des améliorations seraient donc requises en ce sens et cette question importante devrait retenir l'attention des communautés de pratiques dédiées au développement du *SROI*.

### *Le faible potentiel de comparabilité et de généralisation des produits du SROI*

Il a été relevé dans la littérature scientifique que le potentiel de généralisation des évaluations du *SROI* demeure relativement faible, et que les ratios de valeur sociale monétarisée sont difficilement comparables entre les interventions, incluant les interventions de même nature (Banke-Thomas et al., 2015). Les effets des interventions à composante sociale sont toujours médiés par des éléments de contexte connus des évaluateurs, ainsi que par d'autres qu'ils ne connaissent pas et qui échappent de ce fait à la mesure.

*« [Les changements individuels et sociaux générés par une entreprise sociale] (...) sont par nature hétérogènes, la plupart du temps non monétaires, intangibles et influencés par de multiples facteurs, parfois indépendants de l'entreprise sociale. » (Stievenart & Pache, 2014) (p.77)*

En d'autres termes, ces interventions sont complexes et difficiles à évaluer (Millar & Hall, 2013; Stievenart & Pache, 2014). L'influence des variables contextuelles sur la mise en œuvre et les effets, couplée à la composante participative et unique du processus de consultation avec les parties prenantes propre au *SROI*, a pour effet de rendre les produits des évaluations du *SROI* difficilement comparables entre eux. De surcroît, deux équipes de recherche différentes, qui réaliseraient l'évaluation d'une même intervention, dans le même espace-temps, pourraient générer des ratios de valeur sociale monétarisée relativement différents, selon les choix méthodologiques réalisés au moment des analyses de sensibilité :

*“Like others, Tuan also points out the troublesome issue of determining the proportion of an observed change that can be attributed to the activities under consideration and not caused by some other factor. (...) As Cooney and Lynch-Cerullo (2014) illustrate, small changes in these assumptions and calculations for the same program can result in very different levels of SROI (from \$1.16 to \$6.07).” (Moody et al., 2015) (p.22).*

Ces constats ont conduit plusieurs auteurs à inciter à la prudence relativement à l'interprétation du ratio de valeur sociale monétarisée. Ce ratio ne représente manifestement qu'une partie de la valeur sociale créée et toutes les évaluations du *SROI* devraient le préciser clairement en mentionnant les impacts qui n'ont pu être monétarisés (Krlev et al., 2013). Également, les limites méthodologiques de l'évaluation réalisée doivent être explicitées, incluant leur potentiel à inférer adéquatement la causalité et leur impact sur le potentiel de généralisation des résultats à d'autres contextes (Krlev et al., 2013). Des grilles évaluatives de la qualité scientifique des évaluations du *SROI* ont d'ailleurs été développées, notamment pour assurer que cette composante réflexive la démarche demeure bien comprise par les utilisateurs de la méthode, mais également pour relever le standard en visant plus de transparence à propos des méthodes utilisées, une meilleure prise en compte de la mesure contrefactuelle et plus de rigueur dans le choix des indicateurs et des proxys (Hutchinson et al., 2018; Krlev et al., 2013)

#### *L'absence d'une base normative consensuelle et claire*

L'absence de base normative consensuelle et claire représente un autre écueil méthodologique important du *SROI* (Fujiwara, 2015; J. Nicholls, 2017). Fujiwara (2015) souligne que toutes les mesures d'impact social, incluant le *SROI*, doivent rencontrer un défi éthique de taille, soit de définir une vision de ce qui est bon pour la société. Cette base normative peut se traduire sous la forme d'un principe structurant qui donne une signification claire et sans équivoque des résultats de l'évaluation. Or, aucun principe de cet ordre ne fait actuellement consensus en ce qui concerne le *SROI*, ce qui se traduit par des problèmes méthodologiques importants.

La thèse de Fujiwara (2015) est complexe, et n'est que résumée sommairement ici. L'auteur met d'abord en valeur que l'évaluation coût-bénéfice a des fondements normatifs bien définis, qui se fondent sur la théorie de l'utilitarisme préférentiel. Dans cette perspective, le bien-fondé moral d'une action réside dans les résultats qu'elle produit et le bien-être collectif est l'unité de base pour représenter la valeur. Dans

l'évaluation coût-bénéfice, le bien-être de chaque individu a une pondération égale dans la société. Les variations de bien-être collectif sont alors agrégées en termes monétaires. Par conséquent, un résultat net positif signifie qu'une intervention crée une augmentation nette du bien-être collectif. Cette approche normative s'appuie sur une longue tradition réflexive implantée depuis des décennies dans le domaine des sciences économiques, qui prend appui dans des fondements éthiques clairs.

À l'opposé, les documents-phares encadrant la mise en application du *SROI* ne spécifient pas clairement sur quelle base normative prendre appui. Au nombre des étapes classiques du *SROI*, les évaluateurs doivent expliciter une théorie du changement qui met en valeur les impacts attendus, mesurer les impacts et leur accorder une valeur, pour ensuite agréger cette valeur entre l'ensemble des parties prenantes incluses. Or, en l'absence d'une base normative claire, les méthodes d'évaluation peuvent être *ad-hoc*, les poids appliqués dans l'agrégation des valeurs sont arbitraires et le résultat est, au final, ininterprétable. Fujiwara (2015) conclut, en conséquence, que le terme « valeur sociale » n'a pas de signification précise dans le *SROI*. En d'autres termes, une interprétation typique du ratio de valeur sociale monétarisée serait que chaque dollar dépensé crée 3 dollars en termes de valeur sociale. Or, cela ne représente rien de plus qu'une interprétation superficielle parce que nous ne pouvons pas réellement dire ce qui a été créé en termes de valeur sociale.

Une solution résiderait dans l'adoption d'une base normative « centrée sur les agents » (*agency-centred approach*) (Fujiwara, 2015; J. Nicholls, 2017), qui accorde une valeur et un poids moral au pouvoir d'agir des personnes directement concernées par les interventions évaluées. Il s'agirait dès lors d'accepter que le *SROI* adopte une posture résolument relativiste au plan éthique, qui échappe à l'approche populationnelle de santé publique. Des auteurs ont d'ailleurs proposé des cadres alternatifs tels que le *Participatory Social Return on Investment (PSROI)* (Sova, Chaudhury, Helfgott, & Corner-Dolloff, 2012) et le *Social Return Assessment (SRA)* (Courtney, 2018). Ces cadres ont en commun de donner une place prépondérante à la recherche-action et visent une meilleure applicabilité dans des

contextes locaux. Ils valorisent encore plus franchement la démarche réflexive des personnes directement concernées par l'intervention évaluée, plutôt que le ratio en tant que mesure unique du rendement. Ces nouvelles approches ouvrent la voie vers des méthodes d'appréciation de la valeur sociale, qui constituent davantage des façons de la représenter, et non d'objectiver sa mesure. Ils visent à faire la démonstration d'une valeur sociale située, dont la nature est précisée mais pour laquelle la quantification demeure un exercice spéculatif et interprétatif, sachant que la valeur monétaire réelle restera toujours intangible.

#### *La tendance actuelle du SROI à perpétuer les iniquités sociales*

Concernant plus spécifiquement l'agrégation de la valeur entre différentes catégories de parties prenantes, des mises en gardes ont été réalisées afin d'assurer que le *SROI* évite de perpétuer les iniquités sociales préexistantes (Fujiwara, 2015; Maier et al., 2015). Fujiwara (2015) explique à ce sujet que les impacts positifs et négatifs d'une action ont des retombées différentes pour chaque personne. La question qui le préoccupe alors est de savoir si les impacts qui touchent différentes personnes dans la société peuvent être comparés d'une manière quantitative significative et robuste et, si oui, ce que la pondération relative entre les individus devrait être. Les communautés de pratique entourant le *SROI* auraient occulté cette impasse méthodologique jusqu'à ce jour. Le *SROI* attribuerait en conséquence plus de valeur aux intérêts des personnes riches comparativement aux personnes pauvres, simplement parce qu'un dollar a moins de valeur pour une personne riche que pour une personne pauvre. En d'autres termes, le *SROI* permet bel et bien aux personnes les plus désavantagées socialement et économiquement de faire entendre leur voix, mais utilise des méthodes de valuation qui ne permettent pas une pondération équitable de la valeur des impacts entre les investisseurs, les personnes directement touchées par les interventions et le reste de la population (Fujiwara, 2015). Cette question serait complexe, mais pas impossible à résoudre, et devrait nécessiter l'attention immédiate des chercheurs et évaluateurs aguerris en matière de *SROI*.

### *L'échec relatif des stratégies actuelles de standardisation des évaluations du SROI*

La littérature scientifique fait état des efforts concertés de plusieurs communautés de pratique afin de parvenir à standardiser les méthodes d'évaluation du *SROI* au plan international (J. Nicholls, 2017). Une des manifestations de ce mouvement, ancré dans une vision positiviste du *SROI*, est le développement de banques de proxys financiers universels. Contrairement à la posture sociologique-critique décrite plus haut, ce positionnement suppose qu'il est souhaitable et même possible d'atteindre un standard comparatif rigoureux entre les évaluations du *SROI*.

Or, cette vision positiviste de la commensurabilité est de plus en plus critiquée par des tenants légitimes du *SROI* (Cooney, 2017; Ruff & Olsen, 2018), qui adoptent une perspective plus réaliste, à mi-chemin entre les approches positivistes et constructivistes critiques. Cooney (2017) avance que la poursuite de la commensurabilité « complète » (*full commensurability*) des évaluations du *SROI*, entrevue sous le prisme de la standardisation, représente un glissement par rapport aux intentions de départ, soit la valorisation du pluralisme des points de vues sur l'objet d'évaluation et la reconnaissance de la médiation du contexte à travers les mécanismes de production des impacts :

*“Barman (2016) coined the term tailored commensurability to capture a central finding that impact investors did not want to invest in the initiative with the highest SROI without knowing contextually about the qualitative nature of the impact area. These donors and investors were motivated by efficiency and productivity in terms of impact only after first narrowing down their selection to organizations that corresponded with the donors and investors personal predilections for effecting change in particular areas.”*  
(Cooney, 2017)(p.113)

Ruff et Olsen (2018) considèrent également que cette poursuite collective du développement de standards de mesure applicables aux évaluations du *SROI*, qui a longtemps mobilisé une grande partie des efforts des communautés de pratique entourant le *SROI* (J. Nicholls, 2017) est erronée à la base. Les standards efficaces auraient en commun de représenter un équilibre entre l'uniformité (un ordre de

grandeur universel) et la pertinence (le reflet d'un contexte particulier et situé)(Ruff & Olsen, 2018). L'une des solutions à envisager serait donc de redéfinir le rapport collectif aux données issues des évaluations d'impact social, incluant le *SROI*. Cela implique entre autres que les organisations choisissent les indicateurs et les instruments de mesure les plus pertinents en fonction de leur propre contexte évaluatif, et ce parmi une série d'options prédéterminées. C'est ce que les auteurs appellent la « *bounded flexibility* » (« flexibilité délimitée ») (Ruff & Olsen, 2018) (p.403).

En bref...

La rencontre de l'ensemble de ces perspectives critiques pose des enjeux qui ont trait à la signification et conséquemment aux utilisations adéquates du ratio de valeur sociale monétarisée. Les tenants d'une approche technico-instrumentale tenteront d'améliorer la qualité scientifique de la méthode dans la finalité de l'utiliser éventuellement à des fins comparatives. Les tenants d'une approche se rapprochant davantage d'une posture réaliste, soit à mi-chemin entre l'approche scientifique biomédicale et le constructivisme social, considéreront le ratio de valeur sociale monétarisée comme un outil parmi tant d'autres pour capturer la valeur sociale. Le *SROI* devra alors être envisagé à la fois comme un type d'évaluation comprenant des limites qui se doivent d'être explicitées (Hutchinson et al., 2018; Krlev et al., 2013), mais aussi comme un outil politique utile pour défendre publiquement l'existence et l'importance des bénéfices sociaux produits par une intervention donnée (Cooney, 2017), qui demeuraient autrement occultés par les méthodes d'évaluation économiques traditionnelles.

À savoir si la conduite d'évaluations du *SROI* permet effectivement d'influencer les administrations publiques et les investisseurs philanthropiques dans le processus d'allocation de ressources, la question demeure ouverte. Tout dépend de la crédibilité du *SROI* aux yeux des bailleurs de fonds concernés. Millar et al. (2013) constataient, il y a sept ans, que les administrations publiques du Royaume-Uni demeuraient

globalement peu ouvertes au *SROI*. Ce type d'évaluation était généralement mal compris et perçu comme moins crédible que les indicateurs de performance traditionnellement utilisés. Conséquemment, la conduite d'évaluations du *SROI* n'aura pas permis de sécuriser le financement des programmes inclus dans leur étude. Cependant, il importe de mentionner que des différences régionales existent en ce qui concerne la culture des investisseurs publics et philanthropiques. À cet effet, le Québec a récemment vu son ministère de la Science, économie et innovation devenir un partenaire financier pour développer un outil web fondé sur une approche particulière du *SROI* (Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), 2018), ce qui annonce une certaine ouverture face cette méthode résolument innovante.

### **Impact de ces constats pour la suite de la démarche**

De notre côté, les enjeux relatifs aux décisions d'allocation et à la qualité scientifique en évaluation ont alimenté beaucoup de questionnements en cours de projet. Par exemple, devrions-nous fonder un éventuel projet évaluatif sur un modèle du *SROI*, sachant que cette méthode innovante n'est pas encore pleinement reconnue par la communauté scientifique et les investisseurs tant publics que philanthropiques? Devrions-nous nous en tenir à une méthode d'évaluation éprouvée, telle que l'évaluation coût-bénéfice? Est-ce que les méthodes du *SROI* sont suffisamment construites à ce stade pour nous permettre de rencontrer un haut niveau de qualité scientifique? Une analyse plus approfondie de la qualité scientifique d'études de cas fondées sur le *SROI* nous a alors parue nécessaire afin de guider ces réflexions.

## Activité 2 : Revue systématique de la littérature

### Sommaire de la démarche et objectifs

Une revue systématique de la littérature scientifique, ainsi qu'une revue exhaustive de la littérature grise<sup>3</sup> ont été réalisées pour la période comprise entre janvier 1996 et janvier 2018. Des études de cas appartenant au domaine de la santé publique ont ainsi pu être identifiées, puis soumises à une évaluation de leur qualité scientifique. Cette démarche a permis de préciser encore davantage les choix méthodologiques pour la suite du projet de recherche.

### Méthodologie

La réalisation d'une première revue de littérature exploratoire

Entre août 2016 et mai 2017, une revue de littérature exploratoire sur le *SROI* a été menée par la coordonnatrice de recherche de la Chaire, afin d'effectuer un premier survol des publications réalisées depuis l'apparition de la méthode en 1996. Cette activité a permis de mieux comprendre comment la littérature pertinente en regard du *SROI* s'organisait en différentes catégories de publications, par exemple les études de cas, les guides de pratique, les publications traitant uniquement des fondements et concepts de la méthode ou encore les publications à vocation éditoriale. La démarche a aussi permis de dresser une liste préliminaire de mots-clés qui allaient éventuellement être intégrés à une stratégie de recherche documentaire inspirée de la méthode de revue systématique *Cochrane*. *Cochrane* est une organisation à but non lucratif qui fait la promotion de la prise de décision en matière de soins de santé fondée sur des preuves, en produisant des revues systématiques de haute qualité, et ce sans parrainage commercial (Cochrane Canada, 2018). Pour plus d'informations sur cette méthode, il peut être utile de visiter son [site web officiel](#).

---

<sup>3</sup> Concernant la littérature grise spécifiquement, il n'a pas été possible d'assurer la systématisation de la revue en raison de l'inexistence de bases de données exhaustives colligeant ce type de publications.

## Réalisation d'une revue systématique de la littérature

Une seconde revue de littérature, cette fois systématique, a ensuite été réalisée par la coordonnatrice de la Chaire et une assistante de recherche. La démarche s'appuie sur une stratégie de recherche documentaire élaborée à l'été 2017, avec le soutien d'une technicienne en documentation de l'Université McGill, et s'inspire de la méthode *Cochrane*. Cette méthode implique dix étapes-clés menant à la réalisation d'une méta-analyse. Comme cette finalité n'était pas poursuivie comme tel, nous nous sommes concentrées uniquement sur les six premières étapes du processus, afin d'assurer l'aspect systématique de la revue scientifique (The Cochrane Collaboration, 2016)<sup>4</sup> :

- 1) Formuler la question de recherche ;
- 2) Définir les critères de sélection ;
- 3) Planifier la méthodologie ;
- 4) Effectuer la recherche d'études ;
- 5) Appliquer les critères de sélection ;
- 6) Extraire et compiler les données.

Afin de recenser l'ensemble des études de cas applicables à la santé publique disponibles, ainsi que les publications informant sur les modèles tant procéduraux que méthodologiques d'évaluation du *SROI*, sept bases de données ont été incluses (*CINAHL*, *Embase*, *Eric*, *Érudit*, *Medline*, *PsycINFO* et *Scopus*), en plus de la plateforme *Research Gate*, qui disposait, à l'époque, d'un groupe d'intérêt thématique sur le *SROI*. Pour la littérature grise, une banque de données (*Open Grey*), les sections documentaires de quatre sites internet incontournables dédiés à l'évaluation de programmes (*NEF Consulting*, *Social Value International*, *American Evaluation Association* et Société québécoise d'évaluation de programme) et le groupe d'intérêt thématique sur le *SROI* de *Research Gate* ont permis de produire une liste initiale de

---

<sup>4</sup> Plus spécifiquement, la méthode *Cochrane* a été suivie essentiellement pour établir la stratégie de recherche documentaire. Les processus de compilation des références et de sélection des publications ont été réalisés de manière plus souple, mais ont tout de même impliqué un processus d'accord inter-juges tel que défendu par le groupe *Cochrane*.

références. Les mots-clés suivants, ainsi que leurs équivalents en français, ont été inclus dans les différentes questions de recherche documentaires soumises aux moteurs de recherche des bases des données et des sites internet ci-haut mentionnés : *SROI, social return on investment, social value, social impact, triple bottom-line, ROI, return on investment*.

Cette stratégie de recherche documentaire a été appliquée en juin 2017, puis reconduite en janvier 2018 pour couvrir l'ensemble de la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Dans les cas des publications qui n'étaient pas accessibles par le réseau des bibliothèques universitaires, les auteurs ont été contactés par courriel et invités à partager leurs travaux de recherche. Afin d'assurer un traitement optimal des données, le logiciel *EndNote* a été utilisé pour structurer le processus de sélection des publications.

La sélection des publications pertinentes a été réalisée à l'issue d'un processus d'accord inter-juges impliquant la coordonnatrice et l'assistante de recherche mentionnées plus haut. Des analyses d'accord inter-juges ont été réalisés pour des échantillons de références à chacune des deux étapes successives du processus, jusqu'à l'obtention d'un accord inter-juges de 80% ou plus. Par la suite, les deux professionnelles de recherche impliquées ont poursuivi le processus de sélection individuellement en se répartissant les références résiduelles.

### **Résultats descriptifs : portrait des publications recensées**

[Le graphique PRISMA disponible en annexe](#) fait état de l'ensemble du processus de sélection des publications. Une revue initiale a été réalisée en juin 2017, puis la stratégie a été reconduite en janvier 2018 afin de permettre l'inclusion de l'ensemble des publications de 2017<sup>5</sup>. Au total, 3740 publications issues de la littérature scientifique (i.e. revues par les pairs) ont été recensées contre 228 publications issues

---

<sup>5</sup> Certaines références sont datées de 2018 ; il s'agit alors de publications qui étaient accessibles en 2017 et pour lesquelles l'année de publication a été ajustée par la suite, par exemple dans le cas d'articles scientifiques rendus disponibles en format « *advanced online publication* ».

de la littérature grise, portant le total à 2299 publications une fois l'ensemble des doublons retirés. De ce nombre, 2107 références ont été exclues pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- 1) L'acronyme *SROI* ne référait pas au concept de « retour social sur investissement »;
- 2) La publication faisait seulement brièvement allusion au *SROI*;
- 3) La publication était rédigée dans une autre langue que le français ou l'anglais.

Les 192 références restantes ont fait l'objet d'un 2<sup>e</sup> tri. De ce nombre, 87 ont été exclues pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- 1) La publication faisait état d'une évaluation du *SROI* d'une intervention n'appartenant pas au domaine de la santé publique;
- 2) La publication, qui ne s'avérait pas être une étude de cas, ne discutait pas non plus en profondeur des modèles méthodologiques ou des aspects procéduraux propres au *SROI*.

Des publications additionnelles ont été ajoutées manuellement (n=14), après avoir constaté qu'elles étaient communément citées dans les publications déjà recensées, sans toutefois avoir été captées par la stratégie de recherche documentaire<sup>6</sup>. La sélection finale comporte donc 119 publications, soit une [liste de publications qui discutent du \*SROI\* ou de méthodes évaluatives connexes](#) sans toutefois constituer des études de cas (n=98) et une [liste de publications qui constituent des études de cas en santé publique fondées sur le \*SROI\*](#) (n=21).

---

<sup>6</sup> Il s'agit plus précisément de publications de la littérature grise, pour lesquelles il a été difficile d'assurer l'aspect systématique de la revue en raison de l'inexistence de bases de données exhaustives colligeant ce type de publications ET/OU de publications qui documentent bien les fondements et applications de l'évaluation coût-bénéfice, à titre de point de comparaison par rapport au *SROI*.

Publications traitant du *SROI* ou de méthodes évaluatives connexes (n=98)

Ces publications ont guidé les réflexions de l'équipe de recherche à propos des enjeux méthodologiques du *SROI*, sans toutefois avoir été soumises à un processus d'analyse systématique. Elles présentent au moins une des caractéristiques suivantes :

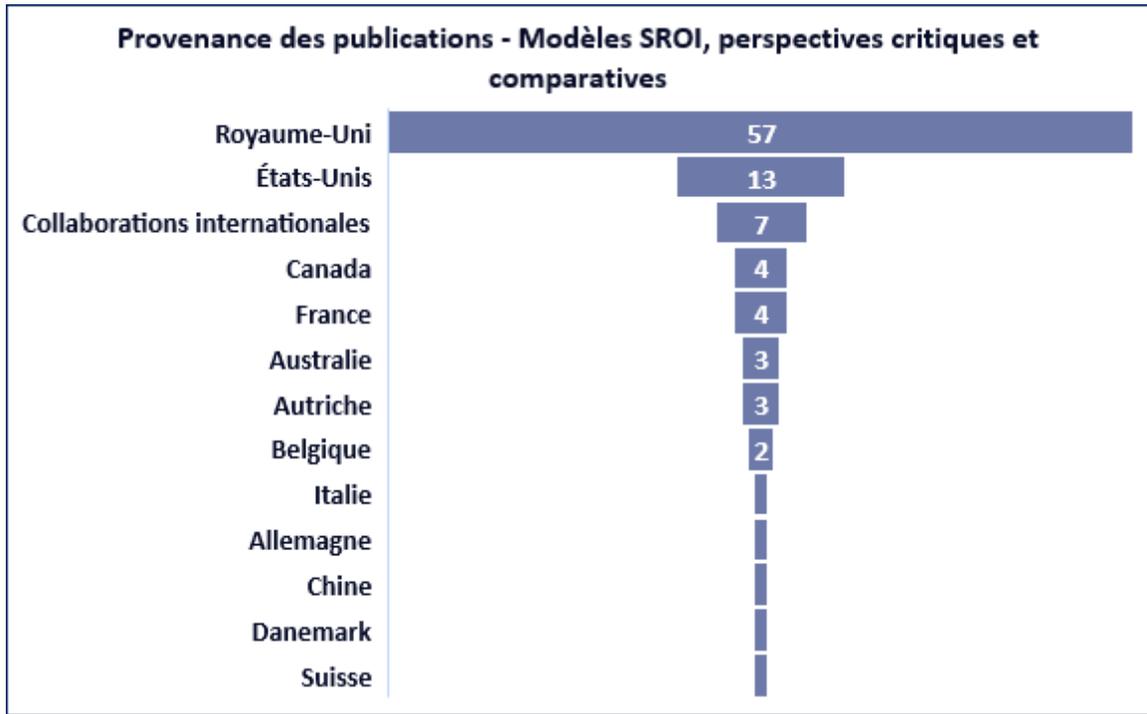
1. Elles situent l'évaluation du *SROI* dans le champ théorique et conceptuel entourant l'évaluation de programme (ex. publications qui traitent de différentes méthodes évaluatives incluant le *SROI*) ;
2. Elles traitent de l'évaluation de la valeur sociale ou de l'impact social au sens large ;
3. Elles traitent de l'évaluation coût-bénéfice (ou du *ROI*) au sens large ;
4. Elles constituent un guide pratique ou un outil d'évaluation du *SROI* prêt à l'usage.

Plus de la moitié des publications retenues proviennent du Royaume-Uni (58,2%), alors que 13,3% sont originaires des États-Unis et que 7,1% sont le fruit de collaborations internationales. Les autres publications retenues proviennent d'une diversité de pays, pour la plupart occidentaux : Canada, France, Australie, Autriche, Belgique, Italie, Allemagne, Chine, Danemark et Suisse<sup>7</sup>.

---

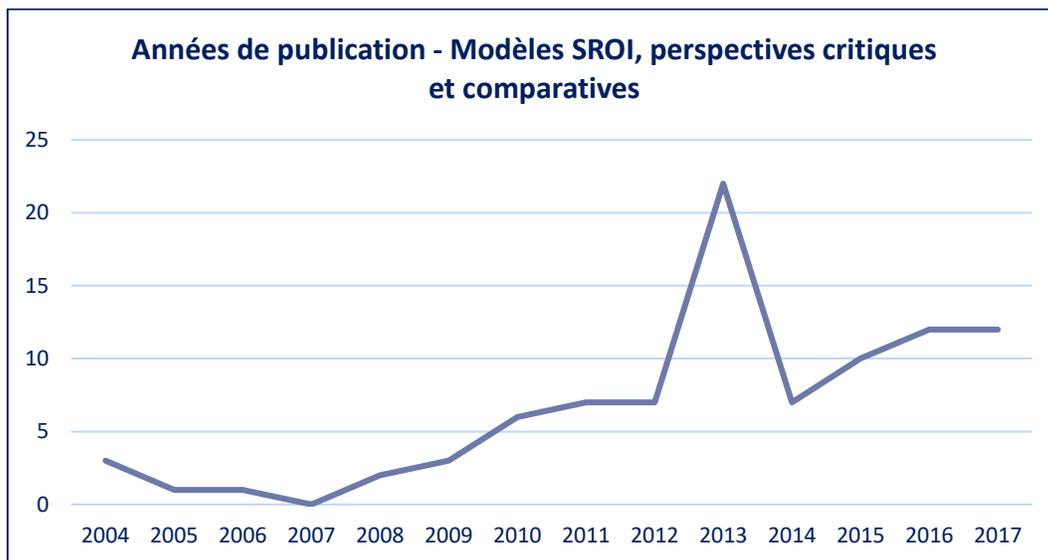
<sup>7</sup> Le Niger est aussi représenté dans les collaborations internationales.

Figure 2 : Provenance des publications - Modèles SROI, perspectives critiques et comparatives.



Les années de parution des publications sont comprises entre 2004 et 2017 et plus des trois quarts des publications (76,5%) ont été réalisées entre 2012 et 2017.

Figure 3 : Années de publication – Modèles SROI, perspectives critiques et comparatives.



Un peu moins des deux tiers des publications sont issues de la littérature grise (63,3%), ce qui représente 62 publications contre 36 appartenant à la littérature scientifique (i.e. revue par les pairs). Les publications de la littérature grise couvrent les catégories suivantes : guides de pratique (n=27), outils évaluatifs (n=11), rapports de recherche (n=6), actes de conférence (n=6), articles non-revue par les pairs (n=6) et articles de blogue (n=6). Concernant les publications de la littérature scientifique, elles se répartissent ainsi : articles scientifiques (n=32), thèses (n=2) et livres (n=2).

Études de cas en santé publique (n=21)

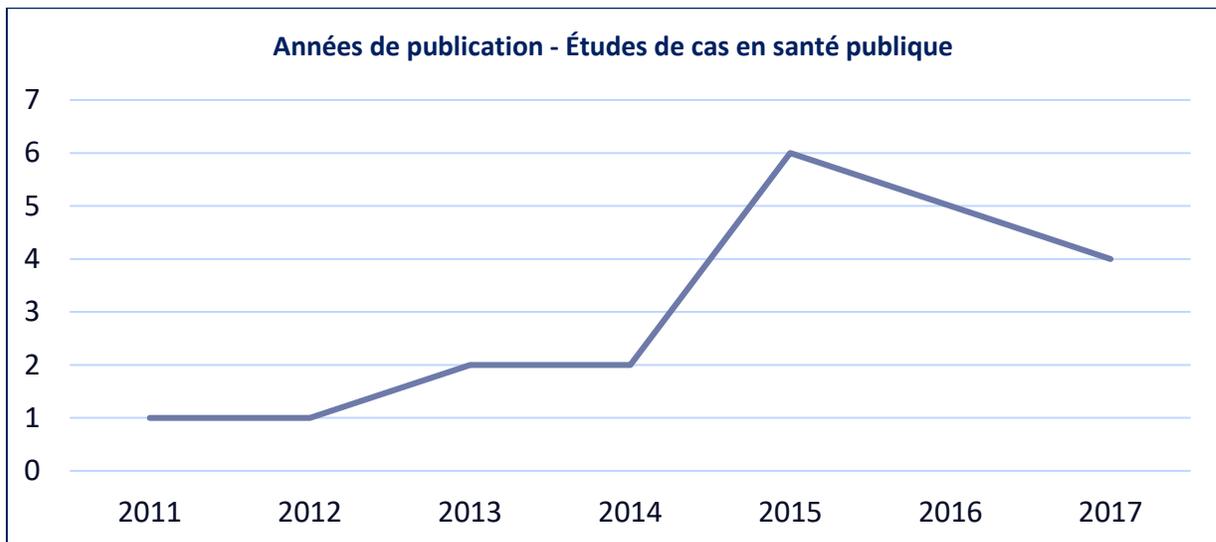
La plupart des 21 études de cas recensées proviennent du Royaume-Uni (52,4%), avec 7 pays représentés.

Figure 4 : Provenance des publications – études de cas en santé publique.



Ces études ont toutes été publiées entre 2011 et 2017, avec une concentration des études entre 2015 et 2017 (n=15).

Figure 5 : Années de publication – Études de cas en santé publique.



Un peu plus de la moitié des publications (n=12) est issue de la littérature scientifique, contre 9 publications issues de la littérature grise. L'ensemble des 21 publications comprend 7 articles scientifiques, 4 résumés scientifiques, 1 affiche scientifique et 9 rapports de recherche issues de la littérature grise.

Elles concernent 4 champs d'action en santé publique, soit, en ordre d'occurrence :

- 1) Des interventions dirigées vers des conditions de santé spécifiques (n=7) (santé mentale (n=2), toxicomanie, dépression post-partum, maladies infantiles, orthodontie, arthrose);
- 2) Des interventions visant, par des actions plus larges et multidimensionnelles, à réduire les iniquités sociales de santé (n=6) (accès à des services de santé, logement, transport, emploi, dans un objectif clairement énoncé d'amélioration de la santé globale);
- 3) Des interventions préventives, qui visent à atténuer des facteurs de risque chez des populations spécifiques (n=4) (réduction des comportements à risque chez des adolescentes vulnérables, mortalité périnatale auprès des mères à risque, facteurs de protection pour la santé mentale des enfants, compétences des aînés isolés socialement);

- 4) Des interventions de promotion de la santé (n=4) (saines habitudes alimentaires (n=2), santé des enfants, activité physique régulière).

En ce qui concerne les populations visées par les interventions évaluées au moyen de la méthodologie du *SROI*, un peu moins de la moitié des initiatives s'adresse à des groupes-cibles qui évoluent en contexte vulnérabilisant, plus précisément, à des enfants, adolescents ou familles en situation de vulnérabilité économique et sociale (n=6). Une minorité d'initiatives s'adresse plus globalement à des communautés qui, dans l'ensemble, sont considérées comme pauvres et/ou isolées socialement (n=3).

### **Analyse de la qualité scientifique des études de cas publiées entre 2015 et 2017**

En cours de projet, nous avons pu prendre connaissance du travail structurant de Banke-Thomas et al. (2015), qui ont réalisé une évaluation de la qualité scientifique d'études de cas s'appuyant sur le *SROI*, appartenant au domaine de la santé publique et publiées avant 2015. Ces auteurs ont utilisé la seule grille évaluative de la qualité scientifique des études de cas du *SROI* publiquement disponible à l'époque (Krelv et al., 2013), que nous avons aussi utilisé dans le cadre de notre analyse<sup>8</sup>. Afin de ne pas dédoubler leur travail et de produire une analyse plus actuelle de la qualité des études de cas fondées sur le *SROI*, nous nous sommes penchés sur les études publiées uniquement entre janvier 2015 et janvier 2018. Nous n'avons pas analysé les présentations par affiches et les résumés de conférences recensés pour cette période (n=4), parce que ces médiums n'ont pas pour objectif de représenter de façon détaillée les processus de recherche. Ce sont donc 11 études au total qui ont été soumises à la grille d'évaluation de Krelv et al. (2013). La répartition des études selon leur pays d'origine témoigne toujours d'une concentration de leur production au Royaume-Uni, duquel sont issues environ la moitié des études de cas publiées entre janvier 2015 et janvier 2018 (n=5).

---

<sup>8</sup> En 2018, Hutchinson et al. (2018) ont proposé une nouvelle adaptation de la grille de Krelv et al. (2013) qui est également digne de mention et qui retiendra notre attention advenant la poursuite de travaux futurs sur l'analyse de la qualité scientifique des études de cas fondées sur le *SROI*.

En cours d'analyse, une coordonnatrice et une assistante de recherche ont graduellement remanié la grille de Krelv et al. (2013) car, tel que mentionné par les auteurs cette grille demande à être bonifiée « *de manière discursive de concert avec les personnes qui s'intéressent à ce domaine, notre examen ne pouvant que servir de point de départ* »<sup>9</sup> (Krelv et al., 2013)(p.49). Nous avons donc amélioré certains aspects de la grille initiale au fil d'un processus d'accord inter- juges qui s'est avéré nécessaire à une bonne codification de chacune des études de cas.

Somme toute, l'important travail de Krelv et al. (2013) nous a surtout servi de structure thématique pour discuter de critères de qualité scientifique vers lesquels il est important de tendre dans la planification et l'implantation d'une évaluation du *SROI* ou de toute autre forme d'évaluation économique d'interventions à portée sociale. La grille n'étant pas validée statistiquement à ce stade, les scores obtenus sont uniquement des points de repères pour discuter des enjeux méthodologiques qui se posent dans la mise en application des devis d'évaluation du rendement économique et social d'interventions en santé publique.

#### Description de la structure de l'instrument original

La grille d'analyse initiale de Krelv et al. (2013) a été développée dans le cadre d'une méta-analyse d'études de cas fondées sur le *SROI* et réalisées entre 2002 et 2012. Elle se compose de 12 items répartis en 5 dimensions. Elle demeure à ce jour non validée au plan statistique. Ces items sont rédigés de façon relativement simpliste et demeurent peu explicités dans la grille. Leur interprétation est néanmoins facilitée par une revue critique de la littérature fournie par les auteurs en appui à l'utilisation de l'instrument.

---

<sup>9</sup> Traduction libre.

Tableau 1 : Grille d'analyse initiale de Krelv et al. (2013)

Dimensions d'évaluation de la qualité		
I - Transparence	(1)	Liée à une discussion sur le contexte?
II - Documentation	(2)	Analyse bien documentée?
	(3)	Carte des impacts utilisée?
	(4)	Devis avec groupe contrôle?
III - Devis	(5)	Observations pré-test et post-test réalisées?
	(6)	Indicateurs valides et compréhensifs?
IV - Précision des analyses	(7)	Proxys valides et compréhensifs?
	(8)	Impacts sociaux pris en compte? (qualitativement)
	(9)	Impacts sociaux pris en compte? (quantitativement)
V - Réflexivité	(10)	Limites discutées?
	(11)	Ratio <i>SROI</i> interprété?
	(12)	Analyse de sensibilité réalisée?

Les scores à l'instrument se situent entre 0 et 12, avec 1 point accordé lorsque les conditions d'un item sont rencontrées. Les dimensions de l'instrument ne sont pas pondérées entre elles dans le calcul du score global. En conséquence, une dimension qui comprend davantage d'items aura plus d'impact sur le score global qu'une dimension qui comprend moins d'items. Les auteurs considèrent un score global comme étant « bon » s'il est de 7 ou plus sur 12, ce qui représente un seuil de 58,3% d'atteinte de l'ensemble des 12 critères.

#### Description de la nature des modifications apportées

La **grille d'analyse révisée**, disponible en annexe, comprend désormais 22 items. Les items précédés d'un astérisque (\*) ont été conservés intégralement à partir de la grille initiale. Les autres items représentent des ajouts, qui, la plupart du temps, sont des ventilations d'un item initial jugé trop peu spécifique. Ils se rapportent d'ailleurs souvent à des éléments mis en valeur dans la méta-analyse de Krelv et al. (2013), mais qui ne sont pas explicitement représentés dans leur version de la grille. Nous considérons ces modifications comme nécessaires afin de faciliter l'utilisation autonome de l'instrument, sans avoir à s'appuyer sur un texte de référence pour en spécifier le sens. Nous supposons que ce changement aura pour effet d'améliorer le potentiel d'accord inter-juges en limitant le potentiel interprétatif des items en question. Par exemple, l'item 1 de la grille initiale invite à évaluer si l'utilisation du *SROI* est « *lié à une discussion sur le contexte* ». Sans complément à l'appui, il est

difficile de bien comprendre ce qui doit être évalué au moyen de cette question. Nous proposons donc de mettre en évidence de manière plus explicite ce à quoi cet item réfère du point de vue de Krelv et al. (2013), au moyen de nouveaux items plus spécifiques, par exemple le fait de situer le *SROI* dans le champ évaluatif (nouvel item 1.1) ou encore d'explicitier clairement les différentes étapes du processus d'évaluation (nouvel item 1.5).

Les nouveaux items peuvent aussi représenter des aspects qui n'étaient pas clairement pris en compte dans la grille initiale, mais qui nous ont semblé importants à considérer à la lumière de la revue de littérature réalisée dans le cadre de ce projet. Par exemple, nous proposons de structurer autrement la dimension IV, qui porte sur le « *degré de précision des analyses* ». Notre version de la grille s'appuie beaucoup plus explicitement sur les concepts de validité interne et de validité externe, qui constituent des repères connus au plan scientifique. Nous estimons tout de même que Krelv et al. (2013) abordent indirectement ces thèmes, mais qu'ils le font trop peu spécifiquement en ne mentionnant pas clairement le sens du terme « *valide* » et en proposant des énoncés qui comprennent deux unités de sens différents, ce qui est confondant pour l'évaluateur. Par exemple, il est difficile de savoir comment accorder une cote à l'item « *(6) indicateurs valides et compréhensifs* », entre autres parce qu'un indicateur peut être valide sans toutefois être compréhensif, l'inverse étant aussi vrai. On pourrait certes présupposer que ces deux éléments doivent être présents ensemble pour accorder un point, mais on peut aussi questionner les motifs de ce mode de cotation, qui n'est pas explicité par les auteurs. La grille remaniée comprend donc un item pour chaque unité de sens afin d'apporter plus de nuance et de spécificité dans l'évaluation. Elle distingue systématiquement les indicateurs des proxys et la validité interne (qui revient à mesurer ce qu'on souhaite effectivement mesurer) de la validité externe (qui revient à bien renseigner sur l'univers pertinent à la problématique).

Également, certaines modifications mineures ont été apportées à des items pour rehausser le niveau de qualité attendu, quand il a été jugé nécessaire ou important de

le faire. Par exemple, nous avons spécifié, pour l’item 2.5, que la carte des impacts devait être rendue disponible dans la publication ou à tout le moins référencée et accessible par un moyen quelconque, alors que Krelv et al. (2013) exigeaient seulement que les auteurs aient mentionné l’avoir réalisée. Rappelons que cet item est positionné comme un moyen d’évaluer la qualité de la documentation de l’étude. Il est donc logique d’exiger que le document en question soit rendu accessible au lecteur.

Nous avons également introduit des cotes de 0 à 2 pour chaque item, afin de rendre possible, selon le cas, la cotation d’un stade intermédiaire de rencontre du critère. Par exemple, pour l’item 3.2, la réalisation de mesures pré-test et post-test était évaluée de façon binaire dans l’item original (0-Non / 1-Oui). Nous avons pour notre part accordé la cote 1 aux publications qui faisaient mention de l’application d’une mesure longitudinale rétrospective auto-révélee, parfois appliquée en tant que stratégie intermédiaire dans les études de cas que nous avons analysées. En effet, en raison d’enjeux de faisabilité, il est souvent difficile pour les organisations qui réalisent une évaluation du *SROI* de mettre en place un devis longitudinal prospectif, qui s’avèrerait trop coûteux et exigeant en termes de ressources. Nous avons tout de même attribué la cote de 2 aux études de cas qui mentionnaient l’avoir fait, ce qui représente la cote maximale d’atteinte du critère.

Le score global de la grille remaniée a été pondéré sur 10, étant donné que nous souhaitons accorder un poids égal à chaque dimension de l’instrument dans le calcul du score global. Ainsi, le score maximal pondéré pour chaque dimension est de 2 points, peu importe le nombre d’items compris dans cette dimension. De la sorte, nous avons apporté un correctif important à la grille initiale, pour laquelle les scores n’étaient pas pondérés entre les différentes dimensions. Par exemple, la dimension IV portant sur le « degré de précision des analyses » comprend 4 items, alors que la dimension III portant sur la qualité du devis est déclinée en 2 items. Cette dernière a donc un poids relatif plus faible dans le calcul du score final par rapport à la dimension IV.

Cette section avait pour objectif de présenter sommairement la nature des changements apportés à la grille initiale. Par souci de transparence et afin de permettre le repérage de l'ensemble des modifications réalisées, nous rappelons que la [grille révisée](#) est disponible en annexe. Nous rappelons également qu'elle n'a pas été validée statistiquement. Toutefois, la démarche que nous venons de décrire correspond au début d'un travail qui pourrait être poursuivi par une équipe de recherche intéressée par le développement d'un outil d'évaluation de la qualité scientifique des évaluations du *SROI* qui s'avérerait valide au plan statistique.

Description de la structure de l'instrument remanié

La grille révisée se structure donc en 5 dimensions et en 22 items, que nous décrivons sommairement ici.

*Dimension 1 : Transparence quant au choix d'une méthodologie d'évaluation*

Afin de pouvoir poser un regard critique sur la conduite de chaque étude de cas, le lecteur doit être en mesure de comprendre facilement et rapidement pourquoi une méthodologie a été choisie et comment elle a été appliquée, et de situer ces choix en référence aux champs conceptuels existants (Krlev et al., 2013) (p.43).

**Critères :**

- (1.1) Situer la méthodologie parmi les autres méthodes d'évaluation concurrentes.
- (1.2) Discuter des principaux défis associés à la mesure de l'impact social.
- (1.3) Expliciter les origines de la méthodologie.
- (1.4) Mentionner clairement pourquoi la méthodologie a été choisie.
- (1.5) Expliciter les différentes étapes du processus d'évaluation.
- (1.6) Référencer les documents-clés sur lesquelles la méthodologie s'appuie.

### *Dimension 2 : Documentation de l'étude*

Cet aspect renvoie plus précisément à la qualité de la documentation, par les auteurs des publications retenues, de leur devis de recherche et de son implantation. La rencontre de ce critère est importante, car elle permet d'évaluer objectivement à la fois les forces et les faiblesses des devis mis en œuvre et d'ainsi contribuer à une amélioration continue de la méthodologie employée. Elle permet aussi de répliquer adéquatement la démarche des évaluateurs si désiré.

#### **Critères :**

- (2.1) Nommer clairement les différentes étapes méthodologiques réalisées.
- (2.2) Bien décrire les variables analysées.
- (2.3) S'appuyer sur l'état actuel des connaissances scientifiques pour déterminer les variables à mesurer.
- (2.4) Bien décrire les processus décisionnels en lien avec les choix méthodologiques.
- (2.5) Rendre disponible une carte des impacts de l'intervention évaluée.

### *Dimension 3 : Prise en compte de la mesure contrefactuelle*

Cet aspect renvoie à la prise de mesures et à la réalisation d'analyses permettant de s'assurer que les effets observés sont véritablement attribuables à l'intervention. En d'autres termes, il faut être en mesure d'estimer la partie de l'effet qui serait survenue en l'absence de l'intervention pour quantifier adéquatement le changement produit par celle-ci.

#### **Critères :**

- \* (3.1) Avoir recours à un groupe contrôle.
- \* (3.2) Réaliser des mesures pré-test et post-test.

### *Dimension 4 : Validité interne et externe de l'étude*

Un instrument présentant une bonne validité interne est réputé mesurer réellement ce qu'il est conçu pour mesurer, tandis que la validité externe d'un instrument est jugée adéquate lorsque l'instrument couvre bien l'ensemble des éléments à prendre en compte pour bien représenter la réalité qu'il est conçu pour mesurer.

### Critères :

- (4.1) Les indicateurs (variables mesurant les effets de l'intervention) correspondent bien aux différents concepts que l'on souhaite mesurer.
- (4.2) Les proxys financiers (sources de données menant à l'attribution d'une valeur monétaire) représentent adéquatement la valeur des effets que l'on souhaite mesurer.
- (4.3) La méthodologie employée permet de bien représenter à la fois la nature des changements observés (qualité) et l'étendue du changement (quantité).
- (4.4) Les indicateurs (variables mesurant les effets de l'intervention) renseignent bien sur l'univers pertinent à la problématique.
- (4.5) Les indicateurs (variables mesurant les effets de l'intervention) renseignent sur des impacts sociaux, distincts d'impacts socio-économiques.
- (4.6) Les proxys financiers utilisés représentent adéquatement « ce qui compte », incluant la valeur sociale.

### *Dimension 5 : Démonstration de réflexivité dans la démarche*

Cette dimension demande de poser un regard suffisamment critique sur l'évaluation réalisée. Cela implique non seulement de bien décrire les limites l'étude, mais aussi d'interpréter avec parcimonie les résultats de recherche. De plus, il est important de réaliser des analyses de sensibilité pour s'assurer que la valeur du ratio de rendement économique et/ou social n'a pas été surévaluée.

### Critères :

- \* (5.1) Discuter de façon suffisamment exhaustive des limites de l'étude.
- \* (5.2) Interpréter adéquatement le ratio.
- \* (5.3) Avoir réalisé une analyse de sensibilité.

### Résultats obtenus

Le tableau 1 représente les scores moyens obtenus aux différentes dimensions et items pour l'ensemble des articles scientifiques (n=4) et publications de la littérature grise (n=7) recensées.

Notre analyse a mis en lumière que pour items listés ci-dessous des manques à gagner majeurs au plan méthodologique étaient présents (20% et moins d'atteinte du critère à travers au moins un regroupement de publications) :

- (1.2) Discuter des principaux défis associés à la mesure de l'impact social.
- (1.3) Expliciter les origines de la méthodologie.
- (2.4) Bien décrire les processus décisionnels en lien avec les choix méthodologiques.
- (3.1) Avoir recours à un groupe contrôle.
- (5.2) Interpréter adéquatement le ratio de valeur sociale monétarisée.

Tableau 2: Pourcentage d'atteinte des critères de la grilles de Krlev et al. (2013)

Items	Pourcentage d'atteinte du critère - articles scientifiques <sup>10</sup>	Pourcentage d'atteinte du critère - littérature grise	Pourcentage d'atteinte du critère - tous types de publications
1.1	38%	36%	36%
1.2	25%	0%	9%
1.3	50%	7%	23%
1.4	63%	57%	59%
1.5	38%	50%	45%
1.6	63%	43%	45%
2.1	100%	79%	86%
2.2	100%	71%	82%
2.3	100%	21%	50%
2.4	13%	57%	41%
2.5	50%	86%	73%
3.1	0%	29%	5%
3.2	50%	64%	59%
4.1	100%	57%	73%
4.2	50%	29%	36%
4.3	75%	86%	82%
4.4	38%	79%	64%
4.5	50%	71%	64%
4.6	38%	43%	59%
5.1	75%	43%	55%
5.2	13%	14%	14%
5.3	50%	100%	82%

10 Le pourcentage d'atteinte du critère représente le calcul de la totalité des points obtenus à chaque item de la grille pour un groupe de publications donné, divisé par le nombre maximal de points théoriquement possibles d'obtenir pour ce même item. Par exemple, à l'item 1.1 et pour les articles scientifiques, un pourcentage d'atteinte de 38% signifie que 3 points ont été cumulés au total pour un bassin de 4 articles scientifiques, sur une possibilité théorique de 8 (2 points par publication).

Nous en concluons que la mise en contexte du cadre conceptuel et méthodologique est une étape que les évaluateurs auraient avantage à investir davantage au moment de rédiger des articles et rapports de recherche. Des lacunes majeures à l’item 3.1 suggèrent quant à elles que dans les faits, les évaluations du *SROI* ne s’appuient que rarement sur un groupe contrôle pour estimer adéquatement la mesure contrefactuelle, soit déterminer de façon rigoureuse la part d’effet qui serait survenue en l’absence de l’intervention. La validité scientifique des ratios obtenus à la suite de la mise en œuvre de ces études est donc clairement discutable. Relativement à l’item 5.2, l’interprétation adéquate du ratio de valeur sociale monétarisé doit nécessairement mettre en valeur qu’il ne représente qu’une partie de la valeur sociale créée. Ainsi, les bénéfices sociaux d’une intervention ne seront jamais entièrement représentés dans l’évaluation du *SROI* et il est important de ne pas laisser croire l’inverse :

*“There is a risk in SROI analysis to focus solely on the ratio without examining the content behind it, which offers a richer insight to the value produced by groups (Nicholls et al., 2009).” (Willis, Semple, & de Waal, 2018)(p.11)*

Dans une optique d’analyse qualitative, la lecture transversale de l’ensemble des études de cas recensées a également relevé un problème important en ce qui concerne la qualité procédurale, i.e. la fidélité par rapport aux aspects distinctifs de la méthode. Nous avons identifié un nombre significatif d’études qui ne réalisent aucune mesure ni monétarisation des impacts sociaux de l’intervention, soit 36% des études recensées pour tous les types de publications confondues et jusqu’à 50% des articles de revues scientifiques, qui sont pourtant revues par les pairs.

Comparaison des résultats avec les données de la littérature scientifique

Deux recherches récentes ont également en commun, à l’instar de notre démarche, de s’appuyer sur une stratégie de revue systématique de la littérature, de faire état

d'évaluations de la qualité scientifique d'études de cas fondées sur le *SROI* et de se fonder sur la grille de Krelv et al. (2013). Dans l'optique de présenter une perspective critique et réflexive sur les résultats tout juste présentés, il est donc nécessaire de mettre les trois démarches en dialogue. Il importe de spécifier que l'ensemble des études de cas fondées sur le *SROI* analysées par les trois équipes de recherche concernées représente 68 études distinctes les unes des autres, et qu'il n'y a eu par conséquent aucun dédoublement dans l'analyse.

Une première publication porte sur des études de cas du domaine de la santé publique (Banke-Thomas et al., 2015). Banke-Thomas et al. (2015) ont recensé 40 études de cas publiées entre 1996 et 2014. Au total, 82,5% de ces études proviennent de la littérature grise, 10% sont des articles scientifiques revus par les pairs et 7,5% sont des thèses universitaires (baccalauréat, maîtrise ou doctorat). Une seconde publication porte sur des études de cas relatant des initiatives qui se déploient dans le domaine de l'activité physique et du sport (Gosselin, Boccanfuso, & Laberge, 2020). Gosselin et al. (2020) ont quant à eux identifié 17 études de cas publiées entre 2010 et 2018. L'ensemble de ces études sont issues de la littérature grise et seulement 6% ont été revues par les pairs. Rappelons que dans le cas de la présente étude, 11 publications du domaine de la santé publique et réalisées entre 2015 et 2017 ont été soumises à une analyse de leur qualité scientifique, dont un peu plus du tiers (36,3%) constituent des articles scientifiques revus par les pairs.

Krelv et al. (2013) considèrent qu'un score total de 7 et plus, sur une possibilité théorique de 12, représente le seuil à partir duquel le degré de qualité scientifique d'une étude fondée sur le *SROI* peut être interprété comme « bon ». Cela représente 53% des études recensées par Gosselin et al. (2020), 70% des études recensées par Banke-Thomas et al. (2015) et seulement 33% des études que nous avons recensées. À partir des informations à notre disposition, qui constituent des données secondaires issues d'articles scientifiques revus par les pairs, nous ne sommes toutefois pas en mesure de vérifier si ces différences sont statistiquement significatives. Toutefois, nous supposons que certains critères de la grille ont pu être

interprétés différemment entre les équipes de recherche. Les analyses qui suivent posent d'ailleurs un éclairage plus précis sur cet enjeu.

En ce qui concerne les dimensions ayant obtenu les scores les plus importants, Gosselin et al. (2020) soulignent que les études qu'ils ont recensées performant le mieux en ce qui concerne la démonstration de la réflexivité de la démarche (dimension 5). Du côté des études que nous avons recensées, les auteurs ont le mieux réussi en matière de qualité de la documentation des études (dimension 2), avec un pourcentage global d'adhérence aux items de cette dimension qui s'élève à 66%. Concernant les dimensions ayant obtenu les scores globaux les plus faibles, nos résultats sont concordants avec Gosselin et al. (2020), qui ont aussi identifié des manques importants à gagner relativement à la transparence quant au choix du cadre méthodologique (dimension 1) et à la prise en compte de la mesure contrefactuelle (dimension 3).

Nous avons aussi pu identifier des zones de concordance relative entre les trois démarches et qui portent sur des aspects encore plus spécifiques. Ainsi, à l'instar de Gosselin et al. (2020), plus de la moitié des études de cas que nous avons recensées font mention d'une carte des impacts. Nous ne disposons cependant pas de l'information nécessaire pour établir un point de comparaison avec les analyses de Banke-Thomas et al. (2015) relativement à cet aspect. Dans l'ensemble des trois démarches, un faible nombre d'études ont eu recours à un groupe contrôle, Banke-Thomas et al. (2015) ayant relevé la proportion la plus élevée d'études rencontrant ce critère, soit 20% des études tout au plus. Moins de la moitié des 68 études comprises dans les 3 démarches ont inclus des mesures pré-test et post-test, dans un ordre de grandeur qui varie entre moins de 20% des études (Gosselin et al., 2020) et 45% des études (dans le cas de notre démarche). Par ailleurs, lorsque nous comparons nos résultats à ceux de Banke-Thomas et al. (2015), en ce qui concerne la nécessité de bien expliciter les limites du *SROI*, entre 48% et 55% des auteurs des études de cas recensées y sont arrivés. En outre, les trois démarches confirment que

dans 70% des cas ou plus, les évaluateurs ont réalisé des analyses de sensibilité (étendue comprise entre 70% et 82%).

Cependant, il faut souligner deux disparités importantes entre nos résultats et ceux des deux autres groupes de chercheurs. La première est liée à la première dimension de l'instrument de Krlev et al. (2013), spécifiquement en ce qui concerne la mention claire par les auteurs des raisons ayant motivé le choix de la méthode du *SROI*. Gosselin et al. (2020) soulignent que la plupart des auteurs n'ont pas rencontré ce critère dans le corpus d'études qu'ils ont analysé, alors que 64% des études comprises dans notre recherche ont satisfait à cette exigence. La seconde disparité concerne l'appréciation d'une interprétation adéquate du ratio de valeur sociale monétarisé par les auteurs de chacune des études de cas recensées. De notre côté, nous estimons que seulement 18% des études de cas en santé publique que nous avons analysées rencontrent ce critère, contre 100% des études comprises dans les analyses de Banke-Thomas et al. (2015), aussi issues du domaine de la santé publique.

Or, tel qu'avancé précédemment, ces disparités sont probablement explicables par des différences dans l'interprétation des critères de la grille de Krlev et al. (2013). La comparaison de l'étendue des scores totaux moyens entre les trois démarches indique que nous avons peut-être été plus sévères que nos collègues dans l'évaluation des critères. Ainsi, Banke-Thomas et al. (2015) et Gosselin et al. (2020) rapportent respectivement des étendues de scores totaux similaires, soit [3-11] et [2-11], alors que les scores que nous avons obtenus se situent entre 0,8 et 8,72 sur 12<sup>11</sup>. Nous avons effectivement relevé des problèmes importants à propos de certains énoncés de la grille initiale, formulés de façon trop peu spécifiques à notre avis. Par exemple, un item de la grille originale pose la question à savoir si « *les proxys sont valides et compréhensifs* » (item 7 original) (Banke-Thomas et al., 2015) (p.5). Rappelons qu'il est possible que les proxys s'avèrent valides, soit qu'ils correspondent bien aux

---

11 Nos scores comprennent des décimales car ils ont été pondérés sur une échelle de 12 points afin de permettre cette comparaison.

concepts que les évaluateurs souhaitent mesurer (item 4.2 de la grille révisée), sans pour autant être compréhensifs, ce concept évoquant plutôt le potentiel à bien renseigner sur l'univers pertinent à la problématique (item 4.6 de la grille révisée). Nous postulons que de telles confusions rendent malheureusement difficiles certaines comparaisons entre nos résultats et ceux de nos collègues chercheurs ayant réalisé les deux autres démarches à partir de la grille initiale de Krelv et al. (2013). Le cas des items qui ne s'avèrent pas suffisamment spécifiques peut effectivement avoir un impact important sur la constance des observations entre les évaluateurs d'équipes différentes.

### **Principaux constats des activités 1 et 2 : impacts pour la suite de la démarche**

La question de l'analyse de la qualité scientifique des études de cas fondées sur le *SROI* est plus complexe qu'il n'en paraît à prime abord. L'évaluation de la qualité est toujours tributaire de la posture épistémologique de ceux qui la réalisent. Il serait donc inexact de prétendre à l'universalité des perspectives sur la qualité scientifique, la rigueur pouvant s'exprimer de différentes façons dans différents contextes de recherche. Ainsi, les critères traditionnellement utilisés en recherche quantitative, soit la validité interne, la validité externe, la fidélité et l'objectivité (Drapeau, 2004), se lient à une vision positiviste de la compréhension du monde, qui suppose que la réalité se manifeste indépendamment du sujet et qu'elle se mesure adéquatement au moyen d'une approche quasi-expérimentale. La grille initialement développée par Krelv et al. (2013), pour laquelle nous avons été en mesure de proposer des améliorations significatives à partir d'analyses réalisées à l'hiver 2018, correspond à cet idéal méthodologique pour la recherche.

Il existe cependant d'autres perspectives sur la qualité scientifique, tout autant valables, et qui s'inscrivent dans une vision constructiviste et interprétative de la réalité. Les critères de qualité scientifique sont alors différents, et comprennent par exemple le potentiel confirmatif, l'imputabilité procédurale, la crédibilité et la transférabilité (Lincoln & Guba, 1995). Cette perspective sur la qualité n'a pas, à ce

jour, été intégrée dans les instruments développés pour évaluer la qualité scientifique des évaluations du *SROI*, qui peuvent pourtant s'appuyer sur des méthodes d'analyse qualitative vu leur grande portée interprétative. Il s'agit là d'une piste intéressante qui pourrait être poursuivie dans le cadre de recherches futures et qui correspond à une approche du *SROI* qui demeure peu investie à ce jour en recherche universitaire.

#### Vers une application du *SROI* adaptée au contexte évaluatif

Parmi l'ensemble des méthodes d'évaluation économique existantes, le cas du *SROI* est particulier, au sens où il s'agit d'un modèle évaluatif difficile à situer au plan épistémologique. Dans le *SROI*, la mesure des impacts répond le plus souvent à un idéal positiviste pour lequel les critères de scientificité correspondants sont rarement rencontrés, ce qui implique que le potentiel interprétatif des données reste excessivement limité. L'aspect ascendant de l'approche, qui privilégie la perspective des personnes directement concernées par les interventions et qui valorise la mise en valeur de représentations alternatives et complexes du changement, répond davantage à une logique constructiviste (Arvidson & Lyon, 2014). À travers l'analyse critique de la littérature recensée dans le cadre de ce projet, nous avons effectivement pu constater que cette contradiction amenait des problèmes méthodologiques et conceptuels importants, qui exigeraient en principe une redéfinition du *SROI* (Fujiwara, 2015).

Tout porte à penser que le *SROI* se soit donné des objectifs de départ trop ambitieux, soit de s'imposer à titre d'alternative valide aux méthodes d'évaluation économique traditionnelles, tout en permettant d'influencer les décisions des investisseurs et en traduisant bien la complexité des retombées des interventions. En santé publique, il est communément admis que ces finalités doivent également s'inscrire dans un cadre logique de gestion axée sur les résultats. D'ailleurs, le calcul du *SROI* repose nécessairement sur une modélisation logique, désignée comme la « *théorie du changement* ».

*« La GAR constitue un cadre logique parfois appelé « théorie du changement » dans les rapports cités. D'une manière globale, elle propose une évaluation de l'impact centrée sur la mise en évidence d'une relation causale entre les ressources investies ou les résultats obtenus ou à obtenir. Cette relation causale constitue le cœur de la méthode, car elle est au fondement même de la preuve qui doit être mise en évidence. » (Besançon & Chochoy, 2019)(p. 48)*

En résultante, une question centrale à adresser est de savoir si le *SROI* fournit effectivement des moyens pour mesurer le lien de causalité entre les ressources et les résultats. Pour Besançon et Chochoy (2019), cette question est d'autant plus pertinente lorsqu'il est question de mesurer les impacts générés par les innovations sociales. Une innovation sociale est une intervention qui *« s'intéresse aux solutions apportées aux grands problèmes sociaux à partir d'initiatives entrepreneuriales »*, dont les processus et les produits recèlent une *« nature collective »* Bouchard, 2011 In : Besançon et Chochoy, 2019, p.44). Cette composante fait donc référence à la nature adaptative de certaines interventions complexes, réalisées de concert avec d'autres acteurs de la communauté, qui sont mises en œuvre avec beaucoup de flexibilité et qui s'adaptent constamment à leur contexte d'implantation.

*« Les problèmes adaptatifs (...) sont complexes, la réponse n'est pas connue, et même si elle l'était, aucune entité n'a les ressources ni le pouvoir de réaliser les changements nécessaires. Trouver une solution efficace nécessite alors un apprentissage des parties prenantes impliquées dans le problème, qui doivent modifier leur propre comportement afin de créer une solution. » (Kania et Kramer, 2011, In : Besançon et Chochoy, 2011, p.47)*

En se dotant d'un cadre de pratique adaptatif, représenté par l'acronyme A.P.C.A. (Apprivoiser – Partager – Comprendre – Agir) (Fondation Dr Julien, 2013), la pédiatrie sociale en communauté s'est donné les moyens de personnaliser chacune de ses interventions à la situation spécifique de chaque enfant. Ce cadre de pratique résiste donc à une modélisation sous forme d'une théorie du changement unique et universelle. Un tel exercice impliquerait un *« excès de déterminisme causal »*, car il *« est paradoxal – et au demeurant impossible – de vouloir prédéterminer la forme et*

*les effets*» du processus avant même sa réalisation (Besançon & Chochoy, 2019) (p.50). Il est donc impossible de quantifier de manière valide la valeur ajoutée de la pédiatrie sociale en communauté à partir d'une théorie du changement, qui ne la représentera jamais en essence. Par contre, il demeure possible d'isoler certaines composantes dites « *techniques* » de l'intervention et d'articuler ces composantes spécifiques en chaînes logiques.

*« Certains problèmes sociaux sont techniques en ce sens que le problème est bien défini, que la réponse est connue à l'avance et qu'une ou plusieurs organisations ont la capacité de mettre en œuvre la solution. » (Kania et Kramer, 2011, In : Besançon et Chochoy, 2019, p.47)*

À des fins démonstratives, considérons l'exemple du recours aux services de protection de la jeunesse en premier plutôt qu'en dernier recours, faute d'autres ressources accessibles qui répondent aux besoins particuliers de soutien et de répit des familles vulnérables dans un secteur donné. Il s'agit d'un problème en partie technique et pour lequel une solution concrète et reproductible est envisageable. Une théorie du changement plausible et impliquant la pédiatrie sociale en communauté pourrait donc être que pour les familles les plus vulnérables, le CPSC est l'une des seules ressources accessibles autour de la famille, et contribue de la sorte à éviter un certain nombre de placements et de prises en charge « évitables ». Cela correspond certainement à une contribution sociale importante, qui ne prend pas en compte l'ensemble de la valeur créée par la pédiatrie sociale en communauté, mais qui peut suffire pour démontrer une valeur ajoutée importante.

Dans cette perspective, la démonstration forte de l'efficacité à contrer un problème technique implique que des moyens adéquats soient pris pour assurer la mise en valeur de retombées tangibles et, dans le cas d'un objectif d'évaluation économique, concrètement « *monétarisable* ». Autrement formulé, une perspective positiviste sur la prise en compte de la réalité exige en conséquence l'application d'une méthode évaluative qui a fait ses preuves pour rencontrer des critères de scientificité

positivistes. L'évaluation coût-bénéfice apparaît alors comme une option adéquate dans ce type de situation. À l'opposé, l'utilisation du *SROI* apparaît inappropriée lorsqu'appliquée dans une perspective de gestion axée sur les résultats, simplement parce que la méthode n'a pas encore démontré clairement qu'elle avait les moyens de ses ambitions. À cet égard, l'évaluation coût-bénéfice nous apparaît comme un modèle beaucoup plus avantageux, car elle se situe dans un alignement cohérent entre la finalité de l'évaluation, la perspective sur la qualité scientifique et la posture axiologique (i.e. relative aux valeurs morales) qu'elle sous-tend.

Des publications scientifiques récentes proposent toutefois une utilisation alternative du *SROI*, fondée sur le principe de l'utilité en pratique (Cooney, 2017; Courtney, 2018). Les redéfinitions du *SROI* qui en découlent ont l'avantage non-négligeable de présenter un alignement plus cohérent entre les caractéristiques de la méthode, les objectifs de l'évaluation et les critères de qualité à considérer dans la démarche. Selon Cooney (2017), malgré ses grandes limites méthodologiques, le *SROI* demeure un outil rhétorique puissant, et c'est dans cette perspective qu'il devrait être utilisé. Suivant ce paradigme, créer une théorie du changement n'est plus tellement pertinent. Il s'agit plutôt de raconter une histoire du changement (*story of impact*), qui recèle certes une dimension subjective, mais qui permet de mettre en valeur une facette du changement à des fins rhétoriques :

*"It is true that the SROI metric for valuation of social and environmental performance may not have gained the traction initially hoped for in investment markets. However, the continued use of SROI as a communication strategy, even as there is a growing understanding of its limitations for commensurability, suggests that the SROI has not failed, but will continue to evolve, perhaps refashioned for what it does best and repurposed for the current moment." (Cooney, 2017)(p.114)*

Dans un article traitant des nouvelles approches prometteuses en matière d'évaluation d'impact social, Ruff et Olsen (2018) suggèrent trois stratégies complémentaires pour rendre plus opérantes les évaluations d'impact, soit miser sur

les données opérationnelles colligées par les organisations, adopter une perspective de flexibilité délimitée plutôt que de standardisation complète des méthodes évaluatives et développer des cadres d'analyse interprétables uniquement par des évaluateurs expérimentés. Selon nous, ce dernier aspect gagnerait cependant à être davantage nuancé par les auteurs. Il ne nous apparaît pas indiqué, en toutes circonstances, que l'évaluation de programmes devienne l'apanage exclusif des experts. Elle peut contribuer, dans les faits, à outiller les organisations afin de maximiser leur potentiel d'impact social. Cela a davantage à voir avec le potentiel transformatif de l'évaluation au niveau local qu'avec son utilisation en vue de produire des données probantes sur l'impact, qui pourront justifier l'allocation de ressources par les administrations publiques.

Dans cette perspective d'application locale, Courtney (2018) propose une réinterprétation du *SROI*, nommée *SRA (Social Return Assessment)*, qui s'inscrit dans le courant des méthodes évaluatives axées sur l'utilisation (Ramírez & Brodhead, 2013). Le *SRA* se distingue par son cadre d'application flexible, qui comprend trois niveaux de sophistication. Il est donc possible de seulement construire une histoire du changement (stade 1), d'y ajouter une mesure des impacts (stade 2), et possiblement, à l'aide de techniques plus avancées, de monétariser le changement (stade 3). L'auteur ne fournit cependant pas d'indication claire pour aider les utilisateurs à choisir un degré de sophistication en fonction de l'utilisation projetée des résultats de l'évaluation.

Or, l'évaluation axée sur l'utilisation repose sur la prémisse que les évaluations doivent être jugées en fonction de leur utilité et de leur utilisation réelle; par conséquent, les évaluateurs devraient faciliter le processus d'évaluation et concevoir toute évaluation en tenant compte de la façon dont tout ce qui est fait, du début à la fin, aura une incidence sur l'utilisation des résultats (Ramírez & Brodhead, 2013). De notre point de vue, cette posture implique nécessairement d'encourager une réflexivité parmi les professionnels de l'évaluation de programmes et d'interventions complexes au sujet de la correspondance entre le niveau de rigueur scientifique à

appliquer et les objectifs de l'évaluation. Ainsi, l'application d'un niveau de rigueur scientifique moindre, conduisant à produire une histoire du changement pouvant être qualifiée tout au plus de « plausible », peut suffire à une organisation locale pour reformuler ses orientations stratégiques. La poursuite d'un haut niveau de qualité scientifique n'est donc pas toujours indiquée ou nécessaire dans toute forme de démarche évaluative.

De surcroît, au-delà des débats méthodologiques entourant la valeur scientifique des produits du *SROI*, l'essentiel des bénéfices de l'évaluation émane souvent du processus lui-même (Courtney, 2018). Documenter, comprendre et articuler les processus de production des impacts, en adoptant la posture réflexive exigée par la conduite d'une évaluation du *SROI*, est souvent une grande source d'apprentissage pour les organisations et est susceptible d'influencer significativement les orientations d'intervention, de gestion et de planification stratégique. La conduite d'une évaluation du *SROI* peut aussi permettre aux parties prenantes de constater les impacts insoupçonnés de la pratique évaluée et d'y donner un sens encore plus fort :

*(...), the real interest and relevance appeared to be around helping the SPOs to understand and articulate their contribution to generating benefits around issues such as health, well-being, social and human capital and general quality of life. And in recognising this, the third sector partners were more motivated to pursue impact assessments relating to these social (or socio-economic) outcomes. (Courtney, 2018) (p.550).*

En conclusion, afin de mettre à profit la démarche réflexive réalisée dans le cadre de ce projet, nous présentons, dans le tableau 2, des critères pouvant servir de balises pour faire un choix éclairé entre une évaluation coût-bénéfice classique et une évaluation du *SROI* axée sur l'utilisation. Cela permet de situer le *SROI* comme une alternative légitime à l'évaluation coût-bénéfice, à condition uniquement que la posture épistémologique des évaluateurs, leur rôle, leur perspective sur la qualité

scientifique et leurs stratégies d'évaluation de la qualité demeurent conceptuellement alignés avec les objectifs de l'évaluation.

Tableau 3 : Évaluation coût-bénéfice classique ou évaluation du SROI axée sur l'utilisation?

	Évaluation coût-bénéfice	Évaluation du SROI axée sur l'utilisation
Posture épistémologique	Plus près du pôle positiviste. Principes d'objectivité, de neutralité, de contrôle des biais, de causalité.	Plus près du pôle constructiviste. Participation accrue des parties prenantes, qui peuvent même tenir le rôle de chercheurs ou d'évaluateurs.
Rôle de l'évaluateur	Neutre et indépendant.	Pratique réflexive « engagée » de l'évaluation, qui se fonde sur les « interrogations pragmatiques » des parties prenantes (Ramírez & Brodhead, 2013) (p. vii). L'évaluateur transforme le monde avec d'autres.
Perspective sur la qualité scientifique	Exactitude scientifique, poursuite de la commensurabilité, lecture objective du monde.	Approche compréhensive et axée sur l'utilisation, posture de subjectivité réflexive. Reconnaissance des perspectives situées mises en valeur par la recherche.
Outils d'évaluation de la qualité	Ancrage dans les critères classiques de qualité scientifique soit la validité interne, la validité externe, la fidélité et l'objectivité (Drapeau, 2004).  ***Outils d'évaluation de la qualité scientifique disponibles :  Krelv et al. (2013) Hutchinson et al. (2018)	Ancrage dans les critères de scientificité propres à la recherche interprétative, par exemple le potentiel confirmatif, l'imputabilité procédurale, la crédibilité et la transférabilité (Lincoln & Guba, 1995).  ***Les outils d'évaluation de la qualité scientifique ancrés dans cette perspective restent à être développés.
Finalité de l'évaluation	Démonstration de l'efficacité et de l'efficience suivant un paradigme de gestion axée sur les résultats.	Évaluation utilisée essentiellement pour son potentiel rhétorique ou pour des fins de planification et de gestion à petite échelle.

Le *SROI* a longtemps été idéalisé pour son potentiel à opérer un changement de paradigme évaluatif en administration publique. À l'issue de ce projet, nous constatons que cet objectif ambitieux est loin d'être atteint. Le paradigme de gestion axée sur les résultats, critiqué à plusieurs égards, prévaut toujours en administration publique. À savoir si cela devrait être changé, la question est complexe et implique encore de se questionner sur la fonction de l'évaluation économique. Le débat sera différent si l'objectif est de produire des données probantes sur l'impact ou, en alternative, de simplement se doter d'un outil supplémentaire d'aide à la décision. Dans tous les cas, nous proposons que les stratégies évaluatives soient déterminées en fonction de l'utilisation prévue des résultats de l'évaluation et qu'elles restent cohérentes avec les valeurs et la vision du monde des personnes pour qui l'évaluation a un impact. En ce sens, nous espérons contribuer à placer l'évaluation de programme et d'interventions complexes au service de la société et non uniquement des administrations publiques. Au-delà des critiques méthodologiques des différentes méthodes évaluatives disponibles, cet objectif devrait selon nous demeurer prioritaire.

Le choix d'une méthode évaluative qui correspond aux besoins de la FDJ

Avec un réseau de centres québécois toujours en expansion et comprenant 43 centres en activité en date de juillet 2020, la FDJ a exprimé, lors de rencontres avec l'équipe de recherche, vouloir défendre la valeur ajoutée des CPSC auprès des représentants de l'administration publique. Cette visée nous incite à nous tourner vers un modèle d'évaluation coût-bénéfice répondant de façon adéquate à cet objectif structurant.

Dès lors, il nous apparaît clair que miser sur un cadre d'évaluation coût-bénéfice classique qui serait renforcé par un processus consultatif étendu inspiré des premières étapes du *SROI* est la meilleure façon de maximiser le niveau de qualité scientifique de la démarche. L'évaluation coût-bénéfice se fonde sur une base normative claire qui permet de donner une signification précise et objective à la

valeur créée par la pédiatrie sociale en communauté, avec pour unité transversale les gains en matière de bien-être. Ceux-ci peuvent ensuite servir de base comparative entre les sites d'intervention et les programmes, ce qui constitue un avantage à ne pas négliger. Cela n'entre pas en contradiction avec la prise en compte de la perspective des personnes directement concernées par l'intervention à propos de « *ce qui compte* ». La perspective des parties prenantes demeure essentielle à la démarche évaluative. Elle doit orienter le choix d'indicateurs permettant de mesurer la valeur monétaire des impacts socio-économiques de l'intervention et doit mettre en lumière les impacts sociaux intangibles qui ne seront pas transposés en valeur monétaire, malgré qu'ils soient significatifs pour les personnes les plus directement concernées l'intervention.

Également, la pédiatrie sociale en communauté se caractérise par une culture de co-intervention et de co-construction des connaissances qui trouve son ancrage dans le cœur du modèle clinique. Nos partenaires de la FDJ voient la recherche comme une démarche qui devrait être participative en essence, afin non seulement de bien appréhender la réalité des enfants et des familles, mais aussi de mieux soutenir le développement de la pratique. Nous avons évoqué plus tôt le potentiel transformateur de la démarche évaluative. Cette notion est très chère aux tenants des modèles évaluatifs constructivistes (Courtney, 2018; Ramírez & Brodhead, 2013), qui donnent autant sinon plus d'importance au processus qu'au résultat. Ainsi, l'évaluation devient un outil tant pour les milieux de pratique que pour les investisseurs et administrateurs publics. Il serait en effet possible, pour une organisation à vocation sociale, de réévaluer ponctuellement sa performance et ses processus internes à l'aide de l'outil que constitue l'évaluation coût-bénéfice, à condition que la démarche fasse du sens pour les acteurs qui sont directement concernés par les changements qu'elle vise à amener auprès des enfants, des familles et de la collectivité. Cette éventualité pourra faire partie des discussions futures avec les représentants de la FDJ qui prennent part à ce projet.

Dans cette perspective, nous avons donc poursuivi une démarche consultative d'envergure auprès de plusieurs groupes de parties prenantes, avec pour objectifs principaux de recenser les impacts de la pédiatrie sociale en communauté et d'en déterminer l'importance relative. Nous souhaitons aussi, par des activités de consultation spécifiques, documenter les enjeux de mise en œuvre d'une évaluation économique de la pédiatrie sociale en communauté afin de bien planifier l'évaluation à venir.

Ces activités sont assimilables aux deux premières étapes du *SROI*. Nous ne pouvons que reconnaître la grande qualité des processus consultatifs réalisés à l'aide de cette méthode et sa pertinence lorsque l'objectif est de produire une évaluation qui fait du sens pour les parties prenantes. Dans le cadre du projet de planification faisant l'objet de ce rapport, l'étape 1, ainsi qu'une partie de l'étape 2 du *SROI* ont été complétées et se sont appuyées sur une collecte de données réalisée entre l'automne 2017 et le printemps 2018. À titre de rappel, ces étapes visent respectivement à définir le champ d'application et les parties prenantes, ainsi qu'à expliciter le changement. À ce stade du projet évaluatif, les attentes des partenaires des CPSC par rapport à la démarche évaluative, le choix des parties prenantes qui allaient représenter l'histoire du changement et influencer le choix des indicateurs, les enjeux d'implantation, ainsi que les impacts perçus de la pédiatrie sociale en communauté ont donc pu être précisés. La prochaine section fait état de l'ensemble de ces démarches.

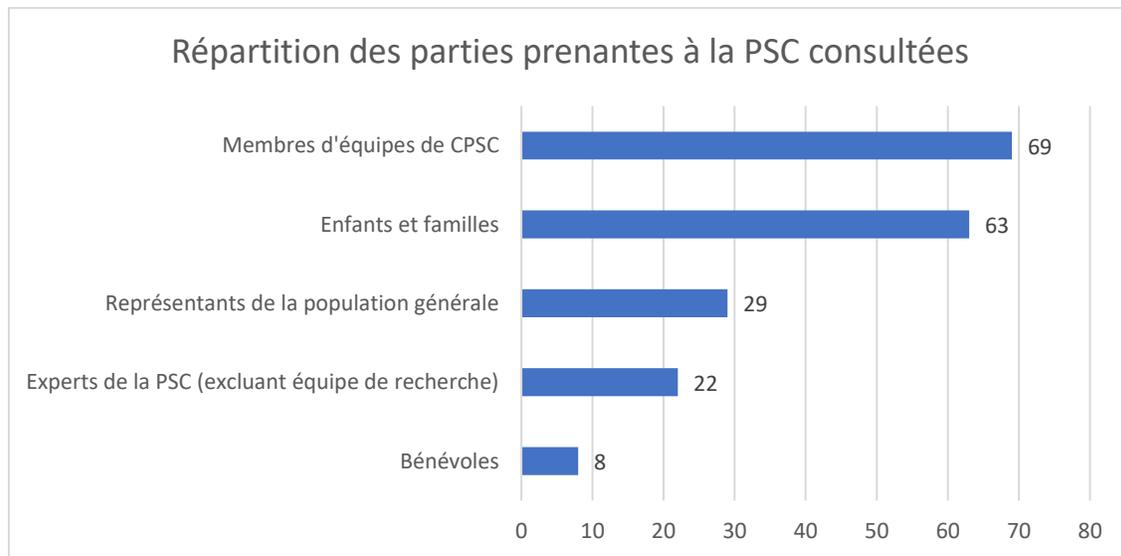
### Activité 3 : Consultation des parties prenantes

Entre septembre 2017 et mai 2018, lors d'une première phase de consultations, des parties prenantes à l'intervention de pédiatrie sociale en communauté ont été rejointes à travers de multiples activités (comités, entrevues individuelles, groupes de discussion, sondages) rejoignant une grande diversité de personnes (enfants et familles, professionnels et experts de la pédiatrie sociale en communauté, bénévoles, directions des CPSC, population générale). L'objectif poursuivi était de définir le champ d'action de la démarche évaluative et d'explicitier le changement attendu à travers les services offerts par les CPSC.

#### Phase 1 : Consultations initiales auprès de cinq groupes de parties prenantes

L'ensemble des données ainsi colligées représente la perspective de 185 personnes, dont 6 ont participé à plus d'une activité de consultation.

Figure 6 : Répartition des parties prenantes à la pédiatrie sociale en communauté consultées.



La figure 7 représente l'échéancier de réalisation de ces activités, qui se sont échelonnées de septembre 2017 à mai 2018.

Figure 7 : Échéancier des activités de consultation.

S17	O17	N17	D17	J18	F18	M18	A18	M18
Experts de la PSC								
		Pop. gén.		Membres d'équipe de CPSC				
				Enfants et familles				
						Bénévoles		

#### A- Consultations avec le comité aviseur – septembre 2017 à janvier 2018

À l'été 2018, la Direction générale et la Direction du transfert des connaissances de la FDJ ont travaillé de concert avec l'équipe de la Chaire afin de constituer une liste de personnes reconnues comme détenant une expertise forte en pédiatrie sociale en communauté au Québec. Ces personnes ont ensuite été conviées à trois rencontres d'une demi-journée chacune entre janvier et avril 2018.

Au départ, un comité de 20 personnes a été constitué, comprenant des représentants de 8 CPSC différents, dont 4 directeurs généraux (incluant une avocate), 4 gestionnaires de services ou de division, 2 membres de conseil d'administration, 1 coordonnatrice au transfert des connaissances, 1 pédiatre et 1 travailleuse sociale. De la sorte, l'ensemble des trois professions-clés impliquées dans les cliniques de pédiatrie sociale en communauté (médecine, travail social et droit) étaient représentées, ainsi qu'une diversité de fonctions professionnelles. Cette diversité était importante aux yeux des partenaires de la FDJ, afin d'assurer que l'expertise amenée au comité couvre bien l'ensemble des aspects du modèle de pédiatrie sociale en communauté.

À ce nombre se sont ajoutés une personne membre du comité scientifique de la Chaire, ainsi que des chercheurs et professionnels de recherche impliqués dans le projet. Les trois quarts des participants étaient en provenance de Montréal (n=15), et les autres représentaient les régions de la Mauricie, l'Outaouais, de Laval, de Chaudière-Appalaches et de la Capitale-Nationale. L'ensemble des participants à la rencontre initiale, à l'omission d'une personne, ont maintenu leur participation au

comité dans le temps, et deux participants se sont même ajoutés en cours de route pour porter le total à 22 membres ayant participé aux consultations à un moment ou à un autre.

Différentes thématiques ont été abordées au fil des activités de consultation réalisées. Le comité aviseur, qui a d'ailleurs été le premier groupe de parties prenantes à être consulté, a été le seul à contribuer à l'étape 1 du *SROI*, qui vise à définir le champ d'action de la démarche évaluative et à guider le choix des groupes de parties prenantes à consulter. Il a également participé aux activités de consultation permettant d'alimenter les réflexions de l'étape 2 du processus, qui vise à expliciter le changement.

B- Consultation organisée lors de la Guignolée de la FDJ – décembre 2017

Conjointement avec l'équipe de la *Chaire Dr Julien / Fondation Marcelle et Jean Coutu en pédiatrie sociale en communauté de l'Université de Montréal*, l'équipe de la Chaire a animé un kiosque lors de la visite du centre *Assistance aux enfants en difficulté* de la FDJ, à l'occasion de la Guignolée de décembre 2017. Plusieurs centaines de personnes de la population générale ont pu apprendre l'existence de la Chaire, ainsi que sa mission.

Cet événement a aussi été l'occasion de réaliser une activité de consultation avec des représentants de la population générale, afin de prendre en compte leur point de vue dans la réalisation de la carte des impacts. Au total, 29 personnes ont participé à cette activité sur une base anonyme. Il leur a été offert, au moment de leur visite au kiosque, de répondre à la question suivante : « *Quel est l'impact le plus important de la pédiatrie sociale en communauté?* ». Leurs réponses étaient recueillies sur des papiers de format « bloc-notes », qu'ils devaient déposer dans une boîte prévue à cet effet. Au fil de la journée, un nuage de mots représentant l'ensemble des réponses a été actualisé par ordinateur et projeté sur un mur de la pièce. Les réponses intégrales

des participants ont été intégrées au corpus global de données analysées pour établir la carte des impacts.

#### C- Visites de CPSC québécois – janvier 2018 à mai 2018

À partir de janvier 2018, l'ensemble des CPSC certifiés ou en voie de l'être (en février 2018) ont été sollicités par courriel pour être visités par l'équipe de la Chaire. Ces rencontres, animées selon le cas par la titulaire ou la coordonnatrice de la Chaire, ont pris la forme de discussions de groupe semi-dirigées d'une durée approximative de deux heures et incluaient un tour guidé de chaque CPSC. Trois thèmes principaux étaient abordés, soit le portrait des enfants et familles rejointes par les services du CPSC, l'offre de services et les impacts observés ou attendus de la pédiatrie sociale en communauté. Aucun enregistrement n'a été réalisé, toutefois les professionnelles de recherche en charge prenaient des notes et transcrivaient sous forme de citations quelques commentaires des participants, surtout lorsqu'ils s'avéraient particulièrement pertinents ou évocateurs en regard des thèmes abordés.

Au total, 23 centres ont été contactés. Dix-neuf (19 centres ont pris part à ces rencontres (16 certifiés et 3 en voie de certification). Trois CPSC n'ont pas répondu à l'appel et un refus a été obtenu de la part d'un CPSC qui venait tout juste de débiter ses activités. Les représentants de ce CPSC ont mentionné ne pas avoir assez de recul pour répondre aux questions abordées dans le cadre de ce projet. Les CPSC visités représentent ensemble 17 communautés à travers le Québec : Cap-Chat, Centre-Sud (Montréal), Côte-des-Neiges (Montréal), Cowansville, Drummondville, Gatineau / Hull, Hochelaga (Montréal), Lachute, Laval, Lévis, Magog, Pierrefonds-Est (Montréal), Québec, Saint-Hyacinthe, Saint-Jean-sur-Richelieu, Saint-Laurent (Montréal), Trois-Rivières.

Au total, 69 professionnels ont été rencontrés, formant un groupe composé à 30,8% de travailleurs sociaux, 30,8% de gestionnaires, 15,4% de médecins et 23% de représentants d'autres professions (éducateurs (n=6), psychoéducateurs (n=2), art-

thérapeutes (n=2), avocat (n=1), autre type d'emploi (n=4)). Une moyenne de 3,8 professionnels étaient présents à chaque rencontre.

#### D- Entrevues avec les enfants et les familles – février 2018 à avril 2018

De courtes entrevues qualitatives d'une durée approximative de 15 à 20 minutes ont été réalisées de février à avril 2018 auprès d'enfants, d'adolescents et de familles rejointes par les services de pédiatrie sociale en communauté, et ce dans les trois CPSC experts de Montréal (*Assistance aux enfants en difficulté* et *Garage à Musique* dans Hochelaga-Maisonneuve et *CPSC Côte-des-Neiges*). L'objectif général était de documenter les effets perçus de la pédiatrie sociale en communauté du point de vue des personnes qui font l'objet de cette intervention, afin d'inclure leur perspective essentielle dans la carte des impacts (étape 2 de l'évaluation du *SROI*). Des cartes cadeau de 10\$ par participant étaient remises en guise de remerciement.

La décision de circonscrire ce processus de consultation à la région montréalaise a été prise en raison d'enjeux de faisabilité, alors que la Chaire est basée à Montréal et qu'elle disposait d'un financement limité dans le cadre de ce projet. Deux professionnelles de recherche étaient présentes à chacune des entrevues. L'une procédait à l'entrevue alors que l'autre prenait des notes sous forme de transcriptions thématiques, incluant de courtes transcriptions intégrales du discours des participants. Aucun enregistrement n'a été réalisé, conformément à la procédure éthique approuvée par l'Université McGill<sup>12</sup>. Le [guide d'entrevue](#) et les [questionnaires sociodémographiques](#) qui ont été utilisés sont disponibles en annexe.

La stratégie de recrutement des participants était opportuniste. Cela signifie que les familles disposées et volontaires pouvaient rencontrer les professionnelles de recherche, généralement après leur rendez-vous en clinique. Ces familles étaient toujours approchées en premier par un travailleur social ou un éducateur qu'elles

---

<sup>12</sup> Approbation obtenue le 25 janvier 2018 par le Research Ethics Board III de l'Université McGill (REB File #: 336-0118).

connaissaient bien. Il est aussi arrivé, dans une proportion moins importante de cas, que des intervenants sollicitent des familles à l'occasion d'activités autres qu'un passage en clinique, et que ces dernières rencontrent l'équipe de recherche sur rendez-vous par la suite. Les critères de sélection étaient les suivants : 1) Avoir début les services en CPSC rencontre six mois auparavant ou plus ; 2) Pouvoir soutenir une conversation en français ou en anglais.

Au total, 28 familles ont participé à la recherche (63 personnes). L'équipe de recherche a rencontré 30 parents (24 mères, 4 pères et 2 autres) et 33 jeunes, dont 11 filles et 22 garçons (7 dans le groupe des 0-5 ans, 21 dans le groupe des 6-12 ans et 5 dans le groupe des 13-17 ans). L'étendue d'âge des parents est comprise entre 23 ans et 57 ans (moy. 41,8 ans). L'étendue d'âge des enfants et des adolescents est comprise entre 0 et 17 ans (moy. 8,5 ans). La plupart des jeunes rencontrés ont entre 6 et 12 ans (63,6%). On observe une répartition à peu près égale des participants entre les deux quartiers (47,6% à Côte-des-Neiges vs 52,4% à Hochelaga). L'échantillon est composé de plus de jeunes (54%) que de parents (46%). Dans les deux tiers des cas (20 entrevues sur 30), la mère était le seul parent présent. On observe une grande diversité culturelle dans Côte-des-Neiges (10 origines ethniques différentes parmi 14 familles rencontrées) et peu de diversité culturelle dans Hochelaga, avec seulement 2 familles sur 14 qui déclarent une origine autre que « québécois ».

#### E- Groupe de discussion avec des bénévoles – avril 2018

Effectuée en avril 2018, cette discussion de groupe, réalisée en formule 5 à 7, a abordé les mêmes thématiques que lors des visites de centres et a rejoint 8 bénévoles de la FDJ qui sont assignés dans les trois CPSC d'Hochelaga et de Côte-des-Neiges (*Assistance aux enfants en difficulté, Garage à musique, CPSC Côte-des-Neiges*). Encore ici, la rencontre a été animée par une professionnelle de recherche, en l'occurrence la coordonnatrice de la Chaire, alors que d'autres professionnelles de recherche ont réalisé des transcriptions thématiques et de discours. De même que

pour l'ensemble des autres activités de consultation, aucun enregistrement n'a été réalisé. Le [guide d'entrevue](#) utilisé pour cette activité est disponible en annexe.

### Résultats des activités de consultation réalisées en phase 1

Les résultats recueillis au moyen des activités de consultation réalisées en phase 1 sont présentés en deux temps, qui se rapportent respectivement aux questions de recherche représentées dans la figure suivante :

Figure 8 : Questions de recherche ayant structuré les premières consultations avec les parties prenantes.

Questions de recherche	Groupes consultés	Méthodes de recherche
1- Quelles sont les attentes des partenaires, quels sont les enjeux d'implantation à anticiper, qui seront les groupes de parties prenantes consultés et quel sera le champ d'application de l'évaluation?	Comité aviseur	Groupes de discussion
2- Quels sont les impacts perçus de la pédiatrie sociale en communauté?	Comité aviseur, visiteurs du centre AED à l'occasion de la Guignolée de 2017, familles (enfants et parents), bénévoles, professionnels des CPSC.	Groupes de discussion, sondage et entretiens qualitatifs.

Quelles sont les attentes des partenaires, quels sont les enjeux d'implantation à anticiper, qui seront les groupes de parties prenantes consultés et quel sera le champ d'application de l'évaluation?

Lors d'une première activité de consultation avec les membres du comité aviseur, tenue le 28 septembre 2017, la titulaire de la Chaire, une coordonnatrice de recherche et une professionnelle de recherche ont simultanément animé des groupes de discussions de 5 à 7 personnes afin de faire émerger les enjeux soulevés par l'implantation d'une évaluation économique dans un CPSC. Les réflexions formulées par chacun des groupes de discussion ont été partagées entre l'ensemble des

participants en seconde moitié de rencontre et ont suscité des discussions très riches. Cette activité a permis de :

- Valider l'intérêt et la motivation de représentants-experts de différents CPSC à s'engager dans une réflexion commune à propos de l'applicabilité d'une évaluation économique dans leurs milieux ;
- Déterminer quelles seraient les parties prenantes à consulter afin de constituer la carte des impacts ;
- Réfléchir à différents angles de vue pour mesurer les impacts de la pédiatrie sociale en communauté.

Les membres du comité ont d'abord souligné l'apport potentiel d'un devis d'évaluation économique permettant de réaliser des comparaisons entre les CPSC et les autres organismes et établissements qui offrent des services aux familles, dans une perspective d'amélioration continue. Le groupe en est venu à la conclusion que le *SROI* est plus limité, car il trouve uniquement sa pertinence dans la « *capacité de se comparer à soi-même* ». À cet effet, la possibilité de recourir à une méthode d'évaluation dans une perspective longitudinale, pour constater par exemple ses progrès dans le temps, a suscité l'intérêt d'un bon nombre de professionnels.

Les membres du comité ont montré une ouverture à « *aller plus loin que juste la démonstration de l'impact* » et de s'intéresser à « *comment on peut utiliser cette information pour améliorer les services de pédiatrie sociale* ». Ils ont souligné l'intérêt pour l'évaluation en tant que processus, qui offre la possibilité de « *prendre un recul sur l'action quotidienne et les interventions quotidiennes* » pour réfléchir activement au sens à donner à la pratique et à son impact. Les membres du comité ont aussi questionné le potentiel de la méthodologie du *SROI* à mesurer les impacts intangibles de façon suffisamment sensible, sachant que ces impacts prennent dans certains cas beaucoup de temps à se manifester et que les familles ne sont pas toutes exposées à la même intensité de services. Au titre des groupes de parties prenantes à consulter, les membres du comité ont exprimé l'importance d'adopter une

« *perspective large* », qui inclut non seulement les enfants et familles rejointes, les cliniciens, mais aussi les bénévoles des CPSC.

Les discussions sur les enjeux d'implantation d'une évaluation économique en CPSC se sont poursuivies à l'hiver 2018, à l'occasion de rencontres subséquentes avec les membres du comité. Ainsi, nous avons pu réaliser les constats suivants :

- 1) Les membres du comité se disent globalement favorables à l'idée d'explorer l'applicabilité de différents modèles d'évaluation économique de CPSC. Il est attendu que la démarche évaluative donne aux équipes un espace de réflexion à propos des pratiques et du rendement ;
- 2) La carte des impacts devra prendre en compte la perspective de plusieurs catégories de parties prenantes, afin qu'une diversité de points de vue s'exprime ;
- 3) Les membres du comité aviseur souhaitent que toute forme d'évaluation du rendement des CPSC prenne adéquatement en compte la complexité. Il faut abandonner l'idée d'adopter un seul angle de vue pour attester des résultats ;
- 4) Les membres du comité aviseur souhaitent que le processus d'évaluation ait une résonance et une crédibilité pour un observateur externe, sans quoi sa portée sera trop limitée, ce qui implique la réalisation d'une évaluation présentant un bon niveau de qualité scientifique assorti d'une légitimité reconnue ;
- 5) Aucune méthode pour attester de la valeur ajoutée d'une intervention complexe n'est sans failles, et il est essentiel de bien réfléchir aux avantages et aux inconvénients de chaque décision méthodologique en cours de route.

Quels sont les impacts perçus de la pédiatrie sociale en communauté?

Cette question, qui s'avère centrale pour structurer les étapes de la démarche évaluative à venir, a été adressée à l'ensemble des parties prenantes sollicitées entre 2017 et 2018. L'analyse thématique des données qualitatives recueillies a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 11 par une coordonnatrice de recherche et supervisée par la titulaire de la Chaire. Les résultats de ces analyses sont ici présentés pour chacune des catégories de parties prenantes consultées.



### *Analyses qualitatives complètes pour les autres groupes consultés*

L'analyse transversale de l'ensemble des données qualitatives recueillies auprès des cinq groupes de parties prenantes consultés, incluant les données préliminaires auprès de la population générale que nous venons de présenter, a permis de faire émerger 11 grandes catégories d'impacts perçus de la pédiatrie sociale en communauté, soit:

- 1) la santé physique,
- 2) la santé psychologique,
- 3) les relations sociales,
- 4) la protection des enfants,
- 5) les trajectoires de services,
- 6) les trajectoires scolaires,
- 7) les trajectoires professionnelles,
- 8) l'épanouissement personnel,
- 9) la réduction des iniquités sociales,
- 10) les impacts communautaires,
- 11) les impacts sur les pratiques d'intervention.

Les prochaines questions décrivent dans le détail comment les activités de consultation menées auprès du comité aviseur, des membres d'équipe de CPSC, de parents, d'enfants, d'adolescents et de bénévoles ont permis de faire émerger ces registres d'impacts. Il est important de spécifier qu'ils ne prennent pas tous la même importance dans le discours selon le groupe de parties prenantes consulté et qu'ils ne sont pas tous représentés de la même manière. Pour une représentation plus synthétisée et transversale de l'ensemble du contenu rattaché à chacun des 11 registres, un tableau-synthèse est présenté à la fin de chaque section thématique, permettant ainsi de situer l'importance relative de chaque catégorie d'impact dans

l'ensemble du discours des différents groupes de parties prenantes consultés<sup>14</sup>. Cet effort de synthèse met en valeur les points de jonction, mais aussi quelques différences importantes dans la représentation de l'impact de la pédiatrie sociale en communauté selon le groupe de parties prenantes consulté<sup>15</sup>.

## 1) La santé physique

### Perspectives des membres du comité aviseur

Les membres du comité aviseur ont relevé que, de façon générale, la pédiatrie sociale en communauté amenait une « meilleure gestion des problèmes de santé physique » présentés par les enfants et les parents. Les états de « santé physique et mentale » étaient souvent discutés ensemble et mis en relation, dénotant une vision axée sur la santé globale. La « gratuité et l'accessibilité aux loisirs » via les CPSC a été nommée en tant qu'élément important pour favoriser un meilleur état de santé physique couplée à l'adoption de meilleures habitudes de vie impactant la santé (par exemple une meilleure « nutrition » des enfants et des parents via une activité de cuisine collective). D'autres impacts perçus de la pédiatrie sociale en communauté et liés à la santé physique des enfants et des parents sont une amélioration de l'état de « salubrité des logements » et une « diminution ou meilleure gestion de la consommation » de substances psychoactives (drogues et alcool) par les parents.

### Perspectives de membres d'équipes de CPSC

Du point de vue des professionnels rencontrés, au-delà de l'impact à court terme des services pédiatriques reçus pour les problèmes de santé ponctuels des enfants<sup>16</sup>, la pédiatrie sociale en communauté permettrait effectivement l'amélioration des habitudes de vie qui impactent la santé des enfants et des parents. À travers

---

14 À titre indicatif, nous avons ordonné l'importance relative de chaque catégorie d'impact sur la base du nombre de passages codifiés dans NVivo en lien avec ces catégories.

15 Les consultations avec les visiteurs de l'AED ont été exclues de l'exercice, car la nature des données recueillies est plus difficilement comparable avec les résultats obtenus auprès des autres groupes de parties prenantes consultés.

16 « Les impacts de santé, souvent on les voit plus en urgence. » (CPSC14)

l'ensemble des CPSC visités, des collations saines sont quotidiennement offertes aux enfants<sup>17</sup>, et une programmation est déployée afin d'encourager les enfants et parfois même les parents à s'adonner à un sport<sup>18</sup> ou à des activités extérieures<sup>19</sup>. Certains professionnels rencontrés avouent cependant ne pas savoir si les impacts persistent à long terme<sup>20</sup>.

Du point de vue des professionnels rencontrés, le développement physique de l'enfant est indissociable du développement cognitif et social<sup>21</sup>. Les professionnels rencontrés expliquent avoir constaté des changements significatifs en ce qui concerne le développement global des enfants vus en pédiatrie sociale. Selon le cas, des améliorations en termes de développement neurologique, cognitif et moteur<sup>22</sup> des enfants deviennent apparents suivant la mise en œuvre d'activités de stimulation précoces<sup>23</sup> qui préviennent<sup>24</sup> ou renversent les retards de développement. Les professionnels consultés constatent également qu'une normalisation de la courbe de croissance de l'enfant peut s'actualiser avec le soutien d'une équipe de pédiatrie sociale<sup>25</sup>.

Les professionnels rencontrés expliquent également que les conditions de vie matérielles auxquelles sont exposés les enfants ne sont pas toujours adéquates et que

---

17 « Des collations après l'école » (CPSC02)

« Des fruits et légumes, ils n'en mangent pas. » (CPSC16)

18 Cours d'arts martiaux parents-enfants, le professeur est un infirmier bénévole : super populaire, fait bouger les parents et les enfants (CPSC15 – Notes d'entrevue)

Programme de yoga dans les écoles le midi (CPSC02 – Notes d'entrevue)

19 Projets spéciaux : « Ergo-Vélo » (apprentissage du vélo, remettent un vélo et un casque à l'enfant à la fin du programme) (CPSC05 – Notes d'entrevue)

20 « On l'espère. (...) C'est difficile de mesurer l'impact à long terme. » (CPSC10)

21 « On observe souvent un « chevauchement des troubles de comportement et des retards de développement » (CPSC10)

22 « Motricité fine, globale » (CPSC14)

« Ça permet de travailler la psychomotricité. » (CPSC18)

23 « Stimuler les tous petits » (CPSC18)

« Les enfants de 0 à 5 ans manquent de stimulation. » (CPSC09)

24 « L'idée c'est d'être en prévention, de référer vers ces services-là, prévenir le stress toxique et les atteintes au développement de l'enfant. » (CPSC13)

25 « [Quand on constate le] plafonnement de la courbe de croissance. [Il faut] aller pousser au niveau des investigations médicales. » (CPSC14)

cela peut avoir un impact majeur sur la santé globale des enfants et des parents. Il est plus précisément question de la grande pauvreté dans laquelle se trouvent plusieurs familles<sup>26</sup> et communautés<sup>27</sup>, avec pour effets des besoins de base non-comblés chez les enfants, des milieux de vie insalubres et non-sécuritaires<sup>28</sup> et d'une absence de suivi médical des enfants<sup>29</sup>. Ensemble, ces conditions de vie qui affectent le développement et la santé des enfants<sup>30</sup>, désignées en tant que stress toxiques par les professionnels rencontrés, peuvent être modifiées graduellement avec l'aide des équipes de pédiatrie sociale en communauté<sup>31</sup>.

Plusieurs professionnels consultés ont aussi mis de l'avant que la nature intégrée de l'approche de la pédiatrie sociale, qui apporte un regard transdisciplinaire sur la situation de l'enfant, permet d'aboutir à des diagnostics plus précis, et, en conséquence d'utiliser plus efficacement et judicieusement la médication pour venir en aide à l'enfant<sup>32</sup>. En particulier, plusieurs professionnels dénoncent une tendance actuelle à la surmédicalisation<sup>33</sup> dans le réseau de la santé et de l'éducation<sup>34</sup>, que les équipes de pédiatrie sociale en communauté tentent de contrer.

---

26 Précarité économique (besoins de base menacés). (CPSC11 – Notes d'entrevue)

« Emplois précaires des parents » (CPSC11)

27 Moisissures dans l'école primaire (plus petits) (CPSC16 – Notes d'entrevue)

28 « Beaucoup de gens dans un appartement, ils vivent dans saleté puis ils ne le voient pas comme un problème. » (CPSC12)

« Insalubrité, infiltration d'eau, punaises. (...) Lieux non-sécuritaires, pas déneigés, pas de rampe. » (CPSC14)

29 Un certain nombre d'enfants « qui n'ont jamais vu le docteur de leur vie ». Le cas d'un enfant de 7 ans. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

30 La métaphore de l'iceberg est mentionnée : les « demandes de santé » en haut, et les « besoins psychosociaux reliés à l'environnement » en dessous. (CPSC10 – Notes d'entrevue)

31 « Quand on diminue le stress toxique, les enfants gagnent en sommeil, en attention, en appétit, en qualité de vie... » Diminution du stress des enfants et des parents amène des impacts sur la « santé physique et psychologique ». » (CPSC05)

32 « Médication plus réfléchie », « traitement plus approprié » (CPSC02)

33 « Médication adéquate », « pas de surmédicalisation » (CPSC03)

34 « À l'école, ils sont dans le résultat. (...). On tag les enfants pour avoir plus d'argent et de bras. ». Mais on ne pense pas par exemple au coût de la médication pour la société. « on doit faire beaucoup de travail de sensibilisation. Parfois l'enfant est taggué TDAH quand c'est une difficulté d'apprentissage. » (CPSC08)

## Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Les enfants et les parents ont évoqué plusieurs services de santé reçus directement au CPSC ou à l'extérieur du CPSC et devenus accessibles grâce au suivi en pédiatrie sociale. En plus des cliniques de pédiatrie sociale, l'accès à des services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthodontie a été mentionné. De plus, les enfants et les parents soulignent l'importance de l'accès à des activités physiques de loisir destinées aux enfants et organisées au CPSC ou ailleurs dans les établissements partenaires.

Dans l'ensemble et du point de vue des enfants et des parents, les impacts directs de l'intervention de pédiatrie sociale au plan de la santé physique sont de l'ordre d'une amélioration, selon le cas, de la coordination et de la motricité des enfants, de la réduction de l'obésité des enfants, d'une meilleure condition physique générale des enfants et d'une meilleure santé dentaire des enfants.

Quoique la mission des CPSC place clairement l'enfant au centre de la démarche d'aide, plusieurs parents ont témoigné avoir pu obtenir du soutien leur étant destiné<sup>35</sup>. À cet effet, un parent confie avoir eu accès à des services de santé pour lui par l'entremise du CPSC<sup>36</sup>.

Une amélioration de l'état de santé actuel des enfants est notée par plusieurs des familles rencontrées. Les entrevues avec les familles ont aussi permis de mettre en valeur des améliorations dans les habitudes et la qualité de sommeil des enfants et conséquemment des parents<sup>37</sup>. Les autres habitudes de vie impactées par le suivi en CPSC et mentionnées par les familles sont l'accroissement de l'hygiène personnelle

---

35 « (...) ils aident les parents aussi. Ce n'est pas pour les adultes mais ils aident les adultes aussi. On sent vraiment supportés. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

36 « Mon pédiatre m'a référé pour une hernie, j'ai pu être opérée l'an passé. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

37 « Avant il ne veut pas dormir (...) et maintenant oui. » - Parent, Côte-des-Neiges

des enfants<sup>38</sup>, ainsi que l'accroissement de l'activité physique<sup>39</sup> et de la consommation d'aliments sains chez les enfants, quoique certains témoignages portent à croire que ces habitudes pourraient ne pas être maintenues dans le temps<sup>40</sup>. En ce qui concerne le développement physique optimal des enfants, un parent évoque une tendance à la normalisation progressive de la courbe de croissance de son enfant, qui accusait un retard en ce sens<sup>41</sup>. En termes de sécurité physique et de prévention des accidents, un parent souligne que le CPSC est un lieu sécuritaire où son enfant peut passer du temps, en comparaison au parc, qui pose selon lui des risques pour son enfant en raison de la présence potentielle d'adultes malveillants<sup>42</sup>.

Des parents accueillent par ailleurs favorablement la prescription de médicaments adaptés aux besoins des enfants, dans le cas où cela s'est avéré indiqué, typiquement lorsque l'enfant présente un diagnostic de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, mais aussi devant le constat d'autres types de comportements perturbateurs de l'enfant à la maison ou à l'école<sup>43</sup>.

### Perspectives de bénévoles

Concernant les impacts perceptibles de la pédiatrie sociale en communauté sur la santé physique des enfants et des parents, les bénévoles disent contribuer, par leur implication, à la promotion de saines habitudes alimentaires tant chez les enfants<sup>44</sup> que les parents. Un bénévole nomme l'organisation d'ateliers de cuisine permettant à

---

38 « Il n'était pas propre. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

39 « The only thing that helped me here is exercise; we always do a lot of exercise. » - Enfant (6-12 ans), Côte-des-Neiges

40 « Elle a également appris à cuisiner, quoique qu'elle ne reproduit pas les recettes apprises à la maison » - Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonneuve

41 « Pour la croissance de [ma fille], elle a eu des problèmes de croissance (...) je ne l'aurais pas su. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

42 « tout seul dans le parc (...) n'importe qui peut l'approcher. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

43 « La médication avec mon fils ça aide beaucoup. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

« Aussi on voit le médecin, il lui a donné un médicament pour se concentrer. Lui, il ne voulait rien faire à l'école, il ne voulait pas étudier. Il ne sait pas encore lire mais maintenant ça commence à l'aider et il commence à lire. Avant [il] a été obligé de changer d'école parce que ça ne marchait pas. Le médecin a dit « Essaye les médicaments, ça va aider. » Ça a aidé à la maison aussi. » - Parent, Côte-des-Neiges

44 « On met les enfants en lien avec l'alimentation saine. » - Bénévole

la fois aux enfants d'apprendre à réaliser des recettes à partir d'aliments sains et d'en faire bénéficier leur famille en en ramenant à la maison<sup>45</sup>. Un bénévole souligne que des fruits ou des légumes sont typiquement offerts en collation aux enfants, qui s'habituent ainsi à en consommer plus régulièrement. Il ajoute que comme les parents n'ont parfois pas les moyens d'en acheter, les enfants ont l'opportunité d'en consommer au CPSC<sup>46</sup>. Un bénévole ajoute que les enfants exposés à des aliments sains arrivent parfois à influencer les choix de leurs parents au moment de faire l'épicerie, de sorte à produire un impact potentiel sur l'ensemble de la famille<sup>47</sup>. Le thème de l'amélioration de la sécurité physique des enfants est seulement évoqué par un bénévole, qui relève que plusieurs enfants qui fréquentent les CPSC évoluent dans des milieux de vie qui posent des risques à leur sécurité. En ce sens, le CPSC est un espace sécuritaire où les enfants ont avantage à passer du temps<sup>48</sup>.

### Perspective transversale sur la santé physique

Tableau 4 : Perspective transversale sur la santé physique

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur			x	
Professionnels		x		
Familles		x		
Bénévoles		x		

#### Faits saillants :

- Les membres du comité aviseur, les professionnels de CPSC et les bénévoles ont en commun de discuter de cette thématique sous l'angle de l'amélioration des habitudes de vie et des conditions de vie des enfants et des parents (aspect préventif).

45 « ça leur permet de composer leur propre souper, d'en ramener à la maison » - Bénévole

46 « (...) il y a 5-6 ans, les plats de fruits et légumes, ils restaient là. Maintenant les enfants les mangent. Les fruits et légumes n'étaient pas accessibles pour eux, c'était trop cher, ils n'étaient pas habitués à en manger. » - Bénévole

« Les fruits et les légumes, les enfants en mangent beaucoup plus. » - Bénévole

47 « L'enfant devient moteur de changement dans sa propre famille. Les enfants peuvent [influencer les choix] des parents à l'épicerie. » - Bénévole

48 « C'est important qu'on soit là pour ces enfants-là. Dans ce temps-là ils ne sont pas ailleurs. »

- Les membres du comité aviseur et les professionnels de CPSC ont en commun de discuter de cette thématique suivant une perspective de santé globale.
- Les familles abordent presque exclusivement cette thématique sous l'angle de l'accès à des services de santé et à des activités ou ressources favorisant un meilleur état de santé des enfants et dans certains cas de l'ensemble de la famille. Cet angle de vue est aussi présent dans le discours des autres parties prenantes consultées mais son poids relatif par rapport aux autres thèmes évoqués pour parler de la santé physique est moins important, car le discours des familles est moins diversifié en termes de contenu sur cet aspect.
- Les familles et les professionnels des CPSC évoquent ensemble le thème de l'accès à de la médication adaptée aux besoins des enfants.
- Du point de vue des familles et des bénévoles, le CPSC est représenté en tant que lieu sécuritaire pour les enfants du quartier (préserve l'intégrité physique), en alternative aux espaces publics vus comme menaçants.

## 2) La santé psychologique

### Perspectives des membres du comité aviseur

En termes de santé psychologique, la plupart des impacts rapportés par les membres du comité aviseur concernent une amélioration générale de la santé mentale des enfants et des parents, en particulier en ce qui concerne leur détresse psychologique. De façon générale, les membres du comité expliquent que lorsque les « enfants [sont] mieux soignés », on est à même de constater une « amélioration de leur bien-être » et une « augmentation du sentiment de bonheur », tant chez les enfants que chez les parents. Les services offerts dans les CPSC contribueraient aussi à une « diminution de l'anxiété et des stress toxique » qui se solde, du point de vue des membres du comité, par une diminution du « niveau de stress familial ». Les membres du comité ont aussi relevé que les cliniques et les activités organisées dans les CPSC permettaient aux enfants et aux parents de prendre du « temps pour soi », ce qui impacte positivement leur santé « émotionnel[le] ».

Des impacts sont également relevés en lien avec l'amélioration de l'estime de soi des enfants et des parents. L'amélioration de la qualité de vie des enfants et des parents et aussi évoquée sous l'angle de l'« amélioration des conditions de vie », via un meilleur accès au « logement », à la « sécurité alimentaire », aux « soins », au « transport », aux « loisirs » et à la « culture », témoignant encore ici de l'accompagnement global offert par les professionnels de la pédiatrie sociale en communauté.

### Perspectives de membres d'équipes de CPSC

Les professionnels rencontrés listent une série de caractéristiques permettant de représenter l'étendue de la détresse psychologique des enfants et de leurs parents. D'abord, ils sont nombreux à observer beaucoup d'anxiété chez les enfants<sup>49</sup>. Ils partagent également que les traumatismes vécus tôt dans le parcours de vie et les troubles de l'attachement sont souvent le lot des enfants rejoints par les CPSC<sup>50</sup>. Des professionnels observent que certains enfants manifestent un besoin accru d'attention de la part de l'adulte<sup>51</sup>. Ils soulignent aussi que plusieurs enfants présentent des comportements perturbateurs à la maison et/ou à l'école<sup>52</sup>. Certains parents consultent en pédiatrie sociale parce que leur enfant ne joue plus<sup>53</sup>. Particulièrement dans le cas des familles aux parcours migratoires atypiques et traumatiques<sup>54</sup>, les professionnels consultés évoquent des cas d'enfants dissociés d'eux-mêmes, qui ne « sentent pas »<sup>55</sup>.

---

49 « Nos enfants vivent beaucoup de stress. » (CPSC08)

50 Beaucoup de traumatismes et de difficultés d'attachement chez les enfants (CPSC09)

51 Enfants en grand besoin de proximité, de valorisation et d'attention. (CPSC07)

52 « Leurs comportements dérangent. » (CPSC06)

53 « Ou ils disent que leurs enfants ne jouent plus, ne sourient plus. Ils veulent que leurs enfants jouent et retrouvent leur sourire. ». (CPSC11)

54 Immigration récente, « parcours migratoires atypiques », caractérisés par des « départs rapides » « Ils ont tout quitté du jour au lendemain. » « des histoires migratoires très difficiles » (CPSC11)

« Ces enfants ne sont pas nés ici, un certain nombre sont nés dans des camps de réfugiés. « C'est une vague d'immigration. » « Ces enfants ont beaucoup de traumatismes. » (CPSC09)

55 « Enfants qui ne sentent pas leur corps, qui ont des zones hypo-sensibles ». Une éducatrice explique qu'il s'agit d'« enfants-sac », à l'image d'enfants qui ont été transportés dans l'urgence. Une mère aurait décrit son enfant ainsi à une éducatrice « C'est un enfant sauvage, je n'ai pas eu le temps de lui donner

Les professionnels consultés expliquent également que les parents de ces enfants composent souvent avec des difficultés personnelles qui affectent leur disponibilité à répondre aux demandes et à rencontrer les besoins de leur enfant<sup>56</sup>. En général, les professionnels rencontrés notent aussi une incidence élevée des troubles de santé mentale, des troubles de personnalité et/ou de toxicomanie parmi les parents rejoints par leurs services<sup>57</sup>.

Le profil des enfants et des parents diffère d'un CPSC à l'autre, et des problématiques mentionnées plus haut peuvent ne pas s'appliquer selon les cas, mais la détresse psychologique importante des enfants et des parents, quels qu'en soient les symptômes, fait consensus auprès des professionnels consultés<sup>58</sup>. Ceux-ci sont nombreux à partager une lecture clinique qui place l'état de santé psychologique des enfants en lien direct avec l'état de santé psychologique des parents<sup>59</sup>. Cela implique que pour réduire la détresse psychologique des enfants, il faut aussi travailler à réduire la détresse psychologique des parents à partir des services offerts dans les CPSC.

Une première forme de soutien aux familles permettant de réduire la détresse psychologique des enfants et des parents est l'accueil typiquement chaleureux et

---

une éducation ». « Les enfants qui viennent ici n'ont jamais eu le temps de sentir. Ils sont ballotés, des enfants-sac. » (CPSC11)

56 « Des parents qui sont absents, qui ont des difficultés d'attachement, des problèmes de santé mentale. Les parents ne sont pas mobilisés, ils sont en détresse. » (CPSC12)

Pour les parents : divorce, séparation, problèmes de santé physique, problèmes de santé mentale, abus de drogues, « parents qui ne sont pas là pour leurs enfants ». (CPSC07, Notes d'entrevue)

57 « Beaucoup de troubles de la santé mentale chez les parents, problématique de toxicomanie aussi » (CPSC09)

« Les enfants n'ont pas accès à l'émotion du parent. » (CPSC11)

« Trouble de personnalité des parents qui ont un effet sur les enfants. » (CPSC10)

58 « Parents en détresse et enfants en besoin de présence. » (CPSC07)

59 « Les parents ne vont pas bien, ça fait des enfants vulnérables. » (CPSC08)

« L'enfant va bien si le parent va bien. » (CPSC09)

« Les parents et les enfants c'est imbriqué. » (CPSC13)

l'écoute active et bienveillante offerte par les professionnels des CPSC<sup>60</sup>. Les professionnels rencontrés expliquent que les équipes des CPSC créent des espaces afin que les enfants puissent s'exprimer librement et se sentir soutenus face aux difficultés vécues<sup>61</sup>. Ils expliquent aussi que les enfants et les parents se sentent considérés et compris au contact des équipes de pédiatrie sociale en communauté<sup>62</sup>. Il en résulterait un « soulagement immédiat » des enfants<sup>63</sup> et des parents<sup>64</sup> rejoints. Pour certains parents, le simple fait d'avoir enfin accès à un médecin pour leur enfant a pour effet de diminuer instantanément le niveau d'anxiété<sup>65</sup>.

Selon les professionnels consultés, la continuité du suivi revêt un aspect thérapeutique pour les enfants et les parents<sup>66</sup>. Le CPSC est représenté comme un lieu où les enfants trouvent des repères constants et stables, ce qui a pour effet de les apaiser et de les sécuriser<sup>67</sup>. Les professionnels rencontrés mentionnent qu'avec le CPSC, les familles disposent désormais d'un « filet de sécurité »<sup>68</sup> pour mieux faire face à l'adversité. Notamment, ils évoquent de nombreux services déployés dans les CPSC et permettant d'outiller les enfants et les parents pour mieux gérer leur vécu émotif, leur stress et leur détresse psychologique<sup>69</sup>. L'intention est de fournir un « outillage » qui constitue une base de résilience pour les enfants et les parents<sup>70</sup>.

---

60. En parlant de l'enfant : « C'est important qu'il sache que tout le monde est là. » « On veut des adultes pour écouter. On s'arrange pour être dans du 1 pour 5. » (CPSC07)

« On prend le temps d'accueillir » (CPSC11)

61 « Une réduction du stress, un espace pour s'exprimer et pour que l'enfant soit écouté et en sécurité. » (CPSC08)

62 « Ça apporte un apaisement, une écoute, (...) de la considération (...)» (CPSC07)

63 « Chez l'enfant souvent on voit un soulagement immédiat. » (CPSC08)

64 « Ils s'allument. On prend le temps de m'écouter ici. » Soulagement des parents « Je ne peux pas croire que je peux parler de ça ici. » (CPSC14)

65 « Le cœur trouve le repos quand on sait que son enfant voit le pédiatre. » (CPSC16)

66 « La continuité des services du CPSC peut avoir un effet thérapeutique. » (CPSC01)

67 « C'est drôlement sécurisant pour un enfant. Ya des repères, on est comme un filet de sécurité, au niveau psychologique et physique. » (CPSC13)

68 « Ils ont un filet de sécurité qu'ils n'ont pas ailleurs. » (CPSC09)

69 « Mesures pour qu'ils puissent eux-mêmes gérer leur anxiété. » (CPSC12)

« Art-thérapie (...), programme de yoga dans les écoles le midi (...), programme d'escalade parent-enfant : Stress vu d'en haut. » (CPSC02)

70 « Cet outillage [qu'on offre]. Qu'est-ce que t'en fais? Comment tu peux rebondir? » (CPSC11) « On veut équiper, on veut renforcer la capacité de l'enfant (...) quand il fait face à des situations. » (CPSC10)

Des professionnels d'un CPSC en particulier soulignent un manque important à gagner au niveau du soutien psychologique offert aux parents. Ce constat s'accompagne d'un questionnement sur le modèle, qui pourrait selon eux être davantage orienté vers des réponses ciblées aux besoins des parents, sans toutefois placer les besoins des enfants en second plan dans le processus d'intervention<sup>71</sup>. Néanmoins, les professionnels rencontrés s'entendent pour dire que l'aspect intégré de l'approche a pour effet de renfoncer la perception d'une réponse sociale adéquate, du point de vue des enfants et des parents, face aux difficultés vécues, ce qui amène un certain apaisement ressenti par les familles. Plus spécifiquement, ils expliquent que l'approche intégrée donne un incitatif pour que l'ensemble des personnes impliquées autour de l'enfant lui expriment de la considération à travers les rencontres au CPSC ou ailleurs, de sorte à les inclure et les mobiliser auprès de lui<sup>72</sup>. De plus, ce type d'approche permet une prise en charge globale des besoins des enfants. Les professionnels rencontrés notent que cela a un effet positif sur la détresse psychologique des enfants et des parents<sup>73</sup>. Alors que qu'un plan intégré est graduellement mis en place autour de l'enfant et de sa famille, les parents gagneraient aussi en disponibilité mentale pour se structurer davantage dans leur rôle parental<sup>74</sup>. Avoir un plan et être accompagné dans sa réalisation représenterait un point de repère sécurisant pour les enfants et les parents<sup>75</sup>.

---

71 « Un besoin non-comblé est celui de l'« aide psychologique aux parents ». « Le modèle me questionne. » Une professionnelle s'interroge sur l'éventualité de basculer un jour dans un « modèle de médecine familiale et sociale ». Une autre souligne cependant que « L'enjeu, c'est de ne pas perdre de vue la défense des droits de l'enfant. ». » (CPSC01)

72 « Il voit son parent parler avec son enseignant. » (CPSC07)

« Des parents en détresse et des enfants en besoin de présence. » En parlant de l'enfant : « C'est important qu'il sache que tout le monde est là. » « On veut des adultes pour écouter. On s'arrange pour être dans du 1 pour 5. ». (CPSC07)

73 « On prend soin de tout. Il y a un effet thérapeutique sur les parents. On rassure, on fait du bien. ». (CPSC08)

74 « C'est moins lourd pour la famille. Leur situation avance. Ça diminue donc le stress toxique et ça leur permet de se concentrer sur les priorités. (CPSC05)

75 « On était comme un phare pour elle » La mère verbalisait : « J'étais perdue. ». (CPSC12)

« On leur dit comment le faire et ça diminue leur anxiété. » (CPSC11)

Un autre bénéfique rapporté par les professionnels consultés est la reconnaissance graduelle par les enfants et les parents de leurs propres émotions avec la progression du suivi en pédiatrie sociale. Cela est souvent conceptualisé comme une « ouverture » graduelle qui s’opère chez les enfants et les parents face à leur bagage émotionnel<sup>76</sup>.

De façon plus générale, les professionnels rencontrés notent un accroissement du sentiment de « bien-être »<sup>77</sup> des enfants et des parents, caractérisé par une réduction du stress<sup>78</sup>, de l’anxiété et des symptômes dépressifs<sup>79</sup>. Ces effets seraient observables ponctuellement lors du passage au CPSC<sup>80</sup> et éventuellement à moyen ou à long terme. Ils se traduiraient, dans une perspective longitudinale, par une « diminution du suicide et des problèmes de santé mentale grave »<sup>81</sup>, tant chez les enfants que chez les parents.

Du point de vue des professionnels rencontrés, en plus de la diminution de la détresse psychologique et de l’augmentation de la résilience des enfants et des parents, évoquées précédemment, le contact avec les équipes de pédiatrie sociale permet aux enfants et aux parents de développer une meilleure estime de soi. La pédiatrie sociale en communauté est décrite comme une approche à la fois « centrée sur les forces »<sup>82</sup> et permettant la « prise de pouvoir » des personnes sur leur propre vie<sup>83</sup>, qui

---

76 « On ouvre la valise qui est bloquée. » (CPSC11)

« Les ouvrir à cette possibilité d’être un enfant. » Passer « de survivre à vivre ». Ce qui implique d’aider à les « rendre disponibles pour autre chose ». (CPSC11)

77 « Du bien-être » (CPSC07)

« On a beaucoup de retours de parents qui sont contents de voir que leur enfant est souriant. » (CPSC11)

78 « Réduction du stress des parents et des enfants » (CPSC08)

79 « On va prévenir la dépression [et] l’anxiété. » (CPSC12)

80 « Les enfants sont contents de venir à la pédiatrie sociale. » (CPSC07)

81 « Diminution suicide et des problèmes santé mentale graves. » (CPSC02)

82 On va les voir en dehors de leur problème et faire ressortir leurs forces. (CPSC13)

« Faire grandir les forces, mettre en lumière ce qui est positif. » (CPSC03)

« Amener le parent à voir les forces de son enfant. » (CPSC07)

83 « Ça les renforce dans leur estime : « je suis capable de réaliser des choses ». Ils deviennent capables de transposer ça dans d’autres sphères de leur vie. » (CPSC18)

« L’empowerment du parent, de lui donner le pouvoir et la confiance aussi. » (CPSC12)

« L’impact est positif sur les parents et les enfants. Ils se sentent plus compétent. » (CPSC13)

constituent ensemble des piliers pour améliorer l'image de soi<sup>84</sup> des personnes rejointes par les services.

De façon plus spécifique, la plus grande « capacité à défendre ses droits », en tant que bénéfice important de l'accompagnement offert par les CPSC, est présentée comme un outil pour faire face à l'adversité et aussi comme un moyen d'accroître le « sentiment de valeur sociale » des enfants et des parents<sup>85</sup>, ce qui aurait un effet bénéfique sur l'état de santé mentale.

#### Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Il faut d'abord souligner que plusieurs enfants et parents ont parlé de leur détresse psychologique personnelle, et de l'impact que le CPSC a pu avoir pour permettre des améliorations en ce sens. Les entrevues avec les familles révèlent d'abord une diminution importante de l'anxiété vécue par les enfants et les parents qui survient dès les premiers contacts avec l'équipe du CPSC. Cette diminution du niveau de stress arrive parfois avec la perception qu'avec cette nouvelle intervention du CPSC, la famille sera soutenue adéquatement<sup>86</sup>. Le CPSC est souvent décrit comme un lieu qui inspire la sérénité et le calme chez les enfants et les parents<sup>87</sup>.

Des enfants et leurs parents ont témoigné à l'effet qu'ils avaient vu leur sentiment de bien-être s'accroître significativement à long terme en raison des interventions

---

84 « Je le vois comme un pilier de confiance en soi qui grandit pour l'enfant. » (CPSC08)

85 Il est question d'un accroissement de « la capacité de défendre ses droits », tant pour les parents que les enfants. Selon les professionnelles en présence, cela requiert « un minimum de confiance », en d'autres termes la perception d'une « valeur sociale suffisante ». (CPSC01)

86 « Toutes nos questions, besoin de ressources, de n'importe quoi, tu vas avoir une réponse. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

87 Parent, Hochelaga-Maisonneuve - « Son tempérament il est calme, avant il faisait beaucoup de crises. Maintenant c'est très rare. Je ne sais pas si c'est la musique qui fait que ça le calme. Interviewer - « Est-ce que c'est ça? La musique ça te calme? ». Enfant (6-12 ans) - « Oui ».

"Ça me relaxe" - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

offertes par les CPSC et ses partenaires<sup>88</sup>, allant même jusqu'à avoir retrouvé le goût de vivre dans le cas de certains enfants<sup>89</sup>. Une enfant rapporte par exemple une diminution de ses symptômes somatiques après avoir travaillé au niveau de l'anxiété avec une art-thérapeute d'un CPSC<sup>90</sup>.

Par ailleurs, plusieurs parents expliquent que lorsque les enfants sont mobilisés dans une activité au CPSC, ils peuvent bénéficier d'un moment de répit parental apprécié, ce qui constitue pour eux une forme de soutien psychologique important<sup>91</sup>. L'ensemble des améliorations constatées par les parents en ce qui concerne la diminution des comportements perturbateurs de l'enfant a aussi pour effet de contribuer à une diminution de l'épuisement parental<sup>92</sup>.

Enfin, certains parents soulignent que l'aide matérielle apportée par le CPSC a contribué à diminuer leur stress financier<sup>93</sup>. Les enfants et les parents rapportent également que les services offerts par leur CPSC ont eu comme impact d'améliorer leur estime de soi<sup>94</sup>, ainsi que leur qualité de vie en général<sup>95</sup>.

---

88 Interviewer – « Et la pédiatrie sociale, qu'est-ce que ça vous a apporté de plus important en un mot? Enfant (6-12 ans), Côte-des-Neiges - Vraiment du confort [un réconfort], je me sens bien, je me sens à l'aise, la confiance. »

Interviewer – « Si vous pouvez nommer un seul gros changement? » Parent, Côte-des-Neiges- « Pour lui, c'est comme il est content. Il est épanoui, il est plus à l'aise et content. Ça c'est un gros changement. »

89 « J'étais suicidaire et j'ai vu l'art thérapeute elle m'a aidé. Elle m'a référé à un travailleur social aussi. » - Adolescent (13-17 ans), Hochelaga-Maisonneuve

90 « Je suis moins stressée qu'avant, j'ai moins mal au ventre. » - Enfant (6-12 ans), Côte-des-Neiges

91 « C'est sûr qu'il est toujours avec nous autres, ça nous donne une pause. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

92 « Je peux dormir toute seule maintenant, avant je ne pouvais pas. J'étais 5 minutes dans ma chambre et 8 heures avec lui. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

« Je ne pouvais pas dire que c'était invivable parce que je l'adore, mais j'étais épuisée, c'était difficile. » - Parent, Côte-des-Neiges

93 « Y donnent des cadeaux de Noël. Ça n'en met un de plus à Noël. C'est beaucoup pareil. [Ça] vient m'aider à compenser. [Ça permet de mettre] Un peu plus de bouffe sur la table à Noël. » Elle fait « ouf », pour signifier un soupir de soulagement. - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

94 Un parent note une plus grande estime de soi chez sa fille de 11 ans à la suite de son jumelage avec sa grande amie. – Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonneuve

« (...) de l'estime de soi, je parle pour moi » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

95 « Ils essayent d'améliorer la qualité de vie des enfants. L'équipe (...) touche chaque aspect de nos vies. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

## Perspectives de bénévoles

Les bénévoles parlent peu de la détresse psychologique des enfants et des parents en tant que tel. Ils mentionnent surtout créer, à travers les activités dans lesquelles ils s'impliquent, des espaces où il devient possible pour les enfants de simplement s'amuser<sup>96</sup>, ce qui leur donne un certain répit face aux différentes sources de stress qui peuvent les affecter au quotidien, tels que les moments de transition ou d'insécurité vécus au sein de la famille<sup>97</sup>. Les enfants qui présentent des comportements perturbateurs et qui sont souvent l'objet d'interventions à visée disciplinaire peuvent aussi obtenir un répit en ce sens auprès des bénévoles des CPSC, qui mentionnent occuper un autre rôle<sup>98</sup>. Les bénévoles contribuent en ce sens à l'accroissement du sentiment de sécurité des enfants<sup>99</sup>. De façon plus générale, les bénévoles ont évoqué ensemble la possibilité que l'intervention de pédiatrie sociale ait un impact général sur le « taux de suicide » dans la communauté.

## Perspective transversale sur la santé psychologique

Tableau 5 : Perspective transversale sur la santé psychologique

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur		x		
Professionnels	x			
Familles	x			
Bénévoles		x		

### Faits saillants :

- Les niveaux élevés de détresse psychologique observables chez les enfants et les parents font consensus parmi les membres du comité aviseur, les professionnels et les familles.

96 « L'été je fais la ruelle [avec les] 6-7 ans. C'est d'avoir du plaisir, d'avoir du fun, de jouer. » - Bénévole

97 « [Il y a] des moments dans le mois qui sont plus difficiles, [comme] la fin du mois. Ya pas forcément des mots, [ou] des comportements [observables]. » - Bénévole

98 « J'aime travailler avec les enfants. Je n'aime pas les discipliner. Ce n'est pas notre rôle. » - Bénévole

99 « Il y a une routine et une sécurité pour les enfants avec les bénévoles. » - Bénévole

- De façon générale, l'impact de la pédiatrie sociale en communauté sur l'état de santé mentale des enfants et des parents semble médié par la perception d'un soutien bénéfique reçu au CPSC. Une caractéristique importante de ce soutien et qui renforce son impact sur la santé psychologique est qu'il tend à demeurer stable dans le temps (« continuité du suivi », « sécurisant »).
- Les bénéfices au plan de la santé mentale des enfants et des parents ne passent pas seulement par l'accès à des ressources ou des services spécifiques, mais également par une dimension plus symbolique et relative à la perception positive de soi (« estime de soi ») à travers le regard de l'autre (« sentiment de valeur sociale »). À cet égard, les concepts de « bienveillance », de « non-jugement », d'« acceptation » et de « valorisation » suggèrent un besoin relationnel et une détresse initiale en lien avec cet enjeu.
- L'ensemble des groupes de parties prenantes relèvent des éléments structurels à l'origine de la détresse psychologique des enfants et des parents. Les CPSC semblent également offrir des environnements de répit face aux stress toxiques que peuvent vivre les enfants et les parents, ce qui aurait un impact important sur leur santé psychologique. Dans une perspective à plus long terme, les équipes de CPSC semblent aider à améliorer les conditions de vie matérielles des familles, ce qui diminuerait la chronicité du stress et améliorerait l'état de santé mentale des personnes rejointes par leurs services.

### 3) Les relations et les dispositions interpersonnelles

#### Perspectives des membres du comité aviseur

Les membres du comité aviseur ont présenté le CPSC comme une source de soutien expérimenté directement par les familles, mais aussi comme un lieu à partir duquel les relations soutenantes entre les familles et les figures de soutien naturelles et professionnelles qui les entourent peuvent naître et se développer. Plusieurs membres du comité se sont toutefois dit préoccupés que certaines familles ne voient pas leur réseau de soutien naturel se développer suffisamment, de sorte qu'elles se retrouvent en rapport de dépendance aux professionnels des CPSC. Ce cas de figure représente pour les membres du comité un impact potentiel indésirable lié à l'aspect proximal des services.

Concernant l'impact sur les relations familiales, les membres du comité aviseur ont relevé une diminution des conflits intrafamiliaux impliquant les enfants rejoints par les services. Cela peut se traduire par une « amélioration des liens avec la fratrie », ainsi qu'une amélioration des relations entre les parents permettant de prévenir une « dissolution du noyau familial », d'amorcer « une reconstitution du noyau familial », ou une « séparation plus harmonieuse, plus centrée sur [l'intérêt] [d]es enfants ».

Les impacts sur la relation parent-enfant se traduisent, du point de vue des membres du comité aviseur, par une « diminution des interactions négatives » entre parents et enfants. Notamment, ils mentionnent que le suivi des familles en pédiatrie sociale permet différentes formes de « valorisation parentale » et que des « impacts positifs sur [les] capacités parentales », tant des parents que des enfants autrefois suivis et devenus parents, sont observables.

Les membres du comité aviseur expliquent que les services offerts par les CPSC permettent aux familles de réaliser un travail d'ordre « relationnel », qui permet l'expérience d'un « lien de confiance et significatif avec l'autre » et de renforcer les « habiletés sociales », tant pour les enfants que les parents. L'expérimentation de relations saines avec l'adulte par les enfants dans le contexte sécurisant du CPSC aurait un impact sur la « relation d'attachement » des enfants.

De plus, l'amélioration du fonctionnement social des enfants (et de beaucoup de parents nouvellement arrivés au pays) est facilitée, du point de vue des membres du comité, par un accompagnement au développement « cognitif et[/ou] langagier », la maîtrise de la langue facilitant ensuite création et le maintien des liens sociaux.

#### Perspectives de membres d'équipes de CPSC

Les professionnels consultés expliquent que la pédiatrie sociale en communauté contribue à améliorer significativement la relation entre les enfants et leurs parents. Ils identifient trois voies principales par lesquelles ce changement s'opère, soit la plus

grande disponibilité affective du parent dès que son niveau de stress diminue au contact de la pédiatrie sociale<sup>100</sup>, le travail sur les compétences parentales<sup>101</sup> (incluant le soutien au décodage de l'enfant<sup>102</sup> et le soutien au développement de pratiques disciplinaires culturellement appropriées<sup>103</sup>) et l'approche centrée sur les forces, qui a pour effet d'accroître le sentiment de fierté parentale<sup>104</sup>. De façon plus large, des professionnels constatent une modification rapide et positive des dynamiques familiales<sup>105</sup> et une amélioration de la relation d'attachement entre les enfants et les parents concernés<sup>106</sup>. Une autre voie vers l'amélioration du potentiel des enfants à s'attacher a été soulignée par les professionnels rencontrés. Il s'agit de l'expérience de relations positives et sécurisantes avec des adultes significatifs au CPSC<sup>107</sup>, qui n'implique pas d'office la participation du parent, lorsque celui-ci n'est pas disponible tout de suite.

Les professionnels rencontrés soulignent aussi que la pédiatrie sociale en communauté contribue significativement à accroître le soutien social actualisable par les enfants et les parents. Les équipes de CPSC offrent directement du soutien

---

100 Les parents n'ont pas beaucoup de « disponibilité aux enfants ». On nous parle de « disponibilité affective, entre autres ». Il y a un lien à faire avec le stress parental de l'avis des professionnelles en présence. (CPSC01, Notes d'entrevue)

« Les parents nous disent : « J'ai plus de temps et de disponibilité. ». (CPSC11)

101 Groupes parents-enfants : « On travaille sur la relation. Un parent va se sentir compétent, va développer des bonnes pratiques. » (CPSC17)

102 Améliorer la compréhension, la lecture des parents envers leurs enfants, ils savent « mieux décoder ». (CPSC04, Notes d'entrevue)

103 « [La question du droit des enfants], prend une couleur particulière pour les nouveaux arrivants. » On nous parle de punition corporelle. « Il faut outiller les parents ». « On a trouvé que c'était un enfant autiste. Le père a compris que l'enfant ne le comprenait pas. Il a arrêté. » (CPSC09)

104 On nous parle de la page Facebook du CPSC, sur laquelle on post des photos des enfants qui y vivent des réussites avec l'autorisation des parents. « Les parents sont fiers. ». Et on parle d'une « portée plus grande que les membres de la famille », les parents peuvent partager à un auditoire plus large leur fierté envers leur enfant. (CPSC07, Notes d'entrevue)

105 « La dynamique familiale, ça change vite. Ça c'est un impact rapide. » (CPSC13)

« Je vois l'évolution de la dynamique familiale. » (CPSC11)

106 « Amélioration du lien d'attachement. » (CPSC03)

107 En parlant du lien entre les enfants et les bénévoles du CPSC : « Les enfants, au niveau de l'attachement, ils sont réconfortés de trouver des adultes avec qui ils peuvent s'attacher. Puis les adultes sont attachés aux enfants aussi. Ce sont des personnes significatives dans leur vie. (...) Ils viennent chercher d'autres types de modèles. » (CPSC14)

ponctuel aux familles, tant aux plans émotionnel<sup>108</sup> que technique<sup>109</sup>. De façon plus importante, elles encouragent aussi la création de liens entre les parents<sup>110</sup> et entre les enfants<sup>111</sup> qui s'y retrouvent, réseautent les enfants avec des bénévoles<sup>112</sup>, et réseautent les familles avec d'autres organismes et institutions susceptibles de les aider en cas de besoin<sup>113</sup>. Les équipes de CPSC médient aussi parfois le lien entre les familles et les organismes et institutions avec lesquels ils sont déjà en contact<sup>114</sup>, notamment à travers des plans de services<sup>115</sup>.

Par ailleurs, de l'avis des équipes consultées, la pédiatrie sociale en communauté contribue grandement à améliorer le fonctionnement social des enfants et contribue significativement à la réduction de la fréquence de leurs comportements perturbateurs<sup>116</sup>. Cela se fait principalement et non-exclusivement par un travail sur les habiletés sociales<sup>117</sup>, un soutien au développement du langage<sup>118</sup> et à la

---

108 « L'équipe on sait tous que c'est important de développer le climat de confiance. [Les familles] viennent chercher quelque chose de réconfortant, du soutien. Pour qu'ils viennent, les gens, on les a par le cœur. » (CPSC14)

109 Aide matérielle ponctuelle (habit de neige, chaussures, etc.) (CPSC03, Notes d'entrevue)

« Paniers de Noël » (CPSC05)

« Dépannage de vêtements » Dépannage alimentaire ponctuel : « On n'est pas une banque alimentaire. ». « Dons de jouets » (CPSC07)

110 « On crée un lieu de rencontre, les parents viennent, ça devient un lieu de rencontre et de confiance pour les familles. » (CPSC16)

« Parfois les femmes se soutiennent entre elles. » (CPSC11)

111 « Pour eux ça devient un milieu de confrérie et d'amitié. (...) « Peu importe la différence d'âge, ça se prend dans les bras, il y a une fratrie d'entraide qui s'est développée. » (CPSC18)

112 « Il y a création de liens entre les bénévoles et les enfants. Ils vont chercher beaucoup. » (CPSC13)

113 Le CPSC « donne un accès à des ressources alternatives, à un système D, à travers des offres de services gratuites ». Il s'agit d'un « réseau de services et de soins très efficace », qui permet de « créer un réseau de soutien » autour des familles. (CPSC01, Notes d'entrevue)

114 « [Il y a parfois une] tension entre l'école et la famille. On tempère les parents. Il faut expliquer aux enfants et aux parents comment ça marche ici. » (CPSC16)

115 « L'effet rassembleur d'un plan intégré, au-delà de la clinique de pédiatrie sociale ». (CPSC01)

116 « On voit une évolution dans le comportement de l'enfant. » (CPSC13)

117 Pour l'enfant on travaille la « relation aux autres », qui s'améliore rapidement en trois semaines déjà. (CPSC11, Notes d'entrevue)

« Habiletés relationnelles entre les enfants (...) ». Évolution dans les comportements de certains enfants. « On fait un travail informel sur les habiletés sociales. » (CPSC13)

118 « [Les problèmes d'] orthophonie amènent des problèmes de comportement et de socialisation chez les enfants. » (CPSC14)

« Stimulation du langage. » (CPSC03)

francisation<sup>119</sup>, un diagnostic juste et un traitement médicamenteux adapté aux besoins spécifiques de l'enfant<sup>120</sup>, un travail sur la relation d'attachement de l'enfant<sup>121</sup> et la création d'espaces d'affiliation sociale au CPSC<sup>122</sup>, qui permettent l'expérience de « relations harmonieuses » avec les pairs, dans un lieu qui s'avère protégé<sup>123</sup>.

### Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Sans toujours être défini dans le détail par les familles rencontrées, le soutien offert par le CPSC a été déterminant dans le maintien d'une bonne relation avec l'enfant<sup>124</sup>. L'amélioration de la qualité des relations est souvent exprimée par le parent sous forme de fierté accrue envers l'enfant<sup>125</sup>.

Il a été rapporté, essentiellement par les parents, que l'aide du CPSC a permis une diminution des sources de conflit qui menacent la relation parent-enfant. Le manque perçu d'autonomie fonctionnelle des enfants, du point de vue des parents, est une source de conflit importante, car cela rend la vie quotidienne difficile pour les parents<sup>126</sup>. Or, dans plusieurs cas et essentiellement du point de vue des parents, les interventions de pédiatrie sociale ont permis un cheminement de l'enfant vers des formes d'autonomie qui correspondent à ses capacités personnelles<sup>127</sup>.

---

119 « Travailler la francisation » (CPSC09)

120 « À l'école (...). Parfois l'enfant est taggué TDAH quand c'est une difficulté d'apprentissage. » (CPSC08)

121 « Il y a des besoins chez les enfants au niveau de la gestion des émotions et de l'attachement. » (CPSC05)

122 « Ici ça devient comme une grande fratrie. » (CPSC07)

123 « Relations harmonieuses » (CPSC03)

« Ya des enfants que c'est de la chamaille à l'école, mais pas au CPSC. » (CPSC13)

« Ils oublient qu'ils s'haïssent à l'école. » (CPSC07)

124 Grand-Parent, Hochelaga-Maisonnette - Une chance que je les ai eus moi. Ils m'ont toujours aidé. S'ils n'avaient pas été là j'aurais pété des cochés. (...) J'aurais pété les plombs avec. »

125 Le parent explique qu'ils sont fiers de l'enfant. Il nomme que l'enfant a des responsabilités à l'école et à la maison (par exemple, faire son lit). - Notes d'entrevue, Côte-des-Neiges

126 « La vérité : c'est moi qui m'occupe de tout, il y a plus de choses qui me retombent sur les épaules à moi. » - Parent, Côte-des-Neiges

127 Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonnette - Un parent explique que les professionnels du centre ont aidé son enfant, « À être plus indépendant. » Il arrive maintenant à « faire des choses comme mon lavage. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

En outre, à l'instar de certains professionnels rencontrés, qui nomment l'amélioration des compétences parentales en tant qu'impact significatif de la pédiatrie sociale, des parents font référence, de façon moins normative, à un apprentissage en ce sens avec l'aide de l'équipe de pédiatrie sociale en communauté<sup>128</sup>. Plusieurs parents évoquent l'amélioration de la capacité parentale à composer avec les comportements perturbateurs de l'enfant<sup>129</sup>. Ce savoir-être acquis graduellement par les parents contribue, toujours de leur point de vue, à améliorer la relation parent-enfant de façon significative<sup>130</sup>.

Un parent seulement témoigne explicitement d'une amélioration des relations familiales au sens plus large, dans un contexte particulier où l'équipe de pédiatrie sociale a permis de médier la relation conflictuelle entre deux parents séparés, dans le meilleur intérêt de l'enfant<sup>131</sup>.

En plus de tout le soutien aux familles offerts par les équipes de CPSC, certains parents soulignent également que des dynamiques d'entraide se créent parfois parmi les parents qui fréquentent le CPSC<sup>132</sup>.

Par ailleurs, les interventions des équipes de pédiatrie sociale ont permis, du point de vue de plusieurs parents rencontrés, une meilleure capacité de l'enfant à se faire des

---

Notes d'entrevue, Côte-des-Neiges - Un parent rapporte que son enfant est désormais plus conscient de l'importance de ranger ses choses à la maison. En revenant de l'école, il ne rangeait pas son sac et allait directement à sa chambre. Désormais il range son sac dans un endroit approprié. En souriant, ce parent exprime une amélioration notable ("a lot of improvement") dans ce domaine.

128 « comment être avec les enfants »- Parent, Hochelaga-Maisonneuve

129 Interviewer – « C'est quoi le changement qui a eu le plus impact dans votre vie? » Parent, Hochelaga-Maisonneuve - « L'interaction avec mes enfants. Je travaille mieux avec eux. »

130 Parent, Hochelaga-Maisonneuve « J'ai travaillé sur mon anxiété et comment être avec les enfants, mon rapport avec mes enfants, ils me conseillent. » (...) Interviewer – « Est-ce que vous avez vu des changements dans la relation entre vous et vos enfants? » Parent, Hochelaga-Maisonneuve - « Oui, beaucoup. »

131 « J'aime de savoir que [mon enfant] vient ici chaque semaine et son père [sait] ça. » - Parent, Côte-des-Neiges

132 « On se parle entre nous, on se rend des petits services. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

amis et une diminution des conflits vécus avec les amis<sup>133</sup>. Des enfants ont confié s'être fait des amis au CPSC et les avoir conservés dans le temps<sup>134</sup>. Plusieurs parents utiliseront le terme « socialisation » pour indiquer une plus grande ouverture à l'autre de l'enfant depuis les interventions de pédiatrie sociale<sup>135</sup>. Un parent explique qu'il s'ouvre davantage aux autres depuis qu'il fréquente le CPSC avec ses enfants et qu'il arrive parfois à briser son isolement en participant à certaines activités qui s'y déroulent<sup>136</sup>. Un adolescent dit être venu chercher du soutien au CPSC après avoir vécu de l'intimidation, et explique être mieux outillé pour réagir face à cette situation à l'avenir<sup>137</sup>.

### Perspectives de bénévoles

Les bénévoles rencontrés disent se positionner auprès des familles dans un rôle d'écoute bienveillante auprès des enfants et des parents<sup>138</sup>. Certaines bénévoles disent se considérer un peu comme des deuxièmes « mamans » ou « grands-mamans », ce qui parle en soi d'un soutien plutôt informel que formel qui serait offert par les bénévoles, à mi-chemin entre les sources de soutien social naturelles et professionnelles<sup>139</sup>. L'intention de favoriser des réseaux de soutien naturels autour des enfants et des parents est toutefois bien présente dans le discours des bénévoles, ce qui est bien illustré par l'engagement de certains bénévoles dans l'organisation

---

133 « Son prof dit qu'il est social. Il aime jouer avec des enfants. C'est bien parce qu'il n'était pas comme ça à la garderie. Il ne savait pas comment partager et des choses comme ça, mais il sait comment jouer avec les autres. Il est bien. Il partage avec des amis, il est bien. » Parent, Côte-des-Neiges

134 « j'ai des amies à mon école et dans mon groupe de danse que je suis encore en contact avec. » - Adolescent (13-17ans), Hochelaga-Maisonneuve

135 « La socialisation, ça l'aide beaucoup à socialiser avec d'autres personnes qui ne sont pas ses frères et sœurs. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

136 « Je ne suis pas vraiment sociale, je suis 24 heures sur 24 avec mes enfants. (...) Je suis venue faire un couple de groupes ici. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

137 « Il y a quelques années, je me serais laissé intimidé, je me serais dit que ça sert à rien, ils vont juste continuer. Depuis que je vois [nom du docteur], non, on va dénoncer. » - Adolescent (13-17 ans), Hochelaga-Maisonneuve

138 « On a un rôle d'écoute aussi. » - Bénévole

« Les parents nous parle de choses aussi, [par exemple] ça s'est passé comme ça au travail, j'ai des problèmes avec ma collègue, etc... » - Bénévole

139 « On est proche de l'enfant. On joue avec les enfants, accueille les enfants, après chaque atelier on sait qu'est-ce qu'ils font. Une relation comme un grand-parent. Leur grand-maman est [souvent] loin. » - Bénévole

d'activités qui favorisent la création de liens entre les parents<sup>140</sup>. Les bénévoles expriment une posture de grande bienveillance face aux enfants, et décrivent le soutien qui leur est offert comme un « enveloppement »<sup>141</sup>. Les activités animées par les bénévoles aboutissent parfois à la production de formes de soutien techniques et très concrètes pour les familles<sup>142</sup>, par exemple dans le cas des ateliers de cuisine qui permettent à l'enfant de ramener des plats cuisinés à la maison<sup>143</sup>. Les bénévoles expliquent que le soutien émotif qu'ils offrent aux familles est offert dans une posture d'accompagnement, d'ouverture et de non-jugement<sup>144</sup>, qui favorise la prise de confiance et l'autonomisation graduelle de l'enfant<sup>145</sup>.

Concernant les impacts du travail des bénévoles sur la relation d'attachement de l'enfant, ces derniers disent offrir à la fois un accompagnement des parents permettant de renforcer la relation d'attachement avec leur enfant<sup>146</sup> et une présence rassurante auprès des enfants, dans le cadre d'activités permettant d'expérimenter un attachement sain à l'adulte<sup>147</sup>. Lorsque les parents ne sont pas disponibles pour investir ce lien d'attachement à l'enfant, des bénévoles tentent de pallier en ce sens<sup>148</sup>. Les bénévoles rencontrés disent poursuivre cet objectif notamment en encadrant les

---

140 « On veut que les mamans aient des liens entre elles. » - Bénévole

141 « L'enfant est enveloppé, son estime de soi est encouragée. » - Bénévole

142 « un rôle de soutien technique » - Bénévole

143 « Elle était responsable de l'atelier cuisine, de veiller à la sécurité en le faisant. Ça se passait généralement bien, ça leur permet de composer leur propre souper, d'en ramener à la maison. » - Notes d'entrevue

144 Je suis comme une maman, je les vois comme des enfants normaux. C'est surtout de les écouter, de pas les juger, de faire des jokes avec eux. » - Bénévole

« Mettre notre jugement de côté. » - Bénévole

145 « Avec l'accompagnement, l'enfant gagne la confiance. » - Bénévole

146 « [C'est de] faire des activités facilement reproductibles à la maison par les parents, [par exemple des] bricolages simples, pour permettre aux enfants d'être stimulés, pour que les parents voient que c'est simple. Après ils sont fiers quand ils sont en train de faire quelque chose avec leurs enfants, ils le font ensemble au lieu d'observer. Les parents disent : « j'ai pas d'idées moi! » et finalement, le parent prend son rôle en observant. » - Bénévole

147 « Ce qu'on souhaite c'est que le lien d'attachement se crée. » - Bénévole

« On est la police d'assurance qui pardonne. Il y a une constance qui est là. On les accueille. Ce sont les bases de l'attachement sécurisant. » - Bénévole

148 « [On fait] du « modeling positif » dans le but qu'un lien d'attachement se crée au-delà de papa/maman pour qu'ils puissent s'attacher à une autre personne si le lien d'attachement avec les parents est plus difficile. » - Bénévole

enfants dans des routines sécurisantes<sup>149</sup> et en les accompagnant lors des changements, des transitions et des deuils qu'ils ont à vivre<sup>150</sup>. De plus, afin d'aider l'enfant à entrer en relation plus facilement avec les bénévoles affairés aux différentes activités, des processus de pairage bénévoles-enfants sont mis en place d'entrée de jeu afin de miser sur les affinités naturelles entre les personnes<sup>151</sup>.

Les bénévoles parlent aussi d'un accroissement du fonctionnement social général des enfants et des parents, particulièrement dans le contexte des familles issues d'une immigration récente qui se trouvent en choc culturel à leur arrivée au Québec. Cet aspect concerne surtout les bénévoles qui s'impliquent au CPSC de Côte-des-Neiges. Le fonctionnement social accru des enfants et des parents passe prioritairement, du point de vue des bénévoles, par l'acquisition et la maîtrise graduelle de la langue<sup>152</sup>. Les bénévoles disent participer à ce processus d'adaptation des familles au plan linguistique, et se trouvent en position privilégiée pour le faire, parce qu'ils comptent parmi les premiers représentants de la société d'accueil avec qui les familles immigrantes rejointes par les CPSC tissent des liens<sup>153</sup>. L'accroissement du fonctionnement social des familles passe aussi par un travail d'accompagnement à l'ouverture aux différences de valeurs. Des bénévoles ont relevé que certaines familles vues au CPSC sont issues de sociétés plus conservatrices qui n'encouragent pas, par exemple, les liens entre personnes d'une appartenance religieuse différente<sup>154</sup>. Le constat général des bénévoles rencontrés est que les familles

---

149 « Il y a une routine et une sécurité pour les enfants avec les bénévoles. Des choses que les bénévoles prennent en considération que les enfants apprécient. » - Bénévole

150 « Dès qu'on vit des changements, les enfants réagissent. Les groupes sont organiques. Une petite fille [s'est cachée] dans le placard quand elle a appris qu'un bénévole partait. [On travaille le] mini-deuil avec les enfants. » - Bénévole

151 « Chaque bénévole amène quelque chose dans sa relation avec l'enfant » - Bénévole

152 « Il y a beaucoup d'immigrants à Côte-des-Neiges, puis leur français n'est pas très bon. J'enseigne le français aussi. » - Bénévole

153 « Comme ils sont immigrants ils ne connaissent personne. » - Bénévole

154 « Le « vivre dans une autre culture », la relation à la femme. Ils comprennent que des relations s'établissent. Juste le fait qu'ils soient mis dans un milieu, qu'ils voient autre chose. On leur permet une forme d'intégration. » - Bénévole

migrantes arrivent généralement à se placer dans cette posture d'ouverture parce qu'elles le souhaitent à la base<sup>155</sup>.

## Perspective transversale sur les relations et les dispositions interpersonnelles

Tableau 6 : Perspective transversale sur les relations et les dispositions interpersonnelles

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur	x			
Professionnels	x			
Familles		x		
Bénévoles	x			

### Faits saillants :

- Tous les groupes de parties prenantes consultées représentent les CPSC en tant que sources de soutien social, qu'il soit question de soutien technique, de soutien professionnel ou d'un accroissement du réseau de soutien social naturel.
- L'accroissement de la capacité de l'enfant à s'attacher transcende le discours de l'ensemble des parties prenantes consultées, avec pour éléments centraux l'expérimentation de relation sociales saines et harmonieuses au CPSC et les stratégies de résolution de conflits entre parents et enfants qui sont travaillées au CPSC.
- Concernant principalement la réalité immigrante, le comité aviseur, les professionnels et les bénévoles soulignent l'apport important du CPSC dans le processus d'intégration des familles nouvellement arrivées.

## 4) La maltraitance et la protection des enfants

### Perspectives des membres du comité aviseur

Ce thème n'est pas abordé directement par les membres du comité, qui mentionnent simplement que le soutien aux familles rejointes par la pédiatrie sociale en

155 « Les familles à Côte-des-Neiges veulent s'intégrer. » - Bénévole

communauté est susceptible d'occasionner « moins de prise en charge » par les centres jeunesse.

### Perspectives de membres d'équipes de CPSC

En ce qui concerne la diminution des abus<sup>156</sup> et de la négligence subie<sup>157</sup> par les enfants, les professionnels consultés parlent de l'effet préventif<sup>158</sup> de la pédiatrie sociale en communauté, qui passe principalement par le soutien informel et formel au développement d'habiletés parentales<sup>159</sup>. Les parents sont décrits par les professionnels rencontrés comme bien intentionnés<sup>160</sup>, mais parfois peu conscients des droits<sup>161</sup> et des besoins des enfants<sup>162</sup> et de leurs obligations parentales et légales en ce sens<sup>163</sup>. Le manque de disponibilité affective des parents est encore ici relevé<sup>164</sup>. Également, la précarité économique est une réalité qui, malgré la bonne volonté de certains parents, vulnérabilise les enfants au plan des besoins de base<sup>165</sup>. C'est pourquoi les équipes de CPSC expliquent offrir un soutien ponctuel pour

---

156 « Des enfants qui ont vécu de l'abus sexuel, physique et de la négligence. » (CPSC10)

Un secteur d'intervention important pour la DPJ, « cas lourds ». (CPSC09, Notes d'entrevue)

« Surreprésentation en protection de la jeunesse. » (CPSC13)

157 « Beaucoup de négligence, au niveau des soins de base. Au niveau de l'attachement aussi. » (CPSC05)

« On voit beaucoup de familles qui font de la négligence. » (CPSC06)

158 « (...) on regarde ça au niveau préventif » (CPSC12)

159 « (...) c'est plus l'éducation. Ils aiment leurs enfants, tu peux le voir. (...) On doit expliquer aux familles qu'il y a d'autres outils qu'ils peuvent utiliser au lieu de frapper leurs enfants. » (CPSC09)

160 « Ils sont ici pour leurs enfants. Ce sont des familles engagées et présentes. ». « Ils veulent juste que leur enfant aille bien. ». (CPSC11)

« La volonté est là, mais on n'exécute pas toujours. C'est vrai pour tout le monde. » (CPSC16)

161 « Dans leur pays c'est correct de frapper un enfant, mais ici on fait un signalement. La mère peut-être ne sait pas, donc on regarde ça au niveau préventif. Les psychoéducatrices travaillent avec les parents avec ces problèmes de « comment discipliner l'enfant ici ». » (CPSC12)

162 « Difficulté eux-mêmes en tant que famille à se prendre en charge. » (CPSC18)

« Amener les parents à instaurer une routine. » (CPSC16)

163 « Certains parents migrants ne comprennent pas l'obligation légale de maintenir les enfants à l'école jusqu'à un certain âge. » (CPSC09)

164 Les parents n'ont pas beaucoup de « disponibilité aux enfants ». (CPSC01)

165 Défis monétaires, besoins de base menacés, « sécurité » menacée. Un certain nombre d'enfants qui se présentent à l'école sans lunch par exemple. (CPSC07, Notes d'entrevue)

« Précarité économique » (besoins de base menacés) (CPSC11, Notes d'entrevue)

aider à rencontrer les « besoins primaires »<sup>166</sup> des enfants et des parents, tel qu'évoqué précédemment.

De plus, les professionnels rencontrés expliquent que la pauvreté est propice au non-respect des droits des enfants, plus précisément en ce qui concerne l'insalubrité des logements et un manque à gagner quant à la sécurité physique des enfants dans leurs différents milieux de vie, incluant leur logement<sup>167</sup>. Les CPSC sont alors présentés comme des ressources privilégiées pour que les familles obtiennent de l'aide afin de défendre leurs droits<sup>168</sup> et protéger les enfants par la même occasion.

Les professionnels rencontrés présentent les CPSC comme des lieux qui favorisent le dévoilement des traumatismes vécus par les enfants<sup>169</sup>, incluant les abus et la négligence. Le dévoilement peut être fait tant par les enfants que par les parents eux-mêmes<sup>170</sup> et inclut notamment les situations de violence conjugale<sup>171</sup>. Les expériences de dévoilement passent par une prise de conscience des enfants de leurs droits, qui demeure par la suite un capital durable pour mieux reconnaître les situations où un tort leur est fait à l'avenir<sup>172</sup>. Elles sont favorisées par l'établissement d'un lien de

---

166 « Besoins primaires » (CPSC16)

167 « Pour moi c'est une préoccupation. Les droits au niveau sanitaire, hygiène, alimentation, les besoins au plan physique et matériel. Pas de table. Problèmes avec le propriétaire. Lieux non-sécuritaires, pas déneigés, infiltrations d'eau, pas de rampe. » (CPSC14)

168 « Les parents sont étonnés de constater qu'ils ont des droits : « Ça veut dire qu'on a un droit? ». La défense des droits se pose comme enjeu principalement dans ces trois domaines : 1) Logement et insalubrité, 2) Immigration, 3) Familles (violences conjugales et conflits autour de la garde). (CPSC11, Notes d'entrevue)

« Pour nous un besoin non répondu c'est un droit bafoué. L'intervenant parle de besoins. L'avocat parle de droits. On intègre ces notions-là. » (CPSC12)

169 Favorise le dévoilement, aide à identifier les traumatismes. (CPSC02, Notes d'entrevue)

170 « On a des parents qui se signalent eux-mêmes. Pour moi c'est comme un témoignage d'amour. Ils nous disent « Aide-moi, je ne sais pas quoi faire. » » (CPSC10)

171 « Les choses qui sortent ici, ça ne sort pas nécessairement ailleurs, par exemple [un vécu de] violence conjugale. » (CPSC13)

« La violence conjugale, des femmes pensent que c'est correct ou il y en a d'autres qui le cachent parce qu'elles sont peur. » Ce CPSC s'implique beaucoup auprès des familles pour favoriser le dévoilement en ce sens (CPSC12, Notes d'entrevue)

172 « Il s'est ouvert à quelqu'un dans son milieu. (...) Il a pris confiance en lui. Il a constaté que ce n'était pas normal ces choses-là. » « On crée un filet de sécurité. » (CPSC10)

confiance fort entre les équipes de CPSC et les familles, qui sont souvent craintives face aux interventions possibles de la protection de la jeunesse<sup>173</sup>.

#### Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Le thème de la maltraitance et de la protection des enfants est très peu abordé par les familles rencontrées. Un parent explique qu'il a dévoilé une situation où son enfant se mettait en danger et mettait également les autres en danger, si bien qu'il aurait demandé le placement de son enfant sous le couvert de la protection de la jeunesse si le CPSC n'avait pas été là pour offrir de l'aide<sup>174</sup>. Un autre parent explique que le CPSC offre un lieu sécuritaire pour les enfants, dans un quartier où, de son point de vue, les espaces publics exposent les enfants à des personnes malveillantes<sup>175</sup>.

#### Perspectives de bénévoles

Du point de vue des bénévoles, leurs interactions avec les familles rejointes par les CPSC pourraient, dans une certaine mesure, avoir un impact significatif sur la diminution des violences verbales et physiques subies par les enfants et les femmes<sup>176</sup>, ainsi qu'en termes de prévention de la négligence parentale. Les bénévoles perçoivent que de tels changements sont rendus possibles non seulement par les activités parent-enfant à travers lesquelles un entraînement aux habiletés parentales s'opère avec l'aide du bénévole<sup>177</sup>, souvent de façon informelle<sup>178</sup>, mais

---

173 Une mère a vu et dénoncé des choses qu'elle n'aurait pas dénoncé avant : « Elle aurait pu avoir peur de se faire enlever ses enfants. » (CPSC10)

« Familles en crainte de la DPJ » (CPSC14)

« Peur de la DPJ, de se faire enlever leurs enfants. » (CPSC16)

174 Grand- parent, Hochelaga-Maisonneuve – « J'aurais pété les plombs avec. » Parent – « Elle aurait pu me placer. » Grand-parent – « Elle m'a menacée avec un couteau. J'étais à l'hôpital avec elle, elle voulait se suicider, dans un an comment ça a pu changer sa vie. » Parent – « Ma mère elle a sauvé ma vie. »

175 « tout seul dans le parc (...) n'importe qui peut l'approcher. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

176 « On discute de « violence faite aux femmes ». » - Note d'entrevue

177 « Des choses simples pour apprendre, [par exemple] on met une collation dans des petits sacs » - Bénévole

178 « En référant aux groupes de parents-enfants à Côte-des-Neiges et destinés aux enfants de 12 à 18 mois et leurs parents : Jeunes parents – peuvent être plus présents pour leur enfant, moins violents grâce à la PSC. » - Notes d'entrevue

aussi par l'accompagnement bénévole des familles dans une transition vers des modes d'interaction familiales qui sont exemptes de violence<sup>179</sup>. Plus précisément, les bénévoles font surtout allusion aux violences verbales et physiques typiquement dirigées vers les enfants et qui peuvent correspondre à des normes culturelles différentes applicables aux interactions hommes-femmes et aux méthodes disciplinaires avec les enfants<sup>180</sup>.

### Perspective transversale sur la maltraitance et la protection des enfants

Tableau 7 : Perspective transversale sur la maltraitance et la protection des enfants

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur			x	
Professionnels			x	
Familles			x	
Bénévoles		x		

#### Faits saillants :

- Ce thème est peu évoqué par le comité aviseur, les professionnels et les familles.
- De façon générale, il est discuté par tous les groupes de parties prenantes consultés sous l'angle de la prévention, qu'il soit question de maltraitance (professionnels, bénévoles) ou de prévention de la prise en charge en protection de la jeunesse (professionnels, comité aviseur, familles).
- L'augmentation du dévoilement de la maltraitance n'est évoquée que par les professionnels rencontrés lors des visites de CPSC.

179 « C'est des jeunes parents, des mamans ou papas qui viennent qui sont moins violents puis ils veulent offrir plus de présence à leurs enfants. » - Bénévole

180 « C'est un choc de valeurs, il y a de la violence verbale. » - Bénévole

« La manière que le parent parle à un jeune, ça peut être perçu comme de la violence verbale de notre regard externe. » - Bénévole

## 5) Les trajectoires de services

### Perspectives des membres du comité aviseur

D'entrée de jeu, les membres du comité aviseur ont relevé que la pédiatrie sociale en communauté permet l'« accès rapide et direct à des services de santé globale et psychosociaux » pour les familles en situation de vulnérabilité. Ils ont aussi relevé, au titre des impacts sur les trajectoires de services des familles, que la présence du « médecin apporte une notoriété [lui permettant de] demander des services spécialisés [et de générer une] collaboration » qui contribue à accroître encore davantage accès aux services que l'enfant requiert.

Les membres du comité ont aussi évoqué que les trajectoires de services des familles devenaient plus « cohérentes » et faisaient davantage de « sens » à partir du moment où elles étaient orientées à partir du regard clinique de la pédiatrie sociale en communauté. Ce thème trouve également des ancrages dans le discours des familles et des professionnels aussi consultés dans le cadre de ce projet.

L'accueil des familles selon l'approche de la pédiatrie sociale en communauté est établi par le comité aviseur en tant qu'élément favorisant l'adhérence des familles dans les services de pédiatrie sociale. Il est notamment question d'une absence de « jugement envers la famille », et d'un « sentiment d'acceptation des familles » en conséquence.

Du point de vue des membres du comité, la présence continue des équipes de pédiatrie sociale en communauté auprès des familles rejointes engendre des économies importantes de frais de services à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux. D'abord, les services reçus dans les CPSC ne sont pas requis ni demandés ailleurs<sup>181</sup>. Le « dépistage » précoce et la « prévention » éviteraient des consultations ultérieures en lien avec des problèmes de santé physique, de santé

---

181 « Services médicaux + infirmière : Moins d'utilisation des hôpitaux » (Comité aviseur)

mentale et des difficultés d'adaptation sociale<sup>182</sup>, particulièrement en ce qui concerne les situations de crise<sup>183</sup>. Aussi, la composante d'intégration des services de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté résulterait en une « concertation entre les services rendue facile », qui se traduirait par une « efficacité » relative à produire des résultats sans toutefois multiplier les interventions chacun de son côté. L'accompagnement en médiation légale permettrait en outre de diminuer la « judiciarisation » des conflits, qui constituent des « processus coûteux » pour les personnes impliquées ainsi que pour l'État.

#### Perspectives de membres d'équipes de CPSC

La perception d'un meilleur accès, pour les familles vues en pédiatrie sociale, aux services de santé, sociaux et éducatifs correspondant aux besoins des enfants un thème central dans le discours des professionnels rencontrés<sup>184</sup>. La conviction des équipes est forte à l'effet que les CPSC rejoignent initialement des familles qui n'iraient autrement pas demander d'aide ailleurs<sup>185</sup>, et ce en raison de barrières d'accès importantes aux services traditionnels<sup>186</sup>.

De l'avis des professionnels rencontrés, les barrières d'accès qui concernent les familles sont en premier lieu d'ordre relationnel, et se traduisent par une méfiance initiale des enfants et des parents face à l'aide professionnelle et aux institutions<sup>187</sup>.

---

182 « Prévention des besoins en services adaptés » (Comité aviseur)

183 « Suivi psychosocial prévient une escalade (crise) » (Comité aviseur)

184 « L'un des impacts majeurs sur les familles est l'accès à des services. » (CPSC05)

185 Clientèle va chercher de l'aide plus facilement dans les autres services; ils n'y iraient pas. (CPSC02 – Notes d'entrevue)

« Les familles n'allaient pas à l'hôpital. » (CPSC05)

« Les familles ne vont pas au CLSC. » (CPSC08)

« [Les partenaires] savent qu'on peut rejoindre les clients qu'ils ne rejoignent pas. (...) Ils savent que les enfants ont l'accès au bon endroit. » (CPSC10)

« C'est confrontant pour [les partenaires] de se rendre compte qu'ils n'accèdent pas à cette clientèle-là. » (CPSC13)

« Les familles sont plus susceptibles de venir lors du 1er rdv et de rester accrochées en comparaison aux autres services. » (CPSC15)

186 « C'est une clientèle qui n'utilise pas de services, qui n'en veulent pas ». (CPSC06)

187 « Regagner la confiance ici peut aider à redonner confiance dans les services de l'État. » (CPSC03)

Les équipes de CPSC mentionnent prendre le temps d' « apprivoiser » les enfants et les parents<sup>188</sup>. Également, la proximité relationnelle et physique des familles dans les quartiers peut devenir un obstacle à une demande d'aide de la part des familles, qui craignent que la confidentialité ne soit pas respectée<sup>189</sup>. Dans le cas des CPSC qui desservent des populations hétérogènes au plan de l'appartenance ethnique, des enjeux culturels alimentent aussi cette méfiance<sup>190</sup>, ce qui demande une sensibilité particulière dans le processus d'apprivoisement<sup>191</sup>. Un CPSC a par exemple développé des programmes d'agentes de milieux et de femmes relais, qui permettent de rejoindre les familles isolées socialement et qui représentent des barrières culturelles d'accès aux services de pédiatrie sociale<sup>192</sup>.

Plus spécifiquement dans le cas des nouveaux arrivants, plusieurs familles n'ont pas d'accès aux services traditionnels puisqu'elles n'ont pas de carte d'assurance maladie<sup>193</sup>. Les professionnels rencontrés mentionnent également des barrières au

---

« Ils sont réfractaires aux services et souvent ils ont déjà eu des services qui ont été des mauvaises expériences. » (CPSC05)

188 « Parfois ils arrivent fermés. (...) On les apprivoise beaucoup. (...) Ça peut prendre 6 rencontres avant qu'ils nous parlent. » « Les enfants sont contents de venir à la pédiatrie sociale. » « Des fois je les examine à terre. » « C'est la première fois qu'il voit un docteur et qu'il lui parle comme ça. » (CPSC07)  
En milieu anglophone il faut travailler la méfiance envers les travailleuses sociales. Le terme a une connotation négative. Il arrive parfois qu'au premier rendez-vous la famille demande que la TS ne soit pas présente. (CPSC08 – Notes d'entrevue)

189 La proximité des gens en région rend la confidentialité difficile, et peut être une barrière à la recherche d'aide en pédiatrie sociale. (CPSC15 – Notes d'entrevue)

190 « Ils y a beaucoup de travail culturel à faire avec ces gens-là. (...) Les gens sont excessivement méfiants. » (CPSC09)

191 Ils se « méfient du gouvernement ». S'ils ont des problèmes de logement « ils ne veulent pas se plaindre », de peur d'avoir des problèmes avec l'État. « C'est difficile pour ces parents de recevoir de l'aide. Ils ont peur d'être remarqués alors qu'ils attendent pour ces papiers (i.e. statut immigration). Ils veulent de l'aide mais ils veulent mettre une pause. On leur dit qu'on n'est pas le gouvernement. Qu'on est ici pour les aider, les écouter, les orienter. » (CPSC11 – Notes d'entrevue)

Le travail en contexte multiculturel apporte son lot de défis pour les intervenants, notamment comprendre les enjeux applicables à l'intervention pour différentes cultures. (CPSC09 – Notes d'entrevue)

192 « Agente de milieu, comité petite enfance », pour rejoindre les « personnes les plus isolées qui ne connaissent pas les ressources ». Présence aussi d'une « femme-relais », qui joue le rôle d'intermédiaire dans le milieu. (CPSC11 – Notes d'entrevue)

193 « Plusieurs n'ont pas la carte d'assurance maladie. » (CPSC16)

« Des familles qui n'ont pas accès aux services à cause de leur statut. » (CPSC12)

niveau de la langue qui empêchent une communication efficace avec les enfants et les parents. Les CPSC concernés par cet enjeu expliquent retenir les services d'interprètes, quoique cela s'avère très coûteux et difficile à maintenir dans le temps<sup>194</sup>. Une équipe qui accompagne beaucoup de familles nouvellement arrivées au Québec parle d'une difficulté des familles à réaliser l'ampleur de leurs besoins, ce qui expliquerait pourquoi elles ne sont pas portées à demander de l'aide<sup>195</sup>.

Un autre obstacle à l'accès aux services est l'éloignement géographique. Les familles visées par l'offre de services en pédiatrie sociale et résidant en zone urbaine sortiraient peu du quartier et se déplaceraient essentiellement à pied<sup>196</sup>. Dans ce cas de figure, les professionnels rencontrés ont relevé la plus-value des services de proximité<sup>197</sup>, qui sont une caractéristique typique des CPSC. Concernant les familles résidant dans des zones rurales caractérisées par une densité populationnelle plutôt faible, l'absence d'accès au transport<sup>198</sup> et même d'accès au téléphone ou à internet<sup>199</sup> est également un enjeu relevé par les professionnels rencontrés. Rejoindre ces familles demeure un défi important pour les CPSC touchés<sup>200</sup>, qui trouvent néanmoins des façons de les rencontrer et de maintenir un lien dans le temps.

---

« Des femmes qui ont besoin d'un suivi de grossesse. Des femmes qui sont sans statut ou demandeur d'asile qui vivent les soucis d'être enceinte dans un autre pays. Elles n'ont pas d'argent, pas d'assurances et doivent payer les frais d'accouchement. » (CPSC11)

194 Barrière de la langue, sans interprètes depuis peu. Le CLSC payait les services, ils vont arrêter de payer. (CPSC12 – Notes d'entrevue)

« Le coût des interprètes est extrêmement élevé. » (CPSC11)

195 « Ils ne comprennent pas que socialement, ils ont des besoins, alors que les besoins sont là, sont criants. « Tout va bien. Je viens parce qu'on m'a dit qu'il y a un médecin. » Les parents nient ça. Les enfants étudient la religion tout le temps, n'ont pas le temps. » (CPSC16)

196 « Ils arrivent à pied. » (CPSC07)

197 « La proximité [est nécessaire] pour avoir un impact suffisant. » (CPSC10)

« La proximité des services aux familles aide beaucoup. » (CPSC12)

198 « [Des secteurs] isolé[s], le territoire est grand, il n'y a pas de moyens de transport. C'est des enjeux de transport et d'accès pour ces gens-là. On les rejoint via l'école. C'est un défi de reaching out, de la population dans les rangs. » (CPSC14)

199 « Pour les familles aussi ce n'est pas facile : plusieurs n'ont pas le téléphone, pas l'internet. » (CPSC15)

200 Beaucoup de zones rurales autour, que le CPSC n'arrive pas à desservir. (CPSC05 – Notes d'entrevue)

À cet effet, les professionnels rencontrés ont insisté sur le potentiel de « reaching out »<sup>201</sup> de la pédiatrie sociale (pouvant être compris comme la capacité à rejoindre les personnes directement dans leur milieu de vie) et sur la proximité physique<sup>202</sup> des services offerts en CPSC. Aller à la rencontre de l'enfant dans son milieu de vie<sup>203</sup> et à l'extérieur du cadre des cliniques<sup>204</sup> est présenté comme une composante-clé de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. Certains CPSC se sont même dotés de cliniques mobiles<sup>205</sup> ou ont mis sur pied plusieurs points de services<sup>206</sup> pour éviter que les familles demeurent non-desservies.

Du point de vue des professionnels rencontrés, l'ensemble des barrières d'accès mentionnées plus haut appelle à être créatifs pour rejoindre les familles visées par

---

201 Le « reaching-out », soit des activités du CPSC qui permettent d'aller « chercher du monde ». Ces activités peuvent avoir lieu dans les CPE, les organismes communautaires, ou via l'art-thérapie 0-5 ans du CPSC. (CPSC01 – Notes d'entrevue)

Processus mis en place pour faciliter l'accès : ex. vont chercher les enfants à l'école pour assurer leur présence dans le groupe d'activités de fin d'après-midi. Bénévoles conducteurs. Rappels par écrit ou en personne des dates et heures de rendez-vous. Donnent des billets d'autobus aux familles qui n'ont pas d'argent pour payer leur déplacement au CPSC. « J'aime mieux te donner des billets d'autobus que tu ne viennes pas. ». (CPSC07 – Notes d'entrevue)

« Il faut les appeler pour leur rappeler les rendez-vous, ou encore envoyer un taxi pour aller les chercher. » (CPSC05)

« Notre réceptionniste rappelle souvent, va cogner à la porte. » (CPSC06)

202 Réseau de soutien de proximité (CPSC03 – Notes d'entrevue)

Le CPSC est au cœur d'une série d'unités de logements à prix modique (HLM) et tout près d'une école primaire. Impression de « petit village ». (CPSC09 – Notes d'entrevue)

203 « On va au domicile faire de l'accompagnement avec les familles. Je fais aussi des suivis en individuel, et souvent ça implique des observations de l'enfant à l'école. » (CPSC05)

« Les intervenantes (...) vont souvent faire des suivis à la maison, à la rencontre des familles. » (CPSC06)

Psychoéducatrice (2 demi-journées et une journée complète) va dans les écoles et travaille le soir avec les familles. Fait des suivis à la maison. Va manger avec les adolescents. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

204 Travailleuse sociale fait des suivis à l'extérieur du cadre des cliniques. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

205 « Au lieu que les gens viennent ici, on va dans leur ville. On loue des locaux. C'est comme une clinique mobile. » (CPSC08)

Modèle mobile en développement : « Rejoindre d'autres secteurs (...) sans avoir pignon sur rue, durant 3 semaines, à tous les 3 mois. » Cela implique un véhicule et une équipe mobiles qui desservent 3-4 milieux différents. (CPSC10 – Notes d'entrevue)

Clinique mobile en développement. (CPSC13 – Notes d'entrevue)

206 Plutôt que d'investir dans un gros centre, disent avoir décidé d'investir dans plusieurs petits centres. « On a laissé de côté notre confort pour dire, on va se promener. ». (CPSC09 – Notes d'entrevue)

l'offre de services des CPSC<sup>207</sup>. Parmi les mesures mises en application par les équipes pour faciliter l'accès des familles aux services requis, on compte la médiation avec les organismes et établissements qui leur offrent parallèlement des soins et des services<sup>208</sup>. D'autres équipes de CPSC mentionnent avoir développé des corridors d'accès<sup>209</sup> et des structures d'accès innovantes<sup>210</sup>, qui s'appuient sur des partenariats forts avec des organismes et établissements du réseau. Également, les professionnels en prêts de services et rattachés à d'autres institutions sont à même d'utiliser leur pouvoir discrétionnaire pour augmenter la rapidité d'accès des familles aux services requis<sup>211</sup>. Toutefois, ces initiatives ne sont pas toujours maintenues dans le temps, en raison de changements fréquents qui sont relatifs à l'allocation des ressources financières et humaines dans le réseau de la santé et des services sociaux<sup>212</sup>.

Certaines équipes ont également mentionné adopter une politique d'accueil selon laquelle ils ne restreignent pas l'admissibilité aux activités, qui demeurent ouvertes à tous (on ne parle pas toutefois ici des cliniques), pour orienter ensuite les familles de façon appropriée, que ce soit vers un suivi au CPSC ou ailleurs<sup>213</sup>. Cette façon de

---

207 « On connaît les difficultés (...) au niveau de leur organisation. On devrait être créatifs dans la façon de leur donner des services. On a des intervenants qui vont chez les familles. On a des services d'accompagnement. » (CPSC14)

« Dans nos interventions, il faut être créatifs. Il y a tellement de couches. Chaque suivi est différent.» (CPSC11)

208 Améliorer les rapports entre la famille et l'école, la DPJ, le CLSC, logement, emploi, accès à l'aide sociale. (CPSC03 – Notes d'entrevue)

« Rendre plus sympathiques les autres systèmes » (CPSC02)

209 « Nos familles vont être priorisées [pour intégrer le CPE]. » (CPSC06)

210 Les psychoéducatrices travaillent 3 jours par semaine. Cependant, si elles ne peuvent pas venir un certain jour et que quelqu'un a besoin de ses services, il est également présent au CLSC et la famille peut s'y rendre. L'équipe a exprimé que c'est bon pour eux car cela permet à la psychoéducatrice de suivre ses clients, que ce soit au CPSC ou au CLSC. (CPSC10 – Notes d'entrevue)

211 « Nos liens d'emploi nous servent via les prêts de service. » (CPSC09)

« [Les professionnelles en prêt de services] ont beaucoup d'expérience et ont connu d'autres services, savent où aller et à qui parler. » « Ça simplifie. On met le dossier sur la pile du dessus. (...) Les demandes d'accès, elles les font avec leur chapeau.» (CPSC10)

212 « On avait installé des corridors de services avant. Pour les services en orthophonie ça passait direct. Il y a eu des coupures. » (CPSC12)

213 Plusieurs jeunes participent aux activités organisées par le CPSC sans toutefois être suivis en clinique de pédiatrie sociale. Il s'agit là d'une « porte d'entrée » pour les enfants qui pourraient avoir des besoins en ce sens. (CPSC05)

« Un accompagnement des familles est nécessaire « pour qu'ils comprennent » et « pour qu'ils se présentent aux rendez-vous » « C'est nous qui nous adaptons aux familles, ce n'est pas l'inverse » (ex.

procéder est décrite par une équipe comme une procédure « atypique »<sup>214</sup>, mais n'entre toutefois pas en contradiction avec la mission de la pédiatrie sociale en communauté.

Les professionnels rencontrés ont affirmé déployer une large gamme de services<sup>215</sup> à même leur CPSC, qui répondent à des besoins spécifiques des populations desservies et qui peuvent différer selon les régions. Cela inclut, dans certains CPSC, les services d'un médecin de famille<sup>216</sup>, des services de santé de base pour des enfants qui en ont peu bénéficié dans leur parcours de vie<sup>217</sup> et également un accompagnement aux nouveaux arrivants dans les quartiers où il s'agit d'une réalité.

Concernant les services qui restent à mieux développer dans l'ensemble des CPSC, les professionnels rencontrés mentionnent des difficultés importantes à rejoindre les adolescents<sup>218</sup>, à l'exception d'un CPSC à vocation particulière qui constate une belle

---

organiser les rendez-vous aux moments qui conviennent le mieux aux familles) On discute de comment facilite l'accès ainsi que la rétention dans les services du CPSC. (CPSC06 – Notes d'entrevue)

« On a une activité d'aide aux devoirs, qui est ouverte à la population. Les enfants dans notre trajectoire ou non. » (CPSC13)

214 On nous explique qu'il s'agit d'une « organisation de services atypique » en comparaison à d'autres CPSC. « L'offre de services intégrée est plus large, et il y a beaucoup de portes d'entrée. » (CPSC11 – Notes d'entrevue)

215 « Avoir le plus grand éventail de services, aller chercher les meilleurs outils pour aider l'enfant à se développer. » (CPSC05)

Offre de services : Orthophonie, ergothérapie, musicothérapie, art-thérapie, services d'une sexologue, d'un psychoéducateur, d'une travailleuse sociale, d'un médecin, activités animées par des éducateurs spécialisés, services de pédopsychiatrie et de neuropsychiatrie. (CPSC12 – Notes d'entrevue)

216 « Les médecins accouchants nous réfèrent. On entre en contact avec le parent dans les 3 mois. » (CPSC05)

217 « Il y a plusieurs enfants qu'on suit qui n'ont jamais vu de médecin. ». TS parle d'un enfant de 10 ans entre autres qui n'avait jamais vu de médecin. Autre exemple : « Le médecin a diagnostiqué une paralysie cérébrale à 6 ans. » (CPSC06)

Un certain nombre d'enfants qui n'ont jamais vu le docteur de leur vie. Le cas d'un enfant de 7 ans. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

218 « Quand on est naissants comme centre, c'est difficile de garder nos ados. » Ceux qui restent sont ceux qui ont été suivis en tant qu'enfants. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

Voient surtout « des enfants au primaire ». « On ne voit pas beaucoup d'ados. ». (CPSC08 – Notes d'entrevue)

« Quand ils s'en vont au secondaire, on les voit moins. » (CPSC09)

réussite en ce sens<sup>219</sup>. La clientèle adolescente ne semble d'ailleurs pas le point de mire principal des équipes de pédiatrie sociale rencontrées<sup>220</sup>.

Les professionnels rencontrés soulignent la procédure d'accès facile et rapide<sup>221</sup> qui caractérise les services de pédiatrie sociale<sup>222</sup>. Certains CPSC n'auraient pas de liste d'attente<sup>223</sup>, mais cela ne représente pas la situation de la majorité<sup>224</sup>. Des délais d'accès aux services de pédiatrie sociale s'imposeraient dans le cas des équipes en surcharge de travail importante<sup>225</sup>. Une équipe explique ne pas avoir de critère pour inclure des familles<sup>226</sup>, ce qui demeure marginal dans le discours de l'ensemble des équipes de CPSC visités et qui prend un sens particulier alors que la population desservie est à forte majorité composée de familles migrantes et « sans statut » qui n'ont pas la possibilité d'accéder à des services de santé autrement. Une autre équipe explique ne pas restreindre l'accès au CPSC une fois que le suivi est entamé, invitant les familles à faire appel à l'équipe peu importe l'urgence de leurs besoins<sup>227</sup>. Lors des groupes de discussion, plusieurs équipes ont témoigné d'un engagement fort pour maintenir chaque famille dans la trajectoire de services, peu importe le degré d'assiduité aux rencontres et activités ou le degré d'ouverture initial à s'engager dans

---

219 « On a de plus en plus d'adolescents, qui n'étaient pas suivis, ils cognent à notre porte. Font-ils partie de nos familles qui sont passées à travers le filet? Ils se tournent vers [nous]. » (CPSC18)

220 « On priorise les 0-5 ans. » « On axe sur les 0-12 ans. » (CPSC09)

Visent le groupe d'âge des 0-14 ans au titre des nouvelles familles. « Les demandes de service c'est jusqu'à 14 ans, mais on garde des enfants qui sont déjà avec nous. » « Depuis un an on a noté qu'on avait des jeunes de plus de 14 ans qui veulent rester avec nous. On a adapté des services pour eux, mais on ne reçoit pas des nouveaux dossiers. » (CPSC10 – Notes d'entrevue)

La plupart des enfants suivis ont entre 0 et 12 ans. « On fait des suivis jusqu'à 16 ans. » L'objectif du CPSC est vraiment de se concentrer sur les 0-5 ans. (CPSC11 – Notes d'entrevue)

221 « Proposer une rapidité d'accès. » (CPSC13)

222 Lieu qui est ouvert, accueil, pas besoin d'avoir une demande (CPSC02 – Notes d'entrevue)

223 Moment présent pour offrir le service versus longues listes d'attente (CPSC03 – Notes d'entrevue)

224 « On a une liste d'attente, on n'est pas capable de voir tous les enfants ». Ils mentionnent perdre des familles. « On est victimes de notre succès ». (CPSC06 – Notes d'entrevue)

Il y a beaucoup de familles sur la liste d'attente. (CPSC09 – Notes d'entrevue)

225 « On travaille en surcharge. Il y a 109 dossiers ouverts. On est deux TS. 6 mois c'est le maximum qu'on espace les cliniques. » (CPSC06)

226 « On n'a pas vraiment de critères pour accepter les familles. » (CPSC11)

227 « On leur dit que ce n'est pas nécessaire de vivre une crise pour venir nous voir. » (CPSC06)

une démarche d'accompagnement au CPSC, ce qui donne le temps de travailler les dispositions des familles et éventuellement de faire un travail de fond avec elles<sup>228</sup>.

Plusieurs équipes de CPSC rencontrées ont expliqué orienter l'offre de services en fonction des « trous » d'accès constatés ailleurs dans le réseau<sup>229</sup>. Pour les équipes de pédiatrie sociale qui s'engagent dans cette voie, cela implique parfois de sortir un peu des limites de la mission de l'organisation, en offrant des services atypiques mais qui répondent néanmoins à un besoin important des familles<sup>230</sup>. Comme le souligne une professionnelle rencontrée, l'obligation éthique de rencontrer les besoins d'une communauté qui finance par ailleurs les activités du CPSC se pose comme un enjeu important dans la planification de l'offre de services<sup>231</sup>. Les professionnels rencontrés ont toutefois été nombreux à relever que la capacité à répondre efficacement à l'étendue des besoins constatés chez les familles dépend de l'étendue de l'offre de services opérante des partenaires. Ainsi, dans des contextes où l'ensemble du réseau de services disponibles ne fournit pas à la demande, il devient difficile pour les équipes de CPSC de combler tous les « trous »<sup>232</sup>. En bref, ce ne sont pas tous les besoins des familles qui peuvent être comblés par les services offerts en CPSC en

---

228 « Il n'y a pas d'épisodes de services. [Les familles] n'ont pas de deadline pour aborder des choses. Ça permet de garder la famille active dans le désir de changement et la construction du lien de confiance. » (CPSC17)

Au CLSC, quand il y a trop de problèmes d'assiduité du côté de la famille, les dossiers sont « fermés ». Le centre jeunesse aussi finit par fermer les dossiers. « On ne ferme jamais les dossiers. Il n'y a pas de limite [de temps]. » Parfois ils rencontrent des familles qui ne veulent pas des services en CPSC, mais ne ferment pas le dossier pour autant. (CPSC06 – Notes d'entrevue)

229 « Les ados vont à la maison des jeunes. » « On entre en contact avec le parent dans les 3 mois. En attendant ils ont accès à la clinique du nourrisson. » (CPSC05)

« On a essayé d'aller chercher des services quand il y avait des trous. » (CPSC13)

« Ils ne cadrent pas toujours dans les critères du CLSC. » Les programmes sont souvent conçus pour des groupes très spécifiques. « Filet de sécurité ». « On l'a pris à 17 ans et demi, il avait besoin d'un médecin pour une référence en pédopsychiatrie. ». L'adolescent avait un problème d'anxiété sociale et le CLSC ne voulait pas le prendre. (CPSC06 – Notes d'entrevue)

Disent tenter d'aller chercher les familles et les enfants qui ne rentrent pas dans la structure du CSSSS. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

230 « Ce n'est pas notre mission, mais... » (CPSC09)

231 « Notre argent vient de la communauté, on devrait les servir. » (CPSC14)

232 Questionnés sur les besoins non-comblés : « Par où on commence?! (...) Il n'y a pas d'organisme dans le quartier ou envoyer les enfants. » (CPSC11 – Notes d'entrevue)

raison d'un manque de ressources pour y arriver<sup>233</sup>. Des professionnels mentionnent cependant que l'accès à des services pour rencontrer des besoins urgents chez les populations vulnérables est un « trou » qui est efficacement comblé par les CPSC dans leurs territoires respectifs<sup>234</sup>.

Les professionnels rencontrés évoquent également leur volonté d'offrir un accès rapide et facile à des services qui ne sont pas dispensés directement par leur CPSC. Du point de vue des professionnels rencontrés, une première voie menant à cette rapidité d'accès est un diagnostic rapide de l'enfant, qui limite les délais d'attente pour l'obtention de services spécialisés<sup>235</sup>. À cet effet, le diagnostic est présenté comme une porte d'entrée vers des services extérieurs au CPSC<sup>236</sup>. D'autre part, les professionnels rencontrés expliquent se positionner comme des « aides à la navigation » dans le réseau de services<sup>237</sup>. Ce soutien passe parfois même par un accompagnement physique des familles à des rendez-vous par un membre de l'équipe du CPSC (nous incluons ici les bénévoles)<sup>238</sup>. À titre d'exemple et pour appuyer l'importance de ce type d'initiative, un professionnel explique que des familles vivant en zone rurale sont parfois référées pour des services de santé spécialisés qui ne sont

---

233 « On a plus de besoins que ça. Il y a des enjeux socio-économiques. » (CPSC05)

Aimeraient procéder à un agrandissement de la bâtisse, voir déménager. La maison occupée par le CPSC est en location. Ça coûte cher. Peu de locaux disponibles, enjeu de l'accès. « On doit rester proche de l'école. On est limités. » (CPSC07 – Notes d'entrevue)

234 « Le modèle [actuel de l'organisation des services de santé et de services sociaux au Québec] n'est pas construit pour faire un modèle d'accès. ». On note une déconnexion entre la PSC et le mode d'organisation de services au Québec. « Il n'y a pas d'instance pour gérer les urgences chez les groupes vulnérables. Ils attendent plus longtemps. » (CPSC01 – Notes d'entrevue)

235 Diagnostic rapide donc intervention plus rapide et possiblement plus efficace. (CPSC04 – Notes d'entrevue)

236 « Pour aller chercher des services, ça prend un diagnostic. » (CPSC10)

237 « Aider à naviguer le système. » (CPSC03)

« On connaît bien le réseau, on sait exactement où sont les entrées, les critères d'entrée aux programmes. » (CPSC14)

238 Un accompagnement des familles est nécessaire « pour qu'ils comprennent » et « pour qu'ils se présentent aux rendez-vous » (CPSC06)

Histoire de cas : ont mobilisé un bénévole pour accompagner un parent afin qu'un enfant puisse faire des tests à Ste-Justine. (CPSC09 – Notes d'entrevue)

Exemple de la maman qui attendait l'appel de Ste-Justine pour une opération aux yeux de son enfant qui risquait rapidement de devenir aveugle, mais dans les faits c'est elle qui devait appeler à l'hôpital. Une travailleuse sociale du CPSC a offert un accompagnement de cette famille et l'enfant a pu être opéré. Un transport a même été organisé pour aller et revenir de l'hôpital. (CPSC06 – Notes d'entrevue)

offerts qu'à Montréal, et qu'ils ne s'y rendent jamais<sup>239</sup>. Éventuellement, les professionnels rencontrés expliquent viser un gain d'autonomie des familles relativement aux procédures d'accès aux services dans le réseau de la santé et des services sociaux au sens large<sup>240</sup>. Toutefois, des professionnels soulignent que pour certaines familles, l'accès aux services traditionnels restera toujours difficile<sup>241</sup>. Néanmoins, des professionnels soulignent l'importance de ne pas placer les familles en rapport de dépendance au CPSC et de toujours travailler leur disposition à aller chercher d'autres sources de soutien complémentaires au CPSC<sup>242</sup>.

Dans une perspective encore plus globale, les professionnels rencontrés estiment que la pédiatrie sociale en communauté a pour impact de rendre les trajectoires de services des familles non seulement plus cohérentes, mais également plus fluides. La cohérence prend le sens d'interventions et de services orchestrés entre eux, qui sont mis en place pour répondre aux besoins réels des enfants et des familles. Or, ces besoins ne sont pas toujours dépistés dans le cadre des expériences de services traditionnels<sup>243</sup>. Du point de vue des professionnels rencontrés, la cohérence des trajectoires de services des enfants est facilitée par des « structures de concertation »<sup>244</sup> que les CPSC encouragent et auxquels ils participent activement. La cohérence et la fluidité des trajectoires est aussi rendue possible par la prévention du

---

239 Doivent parfois référer des familles pour des services plus spécialisés à Montréal, mais les familles n'y vont pas parce que ce serait une expérience confrontante pour eux ou encore parce qu'ils n'ont pas les moyens pour se déplacer à l'extérieur de la ville. (CPSC10 – Notes d'entrevue)

240 « Notre but serait qu'on soit capable d'assez outiller nos familles pour qu'elles puissent retourner dans le système (...). Ça nous distingue beaucoup. ». « On a des histoires de succès. » (CPSC05)

« On vise à ré-enclencher une relation et à les raccompagner dans l'institution. » (CPSC11)

241 « Il y en a qui finissent par cadrer, mais il faut vivre avec le fait qu'il y en a que ce n'est pas pour eux. » (CPSC09)

« On ne pourra pas tout de suite les ramener dans le système CLSC. Ils ne cotent pas. » (CPSC11)

242 « C'est faire en sorte que les familles ne dépendent pas de nous, on ne veut pas devenir la bouée de sauvetage. » (CPSC09)

« Parfois les femmes se soutiennent entre elles. C'est bon comme ça. On ne veut pas qu'elles dépendent de nous. ». (CPSC11)

243 « On met le jour sur des problématiques qui sont moins vues autrement ». (CPSC05)

244 Les structures de concertation qui facilitent de prendre des bonnes décisions en lien avec le placement. (CPSC01 – Notes d'entrevue)

« morcellement »<sup>245</sup> et de la « segmentation »<sup>246</sup> des différents services dispensés aux enfants et à leurs familles, qui peut également être exprimée comme une prévention du « travail en silo »<sup>247</sup>. Par son caractère intégrateur, le modèle de pédiatrie sociale en communauté fait effectivement appel à la contribution des autres organismes et établissements du réseau, et offre un espace de partage des expertises collectives<sup>248</sup>. De plus, la grille de lecture propre à la pédiatrie sociale en communauté permet un meilleur éclairage sur les situations cliniques des enfants, parce qu'elle est réalisée en équipe « pluridisciplinaire »<sup>249</sup> et qu'elle tient compte de l'ensemble des stress toxiques vécus par les familles dans l'étiologie des problématiques observables chez les enfants<sup>250</sup>. Cette prise en compte de la complexité<sup>251</sup> permet de donner une orientation plus claire à la trajectoire de services de l'enfant par la suite<sup>252</sup>. Une équipe souligne cependant qu'arriver à une compréhension fine de la situation de l'enfant, il faut disposer de suffisamment de temps pour engager une relation avec la famille<sup>253</sup>. Cela renvoie à un avantage particulier du suivi en pédiatrie sociale, qui,

---

245 « Empêche le morcellement, tout est attaché. » (CPSC03)

246 « On la fait ensemble, l'intervention holistique en [clinique médicale traditionnelle], mais c'est segmenté et limité. C'est un rendez-vous par professionnel et pas trois professionnels autour de la même table. La communication est plus difficile entre les intervenants. Par exemple, je réfère à un psychologue et [quand je vois la famille] ça fait deux mois qu'ils se sont vus. L'intervention est longue. Ça raccourcit et délaie l'impact. » (CPSC13)

247 « Arrêter de travailler en silo. » (CPSC14)

248 « La collaboration avec tous les partenaires, la richesse interdisciplinaire et intersectorielle. » (CPSC13)

« Ce qui va dénouer l'impasse c'est d'être autour de la table ». (CPSC08)

249 « C'est bien d'avoir une équipe pluridisciplinaire, un jour il va aller chercher quelque chose avec l'un ou l'autre. C'est cette richesse-là qui va permettre de répondre au besoin du jeune. » (CPSC18)

250 Prend en compte le milieu de vie et stress toxique dans l'étiologie des problèmes de santé. (CPSC02 – Notes d'entrevue)

251 Plusieurs situations cliniques sont caractérisées par une complexité importante et une « non-clarté des situations cliniques ». (CPSC01 – Notes d'entrevue)

« De plus en plus [les partenaires] reconnaissent l'expertise de la PSC en lien avec la complexité des cas. » (CPSC13)

252 Permet de trouver un meilleur diagnostic de façon générale, donc de recommander les interventions et médications les plus judicieuses et efficaces. (CPSC15 – Notes d'entrevue)

On observe souvent un « chevauchement des troubles de comportement et des retards de développement ». À partir de là, difficile de savoir « Où ça s'en va? ». « Personne n'a une vision globale de tout ça. (...) Dans le réseau ils ont de la difficulté à prendre en compte cette complexité. » « Il faut être plus rigoureux dans l'approche. » (CPSC10 – Notes d'entrevue)

253 « Il faut « prendre le temps », il n'y a pas d'autre façon de développer une compréhension juste de la situation de l'enfant. » (CPSC11)

comme il l'a été souligné plus tôt, n'est pas organisé en « épisodes de services ». La fluidité de la trajectoire de services est alors entrevue sous l'angle de la continuité du suivi<sup>254</sup>, qui est lié dans le discours à la notion de « filet de sécurité ». Les professionnels rencontrés parlent également de la personnalisation des services offerts par le CPSC à chaque famille, ce qui contribue à cette cohérence globale des services qui se déploient autour de l'enfant<sup>255</sup>.

Finalement, des professionnels ont souligné l'efficacité économique du modèle de pédiatrie sociale en communauté, qui permet des gains importants en termes de temps et de ressources investies pour produire des résultats optimaux<sup>256</sup>. Les éléments qui sont, du point de vue des équipes rencontrées, associées à l'efficacité des centres de pédiatrie sociale en communauté, sont respectivement, le travail concerté auprès des familles, qui permet des échanges transdisciplinaires<sup>257</sup>, les pratiques de « reaching out », qui permettent d'aller à la rencontre des personnes dans leur milieu de vie (que ce soit pour leur offrir des services de proximité<sup>258</sup> ou leur rappeler leurs rendez-vous<sup>259</sup> afin d'assurer une meilleure assiduité) et, finalement, la disponibilité d'un éventail de services sous un même toit<sup>260</sup>. Ensemble, ces éléments contribuent à mettre en place une intensité de services qui permet de

---

254 « Nous sommes une présence à travers les vagues. » (CPSC02)

255 « Nos programmes sont individualisés selon les besoins de l'enfant. » (CPSC11)

256 Impact de la « concertation qui permet d'avoir une lumière très globale ». « La concertation et la collaboration sont un gain de temps et d'énergie ». Cela peut se traduire certainement en économies monétaires quantifiables. (CPSC01 – Notes d'entrevue)

257 Service médical qui est nourrit par l'observation clinique. (CPSC02 – Notes d'entrevue)

258 « La proximité des services aux familles aide beaucoup. » (CPSC12)

259 « Il faut les appeler pour leur rappeler les rendez-vous, ou encore envoyer un taxi pour aller les chercher. » Fournissent le transport et vont souvent à domicile. Appellent la journée même, se présentent à domicile pour confirmer un rendez-vous s'il n'y a pas de présence. « Ça coûte moins cher que d'envoyer des lettres et c'est plus payant que de rester dans l'attente ». (CPSC05 – Notes d'entrevue)

« On discute du fait que c'est rentable économiquement de leur point de vue, que la non-adhérence aux services coûte plus cher au final. « Le taux de présence affecte le coût par enfant de l'activité. » » (CPSC07 - Notes d'entrevue)

260 « Quand les enfants viennent ici, ils ont un lieu avec des outils et stratégies. Dans un CLSC ils n'ont pas ça. Par exemple, des choses pour te calmer. On est un milieu qui donne à un accès, à une structure à des repaires à des moyennes spécifiques en gestion des émotions, relation, sociale. » (CPSC13)

produire des changements rapides dans la vie des enfants<sup>261</sup>, principalement car la famille est accessible aux professionnels et que le temps d'écoute est plus important auprès d'elle<sup>262</sup>. En raison de ces facteurs, les professionnels rencontrés soulignent que la lecture de la situation de l'enfant est beaucoup plus approfondie<sup>263</sup>, comparativement à ce qu'ils ont observé au niveau des trajectoires plus traditionnelles de services, caractérisées par une segmentation des échanges, par davantage de délais entre les différentes interventions et par des ruptures de services<sup>264</sup>. En bref, la trajectoire de services de pédiatrie sociale en communauté permettrait un partage d'informations optimisé en fonction du temps de rencontre, permettant ainsi de produire des résultats plus significatifs plus rapidement<sup>265</sup>. Également, le principe de co-intervention applicable à la pédiatrie sociale en communauté suppose une collaboration au même niveau de tous les participants de la rencontre, y compris l'enfant et sa famille. Cet aspect de l'approche favorise, du point de vue de professionnels rencontrés, une meilleure appropriation de la grille de lecture de la situation de l'enfant par les membres de la famille, qui demeurent les acteurs de premier plan dans la vie de l'enfant et qui sont à même de procéder à des changements dans la vie quotidienne de ce dernier<sup>266</sup>.

---

261 Une plus grande vitesse au niveau de l'observation des impacts. « C'est vraiment vitesse grand V ». (CPSC13 – Notes d'entrevue)

262 « Les médecins, le temps qu'ils ont d'alloué, ils ne sont pas pressés comme en clinique. » (CPSC16)  
« Ils ne nous livrent pas leurs blessures, ne nous livrent pas leur conflit en médecine traditionnelle. » (CPSC13)

263 « Le miroir est plus grand et l'impact est plus rapide. Ça change vite par rapport à ce que je vois ailleurs en clinique. Parce qu'on le fait ensemble. » (CPSC13)

264 Le temps passé en clinique est plus productif du point de vue de la pédiatre : « Avant une situation pouvait se régler en 5 semaines. » « Nous on se déplace pour aller aux plans d'intervention. » « On a servi de place où tout le monde s'assoit. » (CPSC07 – Notes d'entrevue)

« En raison de plein de facteurs, c'est toujours segmenté ou limité [on discute du temps pour l'évaluation, communication avec chaque intervenant, des délais en général]. Les interventions sont longues, ça a des impacts sur le développement. » (CPSC13)

265 « L'impact est plus fort sur l'enfant. » (CPSC13)

266 « Ça fait une différence en intervention, pour la compréhension des familles. (...) A l'hôpital c'est plus segmenté et la communication se fait difficilement. Ici on est capable de mélanger tout ça, de voir les impacts que les personnes ont l'une sur l'autre, puis les familles sont plus capables de voir les interrelations. » (CPSC13)

« [Dans ma pratique traditionnelle] c'était l'intervenant qui venait dans mon bureau pour me dire : « Ça c'est le problème, donnez-moi une solution. ». La pédiatre explique que c'était un long processus pouvant prendre jusqu'à 2 à 3 semaines avant d'obtenir une bonne lecture de la situation d'un enfant, parce que chaque personne autour de l'enfant devait être contactée séparément. À la

## Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Les enfants et les parents sont nombreux à signifier que leur CPSC leur a donné accès à des services qu'ils n'auraient pu obtenir autrement<sup>267</sup>, que ce soit pour des raisons financières<sup>268</sup>, par manque de connaissances<sup>269</sup>, en raison de barrières liées au parcours migratoire des familles<sup>270</sup>, parce que les familles ne sont pas en mesure de se déplacer sur de grandes distances<sup>271</sup>, parce que les services antérieurs ont tous échoué du point de vue des parents<sup>272</sup> (parfois en raison d'une méfiance ou d'une résistance exprimée par les enfants<sup>273</sup>), parce que l'enfant ne cadre dans aucun autre service<sup>274</sup> ou en raison de toute autre barrière d'accès aux services traditionnels.

---

clinique de PSC tout le monde se retrouve autour de la table au même moment : « on fait des réunions avec tout le monde ». (CPSC07 – Notes d'entrevue)

267 Interviewer - « S'il n'y avait pas le centre ici? C'est quoi les autres options ? Parent, Hochelaga-Maisonnette - « Y'aurait rien. Médicalement y'aurait rien. Y'aurait rien côté activités ».

« Ce docteur m'a beaucoup aidé. Sans lui, nous n'aurions pas ces choses. Parent, Hochelaga-Maisonnette

268 "We started coming when he was in daycare. They referred me to a neuropsychologist. For me it was good, because otherwise I wouldn't have been able to afford it." - Parent, Côte-des-Neiges

"We come here its free, u don't need to pay. You will benefit for your kids, things I cannot do by myself at home. Activities, things like behavior for the kids, it helps. Change for them." - Parent, Côte-des-Neiges

269 « Ce parent sent qu'elle et sa famille ont eu accès à beaucoup de services, de soutien, de suivi et d'activités qu'ils n'auraient pas autrement eu soit en raison de limites financières ou soit parce qu'elle n'y aurait pas pensé. » - Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonnette

270 Interviewer - « Et pour vous, est-ce que ça a aidé? Est-ce que vous avez vu des changements dans votre vie? » Parent, Côte-des-Neiges - « Oui, je suis soulagée. Je savais que ça allait être compliqué parce qu'il n'a pas sa résidence permanente, donc c'était un soulagement pour accéder à des services. Ça m'a aidé à avoir une place qui ne demande pas pour la RAMQ. (...) quand je suis venue, je n'avais pas la RAMQ, alors je ne pouvais pas avoir les services. On avait de l'assurance privée mais c'était pour les cas d'urgence, tu ne peux pas faire un suivi. Alors mon fils pour avoir un suivi ici, c'était un soulagement. »

271 « Ça leur donne avant tout un pédiatre. (...) Le pédiatre le plus proche disponible était à St-Jean-sur-Richelieu. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

« Proche de la maison. Environ à 15 minutes à pieds. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

272 « Il aime vraiment beaucoup [nom du médecin] C'est le seul qui peut le toucher, même elle [en parlant de sa fille plus jeune], elle est dure d'approche avec le médecin. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

273 « Mes enfants sont réservés, ils ne voient pas trop de gens sauf [nom du docteur] et l'infirmière. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

274 « Moi je suis contente, c'est bien pour mon enfant autiste qui n'a pas de services nulle part. Intégrer un enfant dans un milieu, c'est souvent trop d'entretien, trop dur. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette  
Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonnette - Le parent mentionne une difficulté pour trouver un camp d'été à son enfant en raison de ses besoins spécifiques (il faut un ratio d'enfants moins important par animateur de camp pour le prendre). La mère mentionne qu'il comprend très bien les consignes, mais

L'approche de la pédiatrie sociale en communauté semble désamorcer plusieurs mécanismes de défense de parents et d'enfants qui constituent autant de barrières à l'utilisation des services de santé et sociaux. La peur d'être jugés négativement est évoquée par plusieurs parents, ainsi que la peur d'être rejetés. Les parents soulignent qu'ils se sont rapidement sentis rassurés en ce sens, et ce dès leurs premiers contacts avec les équipes de pédiatrie sociale<sup>275</sup>. Le fait que plusieurs enfants d'un même quartier ou d'une même classe scolaire fréquentent déjà le CPSC a pour effet de rassurer certains enfants lors des premières visites<sup>276</sup>. Un parent souligne cependant que les mouvements de personnel dans son CPSC ont eu pour effet de miner son expérience de services en pédiatrie sociale, au sens où il y a eu des bris de continuité dans les services qu'elle et son enfant ont reçu<sup>277</sup>.

Plusieurs parents ont relevé que les services offerts au CPSC permettent de répondre de façon simultanée à une variété de besoins que peuvent présenter les enfants<sup>278</sup>. L'aspect intégré de l'approche rend la vie plus simple aux parents, en plus d'assurer, de leur point de vue, une meilleure organisation des soutiens autour de l'enfant et de la famille<sup>279</sup>. En ce sens, un parent parle de plus grande « cohérence », qui amène pour

---

il n'arrive pas à s'exprimer. Elle trouve "magnifique" qu'il y ait un autre endroit où il peut y avoir du soutien.

275 « Des fois, je fais juste passer dire un bonjour, pas parce que j'ai besoin de quelque chose, juste pour faire le lien. Je suis toujours bien reçue. S'ils doivent te « fermer la porte », vont te dire pourquoi avant. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

« très bien, très chaleureux, très accueillant, y a pas de place pour le jugement, on ne se fait pas juger. » - Parent, Côte-des-Neiges

276 « L'enfant se redresse et dit que son ami était là. Il précise que c'est un ami de sa classe qui est aussi venu voir le médecin. » - Notes d'entrevue, Côte-des-Neiges

277 « Il y a beaucoup de roulement ici au niveau des employés. J'ai vu quelqu'un deux fois et on m'a aidé avec les services, donc maintenant il y a un peu de continuité. Mais avant c'était difficile, parce qu'il y avait beaucoup de changements avec le staff. » - Parent, Côte-des-Neiges

278 « Ce n'est pas comme si tu vas au docteur ailleurs. Ils sont au courant de tout tout tout. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

« Oui ça produit des résultats, une équipe de 5-6 personnes qui discutent de ce qu'ils ont vu, c'est des personnes qui ont étudié différents comportements, les différentes manières d'agir, c'est sûr que ça aide. » - Parent, Côte-des-Neiges

279 « Il faut qu'ils se parlent, qui fait quoi, qui a le rôle de faire telle chose » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

lui une meilleure compréhension des démarches en cours et à venir<sup>280</sup>. Le fait que les équipes de pédiatrie sociale en communauté soient multidisciplinaires semble lié, du point de vue de certains parents, à une plus grande rapidité d'accès et à des mécanismes de référence efficaces lorsque des urgences médicales se présentent<sup>281</sup>.

Quoique le thème du « filet de sécurité » soit davantage développé dans le discours des professionnels de la pédiatrie sociale en communauté, certains parents situent clairement l'équipe de pédiatrie sociale comme partie prenante du réseau de soutien professionnel mis en place autour de l'enfant, en axant sur les mécanismes de communication présents entre les différents intervenants impliqués<sup>282</sup>. Pour une famille en particulier, c'est simplement l'accès à un pédiatre via le CPSC qui a suffi à éviter une intervention plus soutenue de l'agent de relations humaines rattaché aux services de protection de la jeunesse<sup>283</sup>. Les sources de soutien existantes dans le milieu de vie des familles sont effectivement considérées par les intervenants en protection de la jeunesse dans la détermination de l'intensité des mesures à appliquer auprès des familles suivies.

Par ailleurs, un parent évoque qu'il a pu prendre une place importante dans les processus décisionnels entourant les interventions à mettre en place auprès de son enfant<sup>284</sup>. Il semble alors s'être senti important, considéré et en situation de pouvoir d'agir sur sa vie, détenant désormais, par sa participation importante aux discussions

---

280 « C'est comme une démarche super cohérente. On peut voir clair. » - Parent, Côte-des-Neiges

281 « S'il y a une urgence, on voit l'infirmière; si elle dit oui, urgence, on va voir médecin. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

282 Parent, Hochelaga-Maisonneuve – « Si y'a quoi que ce soit qui se passe, je rentre en contact avec ma TS, y'a de quoi je lui en parle. Aussi Dr [nom du pédiatre] est là deux fois semaine au CLSC. On s'est croisés au CLSC cette semaine. J'étais contente de la voir, je lui ai dit qu'on avait commencé avec le CRDI. Je la mets au courant de tout. » Interviewer - « C'est comme une personne centrale. » Parent - « Moi j'ai ma TS [du CLSC], elle c'est le pivot entre tous les services, elle se déplace à [centre de pédiatrie sociale]. »

283 « J'ai eu des problèmes de DPJ, pas de pédiatre pour les enfants, ça prend un pédiatre. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

284 "Les docteurs au CPSC posent les cartes, je pose mes cartes, ils clarifient nos idées." - Parent, Côte-des-Neiges

cliniques, les clés d'une meilleure compréhension de sa situation et de celle de l'enfant.

En bref, la trajectoire de services à partir de la prise de contact des familles avec le CPSC est interprétée comme une expérience positive autant par les enfants<sup>285</sup> et les parents impliqués.

### Perspectives de bénévoles

Les bénévoles rencontrés expliquent que la proximité des services de pédiatrie sociale est, de leur point de vue, un élément clé qui facilite l'accès aux services des familles rejointes. Ils partagent également jouer un rôle de liaison entre les familles et les intervenants des équipes de pédiatrie sociale<sup>286</sup>, ce qui contribue encore davantage à faciliter l'accès aux services pour ces familles. Par ailleurs, les bénévoles mentionnent que la clientèle adolescente demeure difficile à rejoindre, sinon à conserver dans les services de pédiatrie sociale, en raison d'une offre de services et d'activités parfois jugée peu attrayante pour les adolescents. Du point de vue des bénévoles, des réflexions doivent se poursuivre en ce sens.

Également, les bénévoles rencontrés considèrent que leur contribution aide à rendre les services offerts en CPSC d'autant plus cohérents en regard des besoins des enfants. Par leur contact étroit avec les familles et les professionnels des CPSC, les bénévoles sont en mesure de partager leurs idées en vue de la planification d'activités hautement adaptées aux besoins des enfants et apprécient l'ouverture des équipes des CPSC en ce sens<sup>287</sup>. Par ailleurs, l'accueil des familles est décrit comme une composante centrale du travail des bénévoles<sup>288</sup>, qui expliquent contribuer

---

285 "When interviewer asked child how he likes coming here, child exclaimed « GOOD! » and jumped up in excitement and hugged his mother." – Notes d'entrevue, Côte-des-Neiges

286 « On peut jouer avec les enfants, on est le lien entre les éducateurs et enfants. » - Bénévole

287 « Donne ses idées à la psychoéducatrice pour la planification des idées d'activités. » - Notes d'entrevue

288 « un rôle d'accueil » - Bénévole

activement à la création d'un sentiment de « grande famille » dans les CPSC<sup>289</sup>. Cet accueil qui se veut chaleureux et apaisant pour les familles est présenté comme une caractéristique des CPSC qui a pour bénéfice d'accroître l'inclinaison des familles à revenir y chercher du soutien<sup>290</sup>, avec pour exemple ultime les familles qui en viennent à fréquenter le CPSC de génération en génération<sup>291</sup>.

## Perspective transversale sur les trajectoires de services

Tableau 8 : Perspective transversale sur les trajectoires de services

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur	x			
Professionnels	x			
Familles	x			
Bénévoles		x		

### Faits saillants :

- Relativement aux trajectoires de services des familles, l'ensemble des groupes de parties prenantes consultés évoquent une plus grande fluidité et une plus grande cohérence de ces trajectoires avec le soutien de la PSC. Les points centraux à relever et contribuant à produire cet impact sont : 1) le rôle central de l'équipe de PSC dans l'orchestration des soutiens autour de la famille, à partir d'une lecture plus compréhensive des besoins de l'enfant comparativement aux autres services offerts et 2) la capacité de rejoindre et d'accompagner les personnes en tenant compte des barrières à l'utilisation des services typiquement présentes chez les familles.
- Les professionnels et les familles mentionnent que plusieurs familles rejointes par la PSC ne seraient pas allées chercher des services ailleurs.
- Les professionnels et les membres du comité aviseur sont les seuls à relever une meilleure efficacité économique des services de PSC, soit des gains en

289 « [C'est une] grande famille qui se forme dans les centres de pédiatrie sociale. » - Bénévole

290 « Il faut leur donner le goût de revenir. Chacun va apporter, on va avoir des affinités avec les enfants. - Bénévole

291 « Voir plusieurs générations de personnes à la FDJ. » - Bénévole

termes de temps et de ressources de sorte à optimiser les résultats de l'intervention.

## 6) Les trajectoires scolaires et les dispositions à l'apprentissage

### Perspectives des membres du comité aviseur

Les membres du comité aviseur disent croire au potentiel de la pédiatrie sociale en communauté à diminuer le « redoublement et le décrochage scolaire » des enfants. Ce travail de prévention passe notamment par l'accompagnement des enfants et des familles dans différentes étapes transitoires qui préparent les enfants pour intégrer le monde scolaire, à commencer par l'accès à la garderie et l'entrée à la maternelle.

Les membres du comité aviseur soulignent également tout le soutien apporté par les équipes de pédiatrie sociale en vue du bon déroulement de la trajectoire scolaire des enfants. Cet engagement passe entre autres par une meilleure adaptation des services rendus en contexte scolaire aux besoins de l'enfant, dans la mesure où un lien de collaboration existe entre le CPSC et l'école<sup>292</sup>.

Les équipes de pédiatrie sociale mettraient également en évidence les « réussite[s] et compétence[s] » des enfants et les amèneraient à se placer dans une « représentation de soi apprenante », qui amène entre autres à interpréter les défis rencontrés en contexte scolaire comme des occasions d'apprentissage et non comme des expériences dévalorisantes du point de vue des enfants et des parents. Il est notamment question d'un accompagnement qui va dans le sens d'une « perception d'intégration à l'éducation » chez les parents, qui peut être reformulé comme le soutien à l'engagement soutenu des parents dans le parcours scolaire de leur enfant. Il en résulterait un accroissement de la « persévérance scolaire » chez les enfants et également chez les parents. La réintégration des enfants et des parents dans un

---

292 « Communauté (école, etc) qui se modifie suite à des recommandations de la pédiatrie sociale en communauté : ex. École dans Hochelaga-Maisonneuve » (Comité aviseur)

parcours scolaire duquel ils s'étaient distanciés<sup>293</sup> est, à cet égard, un marqueur de succès observé par les membres du comité aiseur.

### Perspectives de membres d'équipes de CPSC

Les équipes rencontrées ont largement discuté du potentiel de la pédiatrie sociale en communauté à améliorer les dispositions des enfants aux apprentissages scolaires<sup>294</sup>. Elles ont relevé un ensemble d'éléments, souvent cumulatifs, qui expliquent la faible disposition initiales aux apprentissages d'une grande proportion d'enfants vus en pédiatrie sociale, et qui se traduisent en retards plus ou moins importants au plan académique<sup>295</sup> : difficultés d'apprentissage et de langage pouvant être associées à un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, aux séquelles laissées par des traumatismes<sup>296</sup>, à des limites intellectuelles<sup>297</sup>, à des troubles praxiques ou à toute autre forme de trouble, qu'il soit diagnostiqué ou non ; surcharge émotionnelle et cognitive associée aux sources de stress toxiques<sup>298</sup> ; faible estime de soi et difficulté de certains parents à accompagner leurs enfants dans le parcours scolaire<sup>299</sup>, notamment pour les familles immigrantes vulnérabilisées<sup>300</sup>. Également, une équipe souligne que les troubles du langage sont parfois précurseurs des troubles du comportement en

---

293 « Retour à la scolarisation » (Comité aiseur)

294 « Des jeunes qui ne sont pas forcément disponibles pour les apprentissages scolaires. » (CPSC18)

295 « Des retards de développement qui s'accumulent. » (CPSC09)

296 « Ces enfants ont beaucoup de traumatismes. » Histoire de cas : Quand la cloche sonne des enfants ont peur et tentent de se cacher. Lorsque le professeur s'absente ils craignent qu'il ne revienne pas. (CPSC09 - Notes d'entrevue)

297 Pour les enfants et les parents : une certaine proportion qui présente des limites intellectuelles qu'on croit liées au trauma (en lien avec un vécu de « maltraitance » et « d'abus » divers. (CPSC10 - Notes d'entrevue)

298 Des enfants qui se présentent à l'école en « surcharge émotionnelle et cognitive ». (CPSC08 - Notes d'entrevue)

299 Parents peu scolarisés, souvent analphabètes, ce qui cause des difficultés importantes à accompagner leur enfant au plan scolaire. (CPSC09 - Notes d'entrevue)

300 « Les parents ne comprennent pas le système scolaire québécois. Vous avez un rôle à jouer. Les parents de certaines cultures ne lisent pas avec leurs enfants. Il y a des enjeux d'accompagnement scolaire avec les enfants. » (CPSC16)

contexte scolaire<sup>301</sup>, ce qui parle en soi des relations complexes entre l'ensemble des éléments qui freinent le processus d'apprentissage des enfants en contexte scolaire.

Les groupes de discussion réalisés avec les équipes ont permis de mettre en valeur que les services mis en place dans les centres de pédiatrie sociale pour soutenir les enfants sur le plan scolaire sont très diversifiés. Ils incluent notamment l'aide aux devoirs, le tutorat, l'accompagnement en orthopédagogie, en ergothérapie et/ou en orthophonie en vue de mises à niveau des enfants qui accusent des retards académiques<sup>302</sup>, les ateliers de préparation à la maternelle, les clubs de lecture, le dépistage, le diagnostic et le suivi médical et psychosocial des troubles d'apprentissage, d'attention, de comportement, ainsi que des traumatismes complexes. Il faut également souligner la vocation particulière d'un CPSC, qui mise sur l'apprentissage de la musique couplé à un centre d'accès scolaire pour aider les enfants à développer leurs dispositions cognitives, motrices<sup>303</sup> et une confiance en soi favorable à l'apprentissage scolaire<sup>304</sup>. Également, certains centres disposent de points de services au cœur de centres de la petite enfance ou d'écoles, ce qui permet un dépistage plus rapide des difficultés qui entravent l'apprentissage des enfants ainsi qu'un accès plus rapide et une intensité de services adaptés aux besoins des enfants<sup>305</sup>.

---

301 « Cette année, il y a des classes 4 ans. Ce sont les groupes les plus difficiles de toutes les écoles. Ils se battent, détruisent le matériel, frappent les enseignants. D'où ça vient? Ils n'ont pas de langage, pas de vocabulaire. » (CPSC16)

302 « L'enfant devient fonctionnel à l'école avec l'ergothérapie et la médication. » (CPSC14)

303 « On va les orienter sur des instruments avec lesquels ils vont être capables de travailler ça. (...) La pratique du chant est excellente dans les cas de retard de langage pour effectuer un travail sur les muscles du visage qui sont impliqués dans la prononciation des mots. La pratique de la musique permet aussi de travailler sur la motricité et la mémorisation. » (CPSC18)

304 « Ça les renforce dans leur estime : « je suis capable de réaliser des choses ». Ils deviennent capables de transposer ça dans d'autres sphères de leur vie. Ils sont capables de développer une disponibilité aux apprentissages. » (CPSC18)

305 Le premier point de service est au cœur d'un CPE, ce qui est une particularité intéressante. Cela permet un meilleur dépistage et une intensité de services auprès d'enfants intégrés à la fois au CPE et au CPSC. Le deuxième point de services est dans l'école primaire (...), en qui est le principal référent pour ce point de service. (CPSC11 – Notes d'entrevue)

À travers l'accompagnement psychosocial offert dans les centres de pédiatrie sociale en communauté, les professionnels consultés témoignent de différents mécanismes par lesquels la disposition des enfants aux apprentissages scolaires est favorisée<sup>306</sup>, soit le travail sur les dispositions relationnelles des enfants<sup>307</sup>, l'ouverture progressive des enfants aux routines<sup>308</sup>, l'accompagnement des parents dans leur compréhension du système scolaire québécois, l'accompagnement des parents en vue de combler les besoins de base de l'enfant, particulièrement en ce qui concerne l'alimentation<sup>309</sup> et le sommeil<sup>310</sup>, l'accompagnement des parents en vue d'une diminution de leur propre détresse psychologique<sup>311</sup> et d'une gestion de leur réponse aux traumatismes vécus<sup>312</sup> et l'accompagnement des enfants dans les transitions scolaires, telles que l'entrée à l'école<sup>313</sup>, ainsi que les autres changements de cycles et d'écoles<sup>314</sup>.

Les participants aux groupes de discussion mentionnent également que les mécanismes de collaboration entre les centres de pédiatrie sociale en communauté et les écoles sont grandement investis et valorisés. D'abord, le principe de co-intervention amène les équipes de centres à déployer des efforts particuliers pour

---

306 « C'est tellement subtil. (...) C'est des enfants plus épanouis, ouverts, souriants. (...) des enfants prêts pour l'école, pas au niveau académique, mais au niveau de leur bien-être. » (CPSC11)

« ce qui est rapporté par les profs, l'enfant est plus calme, il y a comme un apaisement. » (CPSC13)

« L'impact sur les parents, les devoirs étaient difficiles. Enfant transforme sa perception face aux apprentissages académiques. » (CPSC13)

307 Camp de préparation à la maternelle : Pour l'enfant on travaille la « relation aux autres », qui s'améliore rapidement en trois semaines déjà. (CPSC 11 – Notes d'entrevue)

308 « (...) plus ouverts aux routines (...) en devenir académique. » (CPSC11)

309 Camps de préparation à la maternelle : Permet aux parents de comprendre comment ça marche (ex. « Une boîte à lunch il faut mettre quoi dedans? On trouve ça ou? » « Les parents ne savent pas c'est quoi une boîte à lunch. On leur dit comment le faire et ça diminue leur anxiété. »). (CPSC11 – Notes d'entrevue)

310 « Le but c'est que les enfants arrivent à l'école, moins fatigués, agressifs, alimentés, disposés aux apprentissages. » (CPSC16)

311 « De parler de dépression et de l'impact que ça a sur le comportement de leur enfant à l'école. » (CPSC13)

312 On discute des mères au parcours migratoire complexe qui gardent leurs enfants à la maison pour les protéger de dangers potentiels : « Il y a des enfants qui ne sont jamais allés à la maternelle ou à la garderie. Ils restent avec leur maman jusqu'à ce que l'école commence. » (CPSC16 – Notes d'entrevue)

313 « Améliorer la capacité d'entrée à la maternelle. » (CPSC02)

314 « Dans les différentes étapes de leur scolarité, on est là. On peut minimiser l'impact des transitions importantes. » (CPSC18)

mobiliser de personnel des écoles autour des enfants suivis en pédiatrie sociale. Ces derniers se sentiraient alors davantage considérés et écoutés<sup>315</sup>, ce qui les encouragerait à persister dans leurs efforts à l'école. Une équipe de pédiatrie sociale en communauté explique avoir installé un point de service directement dans une école<sup>316</sup>, ce qui facilite les références, ainsi qu'une meilleure adaptation des services en contexte scolaire. Plus précisément, les professionnels rencontrés mentionnent que les enfants qui présentent des symptômes font souvent l'objet d'hypothèses diagnostiques inexactes formulées par le personnel des écoles. Il s'en suivrait une inadéquation des services et des mécanismes de soutien de la part du personnel scolaire face aux besoins réels de l'enfant. À ce sujet, un apport majeur des équipes de centres est d'aider à la précision du diagnostic de l'enfant, ce qui permet à l'école de se doter d'une grille de lecture mieux adaptée<sup>317</sup> face aux comportements souvent perturbateurs qui sont typiquement à l'origine d'une référence en pédiatrie sociale de la part de l'école<sup>318</sup>. Suivant la mise en lumière de cette grille de lecture, les équipes rencontrées mentionnent contribuer à l'implantation de mesures adaptées aux besoins des enfants et permettant d'améliorer la trajectoire scolaire, qu'il soit question de participer activement à l'élaboration des plans d'intervention individuels<sup>319</sup>, de fournir un accès plus rapide à des services spécialisés<sup>320</sup>, d'appuyer

---

315 Tout le monde autour de l'enfant : « On s'est déplacés parce qu'on t'apprécie. » MET : L'approche intégrative donne un incitatif pour que l'ensemble des personnes impliquées autour de l'enfant lui expriment une considération, incluant les personnes qui interviennent habituellement auprès de l'enfant dans un contexte peu valorisant pour lui. « Il voit son parent parler avec son enseignant. » (CPSC07 – Notes d'entrevue)

316 Le deuxième point de services est dans l'école primaire (...), en qui est le principal référent pour ce point de service. (CPSC11 – Notes d'entrevue)

317 « L'école a une hypothèse diagnostique », qui n'est pas nécessairement basée sur une expertise médicale. Le médecin du CPSC vient alors préciser la situation de l'enfant, qui n'est souvent pas celle que l'école avait en tête. « Parfois les écoles pensent que les enfants ont un TSA ou un TDAH. On rencontre la famille, et on découvre que l'enfant a plutôt vécu un trauma. ». (CPSC06 – Notes d'entrevue)

318 « Les enfants ont principalement entre 6 et 12 ans, parce que le plus souvent, ils sont référés par l'école. Leurs comportements dérangent et ils n'ont pas de diagnostic. » (CPSC06)

319 Lien avec PI dans les écoles pour sensibiliser les autres professionnels et améliorer la compréhension au-delà du diagnostic ou des symptômes. (CPSC03 – Notes d'entrevue)

320 Psychoéducatrice en prêt de services de la commission scolaire : « C'est facilitant. L'information passe dans les deux sens. (...) Ça apporte un lien et un pont incroyable avec le réseau public. » (CPSC10 – Notes d'entrevue)

les dérogations au parcours scolaire ou l'accès à des classes spéciales pour les enfants qui pourraient en bénéficier<sup>321</sup> et de mettre en place des interventions sensibles aux traumatismes dans les écoles.

Également, en entretenant des rapports étroits avec les écoles, certaines équipes ont mentionné être en mesure de faire valoir les droits des enfants qui présentent des besoins particuliers en contexte scolaire. Plusieurs professionnels rencontrés ont mentionné faire un travail de sensibilisation auprès des écoles pour considérer des alternatives à la prescription de médicaments chez certains enfants, lorsque celle-ci est demandée trop systématiquement et de façon inadaptée<sup>322</sup>. Un professionnel mentionne qu'une attention est portée à la défense de la liberté de choix des enfants et parents qui ne souhaitent pas recourir à la médication en première instance<sup>323</sup>. Un autre explique que des réflexions menées de concert avec les partenaires du milieu scolaire sur les pistes de solution alternatives à la médicalisation est souvent amenée par les équipes de pédiatrie sociale en communauté<sup>324</sup>. Également, les enfants qui n'obtiennent pas de cote clinique justifiant des services et des mesures adaptées, mais qui présentent tout de même des difficultés d'apprentissage évidentes, sont représentés par les équipes de pédiatrie sociale auprès des écoles pour leur garantir un accès à des outils permettant d'accroître leurs chances de réussite<sup>325</sup>.

---

321 CPSC arrive à influencer la trajectoire scolaire des enfants dans certains cas, par exemple en appuyant les dérogations pour faire rentrer des enfants un an plus tard à l'école ou encore en faveur ou non pour passer dans une classe spécialisée. (CPSC10 – Notes d'entrevue)

322 « À l'école, dès qu'on va aborder difficultés de langage, d'apprentissage : « Est-ce que vous pouvez donner de la médication? ». Dès qu'on confronte : « Qu'est-ce que vous avez mis en place? » La réalité des écoles n'est pas évidente. Il y a tellement d'enfants. » (CPSC12)

323 Histoire de cas : Une enfant avait un TDAH, mais le médecin n'a pas donné des médicaments parce que l'enfant a refusé. (CPSC14 – Notes d'entrevue)

324 Milieu scolaire devient plus sensibilisé aux méthodes alternatives (par ex. pour le TDAH). (CPSC15 – Notes d'entrevue)

325 « Des jeunes pas encore diagnostiqués mais qui ont besoin d'un soutien » (...) Il y a tout un volet pour les élèves qui n'arrivent pas à avoir les évaluations par les orthophonistes pour avoir les cotes et avoir des services. On s'assure que les droits des enfants sont respectés. Est-ce que les enfants les ont vraiment les services? Par exemple l'accès à un ordinateur. » (CPSC18)

Les équipes de pédiatrie sociale en communauté sont nombreuses à mentionner qu'elles jouent un rôle de médiation dans les incompréhensions, voir les conflits pouvant exister entre les parents et le personnel scolaire<sup>326</sup>. Cette médiation peut prendre plusieurs formes, qu'il soit question d'accroître la compréhension des écoles quant à la réalité des familles en situation de vulnérabilité, particulièrement en ce qui concerne les familles migrantes<sup>327</sup>, et, inversement, d'améliorer la perception que ces familles ont du milieu scolaire<sup>328</sup>. Plus précisément, des familles sont sensibilisées sur les modes de fonctionnement et de communication des écoles<sup>329</sup>.

La multiplicité de ces formes de soutien offertes par les centres de pédiatrie sociale en communauté contribue, du point de vue des professionnels rencontrés, à faire vivre aux enfants davantage de réussites<sup>330</sup>, ce qui se traduit par une prise de conscience de ce potentiel à réussir<sup>331</sup> et conséquemment d'une mise en projet au plan scolaire. Lors des groupes de discussions, cette mise en projet est discutée parfois sous l'angle de la persévérance scolaire<sup>332</sup> (prévention du décrochage<sup>333</sup>,

---

326 La travailleuse sociale dit qu'elle doit « Jouer un rôle impartial ». « Je ne peux pas mettre les parents contre les enseignants par exemple, mais je peux leur expliquer les réalités des écoles. Les plaintes contre les enseignants, j'aide avec ça aussi. » (CPSC16 – Notes d'entrevue)

327 « Une clientèle immigrante en provenance de l'Afrique et de l'Amérique du Sud », avec les défis suivants : « défi de la langue (...) services non-adaptés au vécu traumatique, par exemple au vécu de camp de réfugié. ». On note pour ces familles un « trou de services important » qui se rapporte à « la compréhension des écoles de leur réalité ». (CPSC06 – Notes d'entrevue)

Lors des plans d'intervention à l'école, les enfants et les familles se sentent appuyés; le CPSC joue le rôle de liaison. (CPSC15 – Notes d'entrevue)

328 « Les parents sont partenaires avec nous. » Mauvaises expériences passées des parents et réconciliation avec le « processus scolaire » et « les institutions ». « On part à moins 10 quand le parent n'identifie pas les besoins de son enfant ou est réfractaire. » (CPSC10 – Notes d'entrevue)

329 « Les parents ont besoin de comprendre la communication venant de l'école, les communications de partout. » (CPSC16)

330 « Les résultats scolaires se sont améliorés. » (CPSC13)

« On a constaté de belles réussites : des élèves qui ont changé d'une classe adaptée vers une classe régulière (...) des enfants qui n'ont plus besoin de l'accès scolaire (...) admis à des programmes sport-études ou à l'école aux adultes.. » (CPSC18)

331 « L'impact relié à la réussite scolaire. C'était difficile à l'école. Il n'était pas fonctionnel, en raison de problèmes d'attention et des troubles de comportement. (...) On lui a remis une médaille de performance. La fierté de l'enfant qui avait été choisi. » (CPSC14)

332 Valorisation et persévérance scolaire. (CPSC03 – Notes d'entrevue)

333 Prévention du décrochage. (CPSC02 – Notes d'entrevue)

assiduité<sup>334</sup>), d'un intérêt nouveau pour l'école<sup>335</sup> ou de la poursuite d'un rêve professionnel<sup>336</sup>. Selon les professionnels rencontrés, elle passe avant tout par un travail sur l'engagement des parents dans le parcours scolaire de leur enfant<sup>337</sup>.

#### Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Concernant cette catégorie d'impacts, l'aspect qui prend le plus de place dans le discours des familles est l'impact positif du suivi en pédiatrie sociale sur les dispositions des enfants aux apprentissages académiques. La situation de chaque enfant étant différente, ces dispositions peuvent se voir améliorées par :

- L'accès, pour les enfants d'âge préscolaire, à des programmes de prématernelle permettant de préparer le passage à l'école primaire<sup>338</sup> ;
- L'accès à des services d'orthopédagogie ou d'accompagnement aux devoirs ayant permis aux enfants concernés de cheminer aux plans des retards d'apprentissage et/ou de langage<sup>339</sup> ;
- L'accès à des services soutenus et/ou à une médication adaptée aux besoins de l'enfant, permettant ainsi de réduire la fréquence et l'intensité des troubles du comportement ou de la concentration qui empêchent parfois d'apprendre au même rythme que les autres<sup>340</sup> ;
- L'accès à des services soutenus permettant de réduire l'anxiété et la détresse psychologique en tant qu'obstacles à la concentration de l'élève en classe<sup>341</sup> ;

---

334 Augmenter l'adhésion scolaire. (CPSC15 – Notes d'entrevue)

335 « On essaie de les raccrocher à l'école, de leur donner le goût à l'école. » (CPSC18)

336 Ouvrir des portes, donner le goût, identifier les rêves. (CPSC02 – Notes d'entrevue)

337 « Ils ne veulent rien savoir d'aider les enfants avec la lecture ou les devoirs. Donc on doit éduquer les parents par rapport à ça aussi. » (CPSC16)

338 « Moi mon fils ils ne parlait pas, c'est ici qu'on m'a poussé à faire entrer mon fils à la maternelle. C'est eux qui m'ont poussé. Et maintenant je ne le regrette pas. Il écrit son nom, il sait il a quel âge (...). Je suis ben mère poule (...). Ça m'a aidé à faire la préparation. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

339 "Mother expressed that she has seen, « a lot » of positive changes. Especially, « speech changes » - Notes d'entrevues, Côte-des-Neiges

340 « (...) il coopère bien, il est capable de rester assis. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

« Aussi on voit le médecin, il lui a donné un médicament pour se concentrer. Lui, il ne voulait rien faire à l'école, il ne voulait pas étudier. Il ne sait pas encore lire mais maintenant ça commence à l'aider et il commence à lire. » - Parent, Côte-des-Neiges

341 « Parfois c'est difficile de me concentrer, mais je peux contrôler mon stress. » - Adolescent (13-17 ans), Côte-des-Neiges

- L'accès à un accompagnement qui renforce la capacité de l'enfant à supporter ses propres erreurs, imperfections et échecs et à persister malgré ceux-ci, menant à un accroissement de la persévérance scolaire<sup>342</sup>.

Plusieurs enfants et parents soulignent que l'ensemble de ces accompagnements offerts directement au CPSC ou ailleurs (suivant une référence du CPSC) ont eu pour effet d'améliorer la performance scolaire de l'enfant<sup>343</sup>. Selon les situations, ce changement peut toutefois survenir à long terme<sup>344</sup>, ce qui dénote un changement significatif mais progressif.

Dans plusieurs cas, les parents évoquent une collaboration étroite entre les CPSC, ses partenaires et le personnel des écoles<sup>345</sup>. Les services en contexte scolaire deviennent alors mieux adaptés aux besoins des enfants<sup>346</sup>. Certains parents notent une diminution de l'absentéisme scolaire de l'enfant, en lien avec les services reçus au CPSC<sup>347</sup>. Un adolescent évoque un regain d'intérêt pour l'école et se projette maintenant dans un parcours scolaire depuis qu'il est suivi au CPSC<sup>348</sup>. Pour certaines familles, un changement d'école a pu être facilité par l'équipe de pédiatrie sociale<sup>349</sup>,

---

342 « Un moment [donné], elle faisait beaucoup de crises, ça va de mieux en mieux. Quand elle se trompe, au lieu de faire une crise, elle se concentre, et se dit on va réussir. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

343 « J'ai vu une amélioration dans mes notes et dans ma confiance. J'ai remonté mes notes puis je me concentre mieux à l'école. » - Adolescent (13-17 ans), Hochelaga-Maisonneuve

344 « C'est progressif, rien n'est acquis. Ça s'améliore très lentement. » - Parent, Côte-des-Neiges  
« ça va de mieux en mieux » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

345 « Pour l'enfant de 6 ans, la mère explique qu'il y a eu une grande collaboration entre l'école et les services d'orthopédagogue. Ils venaient à domicile et elle se rendait régulièrement à l'école. » - Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonneuve

346 « They work with him differently now in school because they know how to work with him. » - Parent, Côte-des-Neiges

347 « Une grosse aide. Avant, les profs nous appelaient plusieurs fois par jour pour qu'on aille le chercher, et ce n'était pas facile. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

348 "Furthermore, she expressed that the center sparked her interest in school and she is looking forward to going into CEGEP in the future." - Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonneuve

349 "Before he was in French school and it's difficult for him. When the diagnosis was finished, they told me to give him a chance to go to English school. That is why they gave him an opportunity to go to English school." - Parent, Côte-des-Neiges

et les comportements perturbateurs de l'enfant ont diminué et/ou sont pris en charge par le personnel scolaire de façon plus adéquate du point de vue des parents<sup>350</sup>.

### Perspectives de bénévoles

Les bénévoles rencontrés estiment contribuer, à travers les activités qu'ils mettent en œuvre en collaboration avec les professionnels des CPSC, à améliorer les trajectoires scolaires des enfants. Les services de tutorat, d'aide aux devoirs et de préparation à l'entrée à la maternelle sont autant d'initiatives par lesquelles les bénévoles soutiennent les enfants pour leur permettre de « passer de l'échec à la réussite ». Des bénévoles ont observé chez certains enfants soutenus par des équipes de pédiatrie sociale en communauté des changements de trajectoires positifs et notables, conduisant même dans certains cas au passage de l'enfant d'une classe spécialisée à une classe régulière<sup>351</sup>. Des bénévoles évoquent aussi le cas des enfants qui terminent éventuellement leurs études secondaires, alors qu'ils se trouvaient initialement à haut risque de décrochage ou d'échec scolaire<sup>352</sup>.

### Perspective transversale sur les trajectoires scolaires et les dispositions à l'apprentissage

Tableau 9 : Perspective transversale sur les trajectoires scolaires et les dispositions à l'apprentissage

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur			x	
Professionnels		x		
Familles	x			
Bénévoles		x		

350 « Il a changé d'école à cause des comportements, ça va mieux maintenant. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

351 « [L'] Enfant [est] sur une voie d'évitement à la base, [c'est un] changement de trajectoire. » - Bénévole

352 « [C'est un] jeune qui est en voie d'obtenir son secondaire, il aurait passé en dessous de la table [autrement]. » - Bénévole

#### Faits saillants :

- Tous les groupes de parties prenantes consultés s'entendent à l'effet que les équipes de PSC arrivent à mettre en place autour des enfants un contexte qui aide à les placer en posture d'apprentissage. Cette dimension est importante à relever car une grande partie des efforts déployés visent à modifier le contexte autour de l'enfant, plutôt que de faire porter à l'enfant le poids et la responsabilité du changement.
- L'accroissement des dispositions des enfants aux apprentissages scolaires est surtout discuté dans les entrevues avec les familles et les groupes de discussion avec les intervenants.
- Les bénévoles et les membres du comité aviseur discutent essentiellement des trajectoires et moins des dispositions aux apprentissages.

#### 7) Les trajectoires professionnelles

##### Perspectives des membres du comité aviseur

Les membres du comité aviseur notent d'abord une « diminution de l'absentéisme au travail » des parents, à mesure que la situation de l'enfant s'améliore et qu'il s'adapte mieux dans différents milieux avec le soutien des équipes de pédiatrie sociale en communauté. Certains parents ou adolescents qui évoluaient en marge du marché du travail en raison du cumul des adversités vécues voient leur situation s'améliorer avec l'aide des équipes de pédiatrie sociale, ce qui dégage du temps et de l'énergie pour s'investir au travail<sup>353</sup>. Les membres du comité aviseur notent qu'au-delà d'une amélioration en termes de trajectoires individuelles, les enfants et les parents deviennent des « meilleur[s] participant[s] économique[s] dans la société », pour le bénéfice de l'ensemble de la population.

##### Perspectives de membres d'équipes de CPSC

L'impact des services de pédiatrie sociale en communauté sur les trajectoires professionnelles des enfants et des parents a été peu abordé lors des groupes de discussion menés avec les équipes de centres. Un professionnel mentionne que,

---

353 « Entrée / retour sur le marché du travail (parents et enfants plus vieux) » (Comité aviseur)

particulièrement en ce qui concerne les enfants, l'impact à long terme est encore difficile à évaluer<sup>354</sup>. Des professionnels disent néanmoins s'attendre à ce que la pédiatrie sociale en communauté améliore les perspectives d'insertion professionnelles futures des enfants rejoints, principalement par son impact sur la trajectoire scolaire et par son potentiel à prévenir la délinquance<sup>355</sup>.

L'impact à court ou moyen terme est davantage discuté en ce qui concerne les parents. Un professionnel explique que lorsque la situation de l'enfant s'améliore avec l'aide de la pédiatrie sociale, les parents sont beaucoup plus disponibles et disposés à travailler<sup>356</sup>. Un autre professionnel observe que l'amélioration de la situation familiale au contact de la pédiatrie sociale peut permettre à des parents de retrouver la motivation nécessaire pour reprendre et terminer des études afin d'améliorer leur employabilité<sup>357</sup>. Dans le cas des parents qui sont issus d'une immigration récente, des professionnels rencontrés expliquent qu'ils offrent un soutien à l'obtention d'un statut sans quoi il serait difficile d'accéder à l'emploi<sup>358</sup>. Certains professionnels mentionnent qu'ils soutiennent également ces parents dans la préparation d'un curriculum vitae<sup>359</sup> pour maximiser leurs chances de se trouver du travail.

#### Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Ce thème prend très peu de place dans le discours des enfants et des parents et est davantage couvert par les professionnels de la pédiatrie sociale rencontrés. Un adolescent explique que l'équipe du CPSC a eu l'occasion d'expérimenter un emploi à

---

354 « C'est difficile de mesurer l'impact à long terme » (CPSC10)

355 L'équipe parle d'impacts possibles à long terme de la PSC en ce qui concerne la criminalité, le taux de graduation (secondaire 5) et l'insertion sur le marché du travail. (CPSC01 – Notes d'entrevue)

356 « Plusieurs parents doivent arrêter de travailler pour s'occuper des multiples rendez-vous et obligations en lien avec la situation complexe de l'enfant. » (CPSC07)

357 Parents se mettent en démarche pour l'emploi. (CPSC04 – Notes d'entrevue)

L'accroissement de l'« employabilité » (CPSC01 – Notes d'entrevue)

358 « Ils n'ont pas d'accès au marché du travail car ils n'ont pas de papiers d'immigration. [Suivant notre intervention] ils donnent les permis de travail beaucoup plus vite.» (CPSC16)

359 « Notre travailleuse sociale a fait des CV pour des mamans. » (CPSC16)

la suite d'une collaboration entre un organisme communautaire et le CPSC<sup>360</sup>. Pour un autre adolescent, le parent explique que la qualité du soutien reçu en pédiatrie sociale a suscité l'envie de devenir travailleur social<sup>361</sup>. Un parent s'attend à recevoir des conseils du pédiatre pour réussir un retour sur le marché du travail<sup>362</sup>.

### Perspectives de bénévoles

Ce thème n'est pas du tout présent dans le discours des bénévoles rencontrés.

### Perspective transversale sur les trajectoires professionnelles

Tableau 10 : Perspective transversale sur les trajectoires professionnelles

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur			x	
Professionnels			x	
Familles			x	
Bénévoles				x

### Faits saillants :

- Les impacts de la PSC sur les trajectoires et dispositions en termes d'insertion socio-professionnelle est le seul thème qui est complètement occulté du discours d'un groupe de parties prenantes, dans ce cas-ci les bénévoles.
- Les impacts à court et à moyen terme sont constatés uniquement chez les parents et concerne soit la diminution de leur absentéisme au travail, leur retour sur le marché du travail ou leur retour aux études, pour lesquels les équipes de PSC ont offert un soutien technique ou des encouragements.

360 « A notamment reçu des services en collaboration avec le YMCA, a fait partie d'une coop et a obtenu un petit boulot notamment avec ce partenariat. » - Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonneuve (-1102)

361 « Ils donnent à tes enfants une chance de rêver. Ils lui ont dit qu'elle peut être n'importe quoi, qu'elle peut être une docteure, une chanteuse, ils donnent à nos enfants une chance de rêver. Elle a déjà choisi sa carrière, elle a décidé d'être une travailleuse sociale. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve (1304-12)

362 « Je suis en recherche d'emploi, les emplois me refusent parce que j'ai des jeunes enfants, (...) je vais en parler au dr X. Je pourrais dire que ça ne va pas, il va m'aider. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

- Les impacts à long terme demeurent difficiles à évaluer en ce qui concerne les enfants. Il est cependant possible d'observer, chez certains adolescents vus en PSC, un accroissement de l'intérêt pour le marché du travail et pour la poursuite d'une carrière plus tard dans leur vie.

## 8) L'épanouissement personnel

### Perspectives des membres du comité aviseur

Du point de vue des membres du comité aviseur, le contact des familles avec les équipes de pédiatrie sociale leur permet de vivre des « expériences positives », notamment via les activités offertes dans les CPSC axées sur les « loisirs » et le développement de « connaissances générales ». Des membres du comité aviseur relèvent que ces activités ont pour impact concret de contrer l'oisiveté des jeunes<sup>363</sup>.

Cependant, toujours du point de vue des membres du comité aviseur, l'impact principal de ces activités est qu'elles amènent une plus grande « ouverture » des enfants et des parents, qui manifestent désormais une « curiosité » tournée vers l'extérieur. « L'enfant voit un autre chemin ». Des sorties de trajectoires d'« appartenance / affiliation aux gangs de rue », de « prostitution », de « consommation » ou de « criminalisation » peuvent s'observer, en raison notamment d'une « ouverture sur des perspectives d'avenir » et d'un « accroissement de l'espoir ».

Les membres du comité aviseur parlent aussi, en tant que réalité observable chez l'enfant de même que chez le parent, de l'émergence d'une « proactivité dans la défense de ses droits et intérêts » qui parle d'un accroissement du pouvoir d'agir des familles.

---

363 « Quand les jeunes ont des activités (sports, musique, etc), moins d'enfants traînent dans les rues. » (Comité aviseur)

## Perspectives de membres d'équipes de CPSC

De l'avis des professionnels rencontrés, le soutien amené par les équipes de pédiatrie sociale en communauté permet, dans un premier temps, un élargissement du champ des possibles pour les enfants et les parents. Cela réfère, du point de vue des participants aux groupes de discussion, à un accroissement de l'espoir<sup>364</sup>, de la capacité à se projeter dans l'avenir<sup>365</sup>, et surtout à une plus grande ouverture au monde<sup>366</sup> observable surtout chez les enfants<sup>367</sup>. Ce dernier thème est abordé dans une logique où l'enfermement des enfants dans des lieux<sup>368</sup>, des relations<sup>369</sup> et des expériences peu stimulantes<sup>370</sup> inquiète particulièrement les professionnels rencontrés. De leur point de vue, il faut alors, à l'inverse, travailler l'« ouverture » des enfants et des parents, afin de leur permettre d'imaginer d'autres possibilités que celles qu'ils connaissent déjà<sup>371</sup>. Ce travail passe par un soutien à l'expérimentation positive<sup>372</sup> qui est offert à travers l'ensemble des activités<sup>373</sup> et interventions réalisées par les équipes de pédiatrie sociale en communauté. Les intervenants

---

364 « Ça apporte de l'espoir. » (CPSC07)

365 « La capacité à se projeter dans l'avenir au-delà du milieu d'origine. » (CPSC01)

366 « Améliore la curiosité, l'ouverture. » (CPSC03)

« Ça apporte (...) une ouverture. » (CPSC07)

367 « Je le vois comme 2-3 portes qu'on ouvre. L'enfant a le loisir d'y entrer, et ensuite on a plein d'autres portes qui ouvrent. » (CPSC08)

368 Un groupe de familles québécoises « défavorisées, qui ne sortent pas ». (La frontière est carrément physique et forme un quadrilatère dans lequel le CPSC est compris). « Nos familles sont pour la plupart des québécois qui ne vont jamais à Montréal. Ils n'ont pas de voiture. Ils marchent pour aller partout. ». Certaines familles ne sont même jamais sorties du quartier. (CPSC06 – Notes d'entrevue)

369 « L'extérieur de la maison est menaçant. Le rôle de parent est le seul rôle valorisant dans leur vie. (...) des relations fusionnelles avec les mamans. » (CPSC14)

370 « Les enfants de 0 à 5 ans manquent de stimulation. » (CPSC09)

371 « Trouver d'autres avenues, d'autres voies. » (CPSC02)

372 « Il avait le souhait d'être ambulancier, on lui a organisé un tour d'ambulance. L'ambulancière est partie manger avec le jeune. Ça l'a aidé dans cette progression-là. Tout s'est mis en place en même temps, il y a une petite fleur qui s'est ouverte, une petite poussée. On met quelque chose en place avec l'enfant. » (CPSC14)

« Donne des expériences riches. » (CPSC03)

« Connaître des succès » (CPSC04)

373 « Activités artistiques, sorties ponctuelles » (CPSC01)

« Cours de musique, volet danse » (CPSC03)

« Cours d'équitation, (...) opportunités artistiques, sportives » (CPSC15)

« Ateliers de cuisine (...) sorties extérieures » (CPSC07)

rencontrés expliquent ainsi « donner une chance »<sup>374</sup> et « donner un espoir »<sup>375</sup> aux enfants et aux parents de pouvoir aspirer à autre chose<sup>376</sup>.

Les professionnels rencontrés témoignent également d'un accroissement du pouvoir d'agir des enfants et des parents rejoints par la pédiatrie sociale en communauté<sup>377</sup>. Cela englobe la connaissance de ses droits et la capacité à les défendre<sup>378</sup>, la prise de conscience de ses forces et atouts<sup>379</sup>, la capacité à faire des choix éclairés<sup>380</sup> et la capacité à élaborer et mettre en œuvre des stratégies efficaces pour avoir un impact sur sa propre vie<sup>381</sup>. L'accroissement du pouvoir d'agir passe, du point de vue des professionnels consultés, par un travail sur l'estime de soi de l'enfant et également du parent<sup>382</sup>, pour qui le simple fait d'être représenté<sup>383</sup> et validé par une source

---

374 « C'est le p'tit coup de pouce, pour que ces enfants-là aient une chance » (CPSC09)

375 « Croire en l'avenir. » (CPSC02)

376 « Ouvrir des portes, donner le goût, identifier les rêves. » (CPSC03)

377 Contribue à la prise de pouvoir des enfants et des parents « empowerment » (CPSC01)

« Prise de pouvoir de l'enfant et de la famille » (CPSC02)

« L'empowerment du parent, lui donner le pouvoir et la confiance aussi. » (CPSC12)

Permettre aux parents d'avoir un plus grand pouvoir d'agir parce qu'intervenir seulement sur les enfants, peut-être que ça ne change pas grand-chose. (CPSC15 – Notes d'entrevue)

378 « Il est aussi question d'un accroissement de « la capacité de défendre ses droits », tant pour les parents que les enfants. Selon les professionnelles en présence, cela requiert « un minimum de confiance », en d'autres termes la perception d'une « valeur sociale suffisante ». (CPSC01)

« Mise en valeur des droits de l'enfant, aider les enfants et les parents à les faire valoir. » (CPSC03)

379 « On va les voir en dehors de leurs problèmes et faire ressortir leurs forces. » (CPSC13)

« On leur fait vivre des expériences. Ils commencent à construire une confiance en eux, font des choix. » (CPSC10)

380 « Il a des droits, en a conscience et est capable de faire des choix éclairés. » (CPSC14)

381 « Cet outillage [qu'on offre]. Qu'est-ce que t'en fais? Comment tu peux rebondir? » (CPSC11)

« outiller les jeunes » (CPSC05)

« Développement de son plein potentiel malgré les [expériences de vie adverses] » (CPSC02)

« Donner la capacité de changer. » (CPSC03)

382 Confiance en soi augmentée chez les enfants et les parents. « Je le vois comme un pilier de confiance en soi qui grandit pour l'enfant. » « On ouvre des portes de potentiel au lieu de se concentrer sur les problèmes. » (CPSC07)

« (...) il sort d'ici avec une plus grande confiance en lui. » (CPSC18)

« Augmenter la confiance en elles des mamans » (CPSC03)

383 « On valorise le parent. C'est leur enfant. » Tentent d'inclure le parent le plus possible durant les rencontres. Avec jusqu'à 8 personnes autour de la table en rencontre « Ça peut être intimidant pour eux. » Essayent de s'assurer que le parent comprend ce qui se passe. « Parfois des mots que les parents ne comprennent pas sont mentionnés, et ils sont gênés de le dire. Alors je demande pour eux, comme si c'est moi qui ne comprenais pas. On leur dit de nous donner un coup de pied en dessous de la table s'il y a quelque chose qu'ils ne comprennent pas. » Un autre exemple d'une intervenante qui communiquait subtilement avec un enfant en cours de rencontre en lui passant des post-its. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

externe<sup>384</sup> peut suffire à augmenter considérablement la confiance en ses capacités<sup>385</sup> et la capacité à se mettre en mouvement<sup>386</sup>.

Au final, les professionnels consultés témoignent de leur grand potentiel à contribuer au développement d'une identité personnelle et sociale plus positive<sup>387</sup>, à la fois pour les parents et les enfants. Cet aspect est, du point de vue des équipes rencontrées, à lier avec l'approche centrée sur les forces qui représente une caractéristique forte de l'approche<sup>388</sup>.

### Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Du point de vue des familles, certains changements attribuables à l'intervention de pédiatrie sociale en communauté ont trait à l'épanouissement personnel des enfants et des parents. Plusieurs parents rapportent un accroissement de la maturité de leur enfant<sup>389</sup>, qui est désormais plus à même de prendre des décisions qui sont bénéfiques pour lui<sup>390</sup>. Cela peut être représenté par l'idée que la pédiatrie sociale

---

384 « C'est l'histoire d'une mère qui était convaincue que son enfant avait TSA. L'enseignant ne la croyait pas. Elle a raconté tout ça [en clinique de pédiatrie sociale]. [On a fini par confirmer que] l'enfant avait un TSA. La mère nous a dit : « Merci d'être à l'écoute, de pas me faire sentir que je suis folle. » (...) L'enfant voit maintenant l'ergothérapeute, puis on voit le progrès. » (CPSC14)

385 « Ça les renforce dans leur estime : « je suis capable de réaliser des choses ». Ils deviennent capables de transposer ça dans d'autres sphères de leur vie. » (CPSC18)

386 « Plus la famille se sent supportée, plus elle va se mobiliser. » (CPSC09)

387 « Sentiment d'identité positive » (CPSC01)

Développement d'une identité sociale positive : « T'es quoi ? Je suis violoniste. » (CPSC18 – Notes d'entrevue)

388 « Faire grandir les forces, mettre en lumière ce qui est positif. » (CPSC03)

Histoire de cas : Ont demandé à un enfant d'amener un objet qui représente une passion pour lui. L'enfant a apporté un instrument de musique et joue très bien. Cette force a été soulignée par les personnes en présence au CPSC. Expérience interpersonnelle valorisante et positive. Sa mère, qui ne valorisait pas beaucoup cette force chez son enfant, a eu l'occasion de le faire. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

« Nos familles et nos enfants ont un potentiel énorme. » (CPSC11)

« Chaque enfant est différent. On voit le potentiel de tous ceux qui viennent ici. » (CPSC07)

389 « Il a gagné de la maturité. » - Parent, Côte-des-Neiges

390 « Je trouve qu'elle connaît ses priorités » - Parent, Côte-des-Neiges

aide les enfants à « grandir »<sup>391</sup>, à « évoluer »<sup>392</sup> ou à « se développer » de façon générale<sup>393</sup>.

Des parents parlent aussi de l'espoir grandissant que leur situation va s'améliorer dans le futur<sup>394</sup>. Des enfants et des parents témoignent à l'effet que l'équipe de leur CPSC leur a permis de prendre conscience de leur pouvoir d'agir et d'avoir un impact sur leur vie<sup>395</sup>. Pour une adolescente, cela passe par une augmentation tangible de son sentiment de contrôle sur ses émotions et comportements<sup>396</sup>. Une mère rapporte que son enfant est désormais plus conscient de son droit de refuser des touchers qui le mettent mal-à-l'aise et qu'il arrive désormais à se faire davantage respecter en ce sens<sup>397</sup>.

Un père explique par ailleurs que suivant des rencontres en pédiatrie sociale, son fils expérimente désormais de nouvelles choses avec plus d'assurance<sup>398</sup>. D'autres témoignages confirment que les équipes de pédiatrie sociale en communauté offrent effectivement un soutien à l'expérimentation auprès des enfants à travers diverses activités<sup>399</sup>.

---

391 « Elle résume la présence de la CPSC en un mot : "grandir". » - Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonneuve

392 « Tu vois l'évolution, elle apprend beaucoup. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

393 « Un développement général, une grosse différence » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

394 « Je monte de deux pas et je tombe de trois pas. Mais ça commence à aller avec le travail social. J'ai espoir. » - Parent, Côte-des-Neiges

395 "le CPSC pose les points sur les I, il met de la lumière sur un point faible, parce qu'on est vraiment dans l'obscurité..." La mère s'est dit dans l'obscurité de ne pas savoir et comprendre quelles étaient les difficultés et de ne pas avoir de façon d'y remédier. - Parent, Côte-des-Neiges

396 « je peux contrôler mon stress » - Adolescent, Hochelaga-Maisonneuve

397 « Il a appris à mieux communiquer ses besoins, peut-être aussi que c'est parce qu'il a grandi aussi, là s'il y a quelque chose qui le dérange, il va le dire. « Il faut pas me toucher les cheveux, je n'aime pas ça » - Parent, Côte-des-Neiges

398 « Il expérimente des choses » qu'il ne faisait pas avant. - Parent, Côte-des-Neiges

399 Madame m'explique que son enfant a pu essayer différents instruments de musique. « Après ils vont voir quel intérêt il a. ». - Notes d'entrevue, Hochelaga-Maisonneuve

## Perspectives de bénévoles

Les bénévoles rencontrés mentionnent offrir de multiples opportunités d'expérimentation constructive pour les enfants, qui ont un impact positif sur le développement de leur identité personnelle et sociale. Plus précisément, les bénévoles partagent leur volonté de stimuler l'« ouverture au monde » des enfants. Une bénévole explique qu'elle parle souvent aux enfants de sa passion pour les voyages, ce qui peut contribuer à en inspirer certains à poursuivre le projet de voyager éventuellement dans leur vie<sup>400</sup>. Une bénévole initie les enfants à la cuisine du monde à travers un atelier conçu à cet effet, ce qui leur permet d'expérimenter différents goûts et saveurs<sup>401</sup>. Un bénévole fait découvrir aux enfants de nouveaux espaces urbains et les invite à en apprendre davantage sur leur ville<sup>402</sup>. Ces activités ont pour objectif de contrer l'enfermement des enfants dans des milieux de vie hermétiques et jugés peu stimulants à certains égards<sup>403</sup>. Les enfants peuvent ainsi constater ce qui pourrait être différent dans leur vie, et aspirer éventuellement à vivre autre chose s'ils le souhaitent<sup>404</sup>.

---

400 « Je n'osais pas en parler. Finalement ils aiment ça et posent des questions. C'est possible si tu veux. » - Bénévole

401 « On avait fait du sushi, ils connaissent ça, ils en ont déjà mangé. Ça leur donne une ouverture » - Bénévole

402 « On les amène dans un endroit urbain stimulant, ou une aire de verdure comme un parc. » - Bénévole

« Connaître sa ville » - Bénévole

« Beaucoup de jeunes qu'elle a vu n'étaient jamais allés dans le Vieux-Montréal. » - Note d'entrevue

403 « [Certains parents] parlent souvent des mêmes sujets. » - Bénévole

404 « C'est possible si tu veux. » - Bénévole

« Développer plus la maîtrise sur sa vie » - Bénévole

## Perspective transversale sur l'épanouissement personnel

Tableau 11 : Perspective transversale sur l'épanouissement personnel

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur	x			
Professionnels		x		
Familles		x		
Bénévoles	x			

### Faits saillants :

- Cette dimension est particulièrement consistante au plan thématique entre les différents groupes de détenteurs d'enjeux. Autrement dit, peu importe leur groupe, les personnes consultées partagent tous à peu près la même perspective sur l'impact de la PSC en termes de réalisation de soi et d'épanouissement personnel. Les thèmes présents dans les 4 groupes sont le soutien à l'expérimentation positive offert via les CPSC, l'accroissement de l'ouverture et de la curiosité des enfants, l'espoir en l'avenir et l'augmentation du sentiment de pouvoir d'agir sur sa propre vie des enfants.

### 9) Les iniquités sociales

#### Perspectives des membres du comité aviseur

Les membres du comité aviseur soulignent qu'en agissant de façon globale sur les différentes sources de stress toxique auxquels sont exposés les familles, elle contribue à la « diminution du fossé entre vulnérables et aisés (diminution des préjugés) ». Des membres du comité aviseur expliquent que lorsque les enfants sont « mieux soignés », dans une optique de « non-jugement », on « améliore [leur] bien-être » et ils constatent un « potentiel qu'on les aime ». Un enfant à la fois, cela permet aux communautés de devenir « plus résilientes ». Les membres du comité aviseur évoquent, dans cette perspective, le constat grandissant d'un « impact positif intergénérationnel » qui évoque le bris d'un cycle de vulnérabilité.

## Perspectives de membres d'équipes de CPSC

La thématique des iniquités sociales transcende l'ensemble des données présentées jusqu'ici. Le terme « iniquité » n'est toutefois présent qu'une seule fois dans le discours des professionnels consultés<sup>405</sup>. Néanmoins, un amalgame de termes connexes exprime le constat général à l'effet que des iniquités touchent bel et bien les familles vues en pédiatrie sociale en communauté. Tantôt, les professionnels consultés parlent de d'« écart »<sup>406</sup>, d'être « exclus »<sup>407</sup>, de « jugement social »<sup>408</sup> ou d'« isolement social »<sup>409</sup>. À d'autres moments, ils prônent : l'« égalité »<sup>410</sup>, l'« échange »<sup>411</sup>, l'importance de favoriser un « lien d'appartenance »<sup>412</sup> ou d'« accrocher »<sup>413</sup> les enfants à des activités, des personnes ou des lieux.

Les communautés desservies par les centres de pédiatrie sociale en communauté sont décrites comme étant fortement stigmatisées<sup>414</sup>. Les professionnels rencontrés témoignent des jugements et des stéréotypes à l'endroit de ces communautés<sup>415</sup>, pour qui l'échange avec la population extérieure est souvent difficile, voire inexistant<sup>416</sup>. Du point de vue de plusieurs équipes, la population générale demeure peu consciente des besoins des enfants qui grandissent en contexte de vulnérabilité et doit être sensibilisée par rapport à leur réalité<sup>417</sup>. La notion de prise de conscience d'une

---

405 « Iniquité de financement [des services] dans ce secteur » (CPSC14)

406 « Ça réduit l'écart qu'il peut y avoir entre ces enfants qui sont de deux milieux différents. » (CPSC 18)

407 « (...) afin que les familles ne soient pas exclues des services. » (CPSC07)

408 « Il y a beaucoup de jugement social. » (CPSC07)

409 « Beaucoup d'isolement social de ces familles. » (CPSC11)

410 « égalité. » (CPSC18)

411 « (...) c'est un espace d'échange. Il y a ce besoin-là d'avoir un espace, un noyau. » (CPSC18)

412 « nos familles ont un lien d'appartenance à [CPSC]. » (CPSC17)

413 « il y a des jeunes qui n'accrochent pas à la musique. Ils sont venus chercher ce qu'ils avaient besoin de chercher, mais la musique ce n'était pas assez. » (CPSC18)

414 « une communauté qui est stigmatisée » (CPSC02)

415 « les stéréotypes, le jugement » (CPSC03)

416 Amène une conscience collective autour des enfants en besoin. « Un quartier connecté qui se parle. Ça fait tomber des barrières. C'est quoi la probabilité [que ces personnes-là aient développé un lien si le CPSC n'était pas là]? » (CPSC18 – Notes d'entrevue)

417 « Faire connaître les besoins, conscientiser » (CPSC03)

« responsabilité collective »<sup>418</sup> ou « sociale »<sup>419</sup> face au respect et à la défense des droits des enfants est évoquée en ce sens. On note également une gentrification de certains quartiers<sup>420</sup>, perçue comme une réalité contextuelle qui renforce l'exclusion sociale des familles désavantagées aux plans social et économique<sup>421</sup>.

Plusieurs professionnels consultés soulignent qu'en zones semi-rurales ou rurales, les familles se trouvent en situation d'éloignement géographique par rapport à la ville, avec peu de moyens de transport<sup>422</sup> et peu de moyens pour communiquer à l'extérieur (ex. pas d'accès au téléphone ou à internet), traduisant un isolement social important<sup>423</sup>. Dans ce contexte, l'accès aux services autres que la pédiatrie sociale en communauté, réputée pour sa plus grande capacité à aller à la rencontre des familles, est particulièrement difficile<sup>424</sup>. Toutefois, même dans le cas des communautés desservies en zone urbaine, les professionnels rencontrés parlent de quartiers fermés sur eux-mêmes, caractérisés par des frontières physiques claires et desquelles les familles sortent peu ou pas<sup>425</sup>. En bref, l'exclusion sociale demeure perceptible en contexte de pauvreté, peu importe la proximité géographique d'un centre urbain. En

---

« Il faut sensibiliser la communauté et éliminer les préjugés. Ce n'est pas juste de l'argent qui va les aider. » (CPSC10)

418 « Responsabilité collective » (CPSC09)

419 « Importance de tendre vers un « partage de la responsabilité » sociale du respect des droits des enfants. » (CPSC08)

420 Gentrification dans le quartier. (CPSC17 – Notes d'entrevue)

421 On nous parle de la gentrification du quartier : « Avec [CPSC], c'est une seule institution qui pallie. On accueille un mix de jeunes suivis et non suivis, pour ne pas qu'ils se ghettoisent davantage. » (CPSC18 – Notes d'entrevue)

422 Le territoire est décrit comme étant « délimité », avec peu d'accès au transport en commun dans la ville. (CPSC10 – Notes d'entrevue)

423 « Des familles en situation de pauvreté, des gens isolés, des familles monoparentales, non seulement les femmes mais il y a des pères aussi. » (CPSC10)

« On travaille avec des nouveaux arrivants, des gens qui sont isolés » (CPSC11)

424 « Mouvement de centralisation au niveau des services sociaux. » « Mouvements de fonds vers [le centre urbain]. » Les masses critiques au niveau populationnel ne sont pas assez importantes pour déployer un éventail de services (enjeu de ruralité). (CPSC14 – Notes d'entrevue)

425 Un groupe de familles québécoises « défavorisées, qui ne sortent pas ». (La frontière est carrément physique et forme un quadrilatère dans lequel le CPSC est compris). « Nos familles sont pour la plupart des québécois qui ne vont jamais à Montréal. Ils n'ont pas de voiture. Ils marchent pour aller partout. ». Certaines familles ne sont même jamais sorties du quartier. (CPSC06 – Notes d'entrevue)

« Ils ne sortent pas d'ici. C'est une mini-cité. Un petit village. (...) les rues sont pleines d'appartements. » La tendance étant que les membres d'une même famille vivent très près les uns des autres. « Tu vois la mère qui habite juste à côté, la grand-mère est juste en face. » (CPSC09)

ville autant qu'en zone rurale, c'est la représentation populaire d'un « ghetto » qui est évoquée dans le discours des professionnels rencontrés, qui disent avoir entendu souvent cette expression à connotation négative dans les communautés concernées<sup>426</sup>. Les familles suivies en pédiatrie sociale auraient également peu de moyens d'inclusion sociale à leur disposition<sup>427</sup>. Du point de vue des équipes rencontrées, ces facteurs structurels encouragent l'absence de mobilisation et le désengagement des enfants et des parents, qui en viennent à « s'exclure »<sup>428</sup>.

Les équipes rencontrées évoquent également des trajectoires d'exclusion qui caractérisent le vécu des enfants et des parents, adoptant ainsi une perspective temporelle qui évoque l'idée d'un « parcours » de vie<sup>429</sup>. Ces trajectoires d'exclusion sont présentées comme des voies d'évitement dans lesquelles plusieurs enfants se trouvent déjà engagés dès l'entrée à la garderie<sup>430</sup>. Un professionnel relate l'absence de soutien perçue dans le parcours de vie d'un parent, ce qui l'aurait encouragé à ne plus formuler de demandes d'aide face aux difficultés vécues<sup>431</sup>. Du point de vue des équipes consultées, un cycle de vulnérabilité s'installe souvent par effet d'entraînement, sous la forme de trajectoires intergénérationnelles de pauvreté qui sont constatées dans les quartiers défavorisés<sup>432</sup>.

---

426 « L'éloignement fait des ghettos. » (CPSC08)

« Le bronx de [ville] », tel que vu par la population de la ville. Un peu moins présent maintenant, « demeure imprégné ». Regroupement de HLM. (CPSC14 – Notes d'entrevue)

427 « Pas assez d'opportunité d'emploi. Pas de transport en commun. » (CPSC13)

428 « On va au-delà du jugement. Les familles vont s'exclure. Nous on veut les réinclure. » (CPSC05)

« Plus la famille se sent supportée, plus elle va se mobiliser. » (CPSC09)

429 « une perspective à long terme » « amélioration du parcours » (CPSC01)

430 « Les enfants sont déjà sur la voie d'évitement en 2e année. » (CPSC09)

Des changements d'écoles et de garderies (« ruptures de trajectoires »). Exemple d'un enfant de 7 ans qui a changé 4 fois de CPE avant d'arriver à l'école. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

Difficulté pour les parents à trouver un service de garde pour leur enfant, souvent troubles de comportement les excluent. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

« Les enfants se sont fait dire qu'ils sont defect. « Prend une pilule pour te calmer. ». » (CPSC08)

431 « Ils s'allument. On prend le temps de m'écouter ici. » Soulagement des parents « Je ne peux pas croire que je peux parler de ça ici. » (CPSC14)

432 « Plusieurs générations derrière l'enfant qui sont démunies socialement » (CPSC09)

« Se sortir de la très grande pauvreté ». Notion de cycle qui est brisé. (CPSC01 – Notes d'entrevue)

Le devenir des enfants et des parents peut toutefois être envisagé de façon positive. Les bifurcations constructives dans les trajectoires sont bel et bien possibles du point de vue des professionnels rencontrés<sup>433</sup>. Ces changements de trajectoire seraient toutefois plus susceptibles de se produire à long terme<sup>434</sup>. Les équipes rencontrées parlent d'ailleurs d'une difficulté à mesurer les impacts immédiats de leurs interventions<sup>435</sup>, qui demeurent souvent intangibles<sup>436</sup>.

Les moyens mis en place par les équipes de pédiatrie sociale en communauté pour encourager l'équité sociale sont divers. Du point de vue d'un professionnel, il faut « retirer l'énergie qui est mise dans le jugement pour la mettre dans l'action »<sup>437</sup>. Parmi les mesures déployées en ce sens, on compte l'organisation de fêtes de quartier et autres occasions de rencontres et d'activités qui sont ouvertes à tous, et ce peu importe le statut socio-économique et le niveau de vulnérabilité ou d'adversité vécue<sup>438</sup>. Une équipe explique également organiser des événements publics qui mettent en valeur la contribution sociale des enfants et collaborer avec le journal local pour diffuser de l'information positive à propos des enfants, qui constituent autant de moyens de conscientiser la population et de changer les perceptions collectives<sup>439</sup>.

---

433 « En trois ans je peux te dire que j'ai vu des jeunes que si on n'avait pas été là pour eux, ils auraient pris une autre direction, [alors que maintenant] ils sont en train de se rattacher à quelque chose. » (CPSC18)

« Un jour on va les voir ces petits pas-là. » (CPSC07)

434 « Nos enfants, ce sont des diamants bruts. Avec le temps on les voit éclore. » (CPSC07)

435 « C'est difficile de mesurer l'impact qu'on a. C'est une trajectoire de vie. » (CPSC18)

436 « On commence tout juste à voir les impacts, on n'est pas un vieux centre, c'est dans les choses subtiles. » (CPSC13)

« On ne peut pas extensionner nos impacts encore. » (CPSC16)

« Juste d'offrir un espace d'accueil, ce n'est pas très tangible (rires). » (CPSC11)

437 (CPSC08)

438 Participation sociale aussi à travers les activités grand public qui permettent l'appropriation (Fête des enfants, marché de Noël, groupe parents HLM, activité ouverte pour ados) (CPSC03 – Notes d'entrevue)

« Ces jeunes font partie de l'équation d'aide et de développement des jeunes qui sont suivis en pédiatrie sociale. Ça réduit l'écart qu'il peut y avoir entre ces enfants qui sont de deux milieux différents. Ils jouent ensemble dans la cour d'école maintenant. Ils se croisent et créent des liens communs. » (CPSC18)

439 « Je suis à veille d'acheter des parts du journal [rires]. ». « Je vais souvent dans les commerces, pour représenter [CPSC]. Ça abat les préjugés, ça sensibilise la communauté sur le fait qu'on doit agir de plusieurs façons pour aider nos jeunes. » (CPSC10)

D'autres formes de représentations positives des enfants sont aussi réalisées par plusieurs équipes, notamment via les médias sociaux<sup>440</sup>. Parmi les autres moyens mentionnés pour favoriser l'intégration sociale des familles en contexte de vulnérabilité, on compte l'approche positive et centrée sur les forces qui peut devenir un moteur de changement dans la vie des familles<sup>441</sup>, la considération, l'attention, l'écoute, l'accompagnement et toutes les formes de reconnaissance et de soutien amené par le suivi en pédiatrie sociale en communauté<sup>442</sup>, le soutien à l'intégration des nouveaux arrivants<sup>443</sup>, ainsi que les activités de prévention et de promotion de la santé réalisées par les équipes de pédiatrie sociale en communauté<sup>444</sup>.

### Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Les entrevues menées auprès des enfants et des parents appuient plusieurs des constats réalisés auprès des autres groupes de parties prenantes consultées. Cependant, au même titre que dans le discours des professionnels et des membres du comité aviseur, le terme « iniquité sociale » n'a pas été verbalisé par les familles. Il s'agit plutôt d'un construit théorique que l'équipe de recherche considère particulièrement adéquat pour représenter l'ensemble des éléments de discours globalement recensés à travers les différents groupes de parties prenantes consultés.

---

440 « On est là. On parle des enfants du quartier. Les commerçants en prennent conscience. Ils ne veulent pas qu'ils (les enfants, les parents) soient là (dans leurs commerces). » (CPSC06)

« Il y a beaucoup de jugement social. » « Les gens n'ont pas honte d'être associés à la pédiatrie sociale. » « Ils ne viennent pas en cachette. ». On nous parle de la page Facebook du CPSC, sur laquelle on post des photos des enfants qui y vivent des réussites avec l'autorisation des parents. « Les parents sont fiers. ». Et on parle d'une portée plus grande que les membres de la famille, les parents peuvent partager à un auditoire plus large leur fierté envers leur enfant. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

441 « On va les voir en dehors de leur problème et faire ressortir leurs forces. » (CPSC13)

442 « Sentiment d'être acceptés. D'être accompagnés. » (CPSC13)

« On vise à ré-enclencher une relation. » (CPSC11)

443 « L'accompagnement aux nouveaux arrivants. (...) Ils sont mieux intégrés, les enfants et les parents. » (CPSC12)

444 « L'idée c'est d'être en prévention, de référer vers ces services-là, prévenir le stress toxique et les atteintes au développement de l'enfant. » (CPSC13)

« Focus sur promotion et prévention » (CPSC03)

Plus spécifiquement en ce qui concerne le discours des familles que nous rattachons à cette notion d'« inclusion sociale », des parents à la tête de familles issues de l'immigration récente confient que le CPSC a été un point de repère important ayant facilité leur adaptation lors de leur arrivée à Montréal<sup>445</sup>. Également, des parents et des enfants évoquent un sentiment d'affiliation sociale<sup>446</sup> important vis-à-vis leur CPSC, qui est représenté par certains comme un endroit où tout le monde est bienvenu<sup>447</sup> et accepté<sup>448</sup>, qui s'inscrit à l'inverse de leur expérience de vie caractérisée par un vécu d'exclusion sociale<sup>449</sup>. Une mère évoque le potentiel de la pédiatrie sociale en communauté à réparer le lien social des enfants marginalisés et à les propulser dans des trajectoires de vie constructives<sup>450</sup>. Dans la même perspective, une famille rapporte être suivie au CPSC à travers les générations et témoigne à l'effet que le soutien du CPSC a été constant dans le temps, ce qui porte à croire que l'impact sur la trajectoire d'inclusion sociale de cette famille a pu être significatif<sup>451</sup>.

### Perspectives de bénévoles

L'accroissement de l'inclusion sociale des enfants est le thème le plus largement couvert par les bénévoles rencontrés. De leur point de vue, la pédiatrie sociale en

---

445 Mother expresses that doctor at the centre has expressed that her son, « needs to get out of his comfort zone slowly [and that son] may have attention deficit. » Expressed that the centre is working on making her son “independent”. States that if her son encounters someone new and does not see his mother around, “he gets anxious.” (...) Mother expressed that the centre has helped with her son's development. Furthermore, the centre has “bridged” access to the services that they need. She states that it is, “really good [and that] they really try to give good services for my son.” She states, “As a mother [coming to the centre] gives [her] confidence.” Furthermore, coming to the centre has been a “big assurance” for her. – Notes d'entrevue, Côte-des-Neiges

446 « les parents prennent le café, parlent. Je ne me mêle pas des conversations, mais je fais des farces. Si je suis fatiguée, brulée – je dis, je prends un break, et eux (les gens qui y travaillent) me dise, « veux-tu un café, un jus? » Des fois, je fais juste passer dire un bonjour, pas parce que j'ai besoin de quelque chose, juste pour faire le lien. Je suis toujours bien reçue. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

447 « Tout le monde est bienvenu. » - Adolescent (13-17 ans), Hochelaga-Maisonnette

448 « Je n'ai pas eu beaucoup d'éducation, vont aller sur toi-même, ne vont pas te juger. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

449 « c'est très apprécié dans un monde où tu te sens comme de la merde » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

450 « [Nom du docteur] a pris soin des enfants garochés, aujourd'hui, ils marchent la tête droite, ça pas faite de bums » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

451 « Je suis arrivée ici à l'âge de 9-10, c'est ici que maman venait chercher de l'aide, maintenant je viens avec mes propres enfants. » - Parent, Hochelaga-Maisonnette

communauté contribue activement à lutter contre l'exclusion sociale des enfants en situation de vulnérabilité. Les CPSC sont présentés comme des « outils d'intégration », tant pour les familles immigrantes que pour les familles originaires du Québec qui vivent typiquement de l'exclusion sociale, et ce de génération en génération<sup>452</sup>. Du point de vue des bénévoles, il est primordial de travailler à « briser l'isolement social » de ces familles.

Le CPSC est présenté comme un lieu à partir duquel la « cohésion sociale » s'expérimente<sup>453</sup> et se propage et où les différences entre les classes sociales deviennent imperceptibles entre quatre murs<sup>454</sup>. À cet effet, un bénévole se décrit comme un « hybride entre la fondation et la communauté » et explique qu'il est conscient d'être favorisé socialement comparativement aux familles avec lesquelles il intervient, faisant allusion au concept de « gentrification »<sup>455</sup>, qui a une résonance particulière dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. De façon symbolique, le bénévole est alors représenté comme un lien entre « deux mondes » qui se parleraient peu autrement<sup>456</sup>. L'idée d'une réconciliation opérante est d'ailleurs implicite dans le commentaire d'un bénévole, qui décrit son rôle en utilisant les termes « outiller et soigner », ainsi que dans l'utilisation des termes « grande famille de la pédiatrie sociale » par plusieurs bénévoles lors du groupe de discussion.

De façon plus concrète, le simple fait d'être considérés, écoutés et entendus contribue, du point de vue des bénévoles rencontrés, à l'accroissement du sentiment d'inclusion sociale des enfants et des parents rejoints par les CPSC<sup>457</sup>. Particulièrement dans le

---

452 « Profil des familles : généralement à faible revenu qui sont présents ici depuis des générations et ils se connaissent entre eux. » - Notes d'entrevue

453 « On offre une autre image [de ce que pourrait] être un membre de la communauté. » - Bénévole

454 « (...) je les vois comme des enfants normaux. C'est surtout de les écouter, de ne pas les juger. » - Bénévole

455 « Le bénévole est comme une extension de la communauté qui ne fait pas partie du quartier. Si on en était on serait des citoyens gentrifiés. On a le pied entre la Fondation et la communauté. On est un peu un hybride. Il faut se défaire de ses jugements, se désensibiliser. » - Bénévole

456 « C'est comme deux mondes qui se rencontrent. » - Bénévole

457 « On offre un soutien, un milieu, pour qu'ils se sentent entendus et soutenus. (...) pour moi ça a une valeur pour les parents. » - Bénévole

cas des familles immigrantes, un bénévole croit que la présence du CPSC contribue à prévenir la radicalisation<sup>458</sup>. Les bénévoles rencontrés expliquent que l'impact positif de la pédiatrie sociale en communauté sur l'inclusion sociale des familles rejointes devient d'autant plus perceptible lorsqu'on constate éventuellement des sorties de trajectoires intergénérationnelles de pauvreté et une diminution de la reproduction des problématiques sociales<sup>459</sup>. Ce cas de figure est cependant observable par les bénévoles uniquement dans Hochelaga-Maisonneuve, qui offre des services depuis plus de 20 ans.

### Perspective transversale sur les iniquités sociales

Tableau 12 : Perspective transversale sur les iniquités sociales

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur		x		
Professionnels		x		
Familles		x		
Bénévoles	x			

#### Faits saillants :

- Le terme « iniquité sociale » n'a pas été utilisé par les participants. Il s'agit plutôt d'un construit théorique que l'équipe de recherche considère particulièrement adéquat pour représenter l'ensemble des éléments de discours globalement recensés à travers les différents groupes de parties prenantes consultés. Il est effectivement nécessaire d'introduire un concept intégrateur des réalités exprimées, en l'absence d'un terme récurrent dans le discours.
- Deux perspectives complémentaires ont été recensées, qui selon nous participent à ce construit théorique relatif aux iniquités sociales. Un premier

---

« Pour eux c'est très important, une terre d'accueil qui les veut et qui peut s'occuper d'eux autres. » - Bénévole

458 « On leur permet une forme d'intégration. Ça se mesure en radicalisation possible. » - Bénévole

459 « Il faut briser le cycle de vulnérabilité et violence. On commence à voir l'autre génération. » - Bénévole

« L'enfant devient le moteur de changement dans la famille dans certains contextes. » - Bénévole

registre est relatif à la différence de classe sociale et d'opportunités (« gentrification », « ghetto », « bronx », « pas assez d'opportunités », « plusieurs générations », « voie d'évitement »). Le second registre renvoie à l'idée d'une fracture sociale entre ces deux groupes de personnes (« deux mondes », « jugement », « écart », « exclus », « isolement », « stigmatisés », « stéréotypes ») et à l'impression d'appartenir à un groupe dévalorisé et minoritaire du point de vue des familles (« un monde où tu te sens comme de la marde » « Je n'ai pas eu beaucoup d'éducation, [ils] ne vont pas te juger. » « des enfants garochés »).

- L'ensemble des groupes de parties prenantes consultés évoquent un impact positif de la pédiatrie sociale en communauté sur l'inclusion sociale des familles et sur les sorties de trajectoires de vulnérabilité. Les membres du comité aviseur, les professionnels des CPSC et les bénévoles évoquent des impacts intergénérationnels en ce sens. Les familles discutent également d'impacts à long terme dans la trajectoire de vie mais ne parlent pas clairement d'impacts intergénérationnels.

## 10) Les impacts communautaires

### Perspectives des membres du comité aviseur

Concernant les impacts constatés de la pédiatrie sociale dans les quartiers, les membres du comité aviseur parlent de l'accroissement d'un sentiment de « village autour de l'enfant », parmi lequel comptent les membres de la famille, les membres de la communauté et le personnel de l'école. Ils mentionnent également que les enfants et les parents suivis en pédiatrie sociale sont encouragés à devenir des « agents de changement » au sein de leur communauté, en faisant référence à la notion d'« entrepren[ariat] social. ». Les membres du comité aviseur observent que les équipes de pédiatrie sociale contribuent au « sentiment d'appartenance à la communauté » des familles. Les changements de trajectoires des familles soutenues par le CPSC contribueraient aussi, de façon plus large, à un accroissement de la sécurité dans les quartiers<sup>460</sup>.

---

460 « Dans une communauté, moins de criminalité, méfaits, délits. » (Comité aviseur)

## Perspectives de membres d'équipes de CPSC

Du point de vue des professionnels rencontrés, les impacts communautaires de la pédiatrie sociale en communauté sont de plusieurs ordres. D'abord, les enfants et les parents voient leur « participation communautaire et sociale »<sup>461</sup> augmenter au contact des équipes de pédiatrie sociale en communauté, qui les encouragent à s'impliquer socialement quand une opportunité se présente. Ces contributions sociales peuvent prendre la forme de bénévolat<sup>462</sup>, d'entraide entre parents<sup>463</sup> ou encore d'activités spécifiques en formule ouverte à tous auxquelles les parents et les enfants participent et à travers lesquelles ils sont représentés positivement et créent des liens avec les autres membres de la communauté<sup>464</sup>. Une équipe évoque quant à elle la création d'un projet regroupant des enfants et des partenaires communautaires autour de la thématique des droits des enfants<sup>465</sup>.

Du point des professionnels consultés, l'ensemble de ces initiatives participe au sentiment de « village »<sup>466</sup> qui se développe dans plusieurs communautés au contact de la pédiatrie sociale. Également, les communautés desservies par un CPSC voient le nombre de lieux et de milieux favorables au développement de l'enfant s'accroître, parce que les équipes consultées réalisent un travail de fond en ce sens auprès de

---

461 Augmentation de la « participation communautaire et sociale » (CPSC03 – Notes d'entrevue)

462 Certains parents décident par la suite de faire du bénévolat et de s'impliquer dans leur communauté davantage. (CPSC01 – Notes d'entrevue)

463 Référence entre eux. (CPSC03 – Notes d'entrevue)

Incitation des parents à s'impliquer, particulièrement les parents des enfants non suivis en clinique de PSC : « Qu'est-ce que vous pouvez rendre? Comment vous pouvez-vous vous impliquer et qu'est-ce que vous pouvez apporter? » On donne l'exemple de parents qui vont récupérer un jeune et l'amener au [CPSC] pour son cours. « Amène une conscience collective autour des enfants en besoin. » (CPSC18-Notes d'entrevue)

464 Participation sociale aussi à travers les activités grand public qui permettent l'approvisionnement (Fête des enfants, marché de Noël, groupe parents HLM, activité ouverte pour ados) (CPSC03 – Notes d'entrevue)

465 Cet été l'équipe du centre (...) vont intégrer le projet [nom du projet]. Formations offertes aux jeunes sur les droits des enfants. « Un objectif central du projet est de créer des ambassadeurs des droits des jeunes dans la communauté. » (CPSC18 – Notes d'entrevue)

466 « On fait partie du village. » (CPSC09)

« On crée un milieu de vie ici. » (CPSC11)

« Un quartier connecté qui se parle. » (CPSC18)

partenaires communautaires<sup>467</sup>. Les communautés gagneraient également en sécurité, par l'émergence d'une surveillance communautaire informelle des enfants<sup>468</sup> et un effet perçu sur la diminution de la criminalité et conséquemment de l'insécurité dans les quartiers<sup>469</sup>. Un professionnel consulté évoque également une fierté collective qui s'est développée au sein de la population québécoise, face au déploiement actuel de pédiatrie sociale en communauté à travers le Québec et qui serait ressentie dans les communautés dotées d'un CPSC<sup>470</sup>.

### Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Les impacts communautaires de la pédiatrie sociale en communauté demeurent un thème peu évoqué dans le discours des parents et n'est pas du tout présent dans le discours des enfants. Seulement une participante parle à cet effet de liens créés au CPSC qui s'actualisent dans une vie de quartier marquée par les interactions positives entre citoyens<sup>471</sup>.

### Perspectives de bénévoles

Ce thème est très peu abordé dans le discours des bénévoles. Un bénévole seulement fait allusion du potentiel de la pédiatrie sociale en communauté à accroître la sécurité dans les quartiers, notamment en offrant des alternatives aux trajectoires de

---

467 « Le développement de milieux de vie qui répondent au plus grand nombre d'enfants possible. » (CPSC08)

Participation de ce CPSC à une initiative de la Table de concertation en périnatalité et petite-enfance (...) ayant pour but de maximiser le potentiel et le bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans : « Ça crée un lien, une alliance avec d'autres services. ». Cela a permis au CPSC de se montrer non-menaçants auprès des autres organismes et établissements et de faire valoir la complémentarité des missions de chacun. Le CPSC a prêté un intervenant pour contribuer aux activités organisées dans les parcs et destinées aux jeunes enfants. (CPSC10)

468 « L'idée c'est que le quartier s'engage autour des enfants, que le voisin se sente concerné. Dans le temps où on était enfant, mes voisins me surveillaient, je me sentais super en sécurité dans mon quartier. » (CPSC12)

469 « Moins de graffitis, un sentiment de sécurité agrandi. Moins d'incidents de gang. Des parents plus à l'aise de les laisser dans le parc. » (CPSC14)

470 « La fierté, lien d'appartenance face à la pédiatrie sociale au Québec. Je sens cette satisfaction d'avoir ça dans notre ville. » (CPSC14)

471 « Il y a une chimie entre les gens. Quand maintenant on se croise sur la rue on se dit bonjour – avant non. C'est comme une famille, comme pour les enfants, une 2e famille, les enfants sont bien, relax, pas nerveux. » - Parent, Hochelaga-Maisonneuve

« délinquance » vers lesquelles se dirigeraient autrement certains enfants, avec pour exemple anecdotique une diminution potentielle des incidents de « taxage » dans le quartier.

### Perspective transversale sur les impacts communautaires

Tableau 13 : Perspective transversale sur les impacts communautaires

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur		x		
Professionnels			x	
Familles			x	
Bénévoles			x	

#### Faits saillants :

- D'entre tous les groupes de parties prenantes consultées, le comité aviseur et les professionnels de CPSC sont ceux qui ont davantage évoqué les impacts de la pédiatrie sociale en communauté au plan communautaire. Ces impacts sont surtout relatifs à l'accroissement du « sentiment de village » dans la communauté, à travers lequel les enfants deviennent la responsabilité de tout le monde, et également d'un accroissement de la participation communautaire des enfants et des parents comme condition à l'existence de ce « sentiment de village ».

### 11) Les impacts sur les pratiques et le réseau de services

#### Perspectives des membres du comité aviseur

Quoique la pédiatrie sociale en communauté a le potentiel de rendre la « concertation entre les services [plus] facile », les membres du comité aviseur soulignent la perception observée chez certains partenaires, qui voient « une concurrence » entre leur offre de services et celle de la pédiatrie sociale, alors perçue comme une « menace plus qu'une opportunité ». Ils discutent aussi de l'« effet pervers du remplacement des services existants », dans la mesure où les CPSC pallient parfois pour une offre de services incomplète d'un autre établissement ou organisme.

Malgré tout, les membres du comité aviseur observent que les mécanismes de collaboration favorisés par la pédiatrie sociale en communauté amène parfois une « révision des services dans les institutions du RSSS ».

#### Perspectives de membres d'équipes de CPSC

Les groupes de discussion réalisés avec les équipes des centres de pédiatrie sociale en communauté ont également été l'occasion de développer une meilleure compréhension des impacts de la pédiatrie sociale en communauté sur les pratiques et le réseau de services.

D'abord, plusieurs équipes ont partagé leur impression à l'effet que la pédiatrie sociale en communauté, en tant qu'approche intégrée, encourage une plus grande concertation entre les organismes et établissements prestataires de services à la jeunesse<sup>472</sup>. Ainsi, les centres de pédiatrie sociale en communauté participent aux mécanismes de concertation déjà en place<sup>473</sup>. De plus, bon nombre de centres de pédiatrie sociale en communauté misent sur la collaboration et le partenariat avec des organismes et établissements prestataires de services à la jeunesse pour concrétiser<sup>474</sup> et solidifier<sup>475</sup> leur offre de services.

---

472 « Souvent les gens ont un suivi du CLSC, ou encore du centre jeunesse, mais en général la pédiatrie sociale en communauté devient le cœur. » (CPSC05)

473 « On est assis sur des tables de concertation. » (CPSC05)

474 Ce CPSC a la particularité d'accueillir deux prêts de services du centre jeunesse (deux TS, dont l'adjointe clinique). (CPSC06)

475 Les services en collaboration amènent une plus-value pour les enfants. Exemple de l'école qui prête des vélos aux enfants et qui les prête aussi aux enfants du CPSC et à leurs familles. L'activité d'aide aux devoirs se fait en collaboration avec l'école et permettra d'identifier des enfants qui pourraient bénéficier des services du CPSC. (CPSC06 – Notes d'entrevue)

Ce CPSC (...) émerge d'un partenariat avec (...) un organisme phare dans le milieu de l'éducation communautaire au cœur du quartier (...). Le CPSC travaille aussi avec de multiples autres partenaires tels que le CIUSS, le DPJ, [organismes œuvrant en toxicomanie] et l'organisme [travail de rue]. On parle de l'« étendue des services-corridors » en ce sens. Un corridor de services est même présenté comme un corridor « physique », plus précisément [un] organisme [en périnatalité] basé dans le même édifice. (CPSC01 – Notes d'entrevue) « On a beaucoup d'organismes qui sont là pour nous épauler aujourd'hui, avant ils nous voyaient comme une menace. » « Comment ensemble on peut mettre nos forces à profit ». (CPSC05)

De façon plus spécifique, les équipes consultées soulignent que le déploiement de la pédiatrie sociale en communauté contribue au développement graduel d'un nouveau paradigme d'intervention fondé sur le respect des droits fondamentaux des enfants<sup>476</sup>, qui tend à se déployer dans tout le réseau de services<sup>477</sup>. Un professionnel souligne qu'il s'agit cependant d'un « changement de culture » impliquant un « travail de longue haleine »<sup>478</sup>. Les professionnels rencontrés mentionnent observer, dans leurs communautés respectives, davantage d'écoute et de consultation des enfants et des parents dans les décisions qui les concernent<sup>479</sup>. Ils notent également une diminution des rapports inégalitaires entre les familles et les intervenants des enfants, avec le soutien des professionnels de la pédiatrie sociale en communauté<sup>480</sup>, qui « porte[nt] la parole » et défendent les intérêts de l'enfant et de sa famille parmi les partenaires<sup>481</sup>. Les équipes consultées parlent également de leur engagement à défendre les droits de chaque enfant<sup>482</sup> à recevoir des services appropriés à ses besoins<sup>483</sup>, qu'il soit question de dénoncer les problèmes d'accès aux services ou de faire en sorte que l'enfant reçoive effectivement les services auxquels il a droit<sup>484</sup>. Également, des activités de sensibilisation aux droits des enfants sont organisées par plusieurs centres de pédiatrie sociale en communauté<sup>485</sup> et l'information est diffusée

---

476 « Donner la place aux enfants, de plus en plus, c'est un apprentissage. Quand on commence on s'améliore. » (CPSC16)

477 Possibilité d'influence dans le réseau CISSS. (CPSC02 – Notes d'entrevue)

« On propage l'approche. » (CPSC05)

478 Changement des cultures, travail de longue haleine. (CPSC04 – Notes d'entrevue)

479 « Les intervenants s'adressent beaucoup plus aux enfants. (...) La philosophie, elle s'est étendue. » (CPSC07)

480 « Le réseau se prend pour l'expert. (...) Qu'est-ce que l'enfant en pense? ». (CPSC05)

« Pour avoir l'accès à des services dans des situations complexes, tu devrais te pousser. Nos familles n'ont pas cette force. » (CPSC14)

481 Porte la parole de l'enfant et de la famille auprès des partenaires. Apporter un regard différent pour les partenaires. (CPSC02 – Notes d'entrevue)

482 Voix des enfants est mise de l'avant, on s'acharne si c'est nécessaire! (CPSC04 – Notes d'entrevue)  
Mise en valeur des droits de l'enfant, aider les enfants et les parents de les faire valoir. (CPSC03 – Notes d'entrevue)

483 Faire connaître les besoins, conscientiser et rendre plus sympathique les autres systèmes. (CPSC03 – Notes d'entrevue)

484 « On ouvre vers un accès à des services. Ce sont des services auxquels ils ont droit. » (CPSC05)

485 Marche à l'occasion de la journée des droits des enfants (CPSC02 – Notes d'entrevue)

On nous mentionne le projet « Étoile filante », qui regroupe des jeunes de 8 à 14 ans. « Rencontres aux 6 semaines sous forme de CA. » Discutent sur les droits des enfants et font des projets dans la communauté. Par exemple : « Les jeunes ont présenté un projet pour une traverse piétonne au conseil

dans le réseau par la même occasion<sup>486</sup>. La sensibilisation aux droits des enfants parmi le bassin de professionnels de la santé et de l'intervention jeunesse commencerait déjà à se faire au contact des étudiants qui réalisent des stages dans les centres de pédiatrie sociale en communauté<sup>487</sup>.

Une autre catégorie d'impacts recensés concerne l'augmentation de la résilience et de la capacité de fonctionner du réseau de services à la jeunesse, ce qui se traduit par une meilleure qualité de services aux familles<sup>488</sup>. Concrètement, cela réfère, du point de vue des professionnels rencontrés, à la diminution de l'épuisement professionnel des intervenants du réseau qui participent aux interventions de pédiatrie sociale en communauté, ne serait-ce que via le désengorgement des services offerts par les organismes partenaires à partir du moment où une famille trouve réponse à ses besoins au CPSC<sup>489</sup>. Des professionnels soulignent cependant qu'il ne serait pas souhaitable que le CPSC remplace une ressource existante ou ne serve qu'à pallier le manque de ressources dans d'autres organismes ou établissements<sup>490</sup>. Des professionnels témoignent à l'effet que ce risque de glissement est bien présent en ce qui les concerne<sup>491</sup>. Également, le travail transdisciplinaire et la co-intervention en tant qu'éléments centraux de l'approche de pédiatrie sociale en communauté

---

de la ville. ». Il n'y a finalement pas eu de traverse piétonnière mais des pancartes « zone scolaire ». On nous donne un autre exemple, celui d'une marche pour les droits des enfants organisée le 21 novembre dernier où les enfants ont déposé des objets représentatifs (entre autres des roses de différentes couleurs) à des endroits où les droits des enfants sont bafoués et où ils sont respectés. (CPSC10 – Notes d'entrevue)

486 Tournée des écoles pour discuter du droit des enfants (CPSC15 – Notes d'entrevue)

487 Sensibilisation des étudiants dans les programmes collégiaux. (CPSC04 – Notes d'entrevue)

488 L'impact va être direct sur la famille après coup. » (CPSC17)

489 « Les écoles sont vraiment contentes de nous voir. » « Tout le monde est content qu'on soit ici, on se partage le travail » Le travail du CPSC est nommé comme complémentaire à celui du CJ. (CPSC06)

490 Remplacer le CLSC dans la vie des familles « Ce n'est pas notre mandat ». (CPSC06)

« On ne prend pas les mandats qu'ils ne veulent pas prendre. (...) On ne veut pas être le dévidoir du Centre jeunesse ou du CSSSS. » (CPSC09)

La directrice nous parle d'un lien de collaboration fort entre le CLSC, le CPE et le CPSC, travaillent ensemble à l'« accompagnement des familles » et ont une compréhension commune de « mandats différents ». (CPSC11 – Notes d'entrevue)

491 Le CPSC comble des services que la DPJ ne peut pas donner : pas assez de personnel, trop longue liste d'attente. (CPSC15 – Notes d'entrevue)

protégerait davantage les équipes cliniques consultées<sup>492</sup>, ainsi que les partenaires impliqués<sup>493</sup>, en mettant moins de pression sur les professionnels individuels<sup>494</sup>. L'épuisement professionnel serait également prévenu en raison du gain d'efficacité constaté lorsque tout le monde est réuni autour de l'enfant dans un même espace et dans un même temps<sup>495</sup>. La co-intervention représente en ce sens une économie de temps et d'énergie pour les professionnels impliqués.

#### Perspectives d'enfants, d'adolescents et de parents

Encore ici, ce thème est très peu abordé dans les entrevues avec les familles. Certains parents relèvent que les services de pédiatrie sociale en communauté impliquent la collaboration active de plusieurs organismes et établissements qui travaillent ensemble pour le mieux-être de leur enfant et constatent que cela produit des résultats positifs<sup>496</sup>.

#### Perspectives de bénévoles

Les bénévoles ayant participé au groupe de discussion ont exprimé qu'ils se sentaient hautement considérés par les équipes de pédiatrie sociale dans certaines décisions

---

492 « On ouvre à la famille, on ne fait pas ça dans le dos de la famille. On fait ça en équipe. On se sent moins en détresse, parce que j'ai des places constantes où je peux me déposer. » (CPSC17)

Dynamique d'équipe pour ne pas porter de trop grandes incertitudes. « Garder l'équilibre dans une équipe qui se soutient. » (CPSC02 – Notes d'entrevue)

« Il y a une grosse différence d'avoir une adjointe clinique au CPSC. Quelqu'un à qui tu peux demander des questions, c'est comme un filet de sécurité. » (CPSC12)

493 Parlent d'un sentiment de sécurité mutuel de travailler ensemble, soit avec les partenaires des centres jeunesse]. (CPSC07 – Notes d'entrevue)

494 « C'est toujours trop lourd à porter pour un seul intervenant. » (CPSC13)

495 « [Dans ma pratique traditionnelle] c'était l'intervenant qui venait dans mon bureau pour me dire : « Ça c'est le problème, donnez-moi une solution. ». La pédiatre explique que c'était un long processus pouvant prendre jusqu'à 2 à 3 semaines avant d'obtenir une bonne lecture de la situation d'un enfant, parce que chaque personne autour de l'enfant devait être contactée séparément. À la clinique de PSC tout le monde se retrouve autour de la table au même moment : « on fait des réunions avec tout le monde ». (CPSC07 – Notes d'entrevue)

496 « il y a eu des rencontres entre professeurs entre psychologue, psychiatre, ergothérapeute, avocat, médecin, professeurs, oui on s'est déjà assis autour d'une table avec plein de spécialistes. (...) Oui ça produit des résultats » - Parent, Côte-des-Neiges

Interviewer – « Est-ce que les professionnels de l'école travaillent ensemble avec les gens ici? Parent, Côte-des-Neiges – « Oui, son prof d'école vient ici. (...) Ça nous aide, parce que je ne sais pas c'est quoi ses besoins à l'école. »

cliniques<sup>497</sup> et qu'ils étaient en mesure d'apporter leur soutien tant opérationnel qu'émotif aux éducateurs<sup>498</sup>, contribuant ainsi à maintenir une haute qualité de services dans les CPSC.

Dans un autre registre, les bénévoles rencontrés se sont positionnés dans un paradigme d'intervention fondé sur le respect des droits fondamentaux des enfants, en affirmant adopter une posture égalitaire qui valorise leur point de vue et leur potentiel d'autonomie<sup>499</sup>.

### Perspective transversale sur les pratiques et le réseau de services

Tableau 14 : Perspective transversale sur les pratiques et le réseau de services

	Largement évoqué (rang 1-3)	Évoqué (rang 4-7)	Peu évoqué (rang 8-11)	Non-évoqué (si n=0)
Comité aviseur		x		
Professionnels	x			
Familles			x	
Bénévoles		x		

#### Faits saillants :

- Cette dimension est surtout évoquée par les professionnels, qui avancent davantage la réflexion autour d'idées également formulées par les autres groupes de parties prenantes consultés.
- Les deux dimensions les plus centrales sont la plus grande concertation des organismes et établissements prestataires de services (appuyé par le discours de tous groupes consultés) et le déploiement d'un nouveau paradigme d'intervention (appuyé par le discours du comité aviseur et des professionnels), que les professionnels mettent en lien plus spécifiquement avec la défense des droits des enfants.

497 « On travaille avec des familles, le médecin, l'école, le bénévole, tous ensemble. C'est extraordinaire! » - Bénévole

« Les éducateurs nous parlent, ils nous consultent, ils nous informent. » - Bénévole

498 « On soutient, on ramasse les intervenants. » - Bénévole

499 « Leur parler comme des adultes, leur faire confiance. » - Bénévole

- La thématique du réseau de services globalement plus résilient n'est cependant amenée explicitement que par les professionnels de CPSC, malgré que les membres du comité aviseur et les bénévoles ont discuté de réalités pouvant être mises en lien avec et enjeu et susceptibles de l'appuyer.

### *Principaux constats de l'activité 3 : impacts pour la suite de la démarche*

Le vaste processus de consultation réalisé a permis de mettre en valeur une grande diversité d'impacts, dont l'importance perçue ne fait pas toujours l'objet d'un consensus entre les différents groupes de parties prenantes. Il devient dès lors difficile de statuer de façon objective sur les impacts qui pourront guider le choix d'indicateurs de rendement à inclure dans l'évaluation économique à venir. L'équipe de recherche, en collaboration avec des des membres du comité aviseur, a donc réfléchi aux critères à utiliser afin de sélectionner des indicateurs socio-économiques qui représentent bien « ce qui compte » pour les personnes directement concernées par les services offerts en CPSC.

Nous avons finalement choisi de procéder à l'ordonnancement de l'ensemble des impacts recensés suivant une optique « réaliste », qui reconnaît l'importance primordiale des actions posées dans les faits par les équipes de pédiatrie sociale en communauté auprès des enfants et des familles. Autrement dit, un certain nombre de préoccupations cliniques centrales guident nécessairement l'intervention, et, conséquemment, sa mise en œuvre. Nous avons donc réuni des professionnels de CPSC dans le cadre d'une activité de consultation supplémentaire ayant pour objectif d'ordonner les impacts sur la base de ce critère. Cette activité fait l'objet de la prochaine section de ce rapport.

### **Phase 2 : Activité de consultation supplémentaire**

Dans la foulée de la planification d'une dernière activité de consultation, nous avons tenté d'organiser les impacts recensés en chaînes logiques. Cette démarche s'inscrit

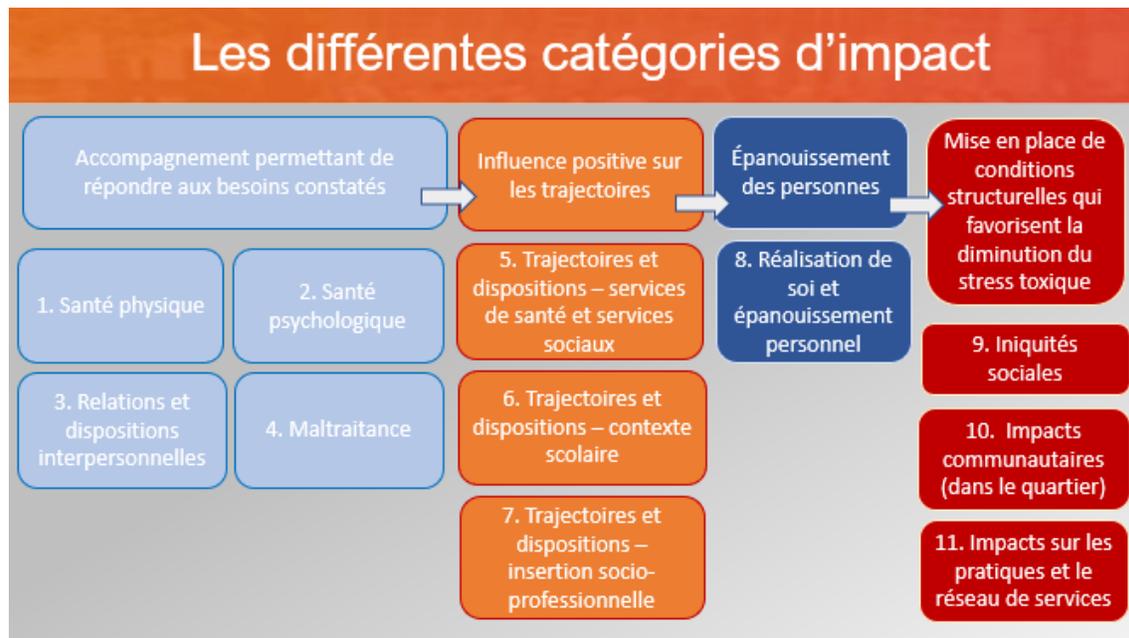
dans la seconde étape du *SROI*, qui vise à expliciter le changement. Rapidement, nous avons pu constater que le niveau de complexité des processus de production des impacts était trop important pour mener à bien la tâche. Pour un exemple concret, il peut être intéressant de consulter le [réseau de concepts](#) disponible en annexe et qui fait état des chaînes logiques recensées seulement auprès d'une équipe de CPSC et de trois familles, et qui touchent uniquement une partie des catégories d'impact recensées.

Nous en concluons donc que tout effort de modélisation logique détaillée ne serait pas suffisamment intelligible pour servir de base au déploiement d'une évaluation économique qui se veut pourtant ancrée dans la perspective des parties prenantes. Nous sommes tout de même en mesure de proposer une articulation en chaînes logiques de l'ensemble des catégories d'impact identifiées, qui demeure soutenue globalement par le discours de l'ensemble des participants à la recherche<sup>500</sup>. Ainsi, l'accompagnement offert par les équipes des CPSC permet de répondre à un certain nombre de besoins spécifiques, ce qui a pour effet d'influencer les trajectoires de vie des enfants et des familles, de favoriser leur épanouissement dans la durée et ultimement de produire des changements durables au plan communautaire et social, avec pour résultante une diminution des sources de stress toxique affectant le développement des enfants.

---

500 Ce modèle décrit la séquence logique générale des impacts de la pédiatrie sociale en communauté. La séquence logique des impacts spécifiques à inclure dans l'évaluation coût-bénéfice projetée reste toutefois à préciser, en fonction des indicateurs qui seront choisis.

Figure 10 : Les différentes catégories d'impact rapportés.



Nous avons donc déployé une activité de transfert des connaissances et de consultation à partir de ce cadre. Celle-ci a eu lieu le 25 mai 2018 à l'occasion de l'Édition 2018 de l'École d'été de la FDJ. Cette journée a permis, dans un premier temps, de présenter la liste des impacts de la pédiatrie sociale en communauté tirés de l'ensemble du corpus de données qualitatives recueillies lors des consultations réalisées à l'hiver 2018. Chacune des 11 catégories d'impacts a été présentée une à une, permettant ainsi de s'attarder aux différents éléments la constituant et d'ancrer les résultats dans le discours des participants à la recherche. Les [tableaux](#) disponibles en annexe synthétisent l'ensemble des impacts recensés à l'issue des analyses qualitatives, et comprennent également des ajouts réalisés par les participants à la journée du 25 mai. Ces ajouts ont été identifiés par un astérisque. L'ensemble des activités de consultation a permis de recenser 130 impacts différents.

Dans un deuxième temps, une activité de consultation réalisée à l'aide de l'outil de sondage Poll Everywhere a permis d'ordonner ces impacts. Les résultats de cette activité seront structurants pour la suite du processus d'évaluation, au sens où ils

fournissent un éclairage ancré dans l'expertise des praticiens de la pédiatrie sociale en communauté pour penser adéquatement les indicateurs de rendement.

### *Le portrait des participants*

Au total, 67 professionnels ont pris part à l'activité de consultation. Trois principales catégories de professions sont représentées, soit le travail social (28,6%), la médecine (23,2%) et la gestion (17,9%). Les 30,3% restants représentent une variété d'autres domaines professionnels, notamment le droit, l'éducation spécialisée, la psychoéducation, les thérapies alternatives, les soins infirmiers et la recherche académique (excluant les professionnels de la Chaire). Ensemble, les participants proviennent de 10 régions du Québec, mais aussi de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick. Au total, 70,3% des participants étaient présents aux visites de CPSC réalisées par l'équipe de la Chaire entre janvier 2018 et mai 2018.

*Figure 11 : Activité de consultation réalisée le 25 mai 2018 à l'École d'été de la FDJ*



Participants à l'activité de consultation *Impacts de la pédiatrie sociale en communauté : perspectives et réflexions*. École d'été en pédiatrie sociale en communauté de la FDJ. Gatineau, QC. (25 mai 2018)

### *L'ordonnement des impacts*

Le processus d'ordonnement des impacts a été réalisé en deux temps. D'abord, pour chacune des catégories d'impact<sup>501</sup>, il a été demandé aux participants d'identifier l'élément jugé comme le plus « *incontournable* », soit « *celui qu'ils visaient le plus souvent dans leur pratique* ». Il a été spécifié que tous les éléments présentés étaient tous très importants, et que leur choix devait se fonder plutôt sur les éléments les plus prévalents dans leur pratique. Lorsque les votes ont été recueillis pour l'ensemble des catégories, il a été demandé aux participants de réaliser un dernier exercice, cette fois afin d'ordonner les différentes catégories d'impacts. La proposition était alors la suivante :

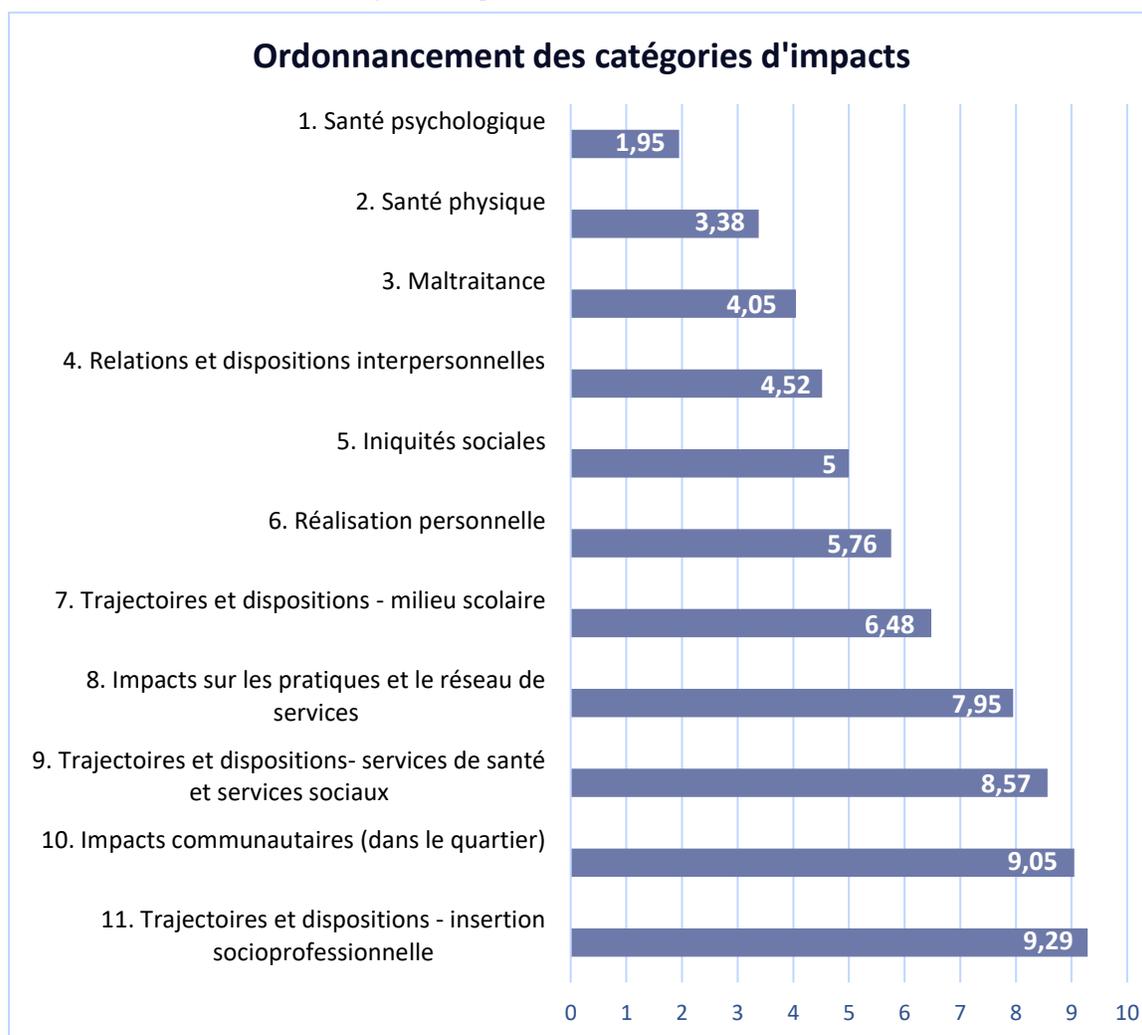
*« Voici à nouveau l'ensemble des grandes catégories d'impacts présentées aujourd'hui. Veuillez s.v.p. procéder à l'ordonnement de ces catégories d'impacts (toutes considérées comme très importantes). L'élément placé en haut de la liste est celui que vous considérez comme le plus « incontournable » (celui que vous visez le plus souvent dans votre pratique). Les éléments doivent se succéder en ordre d'importance jusqu'au bas de la liste. ».*

La figure 12 fait état des résultats obtenus à ce sondage. Le chiffre situé au centre de chaque bande représente la moyenne du rang accordé à chaque catégorie d'impacts. Ainsi, la dimension « *santé psychologique* » est située au premier rang, alors que la moyenne du rang attribué par les participants au sondage est de 1,95. En réalité, les participants ont individuellement situé cette catégorie d'impacts entre le 1<sup>er</sup> et le 11<sup>e</sup> rang, mais la moyenne des valeurs est la moins élevée parmi l'ensemble des catégories d'impacts sondés, ce qui la place au premier rang globalement.

---

501 Hormis la dimension « *maltraitance* », pour laquelle il aurait été inapproprié de créer un ordre d'importance entre les différents impacts recensés, soit l'augmentation du dévoilement (enfants et parents), la diminution des abus et de la négligence subies (enfants) et la diminution des abus subis (parents).

Figure 12 : Ordonnancement des catégories d'impacts.



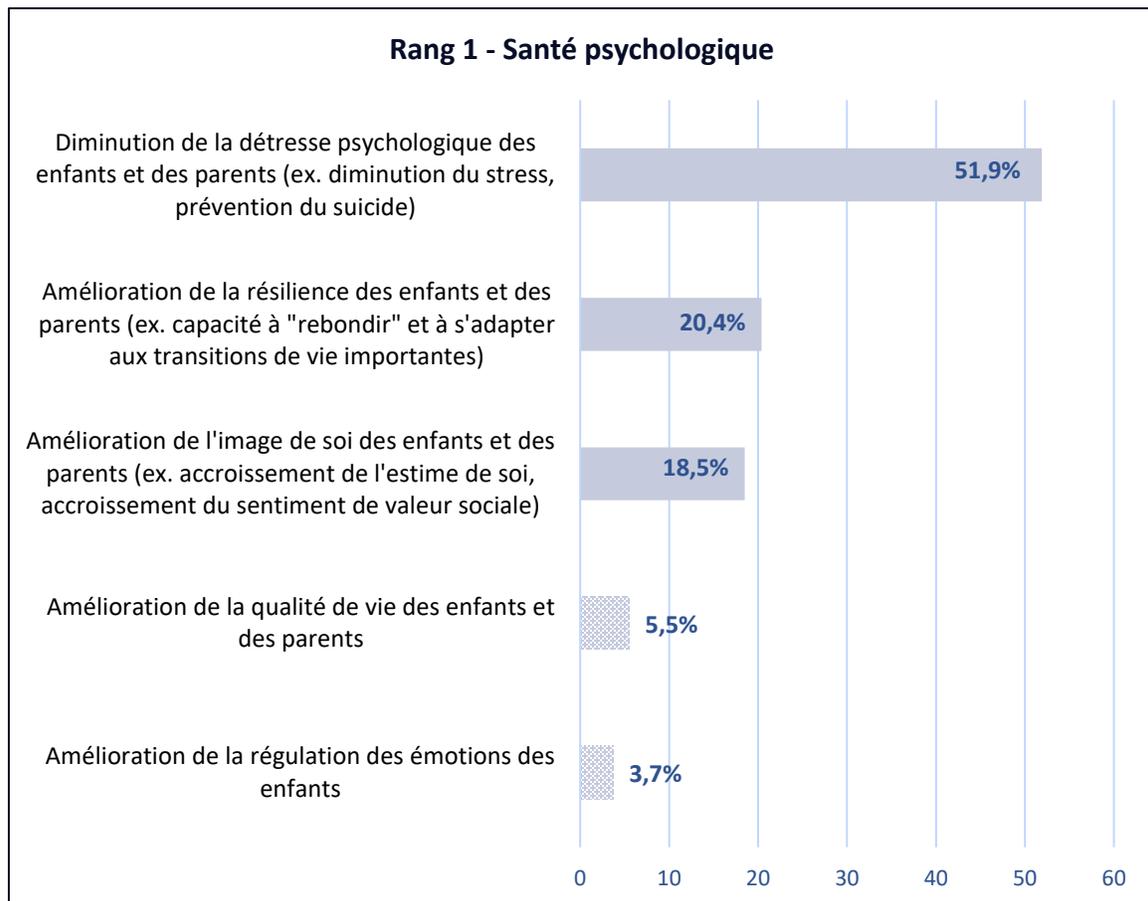
La présentation de résultats qui suit est réalisée suivant cet ordonnancement et discute des éléments les plus prévalents et qui seront retenus en priorité moment du choix des indicateurs de rendement économique. Cinq catégories d'impacts jugés prioritaires par les participants à l'activité du 25 mai sont présentées dans ce rapport. À l'intérieur de chacune de ces catégories, les éléments les plus souvent désignés comme « *incontournables* » sont aussi présentés. Dans un souci de transparence, l'ensemble des [tableaux de résultats pour chaque catégorie d'impacts](#) demeure toutefois disponible en annexe.

Il existe une attrition importante du nombre de participants en cours de journée, l'étendue du nombre de réponses aux sondages variant entre 28 et 57 personnes selon le cas. Le nombre de participants par sondage est donc fourni à titre indicatif au début de chacune des sections suivantes.

### Rang 1 - Santé psychologique (n=54)

La catégorie d'impacts relative à la santé psychologique des membres des familles rejointes par les services de pédiatrie sociale en communauté se classe au premier rang dans les préoccupations d'intervention des participants à la journée du 25 mai.

Figure 13 : Rang 1 - Santé psychologique.



L'élément considéré comme le plus « incontournable » pour cette catégorie d'impacts est la diminution de la détresse psychologique des enfants et des parents, avec plus

de la moitié des participants (51,9%) ayant voté en faveur de cet item. Du point de vue des parties prenantes consultées à l'hiver 2018, la diminution de la détresse psychologique au sens large renvoie à un sentiment de soutien perçu par les parents et les enfants consultés<sup>502</sup>. Aussi mentionnées dans ce registre, la diminution du stress chez les enfants et les parents<sup>503</sup>, la diminution des symptômes de somatisation chez les enfants<sup>504</sup>, la prévention du suicide chez les enfants et les parents<sup>505</sup>, l'accroissement du sentiment de sécurité perçu par les enfants<sup>506</sup> et l'accroissement du sentiment de bien-être global des enfants et des parents<sup>507</sup> sont autant d'éléments qui témoignent du potentiel de la pédiatrie sociale en communauté de diminuer la détresse psychologique vécue par les enfants et les familles rejointes.

Dans une proportion moindre, environ le cinquième des participants a désigné l'amélioration de la résilience des enfants et des parents (20,4%) et l'amélioration de l'image de soi des enfants et des parents (18,5%) comme l'élément qu'ils visaient le plus souvent dans leur pratique. Du point de vue des parties prenantes consultées à l'hiver 2018, l'amélioration de la résilience concerne plus spécifiquement l'accroissement du sentiment de connaissance de soi<sup>508</sup>, l'outillage offert dans les CPSC pour aider les enfants et les parents à mieux répondre à l'adversité future<sup>509</sup> et la prévention des traumatismes liés au placement en milieu substitut<sup>510</sup>. L'amélioration de

---

502 « Ça a aidé avec ma dépression. » (13-17 ans) ; « S'ils n'avaient pas été là j'aurais pété des coches. » (Parent).

503 « L'anxiété, ça va. Ça a diminué beaucoup. » (13-17 ans) ; Une mère mentionne que le CPSC lui a amené « [de la] paix et [du] calme » (Parent)

504 « Je suis moins stressée qu'avant, j'ai moins mal au ventre » (6-12 ans)

505 « Elle voulait se suicider, dans un an comment ça a pu changer sa vie. » (Parent) ; « Diminution du suicide » (Professionnel)

506 « Restaurer une routine » (Professionnel)

507 « I- En un mot, qu'est-ce que la pédiatrie sociale fait pour les enfants et les familles? R- « Bien-être ». (13-17 ans)

508 « Ça fait des enfants qui se connaissent mieux, qui deviennent plus capables de faire face à l'adversité. » (Professionnel) ».

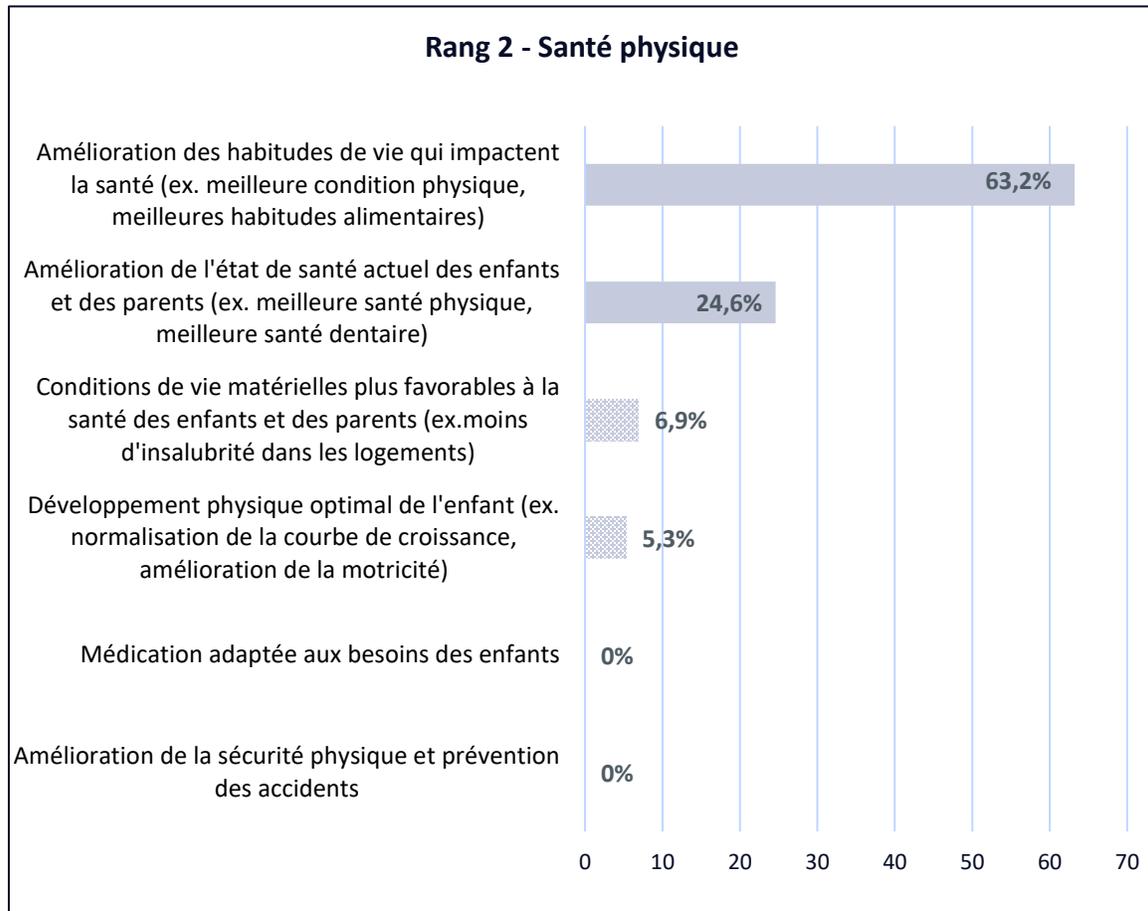
509 « Cet outillage [qu'on offre]. Qu'est-ce que t'en fais? Comment tu peux rebondir? » (Professionnel) »

510 « Rendre le placement moins traumatisant » (Professionnel) »

l'image de soi se rapporte à l'estime de soi des enfants et des parents<sup>511</sup> et à l'accroissement du sentiment d'avoir une valeur sociale pour les enfants et les parents<sup>512</sup>.

## Rang 2 - Santé physique (n=57)

Figure 14 : Rang 2 - Santé physique.



L'élément jugé le plus incontournable pour cette catégorie d'impacts est l'amélioration des habitudes de vie qui impactent la santé (63,2%), suivi de l'amélioration de l'état de santé actuel des enfants et des parents (24,6%). L'amélioration des habitudes de vie, telle qu'explicitée par les parties prenantes

511 La mère note une plus grande estime de soi chez sa fille de 11 ans à la suite de son jumelage avec sa grande amie. (Parent) ; « (...) de l'estime de soi, je parle pour moi » (Parent)

512 « Avoir une valeur comme enfant » (Population générale) ; « La perception d'une « valeur sociale suffisante » chez le parent (Professionnel)

consultées à l'hiver 2018, comprend l'amélioration de la condition physique de l'enfant<sup>513</sup>, la favorisation de saines habitudes alimentaires chez l'enfant<sup>514</sup>, l'amélioration de la qualité du sommeil de l'enfant et des parents<sup>515</sup>, la diminution de l'incidence des maladies chroniques chez les enfants<sup>516</sup> et l'augmentation de l'espérance de vie des enfants<sup>517</sup>.

L'amélioration de l'état de santé actuel des enfants et des parents, en tant qu'élément le plus incontournable en matière de santé physique, a fait l'objet du quart des votes (24,6%). À ce sujet, les parties prenantes consultées à l'hiver 2018 ont mentionné que les équipes des CPSC aidaient les enfants et les familles rejointes à accéder aux services et soins de santé requis par leur état<sup>518</sup>.

### Rang 3 - Maltraitance (n=0)

Il est à noter qu'aucun vote visant à établir un ordre de priorité n'a été demandé pour cette catégorie d'impacts, pour des raisons éthiques. Lors de la journée du 25 mai, les participants ont effectivement confirmé qu'il ne ferait pas sens pour eux d'ordonner différentes manifestations de maltraitance, parce que celles-ci étaient toutes extrêmement préoccupantes.

Les éléments relatifs à cette catégorie d'impacts de la pédiatrie sociale en communauté, tels qu'énoncés par les parties prenantes consultées à l'hiver 2018, sont de trois ordres, soit l'augmentation des cas de dévoilement des maltraitances

---

513 “ (...) we always do a lot of exercise. (...) I feel like I want to run a lot I want to make 15 laps.” (6-12 ans)

514 « On met les enfants en lien avec l'alimentation saine. » (Bénévole)

515 « Je peux dormir toute seule maintenant » (Parent)

516 ex. « Cholestérol, diabète » (Comité aviseur)

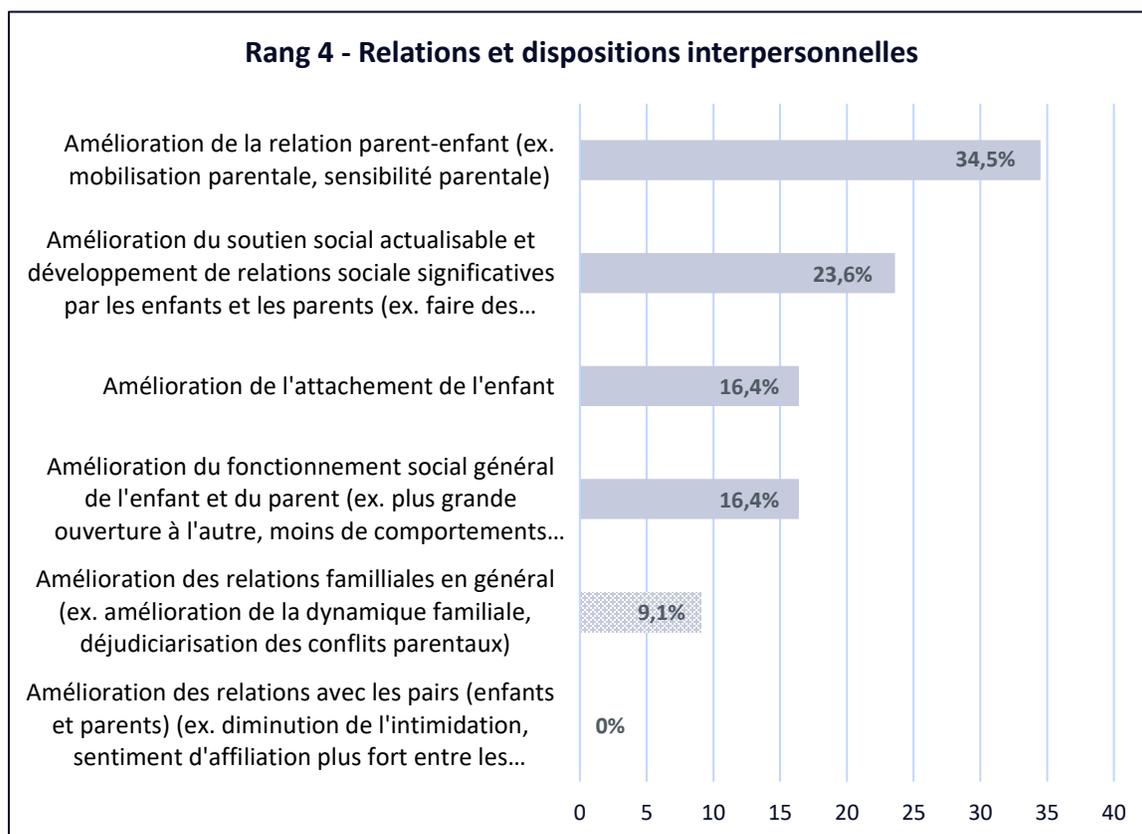
517 Élément mentionné par un membre du comité aviseur.

518 Amélioration de la santé dentaire (enfant) - « Avec ses dents aussi, Dr. X connaît un orthodontiste, mes deux enfants en ont eu besoin. » (Parent). Amélioration de la santé physique (parent) - « Mon pédiatre m'a référé pour une hernie, j'ai pu être opérée l'an passé. » (Parent).

subies<sup>519</sup>, la diminution des abus et de la négligence subies par les enfants<sup>520</sup> et la diminution de la violence conjugale<sup>521</sup>.

#### Rang 4 - Relations et dispositions interpersonnelles (n=55)

Figure 15 : Rang 4 - Relations et dispositions interpersonnelles.



Parmi l'ensemble des catégories d'impacts sondées, les relations et dispositions interpersonnelles constitue un regroupement d'impacts qui s'avère somme toute résistant à l'exercice d'ordonnancement proposé. Il est difficile d'évaluer si les différences dans les résultats obtenus aux différents éléments sont significatives, avec tout juste entre 7,2% et 10,9% d'écart entre deux paliers successifs. Cela s'explique peut-être du fait que les éléments de cette catégorie d'impacts sont intimement liés

519 « Favorise le dévoilement » (Professionnel)

520 Puniton corporelle : « Il faut outiller les parents ». (Professionnel)

521 « Il y a des choses qui sortent ici, et pas nécessairement ailleurs, par exemple un vécu de violence conjugale. » (Professionnel)

au plan conceptuel, et, dans plusieurs cas, non-mutuellement exclusifs, ce qui rend le choix d'un aspect à prioriser d'autant plus difficile.

L'amélioration de la relation parent-enfant est perçue comme l'élément le plus « *incontournable* » par un peu plus du tiers des participants (34,5%). Ce thème englobe, du point de vue des parties prenantes consultées à l'hiver 2018, la diminution des interactions négatives entre les enfants et les parents<sup>522</sup>, une plus grande reconnaissance de l'enfant par l'adulte<sup>523</sup>, un accroissement de la fierté parentale envers l'enfant<sup>524</sup>, un accroissement du sentiment d'être un bon parent<sup>525</sup>, un accroissement des compétences parentales<sup>526</sup>, un accroissement de la mobilisation parentale<sup>527</sup>, un accroissement de la sensibilité parentale à l'enfant<sup>528</sup> et une diminution des sources de conflits entre les parents et les enfants (attribués notamment à la difficulté parentale à composer avec le manque d'autonomie fonctionnelle de l'enfant<sup>529</sup>, ainsi que ses comportements perturbateurs<sup>530</sup>).

L'amélioration du soutien social actualisable et le développement de relations sociales significatives par les enfants et les parents est le deuxième élément le plus souvent désigné comme « *incontournable* » (23,6%). Cette dimension inclut, du point de vue des parties prenantes consultées à l'hiver 2018, l'accroissement du soutien social perçu par l'enfant et le parent<sup>531</sup>, l'accroissement du soutien technique

---

522 « Diminution des interactions négatives avec les parents » (Comité aviséur)

523 « Il y a une grosse interaction entre enfants et adultes ici. » (Parent)

524 « On voit la fierté chez les parents. » (Professionnel)

525 « I'm just a mother, je n'ai pas reçu un manuel d'instruction. (...) oui, ça te donne des conseils, ça t'aide, ça te fait sentir que ce n'est pas de ta faute, c'est pas à cause de toi qu'il agit comme ça. (larmes) » (Parent)

526 « Comment être un parent » (Professionnel)

527 « C'est plus facile pour les parents de se mobiliser, de venir. » (Professionnel)

528 « Augmenter la sensibilité des parents » (Professionnel)

529 Accroissement de l'autonomie fonctionnelle et sens des responsabilités à la maison (enfant) « Maintenant, il met sa chemise, c'est bien attaché. » (Parent) « Son sens des responsabilités » (Parent)

530 Amélioration de la capacité parentale à composer avec les comportements de l'enfant

« Ils ont su m'apprendre à comprendre ses besoins, comment dealer avec, pour comprendre ce qui se passe dans son petit monde. » (Parent)

531 L'enfant voit le regroupement d'adultes significatifs autour de lui : « Il voit son parent parler avec son enseignant. » (Professionnel) « Tout ce qu'on a vécu, ils nous ont beaucoup supportés. » (Parent)

permettant de combler les besoins de base des familles<sup>532</sup>, l'accroissement du répit parental<sup>533</sup>, l'amélioration de la capacité à aller chercher du soutien chez l'enfant et le parent<sup>534</sup> et l'augmentation du réseautage entre les parents<sup>535</sup>.

Deux éléments se situent ensuite à égalité au troisième rang pour cette catégorie d'impact (16,4% respectivement), soit l'amélioration de l'attachement de l'enfant et l'amélioration du fonctionnement social général de l'enfant et du parent. Concernant l'attachement, il s'agit d'un élément qui n'a pas été mentionné explicitement lors des consultations précédentes, mais que les participants à la journée du 25 mai ont souhaité ajouter afin d'en reconnaître l'importance.

L'amélioration du fonctionnement social général de l'enfant et du parent comprend différents aspects ayant émergé du discours des parties prenantes consultées à l'hiver 2018, soit l'accroissement de la sociabilité marqué par une plus grande ouverture à l'autre, tant chez l'enfant que chez le parent<sup>536</sup>, l'accroissement de la capacité à développer des relations d'attachement saines chez l'enfant<sup>537</sup>, l'accroissement des valeurs prosociales chez l'enfant et le parent<sup>538</sup>, les expériences de relations vécues positivement par l'enfant et le parent<sup>539</sup>, la diminution des comportements perturbateurs chez l'enfant<sup>540</sup> et l'accroissement des habiletés sociales chez l'enfant<sup>541</sup>.

---

532 « Dépannage de vêtements » (Professionnel)

533 « Tu vois les parents fatigués, c'est une heure tranquille. » (Parent)

534 « Il s'est ouvert à quelqu'un dans son milieu. (...) Il a pris confiance en lui. Il a constaté que ce n'était pas normal ces choses-là. » (Professionnel) « Toutes nos questions, besoin de ressources, de n'importe quoi, tu vas avoir une réponse. » (Parent)

535 « On se parle entre nous, on se rend des petits services. » (Parent)

536 « La socialisation, ça l'aide beaucoup à socialiser avec d'autres personnes qui ne sont pas ses frères et sœurs. » (Parent) « Je ne suis pas vraiment sociale, je suis 24 heures sur 24 avec mes enfants. (...) Je suis venue faire une couple de groupes ici. » (Parent)

537 « On est la police d'assurance qui pardonne. » (Bénévole)

538 « Valeurs sociales » (Population générale)

539 « Il aime beaucoup son intervenant ici. » (Parent) « Des fois, je fais juste passer dire un bonjour, pas parce que j'ai besoin de quelque chose, juste pour faire le lien. Je suis toujours bien reçue. » (Parent)

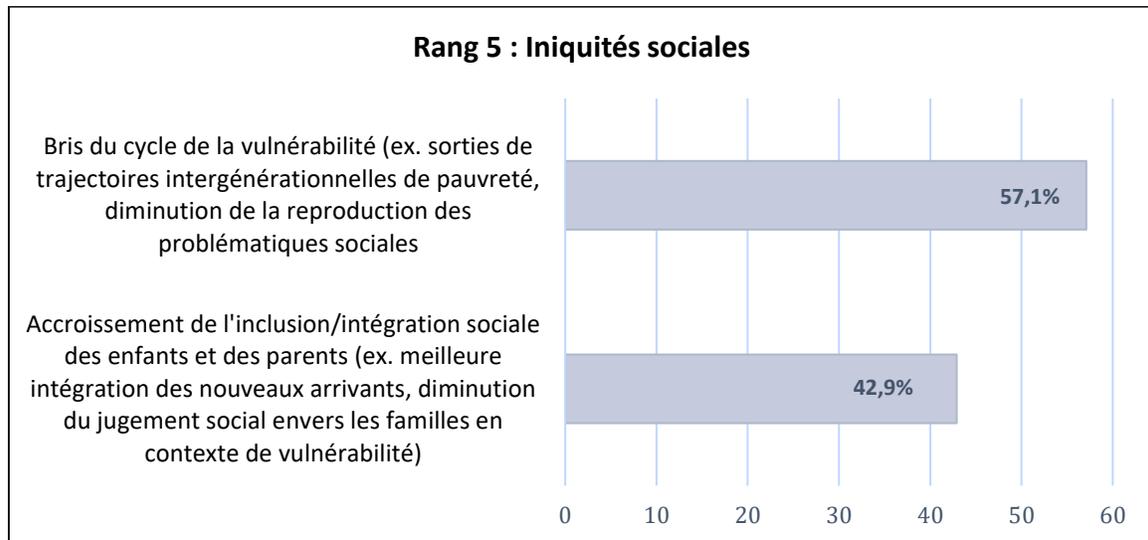
540 « Son tempérament il est calme, avant il faisait beaucoup de crises. Maintenant c'est très rare. » (Parent)

541 « On fait un travail informel sur les habiletés sociales. » (Professionnel)

## Rang 5 - Iniquités sociales (n=28)

Encore ici, il est difficile d'estimer s'il existe une différence significative entre les deux éléments proposés et pour lesquels les participants ont accordé une importance à peu près équivalente.

Figure 16 : Rang 5 – Iniquités sociales.



Le bris du cycle de la vulnérabilité est représenté, du point de vue des parties prenantes consultées à l'hiver 2018, par deux éléments centraux, soit les sorties de trajectoires intergénérationnelles de pauvreté<sup>542</sup> et la diminution de la reproduction des problématiques sociales<sup>543</sup>.

L'accroissement de l'inclusion (voir l'intégration) sociale des enfants et des parents a été décliné en différents aspects par les parties prenantes consultées à l'hiver 2018, soit la lutte à l'exclusion sociale<sup>544</sup>, la diminution de l'étiquetage social des enfants et des parents<sup>545</sup>, l'accroissement du sentiment de responsabilité collective face aux

542 « Se sortir de la très grande pauvreté ». Notion de cycle qui est brisé. (Professionnel)

543 « Il faut briser le cycle de vulnérabilité et violence. On commence à voir l'autre génération. » (Bénévole)

544 « On va au-delà du jugement. Les familles vont s'exclure. Nous on veut les réinclure. » (Professionnel)

545 « Diminuer les stéréotypes, le jugement, la stigmatisation. » (Professionnel)

enfants<sup>546</sup>, la diminution du jugement social envers l'enfant et le parent<sup>547</sup>, la meilleure intégration des nouveaux arrivants<sup>548</sup> et la diminution de la précarité financière des familles<sup>549</sup>.

## **Vers la mise en place d'une évaluation coût-bénéfice 2020-2022**

L'année 2020 sera consacrée à l'élaboration de protocoles d'accès aux données, afin de mettre en place un devis d'évaluation coût-bénéfice avec groupe contrôle qui inclura des mesures pré-test et post-test. Les thématiques retenues pour orienter le choix des indicateurs sont la santé psychologique, la santé physique et la maltraitance, d'abord parce qu'il s'agit des retombées prioritaires sur une base quotidienne par les professionnels de la pédiatrie sociale en communauté consultés. Également, ces thématiques renvoient à des indicateurs de résultats tangibles et facilement monétarisables en termes d'économies de frais de services. Par exemple, il pourra être intéressant de documenter dans quelle mesure les services en CPSC permettent de réduire les taux de placement en protection de la jeunesse ou les soins de santé plus complexes en milieu hospitalier (par ex. hospitalisation).

Des ententes de collaboration devront également être négociées avec les CPSC qui prendront part à l'évaluation coût-bénéfice projetée. À ce stade, les centres montréalais sont pressentis pour participer en priorité, car l'équipe de recherche entrevoit actuellement plusieurs opportunités d'accès à des bases de données à grande échelle pour ce territoire. Toutefois, cet aspect du devis de recherche reste à être précisé en fonction des opportunités qui se présenteront en cours de route et de

---

546 Importance de tendre vers un « partage de la responsabilité » sociale du respect des droits des enfants (Professionnel (CPSC08))

547 « Retirer l'énergie qui est mise dans le jugement pour la mettre dans l'action. » (Professionnel)

548 « Leur prouver qu'il y a une terre d'accueil qui veut s'occuper d'eux autres. » (Bénévole)

549 Diminution de « l'endettement » (Comité aviseur)

l'intérêt des CPSC affiliés à la Fondation Dr Julien, qui pourront provenir des autres régions du Québec ou même d'autres provinces canadiennes.

La démarche explicitée dans ce rapport représente le premier pas vers la mise en place d'une programmation de recherche soutenue à long terme par la Chaire Nicolas Steinmetz et Gilles Julien en pédiatrie sociale en communauté. Celle-ci a pour finalité de soutenir le déploiement des CPSC à l'échelle provinciale et pancanadienne, par une mise en valeur de leurs retombées socio-économiques à large échelle. Ce travail demeure des plus pertinents, d'autant plus qu'aucune évaluation économique de cette envergure n'a été réalisée à ce jour en pédiatrie sociale en communauté, et de surcroît en sol québécois. Le prochain rapport fera état de l'évolution de cette programmation de recherche inédite pour la période comprise entre septembre 2020 et décembre 2022.

## Références bibliographiques

- Adamson, E., & Brennan, D. (2014). Social investment or private profit? Diverging notions of 'investment' in early childhood education and care. *International Journal of Early Childhood*, 46(1), 47-61. doi: <https://doi.org/10.1007/s13158-013-0098-x>
- Alix, N. (2015). Mesure de l'impact social, mesure du « consentement à investir ». *Revue internationale de l'économie sociale*(335), 111-116. doi:10.7202/1028537ar
- Arvidson, M., & Lyon, F. (2014). Social impact measurement and non-profit organisations: Compliance, resistance, and promotion. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 25(4), 869-886. doi: DOI 10.1007/s11266-013-9373-6
- Banke-Thomas, A. O., Madaj, B., Charles, A., & van den Broek, N. (2015). Social Return on Investment (SROI) methodology to account for value for money of public health interventions: a systematic review. *Bmc Public Health*, 15. doi:10.1186/s12889-015-1935-7
- Besançon, E., & Chochoy, N. (2019). Mesurer l'impact de l'innovation sociale: quelles perspectives en dehors de la théorie du changement? *RECMA*(2), 42-57. doi: <https://doi.org/10.3917/recma.352.0042>
- Brousselle, A., Benmarhnia, T., & Benhadj, L. (2016). What are the benefits and risks of using return on investment to defend public health programs? *Prev Med Rep*, 3, 135-138. doi:10.1016/j.pmedr.2015.11.015
- Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). (2018). Outil web d'analyse de la valeur sociale des interventions. Page web consultée le 3 janvier 2018 - Non-disponible le 30 juin 2020.
- Charities Aid Foundation (CAF) Russia. (2015). *Evaluating the impact of the Behealthy program in Russia*.
- Cochrane Canada. (2018). About Us. Page web consultée le 3 janvier 2018 : <https://canada.cochrane.org/about-us>
- Cooney, K. (2017). Legitimation dynamics: How SROI could mobilize resources for new constituencies. *Evaluation and program planning*, 64, 110-115. doi: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.11.010>
- Courtney, P. (2018). Conceptualising social value for the Third Sector and developing methods for its assessment. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 1-31. doi: <https://doi.org/10.1007/s11266-017-9908-3>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86. doi: <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>

- Family and Community Support Services (FCSS). (2016). SROI and other initiatives. Page web consultée le 3 janvier 2018 - Non-disponible le 30 juin 2020.
- Fondation Dr Julien. (2013). *Document de codification. Pédiatrie sociale en communauté.*
- Fujiwara, D. (2015). The seven principle problems of SROI. *London: Simetrica Ltd.*
- Gosselin, V., Boccanfuso, D., & Laberge, S. (2020). Social return on investment (SROI) method to evaluate physical activity and sport interventions: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 17(1), 26. doi: <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00931-w>
- Hutchinson, C. L., Berndt, A., Gilbert-Hunt, S., George, S., & Ratcliffe, J. (2018). Valuing the impact of health and social care programmes using social return on investment analysis: how have academics advanced the methodology? A protocol for a systematic review of peer-reviewed literature. *BMJ open*, 8(12). doi: 10.1136/bmjopen-2018-022534
- Jobin, L., Galarneau, Y., Laflamme, P., Lemieux, N., Quenneville, A., Rheault, S., . . . Savoie, M. (2011). *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle.*
- Krlev, G., Münscher, R., & Mülbert, K. (2013). Social Return on Investment (SROI): state-of-the-art and perspectives-a meta-analysis of practice in Social Return on Investment (SROI) studies published 2002-2012.
- Laplante, O., Arsenault, C., & Bonnier-Viger, Y. (2014). *Stratégie sur l'approche populationnelle et le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle.*
- Leck, C., Upton, D., & Evans, N. (2016). Social Return on Investment: Valuing health outcomes or promoting economic values? *Journal of Health Psychology*, 21(7), 1481-1490. doi: <https://doi.org/10.1177/1359105314557502>
- Lincoln, N. D.-Y., & Guba, E. (1995). Handbook of qualitative research methods. In: Sage, Thousand.
- Luke, B., Barraket, J., & Eversole, R. (2013). Measurement as legitimacy versus legitimacy of measures: Performance evaluation of social enterprise. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 10(3-4), 234-258. doi: <https://doi.org/10.1108/QRAM-08-2012-0034>
- Maier, F., Schober, C., Simsa, R., & Millner, R. (2015). SROI as a Method for Evaluation Research: Understanding Merits and Limitations. *Voluntas*, 26(5), 1805-1830. doi:10.1007/s11266-014-9490-x
- Millar, R., & Hall, K. (2013). Social Return on Investment (SROI) and Performance Measurement: The opportunities and barriers for social enterprises in health and social care. *Public Management Review*, 15(6), 923-941. doi:10.1080/14719037.2012.698857

- Moody, M., Littlepage, L., & Paydar, N. (2015). Measuring social return on investment: Lessons from organizational implementation of SROI in the Netherlands and the United States. *Nonprofit Management and Leadership*, 26(1), 19-37. doi: <https://doi.org/10.1002/nml.21145>
- Nicholls, J. (2017). Social return on investment-Development and convergence. *Evaluation & Program Planning*, 64, 127-135. doi: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.11.011>
- Nicholls, J., Lawlor, E., Neitzert, E., & Goodspeed, T. (2009, 2011). *A Guide to Social Return on Investment*.
- Ramírez, R., & Brodhead, D. (2013). *Évaluation axée sur l'utilisation. Un Manuel pour les évaluateurs*.
- Ruff, K., & Olsen, S. (2018). The Need for Analysts in Social Impact Measurement: How Evaluators Can Help. *American Journal of Evaluation*, 39(3), 402-407. doi: <https://doi.org/10.1177/1098214018778809>
- Salathé-Beaulieu, G., Bouchard, M. J., Gruet, É., Kimvi, S., & Léonard, M. (2017). *Fiche synthèse : La méthode Social Return on Investment (SROI)*.
- Social Value International (SVI). (2017). What is social value? Page web consultée le 3 janvier 2018: <https://socialvalueint.org/social-value/what-is-social-value/>
- Social Value International (SVI). (2018). *Standard on Applying Principle 1: Involve Stakeholders*.
- Sova, C., Chaudhury, A. S., Helfgott, A. E., & Corner-Dolloff, C. (2012). Community-based adaptation costing: An integrated framework for the participatory costing of community-based adaptations to climate change in agriculture.
- Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Evaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. *Revue internationale de l'économie sociale*(331), 76-92. doi:10.7202/1023486ar
- The Cochrane Collaboration. (2016). *Introduction à la rédaction d'une revue Cochrane*.
- Willis, E., Semple, A. C., & de Waal, H. (2018). Quantifying the benefits of peer support for people with dementia: A Social Return on Investment (SROI) study. *Dementia*, 17(3), 266-278. doi: <https://doi.org/10.1177/1471301216640184>

## **Annexes**

## **A) Publications discutant du SROI ou de méthodes évaluatives connexes (n=98)**

Agaisse, J.-P., Binhas, L., Bisson, M., Dancause, L., Desbois, A.-O., Dourthe, M., . . . Plant, B. (2018). Guide pratique sur l'impact.

Alix, N. (2015). Mesure de l'impact social, mesure du « consentement à investir ». *Revue internationale de l'économie sociale*, (335), 111-116. doi:10.7202/1028537ar

Alix, N. (2014). Temps forts. La responsabilité des concepteurs de mesure de « l'impact social » *Revue internationale de l'économie sociale*, (331), 16-19. doi:10.7202/1023480ar

Arvidson, M., Lyon, F., McKay, S., & Moro, D. (2010). Briefing Paper 49. The ambitions and challenges of SROI. *Third Sector Research Centre (TSRC)*.

Arvidson, M., Lyon, F., McKay, S., & Moro, D. (2013). Valuing the social? The nature and controversies of measuring social return on investment (SROI). *Voluntary Sector Review*, 4(1), 3-18.

Banke-Thomas, A. O., Madaj, B., Charles, A., & Van Den Broek, N. (2015). Social Return on Investment (SROI) methodology to account for value for money of public health interventions: A systematic review Health policies, systems and management in high-income countries. *BMC Public Health*, 15(1). doi:10.1186/s12889-015-1935-7

Bassi, A. (2012). How to Measure the Intangibles? Towards a System of Indicators (SAVE) for the Measurement of the Performance of Social Enterprises. In *Challenge Social Innovation* (pp. 325-350).

Binhas, L. (2004). Indicateurs de rentabilité sociale ou indicateurs d'impact économique? Comment les définir et comment les construire. Comment mesurer les impacts sociaux et économiques en économie sociale et en action communautaire?

Bradly, J. (2013a). *Social return on investment (SROI)*.

Bradly, J. (2013b). *Social Return on Investment: "What is it and how can it improve monitoring and evaluation in my organisation"*.

Brookes, M. (2009). SROI not enough. New Philanthropy Capital (NPC) blog. <http://www.thinknpc.org/blog/sroi-not-enough/>.

Brousselle, A., Benhadj, L., Benmarhnia, T., Dionne, P.-A., Fansi, A., & Tchouaket, E. (2014). *Évaluation économique et santé publique : Tendances actuelles et questions éthiques*. Colloque de la Société québécoise d'évaluation de programme.

Brousselle, A., Benmarhnia, T., & Benhadj, L. (2016). What are the benefits and risks of using return on investment to defend public health programs? *Prev Med Rep*, 3, 135-138. doi:10.1016/j.pmedr.2015.11.015

Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes: Deuxième édition*: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Caillé, A., & Wéber, J. (2015). Rendre tangible l'idéal mutualiste par un indicateur de création de valeur sociale. *Revue internationale de l'économie sociale*, (335), 70-85. doi:10.7202/1028534ar
- Charity Bank (2017). *Measuring social impact: our approach. A brief guide to how and why we measure Impact*.
- Chaudhury, A. S., Helfgott, A., Thornton, T. F., & Sova, C. (2016). Participatory adaptation planning and costing. Applications in agricultural adaptation in western Kenya. *Mitigation and Adaptation Strategies for Global Change*, 21(3), 301-322. doi:10.1007/s11027-014-9600-5
- Chun-Sing Cheung, J. (2017). A Social Work Perspective on Using Social Return on Investment (SROI) in Humanistic Social Care. *Australian Social Work*, 70(4), 491-499. doi:10.1080/0312407X.2016.1189583
- Cooney, K. (2017). Legitimation dynamics: How SROI could mobilize resources for new constituencies. *Evaluation and Program Planning*, 64, 110-115.
- Copps, J. (2013a). *Outcomes map. Education and learning*. New Philanthropy Capital (NPC).
- Copps, J. (2013b). *Outcomes map. Financial and legal matters*. New Philanthropy Capital (NPC).
- Copps, J., & Plimmer, D. (2013a). *Outcomes map: Mental health*. New Philanthropy Capital (NPC).
- Copps, J., & Plimmer, D. (2013b). *Outcomes map: Personal and social well-being*. New Philanthropy Capital (NPC).
- Copps, J., & Svistak, M. (2013). *Outcomes map. Politics, influence and participation*. New Philanthropy Capital (NPC).
- Cordes, J. J. (2017). Using cost-benefit analysis and social return on investment to evaluate the impact of social enterprise: Promises, implementation, and limitations. *Evaluation and Program Planning*, 64, 98-104.
- Courtney, P. (2018). Conceptualising Social Value for the Third Sector and Developing Methods for Its Assessment. *Voluntas*, 1-31. doi:10.1007/s11266-017-9908-3
- European Venture Philanthropy Association (EVPA) (2013). *A Practical Guide to Measuring and Managing Impact*.
- Fischer, R. L., & Richter, F. G. (2017). SROI in the pay for success context: Are they at odds? *Evaluation & Program Planning*, 64, 105-109. doi:https://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.11.012
- Fujiwara, D. (2015). The Seven Principle Problems of SROI.
- Fujiwara, D., & Campbell, R. (2011). *Valuation Techniques for Social Cost-Benefit Analysis*:

- Stated Preference, Revealed Preference and Subjective Well-Being Approaches*. HM Treasury. Department for Work and Pensions.
- Fujiwara, D., & Dolan, P. (2014). *Valuing mental health. How a subjective wellbeing approach can show just how much it matters*. UK Council for Psychotherapy (UKCP).
- Gair, C. (2009). SROI act II: A call to action for next generation SROI. Roberts Enterprise Development Fund (REDF).
- Gargani, J. (2017). The leap from ROI to SROI: Farther than expected? *Evaluation and Program Planning*. doi:10.1016/j.evalprogplan.2017.01.005
- Heady, L. (2010a). 250% return?! Who's going to believe that? New Philanthropy Capital (NPC) blog. <http://www.thinknpc.org/blog/250-return-whos-going-to-believe-that/>
- Heady, L. (2010b). Should you fund an SROI? New Philanthropy Capital (NPC) blog. <http://www.thinknpc.org/blog/should-you-fund-an-sroi/>
- Heady, L. (2010c). SROI position paper. New Philanthropy Capital (NPC).
- Heady, L. (2010d). What's your return? New Philanthropy Capital (NPC) blog. <http://www.thinknpc.org/blog/whats-your-return/>
- Heady, L., & Keen, S. (2010). *SROI for funders*. New Philanthropy Capital (NPC).
- Keen, S. (2011). Getting started with cost-benefit analysis. New Philanthropy Capital (NPC) blog. <http://www.thinknpc.org/blog/getting-started-with-cost-benefit-analysis/>
- Krlev, G., Münscher, R., & Mülberr, K. (2013). Social Return on Investment (SROI): state-of-the-art and perspectives-a meta-analysis of practice in Social Return on Investment (SROI) studies published 2002-2012.
- Kumar, S. R. (2013). Social return on investment (SROI) analysis: A new tool for strategic decision making, planning, and evaluation for managers, investors, and policy makers in international aid and development. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Kumar, S. R., & Banke-Thomas, A. (2016). Social Return on Investment (SROI): an innovative approach to Sustainable Development Goals for sexual and reproductive health programming in sub-Saharan Africa. *African journal of reproductive health*, 20(3), 85-93.
- Leck, C., Upton, D., & Evans, N. (2016). Social Return on Investment: Valuing health outcomes or promoting economic values? *Journal of Health Psychology*, 21(7), 1481-1490.
- Lingane, A., & Olsen, S. (2004). Guidelines for Social Return on Investment. *California Management Review*, 46(3), 116-135.

- Lopez, F. (2014). *Beyond Hard Outcomes: Evaluating Soft-skills for Sustainable Program Funding*. Paper presented at the American Evaluation Association Meeting.
- Luke, B., Barraket, J., & Eversole, R. (2013). Measurement as legitimacy versus legitimacy of measures: Performance evaluation of social enterprise. *Qualitative Research in Accounting and Management*, *10*(3-4), 234-258. doi:10.1108/QRAM-08-2012-0034
- Lumley, T. (2013a). *Outcomes map. Crime and public safety*. The SROI Network.
- Lumley, T. (2013b). *Outcomes map. Local area and getting around*. The SROI Network.
- Lumley, T. (2013c). *Outcomes map. Physical health*. The SROI Network.
- Lumley, T. (2013d). *Outcomes map. Substance abuse and addiction*. The SROI Network.
- Maier, F., Schober, C., Simsa, R., & Millner, R. (2015). SROI as a Method for Evaluation Research: Understanding Merits and Limitations. *Voluntas*, *26*(5), 1805-1830. doi:10.1007/s11266-014-9490-x
- Manley, K., & Gordon, J. (2011). Review: International principles of social impact assessment: Lessons for research? *Journal of Research in Nursing*, *16*(2), 147-149.
- Mertens, S., & Marée, M. (2012). La « performance » de l'entreprise sociale : Définition et limites d'une évaluation monétaire. *Revue internationale P.M.E.*, *25*(3-4), 91-122. doi:10.7202/1018418ar
- Millar, R., & Hall, K. (2013). Social Return on Investment (SROI) and Performance Measurement: The opportunities and barriers for social enterprises in health and social care. *Public Management Review*, *15*(6), 923-941. doi:10.1080/14719037.2012.698857
- Mohit, B. (2015). A cost-effectiveness approach to calculating SROI for integrated and interoperable health and social services in a local health and human services department. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Moody, M., Littlepage, L., & Paydar, N. (2015). Measuring social return on investment: Lessons from organizational implementation of SROI in the Netherlands and the United States. *Nonprofit Management and Leadership*, *26*(1), 19-37.
- Mook, L., Maiorano, J., Ryan, S., Armstrong, A., & Quarter, J. (2015). Turning social return on investment on its head: The stakeholder impact statement. *Nonprofit Management and Leadership*, *26*(2), 229-246.
- Nicholls, J. (2017). Social return on investment-Development and convergence. *Evaluation and Program Planning*, *64*, 127-135.
- Nicholls, J. (2013). SROI and Logic Models. Social value UK blog. <http://www.socialvalueuk.org/sroi-and-logic-models/>.

- Nicholls, J., Lawlor, E., Neitzert, E., & Goodspeed, T. (2009, 2011). A Guide to Social Return on Investment. The SROI Network. Traduit en français en 2011 sous le titre : Guide du retour social sur investissement (SROI). Institut de l'Innovation et de l'Entrepreneuriat Social (IIES).
- Nicholls, J., & Pierce, J. (2010). *The relationship between Social Return On Investment (SROI) and Social Accounting and Audit (SAA)*.
- Olsen, S., Nicholls, J., Biemann, B., Bonini, S., Emerson, J., Robertson, S., . . . Tolmach, R. (2005). A framework for approaches to SROI analysis.
- Ogain, E. N., Hedley, S., & Lumley, T. (2013). Mapping outcomes for social investment. New Philanthropy Capital (NPC).
- Patten, C. (2017). Nonprofit social enterprise: Social change in a new economic paradigm. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*.
- Plimmer, D. (2013). Outcomes map. Employment and training. Philanthropy Capital (NPC).
- Polonsky, M. J., Grau, S. L., & McDonald, S. (2016). Perspectives on social impact measurement and non-profit organisations. *Marketing Intelligence & Planning*, 34(1), 80-98.
- Rauscher, O., Schober, C., & Millner, R. (2012). Social Impact Measurement und Social Return on Investment (SROI)-Analysis. New methods of economic evaluation? Working Paper. NPO Competence Center.
- Ryan, P. W., & Lyne, I. (2008). Social enterprise and the measurement of social value: methodological issues with the calculation and application of the social return on investment. *Education, Knowledge & Economy*, 2(3), 223-237.
- Samali, M., & Coles, B. (2014). Measuring Social Impact: Why & How. *180Review*(1), 11-15.
- Serpe, L. (2016). Valuing What Matters: Using the Social Return on Investment (SROI) methodology in international development programs. American Evaluation Association (AEA) meeting.
- Sitaker, M. (2013). Evolution of Approaches to Measure Impact in Social Programs. American Evaluation Association (AEA) meeting.
- Social E-Valuator (2008). *SROI Methodology: an introduction*.
- Social Value International. (2018a). *Standard on Applying Principle 1: Involve Stakeholders*.
- Social Value International. (2018b). *Supplementary Guidance for Principle 2: Understand what changes. Part One: Creating well defined outcomes*.
- Social Value International. (2018c). *Standard for applying Principle 4: Only include what is material*.
- Social Value International. (2017). *Assurance Standard*.

- Social Value International (SVI) (2016a). *Supplementary Guidance for Principle 2: Understand what changes. Part One: Creating well defined outcomes*. Retrieved from
- Social Value International (SVI) (2016b). Understanding and Use of the Principles of Social Value.
- Social Value International (SVI). (2015a). The Seven Principles of Social Value.
- Social Value International (SVI) (2015b). The Seven Principles of Social Value, and why they are important for accountability and maximising social value.
- Social Value UK (2016a). Starting Out on Social Return on Investment.
- Social Value UK (2016b). Supplementary Guidance on Materiality.
- Social Value UK (2016c). Supplementary Guidance on Stakeholder Involvement.
- Social Value UK (2013). Supplementary Guidance on Using SROI.
- Sova, C., Chaudhury, A. S., Helfgott, A. E., & Corner-Dolloff, C. (2012). Community-based adaptation costing: An integrated framework for the participatory costing of community-based adaptations to climate change in agriculture.
- SROI Primer (2004). Measuring social impact: the foundation of social return on investment (SROI). New Economics Foundation (NEF).
- Steed, S., & Nicholles, N. (2011). Small slices of a bigger pie. Attribution in SROI. New Economics Foundation (NEF).
- Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Evaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. *Revue internationale de l'économie sociale*(331), 76-92. doi:10.7202/1023486ar
- Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2011). International principles of social impact assessment: Lessons for research? *Journal of Research in Nursing, 16*(2), 133-145.
- The SROI Network. (2012a). Social value quick guide.
- The SROI Network. (2012b). SROI - Myths and Challenges.
- The SROI Network. (2011). The seven principles of SROI.
- Trotter, L., Vine, J., Leach, M., & Fujiwara, D. (2014). *Measuring the Social Impact of Community Investment: A Guide to using the Wellbeing Valuation Approach*. Housing Associations' Charitable Trust (HACT).
- Vanclay, F. (2006). Principles for social impact assessment: a critical comparison between the international and US documents. *Environmental Impact Assessment Review, 26*(1), 3-14.

- Vik, P. (2017). What's So Social About Social Return on Investment? A Critique of Quantitative Social Accounting Approaches Drawing on Experiences of International Microfinance. *Social and Environmental Accountability Journal*, 37(1), 6-17. doi:10.1080/0969160X.2016.1263967
- World Economic Forum. (2017). *Engaging All Affected Stakeholders. Guidance for investors, funders, and organizations.*
- Yates, B. T., & Marra, M. (2017a). Social Return On Investment (SROI): Problems, solutions... and is SROI a good investment?. *Evaluation and program planning*, 64, 136-144. doi:10.1016/j.evalprogplan.2016.11.009
- Yates, B. T., & Marra, M. (2017b). Introduction: Social Return On Investment (SROI). *Evaluation and Program Planning*, 64, 95-97.

## **B) Références : études de cas (santé publique) (n=21)**

- Abiola, J., Warrander, L., Stephens, L., Harrison, A., Kither, H., & Heazell, A. (2016). The Manchester rainbow clinic, a dedicated clinical services for parents who have experienced a previous stillbirth improves outcomes in subsequent pregnancies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *123*, 46.
- Arvidson, M., Battye, F., & Salisbury, D. (2014). The social return on investment in community befriending. *International Journal of Public Sector Management*, *27*(3), 225-240. doi:10.1108/IJPSM-03-2013-0045
- Bhaumik, U., Norris, K., Charron, G., Walker, S. P., Sommer, S. J., Chan, E., . . . Woods, E. R. (2013). A cost analysis for a community-based case management intervention program for pediatric Asthma. *Journal of Asthma*, *50*(3), 310-317.
- CAF Russia (2015). *Evaluating the impact of the Behealthy program in Russia*.
- Cobb, M., Johnstone-Laurette, S., Mariam, S., & Weatherhead, M. (2016). Food Leaders & Food Initiatives in Cape Breton - A Social Return on Investment (SROI) Study.
- Cobb, M., Johnstone-Laurette, S., Mariam, S., & Weatherhead, M. (2016). The Halifax Food Policy Alliance - A social Return on Investment (SROI) Study.
- Courtney, P., & Baker, C. (2017). Assessing the value of community health programmes using a Social Return on Investment framework. *European Journal of Public Health*, *27*(suppl\_3).
- Crack, C., Gardner, J., & Ghosh, D. (2015). *Brighton Oasis Project: POCAR programme evaluation*.
- Gibson, J., Jones, A., Travers, H., & Hunter, E. (2011). Performative evaluation and social return on investment: Potential in innovative health promotion interventions. *Australasian Psychiatry*, *19*(SUPPL. 1), S53-S57.
- Iafrati, S. (2015). The investment and regenerative value of addiction treatment. *Drugs and Alcohol Today*, *15*(1), 12-20. doi:10.1108/DAT-10-2014-0037
- Jones, R. B., Ashurst, E. J., Atkey, J., & Duffy, B. (2015). Older people going online: its value and before-after evaluation of volunteer support. *Journal of Medical Internet Research*, *17*(5), e122-e122. doi:10.2196/jmir.3943
- Knepil, G., Baker, C., & Courtney, P. (2017). Social Return on Investment (SROI) methodology applied to patients following orthognathic surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, *55*(10), e170-e171.
- Maguire, R., & Vardakoulias, O. (2014). The benefits of investing in Early Child Development: An SROI analysis of the Responsive Parenting Program. NEF Consulting Limited.
- Manetti, G., Bellucci, M., Como, E., & Bagnoli, L. (2015). Investing in Volunteering: Measuring Social Returns of Volunteer Recruitment, Training and Management. *Voluntas*, *26*(5),

2104-2129. doi:10.1007/s11266-014-9497-3

Martinez, L., & Hayes, C. D. (2013). Measuring Social Return on Investment for Community Schools: A Case Study. *Children's Aid Society*.

McGrath, R., & Stevens, K. (2017). *Cirkidz Youth Circus Skills Training SROI Report*. Retrieved from

Millman, C., & McCay, N. (2016). *MARA: Maximising Access in Rural Areas. Evaluation Report*.

Semple, A. C., Willis, E., & De Waal, H. (2015). *Peer support for people with dementia*. Retrieved from London:

Walker, A., Sibley, F., Carter, A., & Hurley, M. (2017). Social return on investment analysis of a physiotherapy-led service for managing osteoarthritis in primary care. *The Lancet*, *389*, S98.

Willis, E., Semple, A. C., & de Waal, H. (2016). Quantifying the benefits of peer support for people with dementia: A Social Return on Investment (SROI) study. *Dementia*, 1471301216640184.

Woods, E. R., Fleegler, E., Chan, E., Bhaumik, U., Sommer, S. J., Ortiz, M. P., . . . Nethersole, S. (2012). Evaluation of the community asthma initiative: Adolescent vs. child outcomes and GIS mapping. *Journal of Adolescent Health*, *1*, S83-S84.

## C) Revue systématique : Graphique PRISMA

### Graphique PRISMA : Revue systématique de la littérature portant sur le *SROI* (1996-2017)

#### STRATÉGIE INITIALE (JUN 2017)

##### Publications revues par les pairs (n=3318)

- Références extraites de *CINAHL* (n=2308)
- Références extraites d'*Embase* (n=48)
- Références extraites d'*Eric* (n=9)
- Références extraites d'*Érudit* (n=110)
- Références extraites de *Medline* (n=30)
- Références extraites de *PsycINFO* (n=50)
- Références extraites de *Scopus* (n=746)
- Références extraites de *ResearchGate* (n=17)

##### Littérature grise (n=209)

- Références extraites de *NEF Consulting* (n=17)
- Références extraites de *SVI* (n=146)
- Références extraites de l'*AEA* (n=7)
- Références extraites d'*Open Grey* (n=25)
- Références extraites de la *SQEP* (n=1)
- Références extraites de *ResearchGate* (n=13)



#### RECONDUCTION (JANVIER 2018) Références additionnelles

##### Publications revues par les pairs (n=422)

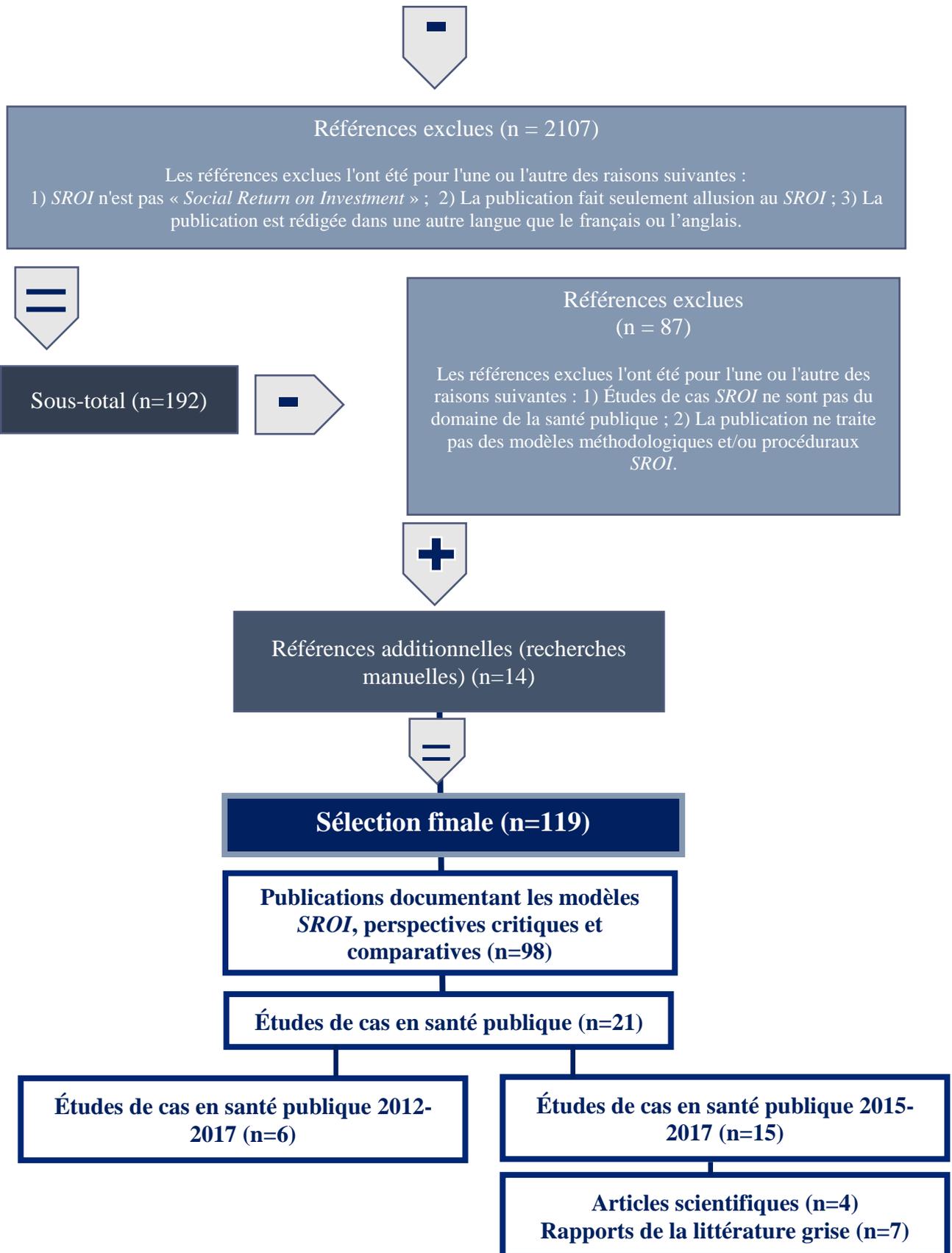
- Références extraites de *CINAHL* (n=304)
- Références extraites d'*Embase* (n=9)
- Références extraites d'*Eric* (n=17)
- Références extraites d'*Érudit* (n=17)
- Références extraites de *Medline* (n=10)
- Références extraites de *PsycINFO* (n=20)
- Références extraites de *Scopus* (n=41)
- Références extraites de *ResearchGate* (n=4)

##### Littérature grise (n=19)

- Références extraites de *NEF Consulting* (n=8)
- Références extraites de *SVI* (n=9)
- Références extraites de l'*AEA* (n=0)
- Références extraites d'*Open Grey* (n=0)
- Références extraites de la *SQEP* (n=0)
- Références extraites de *ResearchGate* (n=2)



Références (doublons retirés) (n=2299)



**D) Grille d'analyse de la qualité scientifique des études de cas fondées sur le *SROI* (Adaptation de Krelv et al., 2013)**

Nom du programme évalué :	
Référence abrégée (auteur(s) et année) :	
Nom de la personne ayant complété la grille :	
Cette-grille a-t-elle fait l'objet d'un accord inter-juges?	

**Score total :**

--

## 1) Transparence de la démarche

### *Est-ce que les auteurs décrivent bien le contexte relatif à la méthode?*

- 1.1 Les auteurs situent-ils la méthode *SROI* parmi les autres méthodes d'évaluation du rendement économique et social?  Non (0)  
 Un peu (une phrase ou moins) (1)  
 De façon adéquate (plus d'une phrase) (2)
- 1.2 Les auteurs parlent-ils des principaux défis associés à la mesure de l'impact social?  Non (0)  
 Un peu (une phrase ou moins) (1)  
 De façon adéquate (plus d'une phrase) (2)
- 1.3 Les auteurs parlent-ils des origines de la méthode *SROI*, incluant ses fondateurs et les acteurs-clés dans son développement?  Non (0)  
 Un peu (une phrase ou moins) (1)  
 De façon étendue (plus d'une phrase) (2)
- 1.4 Les auteurs mentionnent-ils pourquoi la méthode *SROI* a été choisie parmi tant d'autres?  Non (0)  
 Un peu (une phrase ou moins) (1)  
 De façon adéquate (plus d'une phrase) (2)
- 1.5 Les auteurs parlent-ils des différentes étapes d'une évaluation *SROI*?  Non (0)  
 Place à l'amélioration, certaines étapes ne sont pas mentionnées (1)

Toutes les étapes sont mentionnées (2)

1.6 Les auteurs parlent-ils des guides ou des approches particulières sur lesquelles ils se sont appuyés?

Non (0)

Un peu (une phrase ou moins, incluant la référence aux publications phares pertinentes) (1)

De façon étendue (plus d'une phrase, incluant la référence aux publications phares pertinentes) (2)

**Score pour la dimension**

**Score /12 : 0**

**Rapporté /2 : 0**

## 2) Documentation de l'étude

### *Est-ce que les auteurs documentent bien leur cadre méthodologique?*

2.1 Est-ce que les auteurs nomment les différentes étapes méthodologiques?

Non (0)

Certains éléments manquent de clarté (1)

Oui, de façon claire et précise (2)

2.2 Est-ce que l'ensemble des variables mesurées sont bien décrites, incluant une mention référencée des différents instruments de mesure utilisés, le cas échéant?

Non (0)

Certains éléments manquent de clarté (1)

Oui, de façon claire et précise (2)

- 2.3 Est-ce que les auteurs se sont appuyés sur l'état actuel des connaissances scientifiques pour établir des hypothèses ou des déductions leur permettant d'arrêter leur choix sur des variables à mesurer?
- Non / pas mentionné (0)
  - Parfois oui, parfois non (ou non mentionné) (1)
  - Oui, de façon claire et précise (2)
- 2.4 Est-ce que les auteurs décrivent les processus décisionnels en lien avec les choix méthodologiques qu'ils ont fait?<sup>550</sup>
- Aucun processus décisionnel décrit (0)
  - Au moins un processus décisionnel décrit (1)
  - Deux processus décisionnels ou plus décrits (2)
- 2.5 Est-ce qu'une carte des impacts est disponible?
- Non (0)
  - Les auteurs disent avoir réalisé une carte des impacts, mais ne la présentent pas et ne fournissent pas de moyen pour l'obtenir (1)
  - Les auteurs présentent une carte des impacts ou fournissent un moyen pour l'obtenir (2)
- Score pour la dimension**
- Score /10 : 0**
- Rapporté /2 : 0**

---

550 Le concept de choix méthodologique renvoie à une prise de décision entre deux options concurrentes et aux motifs de ce choix.

### 3) Mesure contrefactuelle

*Est-ce que les auteurs ont pris des mesures pour s'assurer que les effets observés sont véritablement attribuables à l'intervention?*

3.1 Les évaluateurs ont-ils eu recours à un groupe contrôle?

Non, ou non mentionné (0)

Non, mais ils ont appliqué (1) :

Pourrions-nous considérer revoir l'échelle et attribuer une cote intermédiaire dans le cas des études qui ont utilisé cette méthode?

le modèle hypothétique (ont demandé aux participants d'estimer eux-mêmes quelle proportion de changement serait survenue en l'absence de l'intervention)

le modèle « par tendances » (en comparant avec des données de la population générale)

Oui (2)

3.2 Est-ce que des mesures pré-test et post-test ont été réalisées?

Non, ou non mentionné (0)

Non, mais ils ont appliqué une mesure longitudinale rétrospective auto-révélee (1)

Oui (2)

**Score pour la dimension**

**Score /4 : 0**

**Rapporté /2 : 0**

#### 4) Degré de précision des indicateurs et des proxys

*Est-ce que les indicateurs et les proxys répondent aux critères de validité interne et externe?<sup>551</sup>*

##### *Items relatifs à la validité interne*

- 4.1 Les indicateurs correspondent-ils bien aux concepts que les évaluateurs souhaitent mesurer?
- Non, les instruments de mesure qui ont été utilisés ne sont soit pas mentionnés, décrits ou repérables. Dans le cas de l'utilisation de banques de données, les auteurs ne donnent pas suffisamment d'information sur la façon dont les données ont été colligées et ne parlent pas des limites associées. (0)
- Oui, toutes les mesures répondent aux exigences de base en termes de validité interne : Les instruments sont référencés ET repérables OU ils sont présentés dans la publication. (2)
- 4.2 Les proxys correspondent-ils bien aux concepts que les évaluateurs souhaitent mesurer?
- Non, on ne sait pas comment le proxy a été monétarisé ou la monétarisation d'au moins un indicateur semble carrément forcée (pas de lien convaincant indicateur-proxy), ou l'évaluateur adopte au moins un proxy de façon arbitraire ou le coût des intrants est utilisé comme mesure de la valeur des impacts (0)
- Il y aurait place à l'amélioration, la monétarisation de certains indicateurs semble poser certains problèmes mineurs qui sont mentionnés par les

---

<sup>551</sup> Validité interne : Caractéristique d'un indicateur qui correspond bien au concept. Validité externe : Caractéristique d'un indicateur qui renseigne bien sur l'univers pertinent à la problématique.

auteurs ou le processus de monétarisation n'est décrit que pour une partie des indicateurs (1)

- Oui, les proxys sont valides et ont été calculés avec des méthodes éprouvées (tirés de la littérature scientifique existante, tirés de bases de données, développés selon des méthodes connues comme « revealed preferences » ou QOL (qualité de vie). (2)

4.3 En ce qui concerne les indicateurs, est-ce que la prise en compte de la quantité est réalisée distinctement et conjointement à la prise en compte de la qualité?<sup>552</sup>

- Non, la quantité seulement est évaluée sans égards pour la qualité, ou l'inverse, dans au moins une situation, ce qui donne lieu à une mauvaise interprétation de l'impact ou on ne sait pas (0)
- Oui, la quantité et la qualité sont prises en compte (2)

#### ***Items relatifs à la validité externe***

4.4 Les indicateurs renseignent-ils bien sur l'univers pertinent à la problématique?

- Non, des éléments importants ont été laissés de côté et les auteurs l'ignorent ou semblent l'ignorer (cocher automatiquement ici si un seul indicateur a été considéré) – Nous ne disposons pas de suffisamment d'information (0)
- Non, des éléments importants ont été laissés de côté, et les auteurs le mentionnent ou encore une seule catégorie de détenteurs d'enjeux a été consultée (1)

---

552 « (...) nous devons toujours garder à l'esprit que ceux-ci doivent intégrer deux dimensions distinctes: la quantité (pour combien de personnes les choses changent-elles?) Et la qualité (dans quelle mesure les choses changent-elles?) » (Traduction libre) (Krlev et al., 2013) (p.5).

Oui, les éléments les plus importants à considérer semblent avoir été inclus dans les analyses, incluant des impacts importants du point de vue de plusieurs catégories de détenteurs d'enjeux (2)

4.5 Les indicateurs renseignent-ils sur des impacts sociaux<sup>553</sup>, distincts d'impacts socio-économiques<sup>554</sup>, qui ont effectivement été pris en compte de manière compréhensive?

Non, les auteurs n'ont pas pris en compte les impacts sociaux ou on ne sait pas quel type de méthodes ils ont utilisé (0)

Oui, les impacts sociaux ont été évalués, mais en utilisant des méthodes soit uniquement qualitatives ou uniquement quantitatives (1)

\*\*\* À titre informatif :

Utilisation de méthodes quantitatives uniquement

Utilisation de méthodes qualitatives uniquement

Oui, les impacts sociaux ont été évalués à la fois qualitativement et quantitativement (2)

4.6 Les proxys renseignent-ils bien sur l'univers pertinent à la problématique?

Non, des éléments importants ont été laissés de côté et les auteurs l'ignorent ou semblent l'ignorer (cocher automatiquement ici si un seul indicateur a été monétarisé) ou on ne dispose pas de suffisamment d'information (0)

---

553 Impacts sociaux : des effets moins tangibles tels qu'un sentiment accru d'estime de soi et d'indépendance personnelle ainsi que l'amélioration des connaissances et des niveaux de compétence (Traduction libre) (Krlev et al., 2013)(p.4)

554 Impacts socio-économiques : économies réalisées par l'État, par l'évitement de transferts publics (par exemple aux chômeurs), augmentation du revenu personnel et des recettes fiscales par la consommation. (Traduction libre)(Krlev et al., 2013) (p.4)

- Non, des éléments importants ont été laissés de côté, et les auteurs le mentionnent (1)
- Oui, les éléments les plus importants à considérer semblent avoir été monétarisés dans la limite du possible, incluant des impacts sociaux importants du point de vue de détenteurs d'enjeux (2)

Score pour la dimension

Score /12 : 0

Rapporté /2 : 0

## 5) Réflexivité

*Est-ce que les auteurs interprètent les résultats de leur propre étude de manière suffisamment critique?*

5.1 Est-ce que les auteurs arrivent à bien transmettre l'idée que le ratio *SROI* doit être interprété?

- Non, aucune mention au sujet des limites de l'étude. (0)
- Oui, quoique brièvement. Les auteurs mentionnent explicitement pourquoi et comment leurs résultats pourraient être remis en question en une ou deux phrases. (1)
- Oui, de façon suffisante. Les auteurs mentionnent explicitement pourquoi et comment leurs résultats pourraient être remis en question en trois phrases ou plus. (2)

5.2 Est-ce que le ratio *SROI* est interprété adéquatement?

- Non, il n'est pas mentionné que le ratio de valeur sociale monétarisé ne peut à lui seul être considéré comme l'essence de l'évaluation *SROI*. (0)

Oui, quoique brièvement. Les auteurs mentionnent explicitement que le ratio *SROI* ne représente qu'une partie de la valeur sociale créée et font mention des éléments qui n'ont pu être monétarisés en une ou deux phrases (1).

Oui, de façon suffisante. Les auteurs mentionnent explicitement que le ratio *SROI* ne représente qu'une partie de la valeur sociale créée et font mention des éléments qui n'ont pu être monétarisés en trois phrases ou plus (2).

5.3 Est-ce qu'une analyse de sensibilité a été réalisée?

mots-clés : deadweight, attribution, déplacement, diminution (ANG) poids mort, déplacement, attribution, diminution (FR)

**Score pour la dimension**

Non, ou non mentionné (0)

Oui (2)

**Score /6 : 0**

**Rapporté /2 : 0**

**SCORE GLOBAL POUR L'ENSEMBLE DES DIMENSIONS / 10 (arrondir à une décimale près) : 0**

## E) Guide d'entrevue – enfants, adolescents et familles

**CONSIGNE DE DÉPART :** L'entrevue a pour but de comprendre les changements (les impacts) que la pédiatrie sociale a amené dans vos vies. Pour chaque question, nous allons demander à [prénom de l'enfant ou de l'adolescent] de répondre en premier, et ensuite à [prénom du parent] de partager son point de vue.

### QUESTIONS D'ENTREVUE :

THÈME	6-12 ANS	13-17 ANS	PARENT
1- QUESTION D'INTRODUCTION	<p><b>Parle-moi un peu de ton expérience quand tu viens ici.</b>  <i>Tu peux me parler des rencontres/activités auxquelles tu participes et auxquelles tu as déjà participé dans le passé.</i>  <i>Tu peux me parler des choses que tu aimes et des choses que tu aimes moins quand tu viens ici.</i></p>		<p>Même question au « vous ».</p>
2- QUESTIONS DE RECHERCHE	<p><b>Est-ce que tes rencontres/activités ici t'aident parfois à te sentir mieux...?</b>  <i>Si oui peux-tu me donner un exemple?</i>  <i>Si non peux-tu me donner un exemple d'une situation où tu ne t'es pas senti aidé lorsque tu es venu ici?</i></p>		<p>Avez-vous constaté ces changements (impacts) vous aussi? En avez-vous constaté d'autres?</p> <p>Et qu'en est-il des changements (impacts) constatés dans votre vie à vous?</p>
	<p><i>Dans ton corps?</i></p> <p><i>Dans ton cœur?</i></p> <p><i>Avec ton/tes parent(s)?</i></p> <p><i>Avec les autres membres de ta famille?</i></p> <p><i>Avec tes amis?</i></p> <p><i>À l'école?</i></p> <p><i>Ailleurs?</i></p>	<p><i>Physiquement?</i></p> <p><i>Émotivement?</i></p> <p><i>Dans ta relation avec tes parents?</i></p> <p><i>Dans ta relation avec les autres membres de ta famille?</i></p> <p><i>Dans ta relation avec tes amis?</i></p> <p><i>Dans ton cheminement scolaire?</i></p> <p><i>Dans d'autres sphères de ta vie?</i></p>	
	<p><b>Parmi toutes les choses que tu viens de me dire, quel est le changement (impact) le plus important pour toi?</b>  <i>Tu m'as mentionné X, Y, Z... Laquelle de ces choses t'a le plus aidée?</i>  <i>Peux-tu me résumer, en un mot, ce que la pédiatrie sociale a fait de bien pour toi?</i></p>		
3- CONCLUSION	<p><b>Est-ce qu'il y a des choses que tu voulais me dire et dont nous n'avons pas parlé?</b></p>		<p>Même question au « vous ».</p>

## F) Questionnaires socio-démographiques – enfants, adolescents et familles

### FICHE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT Numéro de code à 4 chiffres

--	--	--	--

<b>1ere case: CPÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ</b>	<b>1 : AED</b> <b>2 : Garage à musique</b> <b>3 : Côte-des-neiges</b>
<b>2e case: statut</b>	<b>0 : Tout-petit (0-5 ans)</b> <b>1 : Enfant (6-12 ans)</b> <b>2 : Adolescent (13-17 ans)</b> <b>3 : Parent ou tuteur</b>
<b>3e et 4e cases : # d'entrevue</b>	<b>00-99</b>

<b>Date de l'entrevue</b>	
<b>Heure de début</b>	
<b>Heure de fin</b>	
<b>Genre</b>	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Autre :
<b>Quel âge as-tu?</b>	
<b>De quelle origine es-tu?</b> <i>Tu peux donner plus d'une réponse.</i>	<input type="checkbox"/> Québécoise <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Latino-américaine <input type="checkbox"/> Haïtienne <input type="checkbox"/> Africaine <input type="checkbox"/> Indienne <input type="checkbox"/> Magrébine <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Autre : Si autre, quel est ton pays d'origine? :
<b>Langue(s) parlée(s)</b> <i>Tu peux donner plus d'une réponse.</i>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :
<b>Langue(s) écrite(s)</b> <i>Tu peux donner plus d'une réponse.</i>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :
<b>Je participe à cette entrevue avec :</b>	<input type="checkbox"/> Ma mère <input type="checkbox"/> Mon père <input type="checkbox"/> Autre personne : Numéro de code attribué à l'adulte :

**FICHE DU PARENT OU TUTEUR**  
**Numéro de code à 4 chiffres**

--	--	--	--

<b>1ere case: CPSC</b>	<b>1 : AED</b> <b>2 : Garage à musique</b> <b>3 : Côte-des-neiges</b>
<b>2e case: statut</b>	<b>0 : Tout-petit (0-5 ans)</b> <b>1 : Enfant (6-12 ans)</b> <b>2 : Adolescent (13-17 ans)</b> <b>3 : Parent ou tuteur</b>
<b>3e et 4e cases : # d'entrevue</b>	<b>00-99</b>

<b>Date de l'entrevue</b>	
<b>Heure de début</b>	
<b>Heure de fin</b>	
<b>Genre</b>	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre :
<b>Quel âge avez-vous?</b>	
<b>De quelle origine êtes-vous?</b> <i>Vous pouvez donner plus d'une réponse.</i>	<input type="checkbox"/> Québécoise <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Latino-américaine <input type="checkbox"/> Haïtienne <input type="checkbox"/> Africaine <input type="checkbox"/> Indienne <input type="checkbox"/> Magrébine <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Autre : Si autre, quel est votre pays d'origine? :
<b>Langue(s) parlée(s)</b> <i>Vous pouvez donner plus d'une réponse.</i>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :
<b>Langue(s) écrite(s)</b> <i>Vous pouvez donner plus d'une réponse.</i>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :
<b>Je participe à cette entrevue avec :</b>	<input type="checkbox"/> Mon enfant <input type="checkbox"/> Mon petit-enfant <input type="checkbox"/> Autre : Numéro de code attribué à l'enfant :

## **G) Guide d'entrevue – Groupe de discussion avec les bénévoles**

1. Présentation de l'équipe de recherche, mise en contexte de la démarche et déroulement.
2. Tour de table : inviter chaque participant à se présenter en répondant aux questions suivantes :

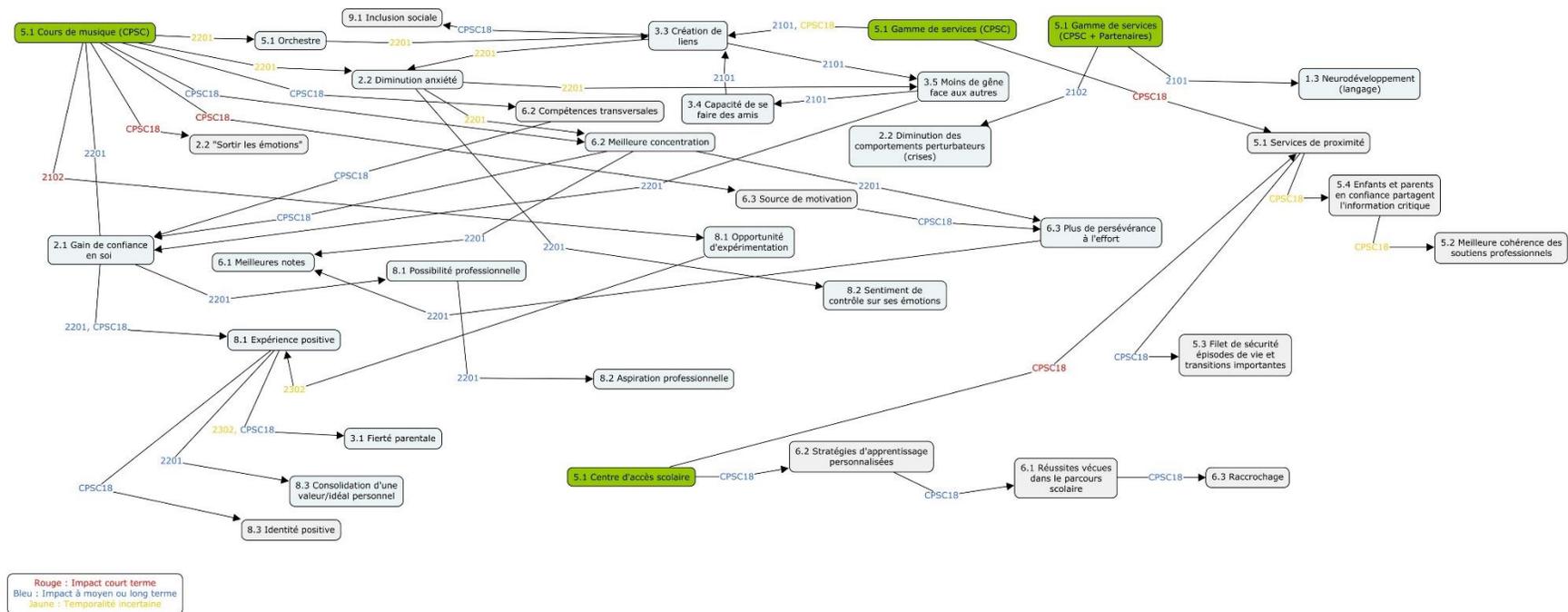
- Depuis combien de temps faites-vous du bénévolat à la FDJ?
- Quelles activités de bénévolat faites-vous ici?
- Qu'est-ce qui vous a amené à vouloir faire du bénévolat pour la Fondation?
- Avez-vous déjà travaillé auprès des enfants dans votre parcours professionnel?

Questions pour la coordonnatrice des bénévoles : Combien de bénévoles environ à la Fondation? Quelle est l'importance des bénévoles à la Fondation?

3. Pouvez-vous me parler un peu des enfants, des adolescents et des parents que vous côtoyez ici (autant les défis auxquels ils font face que leurs forces)?
4. Pouvez-vous me décrire la relation que vous avez avec les enfants, les adolescents et les familles? (Arrivez-vous à créer des liens avec eux? Si oui de quelle façon? Jusqu'à quel point ces liens sont-ils importants pour les familles? Jusqu'à quel point ces liens sont-ils importants pour vous?)
5. Avez-vous le sentiment que vous arrivez à faire une différence dans la vie des enfants et des familles, si oui de quelle façon?
6. Avez-vous le sentiment que votre expérience de bénévolat a d'autres répercussions, qui dépassent les répercussions directes et quotidiennes pour les familles? Si oui lesquelles? (ex. impact plus large au niveau de la communauté)
7. De façon plus générale, si on considère ensemble votre contribution, celle des médecins, des travailleurs sociaux, et des autres personnes qui interviennent quotidiennement auprès des familles quotidiennement ici, voyez-vous d'autres impacts de la pédiatrie sociale qui n'ont pas été abordés à ce point de notre discussion?
8. Pensez-vous à des choses importantes à ajouter et dont on n'a pas parlé?

**MERCI !!!**

## H) Tentative de modélisation exhaustive des chaînes d'impacts de la pédiatrie sociale en communauté



## I) Liste des impacts perçus de la pédiatrie sociale en communauté répertoriés par catégories

### 1. Santé physique

<b>1.1 Amélioration de l'état de santé actuel des enfants et des parents</b>
<p><b><i>Amélioration de la santé dentaire (enfant)</i></b>          « Avec ses dents aussi, Dr. X connaît un orthodontiste, mes deux enfants en ont eu besoin. » (Parent, 1309)</p>
<p><b><i>Amélioration de la santé physique (enfant et parent)</i></b>          « Mon pédiatre m'a référé pour une hernie, j'ai pu être opérée l'an passé. » (Parent, 1305)</p>
<b>1.2 Amélioration des habitudes de vie qui impactent la santé</b>
<p><b><i>Amélioration de la condition physique (enfant)</i></b>          " (...) we always do a lot of exercise. (...) I feel like I want to run a lot I want to make 15 laps." (6-12 ans, 3102)</p>
<p><b><i>Saines habitudes alimentaires (enfant)</i></b>          « On met les enfants en lien avec l'alimentation saine. » (Bénévole)</p>
<p><b><i>Amélioration du sommeil (enfant et parent)</i></b>          « Avant il ne veut pas dormir (...) et maintenant oui. » (Parent, 3301)          « Je peux dormir toute seule maintenant » (Parent, 1302)</p>
<p><b><i>Diminution des maladies chroniques (enfant)</i></b>          « Cholestérol, diabète » (Comité aviseur, Équipe1)</p>
<p><b><i>Augmentation de l'espérance de vie (enfant)</i></b>          « Longévité » (Comité aviseur, Équipe1)</p>
<b>1.3 Développement physique optimal de l'enfant</b>
<p><b><i>Croissance physique optimale (enfant)</i></b>          « Pour la croissance de (fille de 12 ans), elle a eu des problèmes de croissance (...) je ne l'aurais pas su. » (Parent, 1305)</p>
<p><b><i>Amélioration de la motricité (enfant)</i></b>          « Certains n'ont pas de ciseaux à la maison, mais ils progressent une fois qu'on leur montre. » (Bénévole)</p>
<p><b><i>« Amélioration du développement neurologique (enfant) »</i></b> (Professionnel, CPSC02)</p>
<b>1.4 Conditions de vie matérielles plus favorables à la santé des enfants et des parents</b>
<p><b><i>Amélioration de la salubrité des logements</i></b>          Via la défense des droits : « Il y a des besoins très grands au niveau sanitaire, par exemple des infiltrations d'eau dans les logements. » (Professionnel, CPSC16)</p>
<b>*1.5 Amélioration de la sécurité physique et prévention des accidents</b>

**\*1.6 Médication adaptée aux besoins des enfants**

**2. Santé psychologique**

<b>2.1 Amélioration de l'image de soi des enfants et des parents</b>
<b><i>Amélioration de l'estime de soi (enfant et parent)</i></b> La mère note une plus grande estime de soi chez sa fille de 11 ans à la suite de son jumelage avec sa grande amie. (Parent, 1301) « (...) de l'estime de soi, je parle pour moi » (Parent, 3303)
<b><i>Accroissement du sentiment de valeur sociale (enfant et parent)</i></b> « Avoir une valeur comme enfant » (Population générale) « La perception d'une « valeur sociale suffisante » chez le parent (Professionnel, CPSC01)
<b>2.2 Diminution de la détresse psychologique des enfants et des parents</b>
<b><i>Diminution de la détresse psychologique (enfant et parent)</i></b> « Ça a aidé avec ma dépression. » (13-17 ans, 2201) « S'ils n'avaient pas été là j'aurais pété des coches. » (Parent, 1308)
<b><i>Diminution du stress (enfant et parent)</i></b> « L'anxiété, ça va. Ça a diminué beaucoup. » (13-17 ans, 2202) Une mère mentionne que le CPSC lui a amené « [de la] paix et [du] calme » (Parent, 2307)
<b><i>Diminution des symptômes de somatisation (enfant)</i></b> « Je suis moins stressée qu'avant, j'ai moins mal au ventre » (6-12 ans, 3104)
<b><i>Prévention du suicide (enfant et parent)</i></b> « Elle voulait se suicider, dans un an comment ça a pu changer sa vie. » (Parent, 1308) « Diminution du suicide » (Professionnel, CPSC02)
<b><i>Sentiment de sécurité (enfant) :</i></b> Amélioration de la structuration des routines autour de l'enfant à la maison « Restaurer une routine » (Professionnel, CPSC18)
<b><i>Accroissement du bien-être (enfant et parent)</i></b> « I- En un mot, qu'est-ce que la pédiatrie sociale fait pour les enfants et les familles? R- « Bien-être ». (13-17 ans, 1202) « Le bien-être de l'enfant et des parents. » (Professionnel, CPSC11)
<b>2.3 Amélioration de la résilience des enfants et des parents</b>
<b><i>Amélioration de la résilience (enfant et parent)</i></b> « Ça fait des enfants qui se connaissent mieux, qui deviennent plus capables de faire face à l'adversité. » (Professionnel, CPSC10) « Cet outillage [qu'on offre]. Qu'est-ce que t'en fais? Comment tu peux rebondir? » (Professionnel, CPSC11)
<b><i>Expérience du placement moins traumatisante (enfant)</i></b> « Rendre le placement moins traumatisant » (Professionnel, CPSC10)
<b>2.4 Amélioration de la qualité de vie des enfants et des parents</b>

« Quand on diminue le stress toxique, les enfants gagnent en qualité de vie. » (Professionnel, CPSC05)  
 « Ils essayent d'améliorer la qualité de vie des enfants. L'équipe de Dr. X touche chaque aspect de nos vies. » (Parent, 1304)

### 3. Relations et dispositions interpersonnelles

<b>3.1 Amélioration de la relation parent-enfant</b>
<p><b><i>Amélioration de la qualité de la relation parent-enfant</i></b>          « Diminution des interactions négatives avec les parents » (Comité aviseur, Équipe1)</p>
<p><b><i>Reconnaissance de l'enfant par l'adulte</i></b>          « Il y a une grosse interaction entre enfants et adultes ici. » (Parent, 1302)</p>
<p><b><i>Accroissement de la fierté parentale envers l'enfant</i></b>          « On voit la fierté chez les parents. » (Professionnel, CPSC14)</p>
<p><b><i>Accroissement du sentiment d'être un bon parent</i></b>          « I'm just a mother, je n'ai pas reçu un manuel d'instruction. (...) oui, ça te donne des conseils, ça t'aide, ça te fait sentir que ce n'est pas de ta faute, c'est pas à cause de toi qu'il agit comme ça. (larmes) » (Parent, 3314)</p>
<p><b><i>Accroissement des compétences parentales</i></b>          « Comment être un parent » (Professionnel, CPSC11)</p>
<p><b><i>Accroissement de la mobilisation parentale</i></b>          « C'est plus facile pour les parents de se mobiliser, de venir. » (Professionnel, CPSC15)</p>
<p><b><i>Accroissement de la sensibilité parentale à l'enfant</i></b>          « Augmenter la sensibilité des parents » (Professionnel, CPSC02)</p>
<p><b><i>Diminution des sources de conflit</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><i>Accroissement de l'autonomie fonctionnelle et sens des responsabilités à la maison (enfant)</i></b>          « Maintenant, il met sa chemise, c'est bien attaché.» (Parent, 3305)          « Son sens des responsabilités » (Parent, 3305)</li> <li>- <b><i>Amélioration de la capacité parentale à composer avec les comportements de l'enfant</i></b>          « Ils ont su m'apprendre à comprendre ses besoins, comment dealer avec, pour comprendre ce qui se passe dans son petit monde. » (Parent, 3314)</li> </ul>
<b>3.2 Amélioration des relations familiales en général</b>
<p><b><i>Amélioration de la dynamique familiale / Moins de crises familiales</i></b>          « La dynamique familiale, ça change vite. » (Professionnel, CPSC15)</p>
<p><b><i>Prévention de la dissolution du noyau familial</i></b>          « Reconstitution du noyau familial. » (Comité aviseur, Équipe2)</p>

<p><b><i>Séparations conjugales plus harmonieuses</i></b>  « Séparations plus harmonieuses, plus centrées sur les enfants » (Comité aviseur, Équipe2)</p>
<p><b><i>Déjudiciarisation des conflits parentaux</i></b>  « Médiation familiale » (Professionnel, CPSC05)</p>
<p><b>3.3 Amélioration du soutien social actualisable par les enfants et les parents</b></p>
<p><b><i>Accroissement du soutien perçu (enfant et parent)</i></b>  L'enfant voit le regroupement d'adultes significatifs autour de lui : « Il voit son parent parler avec son enseignant. » (Professionnel, CPSC07)  « Tout ce qu'on a vécu, ils nous ont beaucoup supportés. » (Parent, 1304)</p>
<p><b><i>Accroissement du soutien technique (besoins de base)</i></b>  « Dépannage de vêtements » (Professionnel, CPSC07)</p>
<p><b><i>Accroissement du répit parental</i></b>  « Tu vois les parents fatigués, c'est une heure tranquille. » (Parent, 2307)</p>
<p><b><i>Amélioration de la capacité à aller chercher du soutien (enfant et parent)</i></b>  « Il s'est ouvert à quelqu'un dans son milieu. (...) Il a pris confiance en lui. Il a constaté que ce n'était pas normal ces choses-là. » (Professionnel, CPSC10)  « Toutes nos questions, besoin de ressources, de n'importe quoi, tu vas avoir une réponse. » (Parent, 2307)</p>
<p><b><i>Augmentation du réseautage entre parents</i></b>  « On se parle entre nous, on se rend des petits services. » (Parent, 2307)</p>
<p><b>3.4 Amélioration des relations avec les pairs (enfants et parents)</b></p>
<p><b><i>Diminution des conflits avec les amis (enfant)</i></b>  « Il partage avec des amis, il est bien. » (Parent, 3310)</p>
<p><b><i>Diminution de l'intimidation (enfant)</i></b>  « Il y a quelques années, je me serais laissé intimider, je me serais dit que ça sert à rien, ils vont juste continuer. Depuis que je vois Dr X, non, on va dénoncer. » (13-17 ans, 2202)</p>
<p><b><i>Création de liens entre les enfants</i></b>  « Ils jouent ensemble dans la cour d'école maintenant. Ils se croisent et créent des liens communs. » (Professionnel, CPSC14)</p>
<p><b><i>Accroissement du sentiment d'affiliation positive – CPSC est un lieu d'affiliation (enfant et parent)</i></b>  « Party d'orchestre, en pyjama. ». Les organisateurs pensaient que seulement certains viendraient mais tous les jeunes se sont présentés. (Professionnel, CPSC14)   « Comme à l'église, tous les dimanches. » (Parent, 2307)</p>
<p><b>3.5 Amélioration du fonctionnement social général de l'enfant et du parent</b></p>
<p><b><i>Accroissement de la sociabilité et plus grande ouverture à l'autre (enfant et parent)</i></b>  « La socialisation, ça l'aide beaucoup à socialiser avec d'autres personnes qui ne sont pas ses frères et sœurs. » (Parent, 2302)</p>

« Je ne suis pas vraiment sociale, je suis 24 heures sur 24 avec mes enfants. (...) Je suis venue faire une couple de groupes ici. » (Parent, 1307)
<b><i>Accroissement de la capacité à développer des relations d'attachement saines (enfant)</i></b> « On est la police d'assurance qui pardonne. » (Bénévole)
<b><i>Accroissement des valeurs prosociales (enfant et parent)</i></b> « Valeurs sociales » (Population générale)
<b><i>Expériences de relations vécues positivement (enfant et parent)</i></b> « Il aime beaucoup son intervenant ici. » (Parent, 2302) « Des fois, je fais juste passer dire un bonjour, pas parce que j'ai besoin de quelque chose, juste pour faire le lien. Je suis toujours bien reçue. » (Parent, 2307)
<b><i>Diminution des comportements perturbateurs (enfant)</i></b> « Son tempérament il est calme, avant il faisait beaucoup de crises. Maintenant c'est très rare. » (Parent, 2302)
<b><i>Accroissement des habiletés sociales (enfant)</i></b> « On fait un travail informel sur les habiletés sociales. » (Professionnel, CPSC07)
<b>*3.6 Amélioration de l'attachement parent-enfant</b>

#### **4. Maltraitance**

<b><i>4.1 Augmentation du dévoilement (enfants et parents)</i></b> « Favorise le dévoilement » (Professionnel, CPSC02)
<b><i>4.2 Diminution des abus et de la négligence subies (enfants)</i></b> Punition corporelle : « Il faut outiller les parents ». (Professionnel, CPSC09)
<b><i>4.3 Diminution des abus subis (parents)</i></b> « Il y a des choses qui sortent ici, et pas nécessairement ailleurs, par exemple un vécu de violence conjugale. » (Professionnel, CPSC15)

#### **5. Trajectoires et dispositions – services de santé et services sociaux**

<b>5.1 Meilleur accès aux services pour les enfants et les parents</b>
<b><i>Accès facile à des ressources dans les CPSC</i></b> Le CPSC « donne un accès à des ressources alternatives, à un système D, à travers des offres de services gratuites ». (Professionnel, CPSC01)
<b><i>Accroissement de l'accès aux services des organismes et établissements partenaires</i></b> « On connaît bien le réseau, on sait exactement où sont les entrées. » (Professionnel, CPSC16)
<b><i>Traitement plus rapide des demandes de services pour les enfants en contexte de vulnérabilité</i></b>

« Les demandes d'accès, elles les font avec leur chapeau. ». « On a deux psychorééducatrices, une de CSSS et l'autre de la commission scolaire. (CPSC10)
<b>5.2 Trajectoires de services plus cohérentes en regard des besoins des enfants</b>
<i>Accroissement de la cohérence des interventions dans le parcours de services des familles</i> « C'est comme une démarche super cohérente. On peut voir clair. » (Parent, 3303)
<b>5.3 Trajectoires de services plus fluides – « filet de sécurité »</b>
<i>Accroissement de la fluidité des trajectoires de services (moins de ruptures et de périodes d'attente)</i> Prêts de services : « On met le dossier sur la pile du dessus. » (Professionnel, CPSC10)
<i>Accroissement de la continuité des services auprès des familles</i> « Nous sommes une présence à travers les vagues. » (Professionnel, CPSC02)
<i>Instauration de l'habitude d'un suivi médical de l'enfant en dehors des situations d'urgence</i> « Ce n'est pas dans leur façon de faire d'avoir des suivis des médecins, ils voient le médecin seulement quand les enfants sont vraiment malades. » (Professionnel, CPSC16)
<b>5.4 Parents et enfants plus disposés et enclins à utiliser les services</b>
<i>Accrochage et/ou raccrochage aux services traditionnels</i> « Il y en a qui finissent par cadrer. » (Professionnel, CPSC09)
<i>Accroissement de la connaissance et de la disponibilité des ressources extérieures (enfant et parent)</i> « Amélioration de l'utilisation des ressources. » (Professionnel, CPSC02)
<i>Meilleure prise de conscience des besoins de l'enfant par le parent</i> « Ils ne comprennent pas que socialement, ils ont des besoins, alors que les besoins sont là, sont criants. Tout va bien. » (Professionnel, CPSC16)
<i>Accroissement du sentiment de confiance envers les services et les institutions (enfants et parents)</i> Mauvaises expériences passées des parents et réconciliation avec « les institutions ». (Professionnel, CPSC10)
<b>5.5 Développement d'un rapport d'interdépendance entre les familles et le réseau de services</b>
<i>Diminution de la dépendance au réseau de services sociaux (parent)</i> « Parfois les femmes se soutiennent entre elles. C'est bon comme ça. On ne veut pas qu'elles dépendent de nous. ». (Professionnel, CPSC11) « C'est faire en sorte que les familles ne dépendent pas de nous, on ne veut pas devenir la bouée de sauvetage. » (Professionnel, CPSC09)
<i>Notion « d'accompagnement » omniprésente – Les familles s'appuyant sur les services sans toutefois en dépendre (lien avec l'objectif de prise de pouvoir sur sa vie)</i>

<b>5.6 Économie de frais de services – Efficience de la pédiatrie sociale en communauté</b>
<b><i>Accroissement de la rapidité à produire des effets chez les enfants et les familles (approche intégrée)</i></b> Une plus grande vitesse au niveau de l'observation des impacts. « C'est vraiment vitesse grand V ». (Professionnel, CPSC13) « On a servi de place où tout le monde s'assoit. » (CPSC07)
<b><i>Diminution du nombre de consultations en urgence dans les hôpitaux</i></b> « S'il y a une urgence, tu peux appeler l'infirmière et la voir. » (Parent, 1309) + (Comité aviseur, Équipe 1)
<b><i>Diminution du nombre de placements en milieu substitut (LP)</i></b> « On a évité le placement pour ce jeune-là. » (Professionnel, CPSC16)
<b><i>Diminution des suivis en application des mesures (LP)</i></b> « Ils ferment le dossier car on devient le filet de sécurité. » (Professionnel, CPSC06)

## 6. Trajectoires et dispositions – contexte scolaire

<b>6.1 Trajectoires scolaires des enfants marquées par davantage de réussites</b>
<b><i>Amélioration de la performance scolaire/ rendement scolaire (enfant)</i></b> « Les bulletins sont incroyables, il ramène des grosses notes. » (Parent, 1303) « Trouver des outils pour permettre aux jeunes d'avoir un meilleur rendement scolaire. » Des enfants qui sont bcp plus concentrés à l'école qu'ils l'étaient avant de passer par [nom du CPSC]. (Professionnel, CPSC18)
<b><i>Augmentation du « taux de graduation » (secondaire 5) (enfants)</i></b> (Professionnel, CPSC01)
<b><i>Passage « d'une classe spécialisée à une classe régulière » (enfant)</i></b> (Professionnel, CPSC17) « Enfant sur une voie d'évitement à la base. » (Bénévole)
<b>6.2 Meilleures dispositions des enfants aux apprentissages scolaires</b>
<b><i>Meilleures dispositions à l'apprentissage scolaire (enfant)</i></b> « des enfants prêts pour l'école, pas au niveau académique, mais au niveau de leur bien-être. (...) plus ouverts aux routines (...) en devenir académique. » (Professionnel, CPSC11)
<b><i>Amélioration des capacités langagières (enfant)</i></b> « Ça l'a aidé son langage, il est dyspraxique. » (Parent, 2303)
<b><i>Augmentation du taux d'« alphabétisation » (enfants)</i></b> (Professionnel, CPSC09)
<b><i>Mise à niveau en vue de l'entrée en maternelle ou n'importe quel autre moment de parcours scolaire de l'enfant (enfant)</i></b>

<p><i>Camps de préparation à la maternelle</i> : « Il écrit son nom, il sait il a quel âge. (...) Ça m'a aidé à faire la préparation. » (Parent, 1307)</p> <p><i>Service de tutorat</i> : (ex. Jeune en 6<sup>e</sup> année qui n'a pas compris multiplication, remise à niveau.) (Professionnel, CPSC18)</p>
<p><b>6.3 Mise en projet et engagement des enfants et des parents dans le parcours scolaire de l'enfant</b></p>
<p><b>Accroissement de la « persévérance scolaire » (enfant) (Comité aviseur, Équipe3)</b> « À l'école ça va bien. Quand il ne réussissait pas quelque chose, [il se choquait]. [Maintenant] il dit oui [pour] réessayer. » (Parent, 2303)</p>
<p><b>Augmentation du taux de poursuite dans des études post-secondaires (enfants)</b> Ex. Adolescente mentionne qu'elle compte poursuivre ses études au Cégep (1203)</p>
<p><b>Diminution du décrochage scolaire (enfants)</b> « On essaie de les raccrocher à l'école, de leur donner le goût à l'école » (Professionnel, CPSC18)</p>
<p><b>Diminution de l'absentéisme scolaire (enfant)</b> « Absence et retards à l'école. » (Professionnel, CPSC16)</p>
<p><b>Meilleure perception de l'école et du monde scolaire (enfant et parent)</b> Ex. Des parents qui ont trouvé leur parcours scolaire difficile et qui ont peu d'attentes par rapport à leurs enfants. (Professionnel, CPSC09)</p>
<p><b>Médiation entre l'enfant/le parent et l'institution scolaire</b> « Il y a parfois des tensions entre l'école et la famille. On tempère les parents. Il faut réexpliquer aux enfants et aux parents comment ça marche ici. » (Professionnel, CPSC16)</p>
<p><b>6.4 Services en contexte scolaire mieux adaptés aux besoins des enfants</b></p> <p>« À l'école, dès qu'on va aborder difficultés de langage, d'apprentissage. « Est-ce que vous pouvez donner de la médication? » [La collaboration devient plus difficile] dès qu'on confronte : « Qu'est-ce que vous avez mis en place? » La réalité des écoles n'est pas évidente. » (Professionnel, CPSC12)</p>

## ***7. Trajectoires et dispositions – insertion socio-professionnelle***

<p><b>7.1 Trajectoires professionnelles marquées par davantage de réussites</b></p> <p><b><i>Accroissement du taux d'insertion en emploi (parents)</i></b> « Je suis en recherche d'emploi, les emplois me refusent parce que j'ai des jeunes enfants, (...) je vais en parler au Dr X. Je pourrais dire que ça va pas, il va m'aider. » (Parent, 1307)</p>
<p><b>7.2 Meilleures dispositions des enfants et des parents à l'insertion éventuelle en emploi</b></p> <p><b><i>« Accroissement de l'employabilité » (enfants recevant ou ayant reçu des services en pédiatrie sociale en communauté et parents)</i></b> (Professionnel, CPSC01)</p>
<p><b><i>Augmentation du taux d'alphabétisation (parents)</i></b></p>

<p>Groupe d'alphabétisation pour les parents : on nous parle d'un impact perçu sur les enfants aussi. (Professionnel, CPSC09)</p>
<p><i>« Diminution de l'absentéisme au travail » (parent)</i> (Comité aviseur, Équipe2)</p>
<p><b>7.3 Mise en projet et engagement des enfants et des parents en vue d'une insertion éventuelle en emploi</b></p>
<p><i>Accroissement du taux de reprise des études après un décrochage scolaire</i>  « Il y a 20 ans, j'ai fait un retour aux études. J'étais fâchée, j'y ai été pour « faire plaisir » à Dr X, et Dr X est venu à sa graduation. J'ai pleuré comme un vrai bébé. J'ai fait beaucoup d'efforts. » (Parent, 2307)</p>

## **8. Réalisation de soi et épanouissement personnel**

<p><b>8.1 Élargissement du champ des possibles pour les enfants et les parents</b></p>
<p><i>Accroissement de l'espoir (enfant et parent)</i>  « Ils donnent à tes enfants une chance de rêver. » (Parent, 1304)  « J'ai espoir. » (Parent, 3310)</p>
<p><i>Accroissement de la capacité à se projeter dans l'avenir (enfant et parent)</i>  « L'élargissement des possibles. » (Population générale)</p>
<p><i>Plus grande ouverture au monde (à autre chose) (enfant)</i>  Parler des voyages, l'ouverture au monde c'est ça aussi. C'est beau. Je n'osais pas en parler. Finalement ils aiment ça et posent des questions. C'est possible si tu veux. (Bénévole)</p>
<p><b>8.2 Accroissement du pouvoir d'agir et de choisir des enfants et des parents</b></p>
<p><i>Accroissement de la capacité à défendre ses droits (enfant et parent)</i>  « La capacité de défendre ses droits », tant pour les parents que les enfants. (Professionnel, CPSC01)</p>
<p><i>Accroissement de la liberté de choix (enfant et parent)</i>  « Liberté de choix : carrière, famille » (Comité aviseur, Équipe1)</p>
<p><i>Diminution des grossesses non-désirées (enfants recevant ou ayant reçu des services en pédiatrie sociale en communauté, parents)</i>  « Beaucoup de grossesses non-désirées chez les parents qui fréquentent le CPSC. La grossesse n'est pas toujours un choix conscient indépendamment de l'âge de la mère. » (Professionnel, CPSC01)</p>
<p><i>Augmentation du pouvoir d'agir (enfant et parent)</i>  L'accroissement du sentiment de « pouvoir d'agir ». (Professionnel, CPSC05)</p>

<p><b>Augmentation du sentiment de contrôle sur ses émotions et comportements (enfant)</b> « je peux contrôler mon stress. » (13-17 ans, 2201)</p>
<p><b>Accroissement de la maturité (enfant)</b> « Oui, des changements dans la vie quotidienne, en lien avec la maturité. » (Parent, 1302)</p>
<p><b>« Connaissance de ses droits et devoirs » (enfant et parent)</b> (Comité aviseur, Équipe1)</p>
<p><b>Mise en projet (enfant et parent)</b> « Elle a déjà choisi sa carrière » (Parent, 1304) « Oui, c'est sûr que quelqu'un comme moi, j'ai des douleurs chroniques. Je sais que la fin de semaine je vais venir ici, ça me donne envie [une motivation]. » (Parent, 3303)</p>
<p><b>8.3 Consolidation d'une identité personnelle et sociale positive (parents et enfants)</b></p>
<p><b>Développement d'une identité personnelle positive (enfant et parent)</b> Développement d'une identité sociale positive : « T'es quoi ? Je suis violoniste. » (Professionnel, CPSC18) Le « sentiment d'identité positive » (Professionnel, CPSC01)</p>
<p><b>Accroissement du sentiment de « normalité » (enfant et parent)</b> “[Dr. X] said don't worry he is normal. I'm happy. Every time I am worried, I have problem, I come. He [Dr. X] helps me, I'm happy.” (Parent, 3311)</p>

## 9. Iniquités sociales

<p><b>9.1 Accroissement de l'inclusion/intégration sociale des enfants et des parents</b></p>
<p><b>Accroissement de l'inclusion sociale (enfant et parent)</b> « On va au-delà du jugement. Les familles vont s'exclure. Nous on veut les réinclure. » (Professionnel, CPSC05)</p>
<p><b>Diminution de l'étiquetage social (enfants et parents)</b> « Diminuer les stéréotypes, le jugement, la stigmatisation. » (Professionnel, CPSC02)</p>
<p><b>Accroissement du sentiment de « responsabilité collective » face aux enfants (Professionnel, CPSC09)</b> Importance de tendre vers un « partage de la responsabilité » sociale du respect des droits des enfants (Professionnel (CPSC08)</p>
<p><b>Diminution du jugement social (envers enfant et parent)</b> « Retirer l'énergie qui est mise dans le jugement pour la mettre dans l'action. » (Professionnel, CPSC08)</p>
<p><b>Meilleure intégration des nouveaux arrivants (enfant et parent)</b> « Leur prouver qu'il y a une terre d'accueil qui veut s'occuper d'eux autres. » (Bénévole)</p>
<p><b>Diminution de la précarité financière des familles</b> Diminution de « l'endettement » (Comité aviseur)</p>

<b>9.2 Bris du cycle de la vulnérabilité (perspective intergénérationnelle)</b>
<b><i>Sorties de trajectoires intergénérationnelles de pauvreté</i></b> « Se sortir de la très grande pauvreté ». Notion de cycle qui est brisé. (Professionnel, CPSC01)
<b><i>Diminution de la reproduction des problématiques sociales</i></b> « Il faut briser le cycle de vulnérabilité et violence. On commence à voir l'autre génération.» (Bénévole)

## **10. Impacts communautaires (dans le quartier)**

<b>10.1 Enfants et parents davantage impliqués et engagés socialement</b>
<b><i>Accroissement de l'implication dans la communauté (enfant)</i></b> « À la fin de l'année on donne un trophée à quelqu'un dans la communauté qu'on reconnaît, qui a mis en valeur les droits des enfants. » « C'est les enfants qui décident. » (Professionnel, CPSC10)
<b><i>Accroissement de l'implication dans la communauté (parent)</i></b> Incitation des parents à s'impliquer, particulièrement les parents des enfants non suivis en clinique de pédiatrie sociale en communauté : « Qu'est-ce que vous pouvez rendre? Comment vous pouvez-vous vous impliquer et qu'est-ce que vous pouvez apporter? » (Professionnel, CPSC18) « Augmentation de la participation communautaire et sociale (bénévolat, référence entre eux) » (CPSC02)
<b>10.2 Résilience des communautés (facteurs de protection au plan communautaire)</b>
<b><i>Accroissement de la résilience des communautés</i></b> « Communautés résilientes » (Comité aviseur, Équipe3)
<b><i>Accroissement du nombre de lieux et milieux favorables au développement de l'enfant dans la communauté</i></b> « Le développement de milieux de vie qui répondent au plus grand nombre d'enfants possible. ». (Professionnel, CPSC08)
<b><i>Diminution de l'oisiveté des jeunes</i></b> (« moins d'enfants qui traînent dans les rues ») (Comité aviseur, Équipe3)
<b><i>Accroissement du sentiment de « village » dans la communauté</i></b> « Un quartier connecté qui se parle. Ça fait tomber des barrières. » (Professionnel, CPSC14) « Le bénévole à l'entrée, quand je pars, par exemple, je vais lui dire « gros ménage à faire » et il me répond « ah oui! ». Il y a une chimie entre les gens. Quand maintenant on se croise sur la rue on se dit bonjour – avant non. C'est comme une famille » (Parent, 2307)
<b><i>Augmentation de la participation économique dans la société (enfants ayant été suivis en pédiatrie sociale en communauté)</i></b> (Comité aviseur)

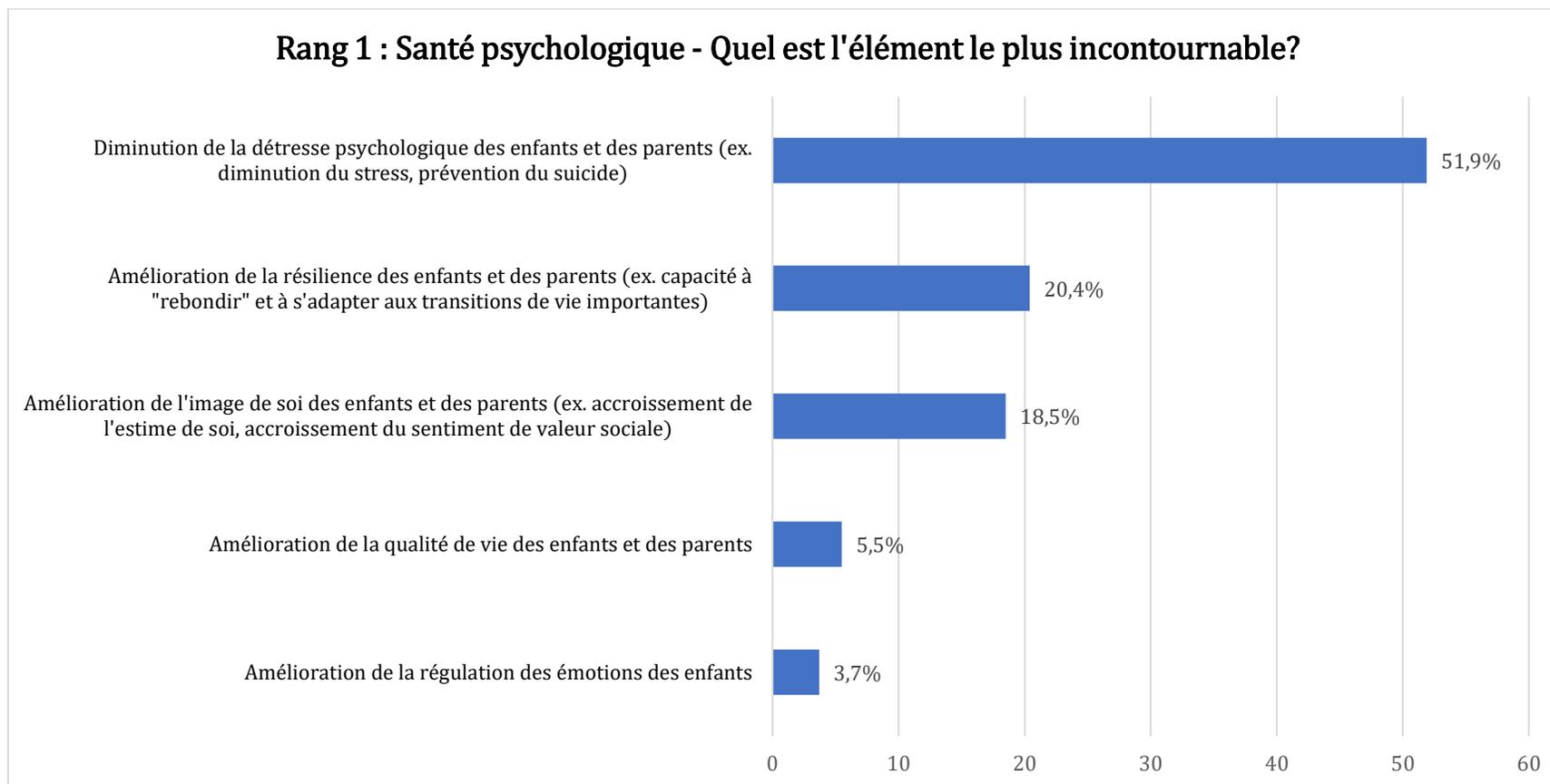
<b>10.3 Communautés plus sécuritaires</b>
<b><i>Diminution de la présence et de l'appartenance gangs de rue (enfants)</i></b> « Moins incident de gang dans les parcs, les parents sont plus à l'aise. » (Professionnel, CPSC14)
<b><i>Diminution de la prostitution</i></b> (Comité aviseur, Équipe1)
<b><i>Diminution des cas de vandalisme</i></b> (Comité aviseur, Équipe1)
<b><i>Diminution du taux de criminalité</i></b> (Comité aviseur, Équipe 3)
<b><i>Prévention de la radicalisation dans les communautés multiculturelles</i></b> « On leur permet une forme d'intégration. Ça se mesure en radicalisation possible. » (Bénévole)

## **11. Impacts sur les pratiques et le réseau de services**

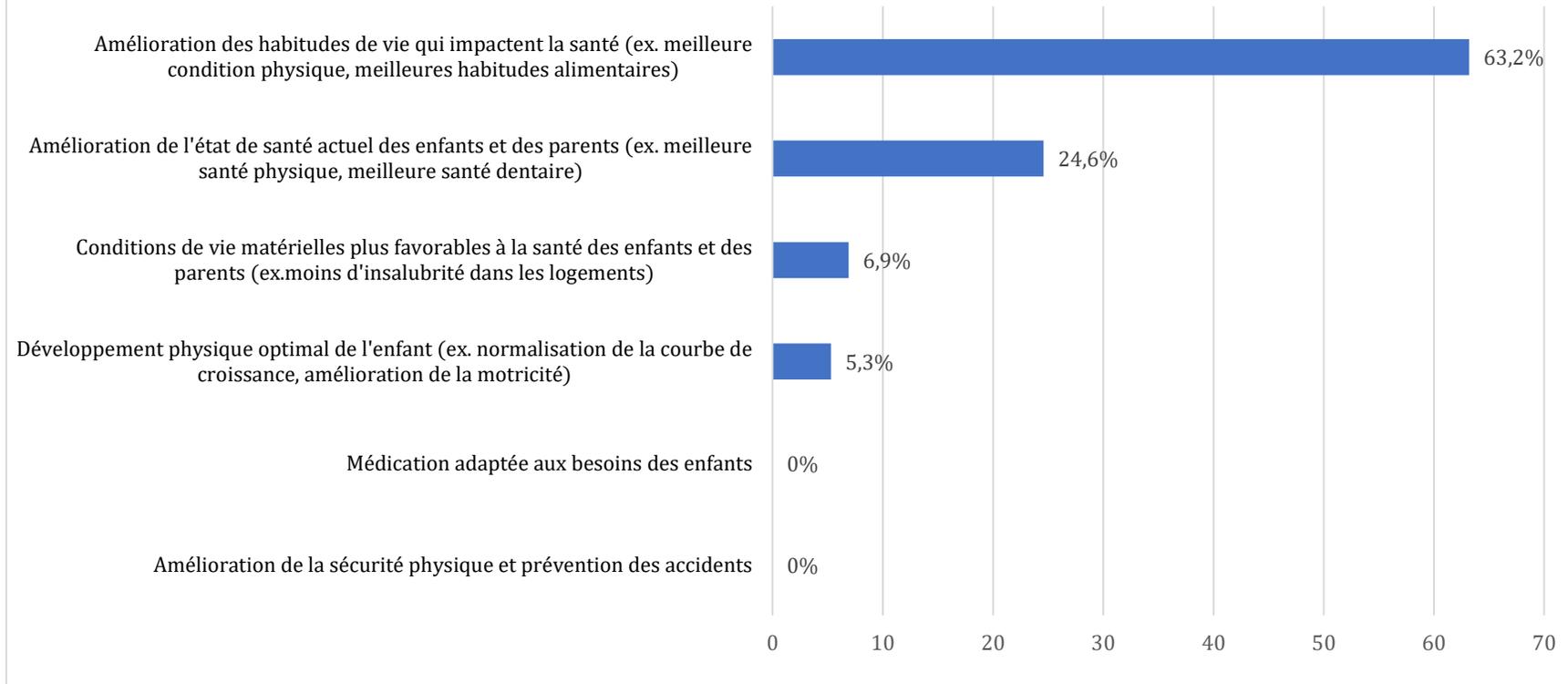
<b>11.1 Plus grande concertation des organismes et établissements prestataires de services</b>
<b><i>Augmentation de la concertation</i></b>  Ex. Développement d'un langage partagé entre les intervenants de la communauté et formations en approches systémique et narrative comme base commune au niveau de la lecture des situations familiales. (Professionnel, CPSC17)  « On est assis sur des tables de concertation. » « On propage l'approche. » (Professionnel, CPSC05)
<b><i>Augmentation de la collaboration</i></b>  Ex. Prêts de services – Programmes réalisés conjointement (ex. une partie de l'offre de service du CPSC se déroule ailleurs qu'au centre (prêts de locaux par exemple) – Avocats Pro Bono
<b><i>Augmentation des partenariats</i></b> Ex. Partenariat entre l'organisme La Relance et le CPSC centre-sud « Un corridor de services est même présenté comme un corridor « physique », plus précisément avec l'organisme La Relance, basé dans le même édifice. » (Professionnel, CPSC01)
<b>11.2 Avancées en vue de l'universalisation d'un nouveau paradigme d'intervention fondé sur le respect des droits fondamentaux des enfants</b>
<b><i>La pédiatrie sociale en communauté influence les pratiques des autres organismes et établissements du réseau : « Révision des services » dans les organismes et établissements partenaires</i></b> (Comité aviseur, Équipe3)

<p><b><i>Davantage d'écoute et de consultation des enfants et des parents dans les décisions qui les concernent - Diminution des rapports inégalitaires parents-intervenants</i></b></p> <p>« Le réseau se prend pour l'expert. Qu'est-ce que l'enfant en pense » (Professionnel, CPSC05)          Perspective du parent fautif à contrer. « Nouvel angle de vue. » (Professionnel, CPSC05)</p>
<p><b><i>Défense du droit de l'enfant à recevoir des services appropriés à ses besoins :</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mise en lumière et reconnaissance plus grande des difficultés d'accès aux services des familles en contexte de vulnérabilité.</b>            « Faire connaître les besoins, conscientiser et rendre plus sympathique les autres systèmes. » (CPSC02)</li> <li>- <b>Diminution de la médication lorsque non nécessaire</b>            « Éviter la médication excessive et non utile » (Comité aviseur, Équipe1)</li> <li>- <b>S'assurer que l'enfant reçoit les services auxquels il a droit</b>            « S'assurer que les droits des enfants sont respectés, est-ce que les enfants les ont vraiment les services [en contexte scolaire]? (ex. un ordinateur). » (Professionnel, CPSC14)</li> </ul>
<p><b>11.3 Réseau de services globalement plus résilient et plus fonctionnel, se traduisant par une meilleure qualité de services aux familles</b></p>
<p><b>Diminution de l'épuisement professionnel des intervenants du réseau qui participent aux processus de la pédiatrie sociale en communauté</b></p> <p>« On ouvre à la famille, on ne fait pas ça dans le dos de la famille. On fait ça en équipe. On se sent moins en détresse, parce que j'ai des places constantes où je peux me déposer. L'impact va être direct sur la famille après coup. (...) On gère le risque en équipe. L'impact de ça sur nos familles, c'est qu'elles ont un lien d'appartenance [au CPSC] et non aux intervenants individuels. » (Professionnel, CPSC18)</p>
<p><b>Diminution de l'engorgement dans d'autres services offerts par les partenaires</b></p> <p>« Il y a très peu de services en place et tout le monde peine à répondre à la demande. Les partenariats sont faciles ». (Professionnel, CPSC11)</p>

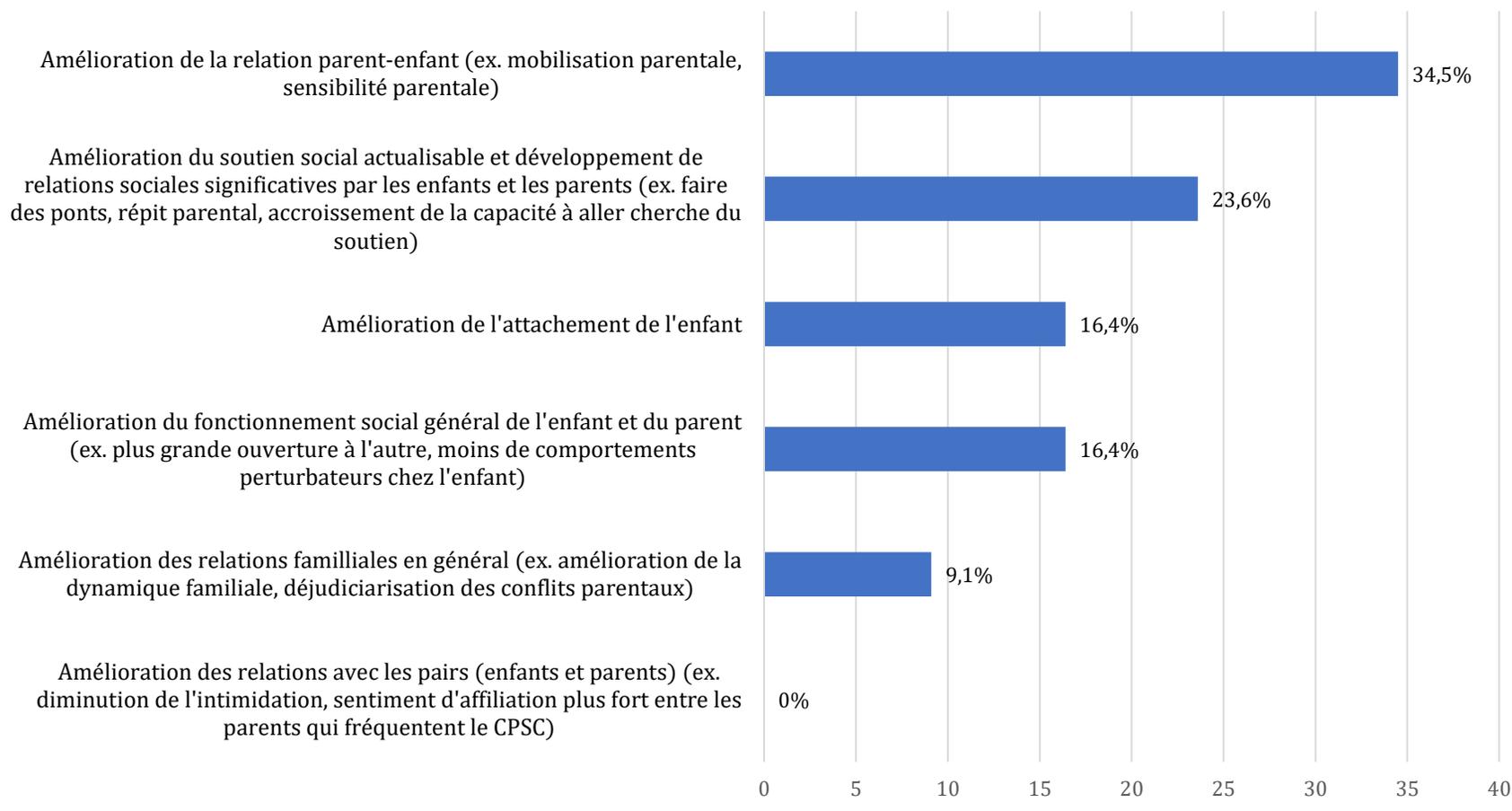
## J) Tableaux de résultats de l'activité de consultation supplémentaire – ventilation par catégories d'impacts.



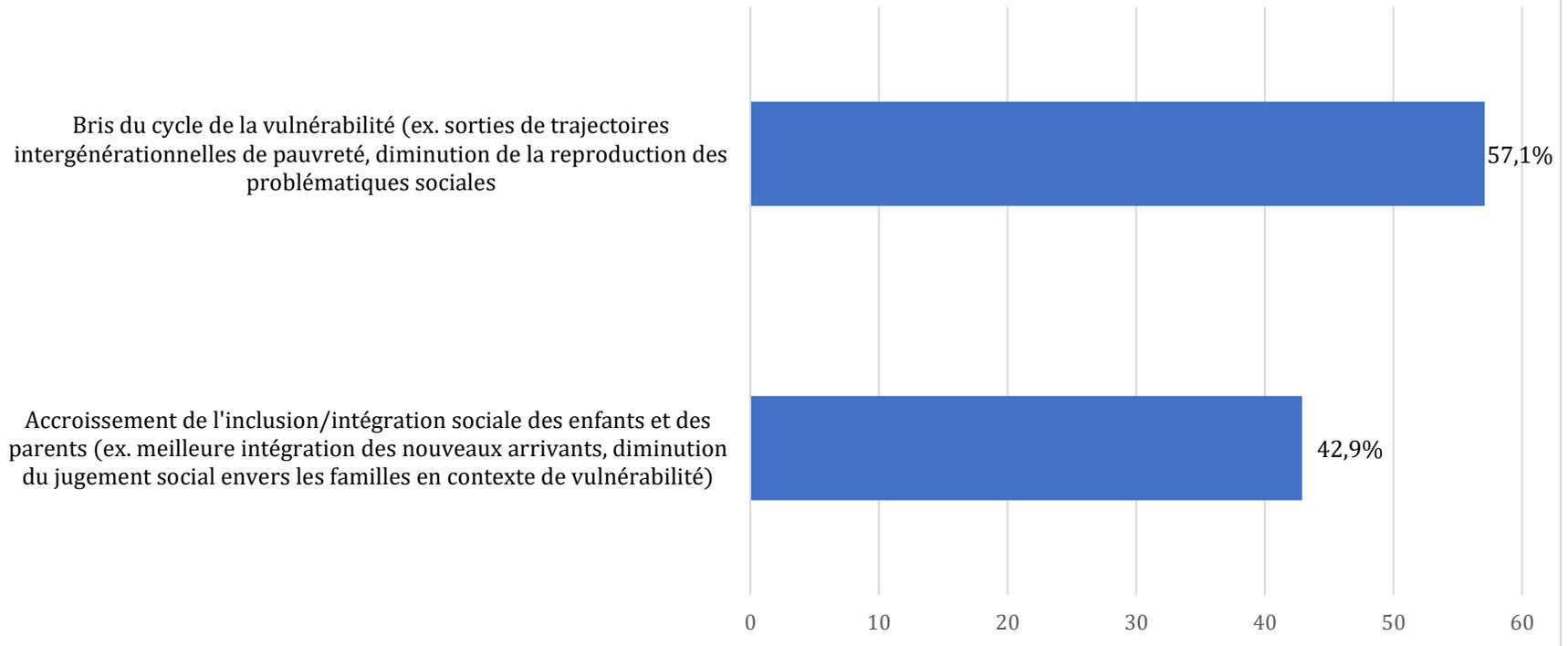
## Rang 2 : Santé physique - Quel est l'élément le plus incontournable?



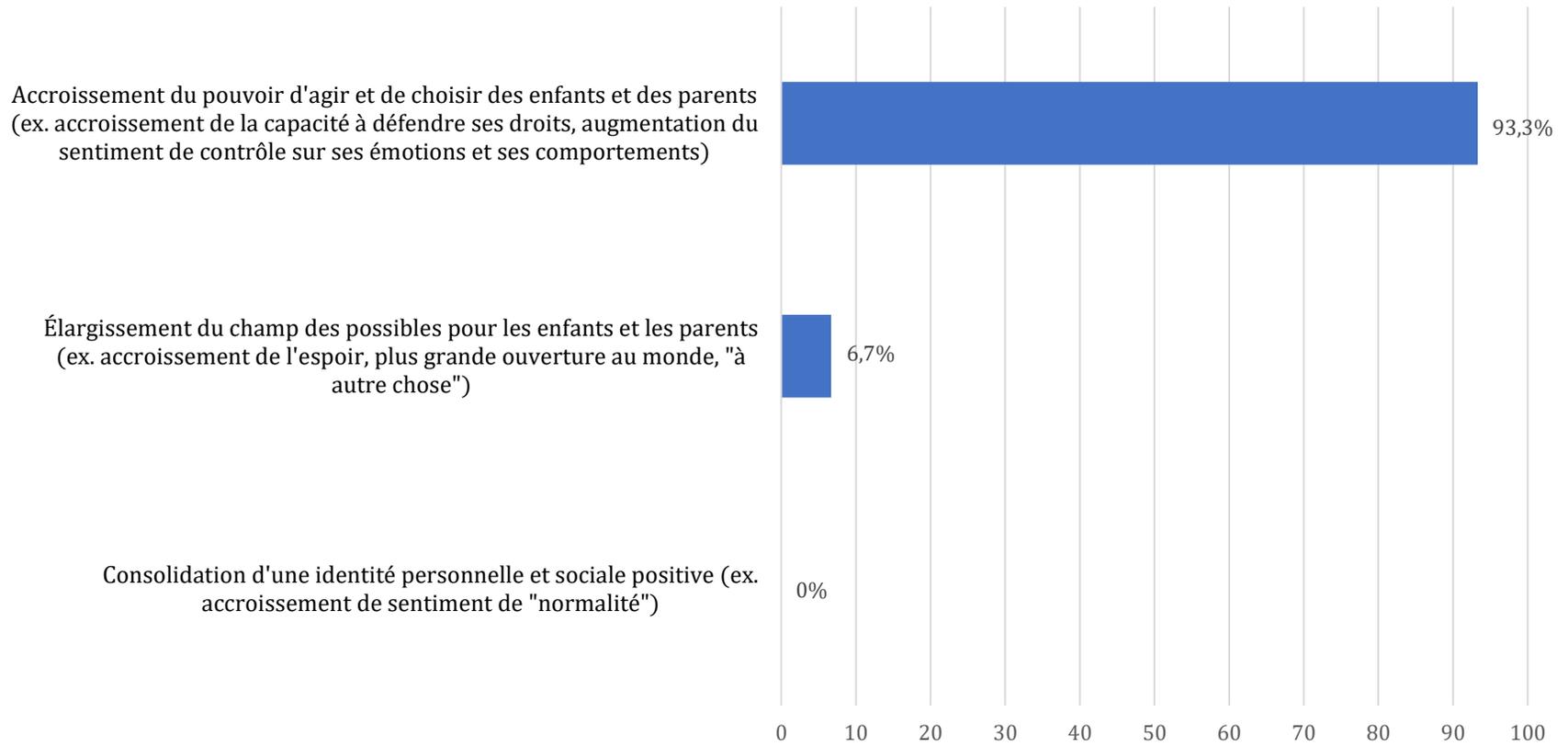
### Rang 4 : Relations et dispositions interpersonnelles



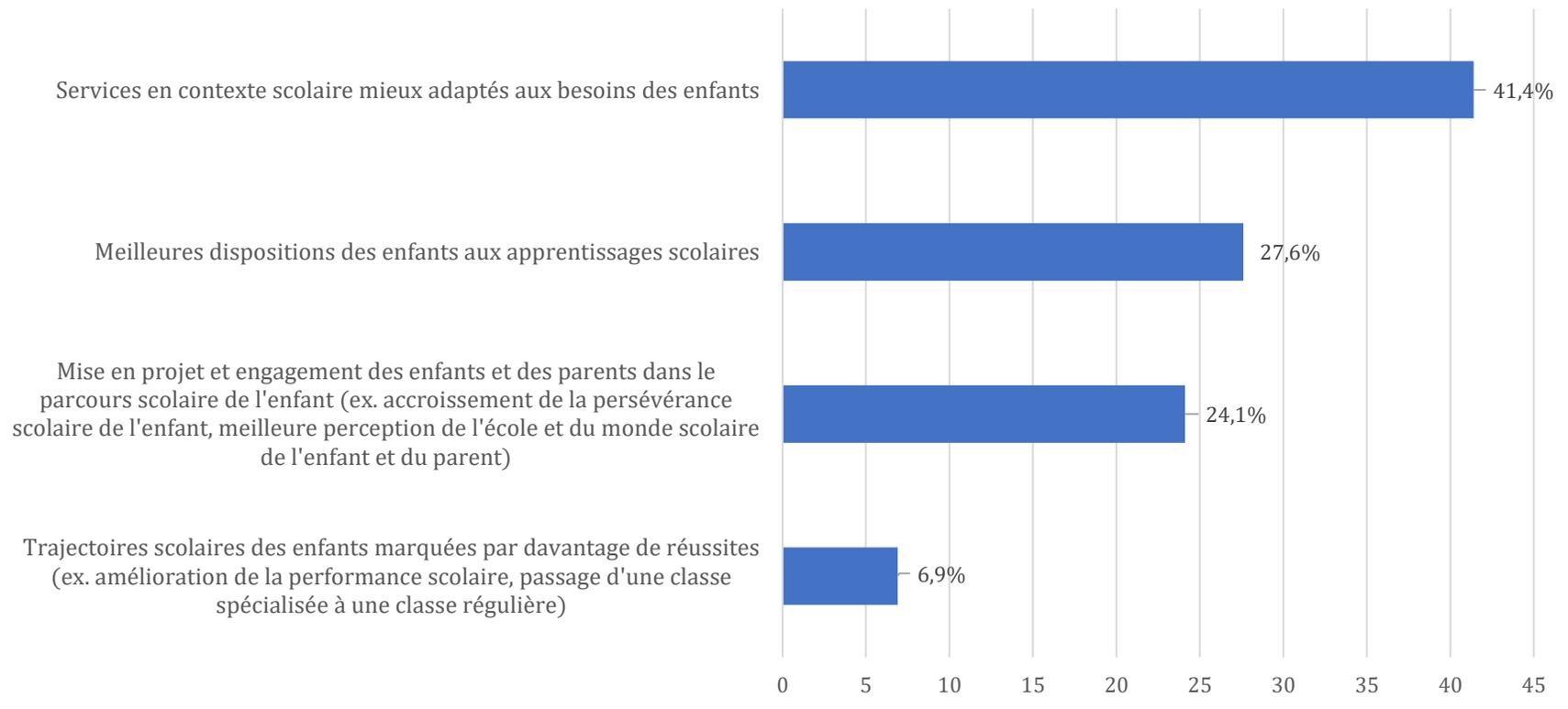
### Rang 5 : Iniquités sociales



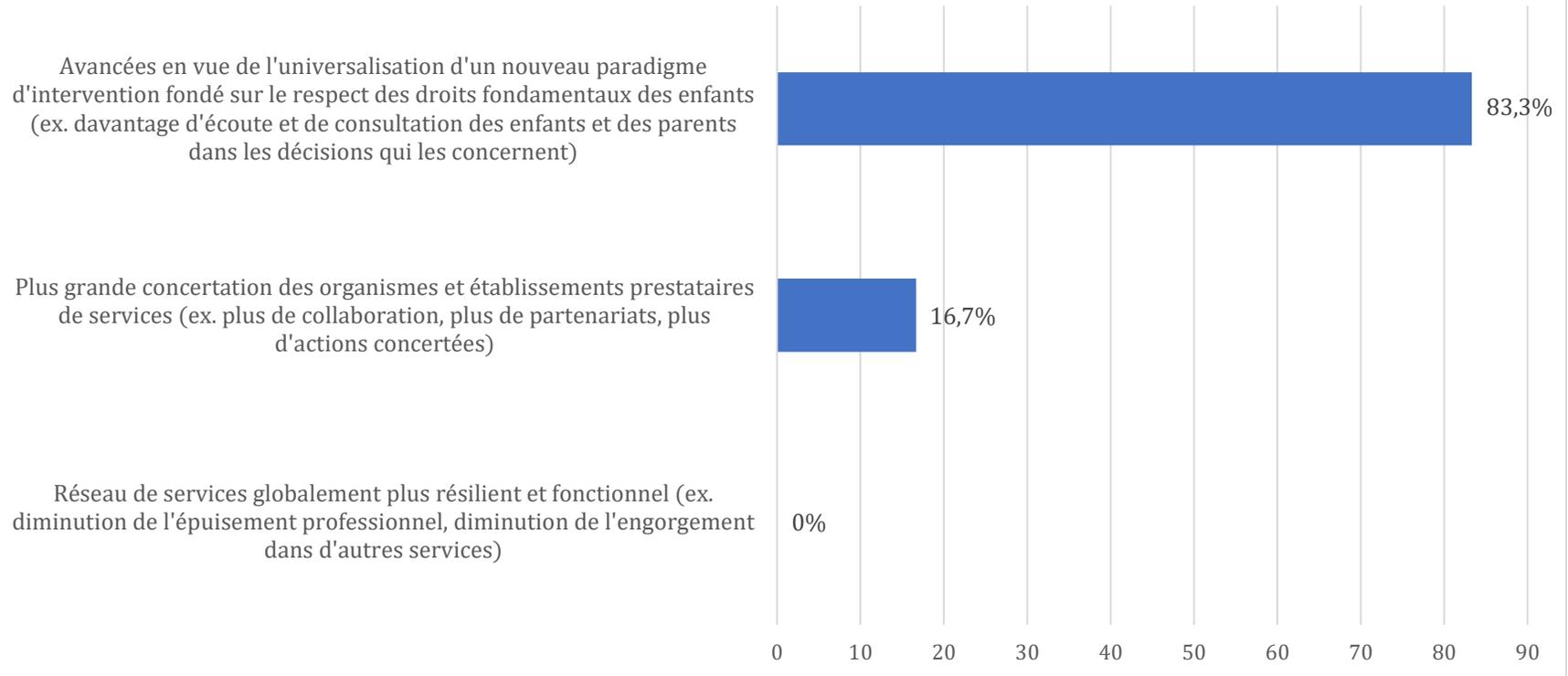
## Rang 6 : Réalisation de soi et épanouissement personnel



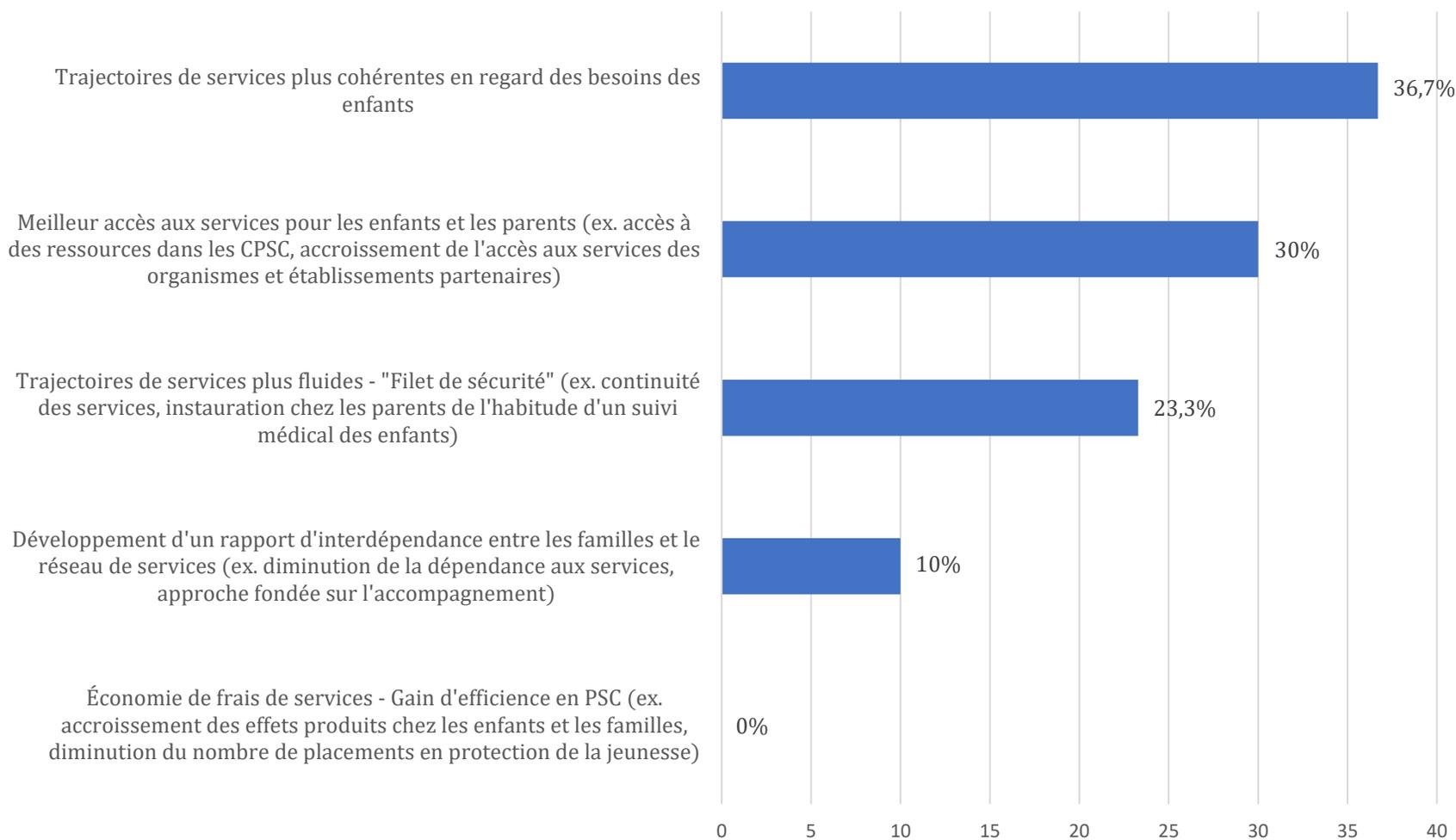
### Rang 7 : Trajectoires et dispositions - milieu scolaire



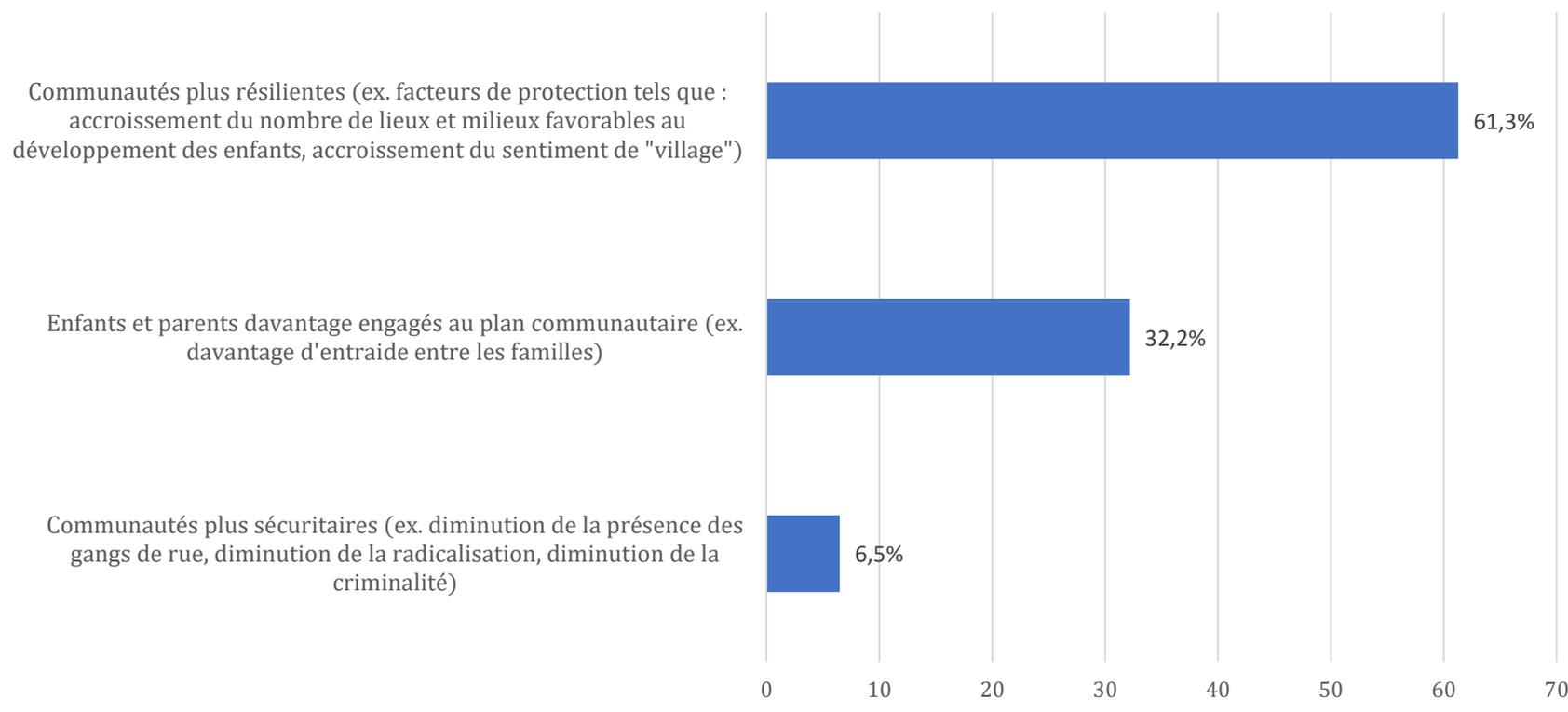
### Rang 8 : Impacts sur les pratiques et le réseau de services



### Rang 9 : Trajectoires et dispositions - services de santé et sociaux



### Rang 10 : Impacts communautaires (dans le quartier)



### Rang 11 : Trajectoires et dispositions - insertion socioprofessionnelle

