

# Évaluation des besoins de formation des pédiatres de la pédiatrie sociale en communauté

Par

**Marie-Eve Turcotte**, coordonnatrice scientifique, Institut de pédiatrie sociale en communauté  
**Raoudha Fatiha Hadji**, étudiante en médecine à l'Université de Montréal et stagiaire de recherche attirée

En collaboration avec **Dre Anne-Marie Bureau** du CPSC de Gatineau et **Dre Gaëlle Vekemans** du CPSC  
Au cœur des Laurentides

Mai 2025

# Table des matières

<b>1. Mise en contexte</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Méthodologie</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Résultats des consultations</b> .....	<b>7</b>
3.1 Résultats des entretiens qualitatifs réalisés avec les expertes de contenu.....	7
3.1.1 Développer l’offre de formation pour mieux répondre aux besoins.....	7
3.1.3 L’écart à combler dans l’offre de formation actuelle de l’IPSC.....	15
3.1.4 Des questionnements additionnels.....	17
3.2 Résultats du sondage en ligne.....	18
3.2.1 Formations suivies par les pédiatres.....	18
3.2.2 Préférences relatives aux modalités de formation.....	21
3.2.3 Besoins spécifiques des enfants vus en PSC et adaptations conséquentes de la pratique.....	23
3.2.4 Intérêt pour les thématiques de formation proposées.....	25
<b>4. Recommandations pour le développement du programme de formation</b> .....	<b>27</b>
<b>5. Conclusion</b> .....	<b>29</b>
<b>Références</b> .....	<b>31</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>32</b>
ANNEXE I – GUIDE D’ENTRETIEN.....	32
ANNEXE II – SONDAGE EN LIGNE.....	34
ANNEXE III – ANALYSE COMPARATIVE DES PRÉFÉRENCES RELATIVES AUX MODALITÉS DE FORMATION DES MÉDECINS DE FAMILLE ET DES PÉDIATRES.....	41
i. Mise en contexte.....	41
ii. Portrait comparatif des participant-es.....	41
iii. Préférences relatives aux modalités de formation.....	42

# 1. Mise en contexte

La pédiatrie sociale en communauté (PSC) est un modèle de médecine sociale intégré qui allie les forces de la médecine, des sciences sociales et du droit (Fondation Dr Julien, 2013). Elle vise des enfants vulnérabilisés par leur contexte de vie et composant avec des stress toxiques susceptibles d'impacter significativement leur santé et leur développement. Elle se déploie dans plus de 43 centres au Québec, qui rejoignent environ 11 000 enfants par année (Fondation Dr Julien, 2022). Le terme pédiatrie sociale englobe différentes initiatives qui s'inscrivent dans une approche de santé globale, holistique, collaborative et multidisciplinaire (Ford-Jones et al., 2008; Maynard et al., 2019). La PSC telle qu'implantée au Québec a été décrite comme une approche transdisciplinaire qui vise un accompagnement individualisé et personnalisé des enfants dans le respect de leurs droits fondamentaux (Turcotte et al., 2023). Le modèle de la PSC implique notamment de dépasser la prise en compte des symptômes des personnes pour porter un regard compréhensif sur les causes profondes des difficultés observées (Julien, 2004, 2018). À cet égard, le travail du·de la médecin en PSC dépasse le traitement des symptômes et vise à offrir une réponse adéquate et adaptée aux besoins non-comblés qui impactent la santé et le développement des enfants au long cours.

L'Institut de pédiatrie sociale en communauté (IPSC) de la Fondation Dr Julien a pour vocation le développement de la recherche et de la formation continue en PSC. Il vise notamment à capter et codifier les connaissances développées dans les centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC), à formaliser les pratiques en conséquence et à les propager via la formation continue professionnelle, universitaire et communautaire. Ainsi, l'IPSC contribue à bâtir une communauté de pratique vivante et en constante évolution (Institut de pédiatrie sociale en communauté, 2024). L'offre de formation aux membres des équipes des CPSC est très variée, couvrant de multiples thématiques telles que le stress

toxique, le TDAH et troubles de comportement, ainsi que les troubles anxieux. Toutefois, il n'existe pas à ce stade de curriculum de formation s'adressant spécifiquement aux médecins œuvrant en PSC. L'IPSC souhaitant se projeter dans le développement d'un tel curriculum, il s'est engagé dans deux processus d'évaluation des besoins. Le premier a eu lieu auprès des médecins de famille à l'hiver 2024. Le second a été réalisé auprès des pédiatres à l'automne 2024 et fait l'objet de ce rapport. L'objectif général est donc ici d'évaluer les besoins de formation des pédiatres dans l'optique de planifier le déploiement d'un curriculum de formation en médecine de la PSC.

## 2. Méthodologie

Ce rapport décrit une analyse des besoins de formation. Il s'agit d'une démarche méthodologique permettant de mettre en évidence les compétences théoriques et pratiques pertinentes, afin d'objectiver concrètement la manière dont il est possible d'améliorer les activités de formation offertes (Brahimi et al., 2012). Pour mener à bien la démarche en concordance avec les principes de la recherche à l'IPSC (Institut de pédiatrie sociale en communauté, 2024), nous avons adopté une approche participative. Ainsi, nous nous appuyons sur le concept d'intervenant-e-chercheur-euse (Renaud, 2020) pour engager la participation active d'une médecin de famille et d'une pédiatre de la PSC à différentes étapes de l'analyse des besoins, plus précisément la planification de la collecte de données, la participation aux consultations réalisées et la co-analyse des données. Dans le cadre de ce projet, elles ont occupé un double-rôle, soit un rôle de co-évaluatrices et un rôle de participantes à l'analyse de besoins. Pour la suite du rapport, nous référerons à elles sous l'appellation « *expertes de contenu* ». En ce qui concerne leur profil professionnel, l'une d'entre elles est médecin de famille et pratique en PSC depuis plus de 15 ans, alors que l'autre est pédiatre et pratique en PSC depuis environ 10 ans. Les deux expertes de contenu ont cumulé des expériences professionnelles diversifiées pertinentes à la PSC en cours de

carrière (p.ex. pratique auprès de populations en situation de vulnérabilité, pratique en milieu communautaire, pratique en contexte migratoire). Elles ont aussi été mobilisées par l'IPSC dans la planification et/ou le déploiement de formations professionnelles continues destinées aux équipes de CPSC. Les expertes de contenu sont également impliquées dans la supervision de futur-es médecins et pédiatres dans le cadre de stages réalisés en PSC et sont donc en mesure d'observer avec quel bagage de connaissances ces étudiant-es entament une première exposition pratique à la PSC, ainsi que les manques à gagner au sortir d'une formation en médecine ou en pédiatrie.

Au printemps 2024, deux entretiens qualitatifs semi-dirigés individuels d'une durée approximative d'une heure ont été réalisés avec chaque experte de contenu par la stagiaire attitrée à ce projet, moyennant l'obtention préalable de leur consentement libre et éclairé. L'objectif de la démarche était qu'elles puissent offrir leurs perspectives sur le développement d'un sondage en ligne destiné aux pédiatres des CPSC. Les entretiens abordaient le parcours professionnel des participantes, les savoirs et savoir-être essentiels à maîtriser en PSC en tant que médecin et/ou pédiatre et l'adéquation du programme de formation actuellement offert par l'IPSC pour y répondre. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits puis analysés par la coordonnatrice scientifique afin d'en faire émerger les principaux constats. Les entretiens qualitatifs ont servi de base pour l'élaboration d'une proposition de départ du questionnaire d'évaluation des besoins de formation des pédiatres de la PSC, qui allait être ensuite présentée pour révision aux expertes de contenu. Cette façon de procéder, soit par cycles de rétroaction qui ont mobilisé périodiquement les expertes de contenu, la stagiaire et la coordonnatrice scientifique, est une méthode empruntée à la recherche-action participative (Roy & Prévost, 2013). Les expertes de contenu ont donc été rencontrées une première fois par la stagiaire et la coordonnatrice scientifique afin de réviser ensemble le questionnaire et d'y apporter les modifications requises. La version finale du questionnaire a ensuite été transposée sous forme de sondage

en ligne et acheminée aux pédiatres du réseau québécois des CPSC par l'intermédiaire de l'IPSC à l'été 2024. Disponible en annexe, ce sondage comprend cinq sections, soit le profil d'apprenant·e du·de la pédiatre, les formations continues qui ont déjà été suivies, les préférences en matière de formation, des aspects particuliers de la pratique médicale en PSC qui pourraient faire l'objet de formations éventuelles et une proposition de différentes thématiques de formation pour lesquelles l'intérêt des participant·es a été sondé. La stagiaire et la coordonnatrice scientifique ont réalisé le traitement et l'analyse des résultats du sondage en ligne au moyen du logiciel Excel. Les expertes de contenu ont ensuite été rencontrées à nouveau, cette fois en présence non seulement de l'équipe de recherche mais également de la directrice de l'IPSC et d'une conceptrice pédagogique, dans la perspective d'élaborer des recommandations pour la planification stratégique du curriculum de formation destiné aux pédiatres.

Au total, 11 pédiatres ont participé au sondage en ligne. Ils-elles ont, de façon générale, cumulé beaucoup d'expérience en pédiatrie préalablement à leur arrivée en PSC. La moyenne du temps passé depuis l'année de diplomation en pédiatrie est de 20,8 ans et 50% d'entre eux-elles sont diplômé·es depuis plus de 20 ans. Considérant la croissance rapide du réseau, ils-elles ont aussi une bonne expérience en PSC. Le nombre moyen d'années de pratique en PSC se situe à 7,2 ans, pour une étendue comprise entre 2 et 13 ans. La moyenne du temps de pratique consacré à la PSC est de 8,7 heures par semaine. La plupart des pédiatres ayant complété le sondage (n=5) pratiquent un peu plus d'une journée en PSC par semaine sans toutefois atteindre 2 journées complètes. Le nombre maximal d'heures pratiquées en PSC par semaine est de 15h, considérant la limite ministérielle de 2 jours par semaine. Les pédiatres proviennent majoritairement de CPSC en milieu urbain (n=9), si l'on se fie à la catégorisation des zones de découpages de l'Institut national de la santé publique du Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2024).

## 3. Résultats des consultations

### 3.1 Résultats des entretiens qualitatifs réalisés avec les expertes de contenu

Concernant les manques à combler en matière de formation médicale, les expertes de contenu s'entendent à l'effet que les médecins et pédiatres qui débutent leur pratique de PSC auraient avantage à être mieux outillé·es pour rencontrer les exigences de la pratique en contexte de vulnérabilité. En termes d'innovations médicales qui pourraient être portées par la PSC, elles se positionnent en faveur du développement d'une médecine des traumatismes et de la vulnérabilité.

*« Les médecins, on pourrait être mieux outillés. C'est sûr que je vois des avancées importantes en médecine, en pédiatrie, en psychiatrie, en pédopsychiatrie. Puis je pense qu'au Québec, on a une médecine des traumatismes à développer avec ces enfants. » (EC2)*

#### 3.1.1 Développer l'offre de formation pour mieux répondre aux besoins

Les expertes de contenu (EC1 et EC2) témoignent à l'effet qu'au moment où elles ont terminé leurs études en médecine et en pédiatrie, la PSC était une pratique encore méconnue dans les facultés de médecine.

*« Je pense que je n'ai même pas entendu le terme pédiatrie sociale durant ma résidence. C'était pas du tout un stage en option. En tout cas, on ne me l'a pas proposé (...). » (EC1)*

Elles soulignent que la PSC se distingue grandement de la pratique médicale traditionnelle, à commencer par les « *grands besoins* » des enfants et des familles rejoints, qui sont différents de ceux observés dans la population générale.

*« Ce sont des problèmes complètement différents que je n'ai pas tant rencontrés durant ma résidence. » (EC1)*

*« (...) des enfants qui ont des grands besoins, avec des connaissances de médecine traditionnelle, surtout à l'époque où moi j'ai été diplômée, qui ne me permettaient pas de comprendre puis de soigner bien ces enfants-là, puis leur famille. » (EC2)*

La vulnérabilité est évoquée en tant que caractéristique commune des enfants et familles vus en PSC, principalement sous l'angle des expériences de vie adverses et du trauma complexe. Les expertes de contenu expliquent que ces réalités imposent de redéfinir la posture traditionnelle en médecine et en pédiatrie, pour arriver à traiter autrement les enfants.

*« Je te parle de TDAH, ben c'est sûr que (...) tu vas sortir [de l'université], tu vas être bonne, bonne, bonne pour me prescrire des pilules. (...) Mais est-ce que c'est vraiment comme ça qu'on doit traiter les enfants en pédiatrie sociale? Des enfants qui vivent dans des milieux qui sont difficiles avec des traumas, puis des parents qui sont porteurs de traumas? Est-ce que vraiment c'est ça qu'il faut faire? Il y a des questions qui se posent. Puis il y a certainement, des façons autres. » (EC2)*

*« Je crois qu'il faut qu'on développe peut-être un curriculum de comment tu traites un enfant en situation de vulnérabilité, pour des maladies communes qu'on retrouve en pédiatrie. » (EC1)*

### ***i) La pratique médicale en contexte de vulnérabilité : quels manques à combler dans le cursus universitaire des médecins et des pédiatres?***

Une experte de contenu observe qu'un certain nombre de « sciences de base » (EC2) essentielles à la pratique médicale en PSC sont abordées plutôt superficiellement dans le cursus universitaire des médecins et des pédiatres. Il est question du « trauma complexe » (EC1, EC2) des « stressseurs chroniques » (EC1, EC2), de l'« épigénétique » (EC2), de la

« *maltraitance* » (EC2) et de leur impact sur la santé développementale de l'enfant notamment en ce qui concerne par exemple les « *trouble[s]) de l'attachement* » (EC1). Il est aussi question du « *microbiome* » (EC2).

Dans le cas des troubles neurodéveloppementaux et de la santé mentale des enfants, quoique ces thématiques fassent l'objet de la formation universitaire des médecins et des pédiatres, cette dernière se concentrerait essentiellement sur le diagnostic et la médication associée et non sur l'accompagnement adapté aux besoins spécifiques des enfants issus de milieux vulnérables :

*« Vous [les résident·es] êtes plus équipés en termes de d'arsenal thérapeutique. Je pense. (...) Dans le sens où... (...) Si c'est vraiment une dépression, on devrait mettre du Prozac. Si c'est plus, dépression/trouble anxieux, on va mettre du Selexa. (...) En tout cas les résidents que j'ai vus sont plus ferrés en termes de... (...). Mais je ne sais pas jusqu'à quel point la sensibilité, tu sais le savoir-être. » (EC1)*

Les expertes de contenu notent également que la formation universitaire des médecins et des pédiatres les outille davantage à propos d'affections rares comparativement à des conditions plus courantes telles le trauma complexe et les problèmes de santé mentale des enfants :

*« Vous allez sortir de votre parcours universitaire en médecine avec des connaissances sur des cancers très rares. Mais pas de connaissances en trauma complexe. » (EC2)*

*« J'ai terminé en [année] là, ça date, mais je trouve qu'en au niveau santé mentale de l'enfant, on n'était pas très exposés. Évidemment, on était très très bons pour diagnostiquer un syndrome génétique hyper rare là, mais pour l'approche de l'enfant, la santé mentale de l'enfant, la santé globale, les stressseurs toxiques, c'est toutes des choses que j'ai apprises plus tard. » (EC1)*

Au niveau des compétences essentielles à la pratique médicale en PSC, les expertes de contenu mentionnent des compétences techniques et outils qui devraient faire l'objet de formations, soit « *l'intégration du droit à la médecine* » (EC2), « *l'examen physique* » (EC1) de l'enfant et l'importance de mieux « *recueillir la parole de l'enfant* » (EC1) en contexte de trauma et de vulnérabilité.

*« Tu sais, moi la Convention, je n'ai pas appris ça quand j'étais en médecine. Les droits des enfants, je n'ai pas appris ça. C'est Hélène Sioui Trudel, à la Fondation qui m'a montré ça, puis qui m'a appris toute l'importance de ces droits-là, comme étant des symptômes. (...) Toute l'intégration des droits de l'enfant dans notre pratique médicale avec des enfants qui sont porteurs de grands traumas, ça permet de dénouer des impasses en clinique, c'est extrêmement puissant. (...) Ça fait que cette formation sur les droits, puis probablement que comme médecin, si on s'y attardait, on pourrait porter ça plus loin. »* (EC2)

*« On est en train de l'échapper un peu ça. Puis ça pour moi, encore là c'est la base. Encore là c'est bien, questionner les parents, c'est bien questionner l'enfant, c'est bien, faire l'examen physique parce que déjà là tu vas pouvoir avoir beaucoup de réponses. Puis ton diagnostic différentiel devient grand comme ça. Ça fait que tu limites beaucoup les labos puis peut-être la douleur que tu vas faire subir à un enfant qui doit passer je ne sais pas combien [de tests] »* (EC1)

*« (...) je crois qu'encore on passe à côté de de beaucoup de choses. Parce qu'on ne questionne peut-être pas toujours [l'enfant] de la bonne façon. »* (IC1)

Dans le discours des expertes de contenu, on note également des aspects qui se lient à une posture permettant une meilleure approche médicale des situations cliniques complexes des enfants vues en PSC. Il est d'abord question des « *enjeux éthiques* » (EC2) de la pratique médicale en PSC, notamment en lien avec le dépistage des expériences de vie adverses (EC2).

*« Il y a un enjeu éthique à dépister, les ACEs [adverse childhood experiences – expériences de vie adverses dans l'enfance]. (...) En Californie c'est*

*extrêmement populaire et encouragé aux États-Unis. (...) Mais en pédiatrie sociale, si on veut implanter ça, il y a des questions éthiques majeures, à se poser. (...) Le système américain est fait différemment. Les gens qui dépistent ne sont pas des professionnels. Puis le médecin reçoit le score ACE. Il ne reçoit pas la liste des ACEs (...) Et par rapport à ce score-là, il va le référer au bout de corridor à une travailleuse sociale. (...) On n'est pas comme ça en pédiatrie sociale, ça fait qu'on va aborder les ACEs. On va être beaucoup plus spécifique en clinique de périnatalité avec les futures mamans et les futurs papas qui ont eu des vécus difficiles. (...) si je te donne une grille, je te dis maman, coche ça puis tu coches abus sexuel. Moi, j'ai besoin de m'en occuper tout de suite, n'est-ce pas? Puis j'ai un papier rempli par une maman qui dit abus physique. On appelle-tu la DPJ pour toutes les enfants, qu'est-ce qu'on fait? Ça fait qu'il y a comme un questionnement éthique intéressant. Je dirais un chantier pour nous aider à aller plus loin. (...). » (EC2)*

Du point de vue des expertes de contenu, une particularité importante qui relève également d'une posture à adopter en PSC est son aspect intégré et ancré dans la pratique collaborative. Si « *travailler ensemble* » (EC1) est également caractéristique de la pratique multidisciplinaire présente dans d'autres milieux de pratique, que ce soit « *dans un CLSC* » (EC2) ou « *au GMF [groupe de médecine familiale]* » (EC1), la PSC a de particulier, du point de vue des expertes de contenu, de conjuguer les différentes expertises professionnelles ainsi que celles des enfants et des familles pour arriver à un plan d'intervention beaucoup mieux adapté aux besoins :

*« [Au GMF – groupe de médecine familiale] c'est un travail qui est très différent, où on fait chacun notre travail. Où on se rencontre pour parler, par exemple de cet enfant-là, où on peut se poser des questions. C'est très convivial, c'est une pratique intéressante, mais dans la pratique, en pédiatrie sociale, c'est une pratique qui est intégrée, donc ça veut dire s'asseoir à côté de la travailleuse sociale pendant l'évaluation et accueillir 150% de ce qu'on va faire. Moi je contribue ma spécialité qui est la médecine. La travailleuse sociale contribue sa spécialité. (...) Ça fait qu'on va partager pour sortir de là avec quelque chose qui est beaucoup plus précis en termes de besoins et un plan d'action qui est beaucoup plus efficace parce qu'il va avoir été bâti avec l'enfant puis sa famille. » (EC2)*

Cette exposition à différentes expertises professionnelles a été décrite comme une opportunité d'apprendre et de considérablement enrichir la pratique médicale :

*« Puis on apprend aussi beaucoup par les gens avec qui on travaille, parce qu'en pédiatrie sociale, c'est quand même ça d'extraordinaire, c'est qu'on est entourés de gens très compétents. (...) de travailleuses sociales, d'éducateurs qui sont là depuis très longtemps. Donc j'ai appris avec eux aussi, (...) à travailler avec eux. » (EC1).*

Du point de vue d'une experte de contenu, la formation académique en médecine et en pédiatrie préparerait somme toute bien les étudiant·es à travailler en contexte multidisciplinaire.

*« Je regarde ça, je te dirais que les résidents médecine sortent, ils travaillent bien en multidisciplinaire. » (EC2)*

Elle note également un effacement graduel de la hiérarchie médicale qui a longtemps représenté un obstacle au travail multidisciplinaire collaboratif en santé.

*« (...) il y a eu une période au Québec, (...) c'était très hiérarchisé. Où les infirmières c'était moins que des médecins par exemple. Ça je ne le vois plus chez nos jeunes (...). Je trouve que c'est facile pour eux. Il n'y a pas beaucoup de jugements envers les autres professions (...). » (EC2)*

Elle observe cependant chez les jeunes médecins une lacune en termes de connaissance des ressources communautaires.

*« Ça ne fait pas partie du cursus de [l'université]. Je pense qu'ils gagneraient, même s'ils ne font pas de pédiatrie sociale, [s'ils-elles] savaient à quels organismes communautaires référer dans [leur] pratique, je pense que ça, ça pourrait être utile. » (EC2)*

La médecine « *en proximité* » (EC2) est aussi relevée par les expertes de contenu comme un élément central de la pratique en PSC. La PSC a pour particularité de se déployer dans les milieux de vie des enfants et des familles, ce qui aide à mieux traiter les enfants considérant les complexités cliniques inhérentes au contexte de vulnérabilité dans lequel ils-elles se trouvent. Deux présentations sont évoquées par les expertes de contenu, soit le CPSC en tant que milieu de vie et la pratique de la PSC à domicile :

*« [Au CPSC] je vais avoir accès à ces parents-là, à d'autres moments que le simple rendez-vous où je vais ajuster par exemple une médication où regarder des oreilles. Je vais avoir accès donc à toute l'histoire de la famille, beaucoup plus parce que partager ensemble des moments de fête mais aussi des moments plus intimes, des moments quand ça va moins bien, donc on va se connaître beaucoup plus. Donc on a beaucoup plus de chances de comprendre réellement ce qui se passe avec cet enfant-là. Puis de pouvoir mieux interpréter tous les signaux que cet enfant-là nous envoie, puis tout ce que les parents [vivent]. C'est vraiment d'arriver à un plan de traitement qui est beaucoup plus vaste mais beaucoup mieux adapté. »*  
(EC2)

*« Puis ça là, les visites à domicile, (...) T'as même pas besoin de poser de questions, presque. T'as tout devant toi, tout est là. »* (EC1)

Sans lier ce constat précisément à des besoins de formation du côté des étudiant·es en médecine ou en pédiatrie, une experte de contenu amène une piste qui a trait au rapport entre le temps passé avec les enfants et les familles et l'opportunité pour les jeunes médecins de d'approfondir des compétences accompagnement médical. Elle évoque ici la différence entre la pratique traditionnelle et la PSC à travers l'exemple d'un rapport d'évaluation neuropsychologique à discuter en consultation avec une famille.

*« Je reviens à mon rapport de neuropsychy. Ils vont travailler dans une UMF [unité de médecine familiale], un GMF [groupe de médecine familial]. Les*

*parents vont arriver dans un rendez-vous de 22 minutes avec un rapport comme ça de neuropsych. Qu'est-ce qu'il fait avec ça? » (EC2)*

Cet exemple parle à la fois de l'absence de contact privilégié et prolongé avec la famille et possiblement de l'absence de collègues en présence pour faire face à une situation complexe sur le plan clinique.

## ***ii) Vers le développement d'une médecine des traumatismes et de la vulnérabilité portée par la PSC***

Entrevue principalement sous l'angle de la « santé développementale » de l'enfant (EC2), la médecine des traumatismes (EC2) et de la vulnérabilité (EC1) implique des « *des investigations ou des traitements différents* » (EC2) de problèmes de santé physiques, mentaux et neurodéveloppementaux en se basant sur des données probantes qui émergent actuellement dans la littérature scientifique médicale.

*« Avec des molécules différentes. Donc on soignerait l'asthme des enfants avec des molécules chimiques différentes. Ils proposent d'arrêter de donner les corticostéroïdes et donner des modulateurs immunitaires. » (EC2)*

*« Je regarde beaucoup mon Up to date. Je regarde pour voir qu'est-ce qui est recommandé, dans quelle situation, dans quelle type de population. Qu'est-ce qui a marché le mieux? (...) Donc tu as des nouvelles assez fraîches de ce qui se fait dans le domaine médical, donc ça c'est intéressant. Puis avec Medicaid, puis je regarde tout ce qui est population vulnérable, ce qui sort dans Pediatrics. (...) Donc y a tellement de considérations qu'il faut absolument qu'il y ait des formations sur les maladies les plus courantes en pédiatrie, mais dans un contexte de pédiatrie sociale. Ça fait qu'on peut penser à de l'asthme, on peut penser à de la constipation. On peut penser à l'énurésie, on peut penser à l'encoprésie. On peut penser à... Tu sais justement, tu disais la douleur abdominale. La douleur abdominale, comment est-ce que tu l'approches en pédiatrie sociale? Le mal de tête, tu fais quoi avec? » (EC1)*

Des avancées scientifiques récentes inviteraient donc, du point de vue des expertes de contenu, à développer en PSC des approches médicales spécifiques pour mieux répondre aux besoins des enfants ayant vécu des traumatismes complexes. Sous cette lunette, c'est l'ensemble des thématiques de formation citées plus haut en tant que composantes essentielles de la pratique médicale en contexte de vulnérabilité qui pourraient faire l'objet d'un regard nouveau. Dans sa dimension positive, la médecine des traumatismes qui demande à être développée au Québec a pour complément logique le déploiement d'une « *médecine de la résilience* » (EC2) axée sur les forces des enfants et des familles.

*« IC2- On regarderait c'est quoi la médecine de la résilience. Comment on est capable d'accompagner ces enfants-là et leur famille. I- Puis quels savoirs seraient selon vous cruciaux à avoir dans un parcours académique pour justement pouvoir un peu mieux s'équiper initialement en pédiatrie sociale? P- Le trauma. (...) Le fil conducteur, c'est le trauma complexe, ça veut dire que des étudiants à la faculté de médecine... On devrait avoir autant d'heures sur le trauma complexe... Les ACEs [adverse childhood expériences - expériences de vie adverses dans l'enfance], c'est 60% de la population qui en a au moins un. » (IC2)*

### 3.1.3 L'écart à combler dans l'offre de formation actuelle de l'IPSC

Les expertes de contenu ont également été invitées à s'exprimer à propos du potentiel de l'offre de formation actuelle de l'IPSC à soutenir adéquatement l'acquisition et le maintien des savoirs et savoir-être essentiels à la pratique de la médecine en PSC. En ce qui concerne la formation offerte par l'IPSC, elles s'accordent pour reconnaître que de nombreuses formations actuellement offertes constituent des ressources précieuses pour répondre adéquatement aux besoins des enfants et des familles.

*« Moi, ça m'a beaucoup aidé (...), je les ai beaucoup aimées. Je les ai toutes faites. J'ai fait la boussole de l'attachement aussi. Après ça l'intervention basée sur l'attachement. J'ai fait trauma complexe avec [formatrice], Tout ce*

*qui était, pas co-intervention, mais tu sais les cas complexes qu'on discute en groupe et tout ça? Donc oui ça non, j'ai pas mal fait toutes les formations. » (IC1)*

*« Il y a la formation de base en pédiatrie sociale qui est offerte par l'Institut, qui est de grande qualité là. » (IC2)*

Il n'en reste pas moins que compte tenu des particularités de la pratique en PSC, les expertes de contenu affirment la pertinence du développement parallèle d'un curriculum de formation qui intègre un raisonnement clinique adapté, axé sur le diagnostic différentiel, la symptomatologie clinique et la prise en charge globale des patients en situation de trauma complexe et de vulnérabilité. Treize thématiques ayant émergé lors des entretiens individuels avec les expertes de contenu ont donc pu être revues et confirmées lors de la rencontre de validation du questionnaire qui a suivi et qui a impliqué l'ensemble de l'équipe, soit les deux expertes de contenu, la stagiaire et la coordonnatrice scientifique.

**Tableau 1. Thématiques de formation proposées afin d'identifier les besoins de formation.**

1. Les diagnostics différentiels en santé mentale
2. Les diagnostics différentiels des troubles neurodéveloppementaux
3. Les diagnostics différentiels des troubles d'apprentissage
4. L'approche du TDAH dans un contexte de vulnérabilité : manifestations, diagnostic différentiel, stratégies et pharmacothérapie
5. L'intégration des principes et des droits de enfants à la pratique médicale
6. L'examen physique en PSC
7. Recueillir la parole de l'enfant en évaluation-orientation
8. La maltraitance : le dépistage, les mécanismes d'accompagnement et de référencement
9. Les options thérapeutiques adaptées aux conditions fréquemment rencontrées chez les enfants en situation de vulnérabilité

10. Vers une pratique pédiatrique sensible aux traumatismes
11. Les enjeux éthiques propres à la pratique de la médecine en contexte de vulnérabilité
12. L'approche transculturelle et intersectionnelle de la pratique médicale en PSC
13. La pratique transdisciplinaire de la médecine en PSC

### 3.1.4 Des questionnements additionnels

Quelques questionnements additionnels qui concernent le déploiement d'une offre de formation aux médecins et pédiatres de la PSC ont été posés par les expertes de contenu. Tout d'abord, au-delà du projet spécifique d'offre de formation aux pédiatres, une experte de contenu questionne la pertinence de l'étendre non seulement aux médecins de famille mais également aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS).

*« C'est quelque chose qu'on a à revisiter je pense. Après ça, qu'on soit pédiatre, médecin de famille ou IPS... » (EC2)*

Une réflexion est également entamée à propos de l'importance d'offrir les bonnes modalités d'apprentissage au bon moment dans le parcours d'apprentissage des stagiaires en médecine et résident·es. Du point de vue des deux expertes de contenu, l'acquisition de savoirs-êtres essentiels à la pratique médicale en PSC se ferait plus facilement en début de parcours d'études en médecine.

*« Je pense que tout le savoir être est plus facile à construire dans nos premières années de médecine. Puis il y a des exceptions, mais de façon générale, les externes, je trouve viennent chercher davantage un œil sur certaines pathologies qu'ils étudient. Ils sont plus en début de de de physiopathologie, de traitement, qui vont se coller sur les familles. Encore là, je pense que (...) leur savoir-être, on va l'influencer. Avec les résidents, (...) je trouve qu'on est plus dans le traitement, on est ailleurs. Ils sont ailleurs dans leur parcours. Mais je trouve qu'on influence plus les traitements. Si tu veux*

*influencer l'attitude et les préjugés, il faut aller très jeune. Si on veut que nos résidents soient très habiles. » (EC2)*

*« Je pense qu'ils ont vraiment l'impression d'inclure tout ça, de faire la pédiatrie sociale, mais je pense qu'ils ne voient pas la réticence, ils ne voient pas l'espèce de méfiance, des gens vulnérables à aller dans des grands centres. Ou ils ne la comprennent pas (...). Puis l'affaire, c'est qu'une fois que vous embarquez dans le tourbillon de la pratique, les papiers, puis les patients, puis les demandes, puis les consults. Là un moment donné vous êtes pris là-dedans, ça devient très étourdissant. » (EC1)*

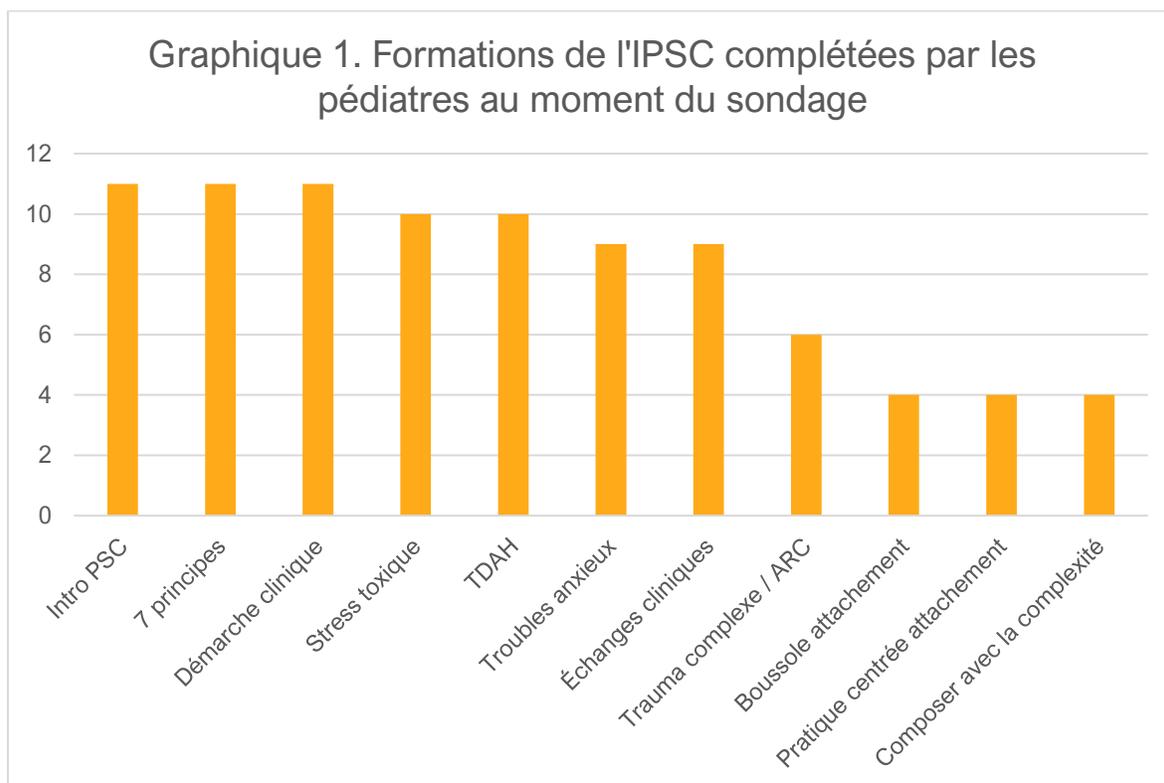
## 3.2 Résultats du sondage en ligne

Le sondage en ligne a permis de documenter les formations de l'IPSC qui ont été suivies par les pédiatres participant·es, leurs préférences relatives aux modalités de formation possibles, leur perception des besoins spécifiques des enfants en PSC et des adaptations conséquentes de la pratique, ainsi que leur intérêt pour des thématiques de formation pressenties dans le cadre du développement d'un futur cursus de formation en médecine de la PSC.

### 3.2.1 Formations suivies par les pédiatres

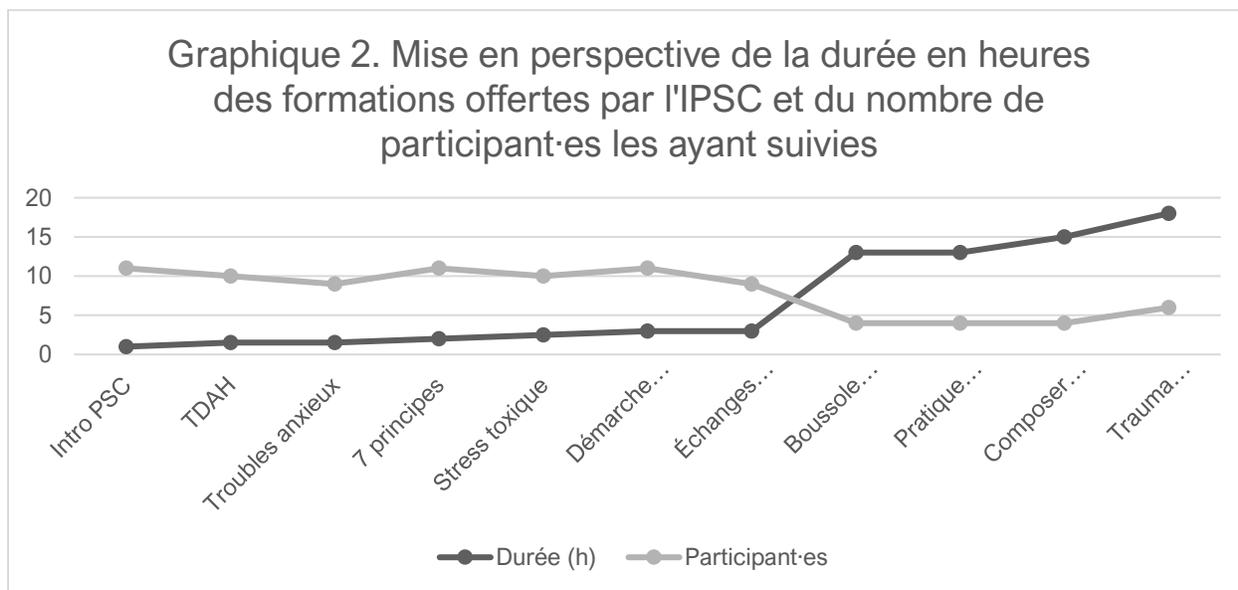
Tous·tes les répondant·es ont indiqué avoir suivi au moins une formation proposée par l'IPSC. Parmi celles-ci, les formations « *Introduction à la PSC* », « *Les sept principes des droits de l'enfant* » et « *La démarche clinique* » se distinguent comme les plus populaires, chacune ayant été suivie par l'ensemble des participant·es. Également, les formations « *Stress toxique et stratégies d'intervention* », « *TDAAH et troubles de comportement* » ont été suivies par 10 participants, tandis que les formations « *Les troubles anxieux chez les jeunes en situation de grande vulnérabilité* » et les échanges cliniques ont été suivies par 9 participant·es. Les formations « *Trauma complexe et modèle ARC* » (suivie par 6 participant·es), « *La théorie de l'attachement : une boussole pour l'intervention* », « *Pour une*

*pratique centrée sur la théorie de l'attachement* » et « *Composer avec la complexité : penser et agir en collaboration en pédiatrie* » (respectivement suivies par 4 participant·es) sont les moins suivies.



Questionné·es à savoir s'ils·elles avaient déjà suivi des formations externes pertinentes à la PSC, la majorité des participant·es ( $n = 7$ ) répondent par la négative. Quatre pédiatres répondent par l'affirmative, pour un total de 8 formations suivies. Parmi les formations externes suivies, 5 concernent une thématique de formation déjà comprise dans le programme offert par l'IPSC. Une de ces formations porte sur les troubles anxieux, 2 sur l'attachement, 1 sur le trauma complexe et 1 sur les expériences de vie adverses et la maltraitance. Par ailleurs, pour 3 de ces 5 formations, les pédiatres concernés n'ont pas suivi au préalable la formation offerte par l'IPSC portant sur la même thématique. Dans le cas des 2 autres formations supplémentaires dont la thématique est déjà au moins partiellement abordée par le contenu de formation de l'IPSC (trauma complexe et maltraitance), il s'agit

possiblement d'approfondissement de contenus. Quant aux formations supplémentaires qui ne concernent pas des thématiques déjà abordées dans le plan de formation de l'IPSC, celles-ci concernent la psychothérapie interpersonnelle, les pratiques parentales positives et les agressions sexuelles. Nous avons également mis en rapport la durée en heures des formations proposées avec le nombre de pédiatres qui les ont suivies. Le graphique 2 suggère donc que plus la durée de la formation est longue, moins elle est suivie par les pédiatres.

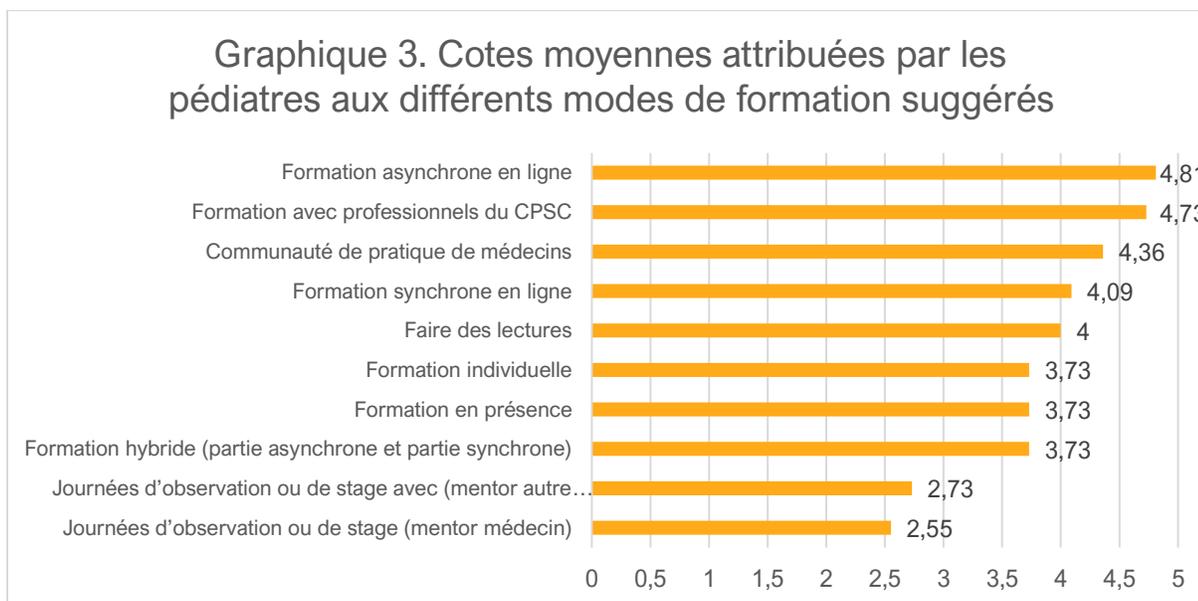


**Constats :**

Les thématiques de formation ne semblent pas être l'élément prépondérant qui influence le taux de participation des pédiatres aux formations offertes par l'IPSC. Un aspect important à considérer pour encourager la participation des pédiatres aux activités de formation semble être le temps requis pour les compléter.

### 3.2.2 Préférences relatives aux modalités de formation

Il a été demandé aux participant·es au sondage d'attribuer une cote de 1 (« ne me convient pas du tout ») à 5 (« me convient tout-à-fait ») pour signifier jusqu'à quel point les différents modes de formation proposés leur convenaient.



Malgré que la modalité de formation préférée soit la formation asynchrone en ligne (cote moyenne de 4,81), on note tout de même un intérêt fort pour les formations qui permettent d'apprendre en groupe, la formation avec d'autres professionnels du CPSC générant une cote moyenne de 4,77 (2e modalité préférée) et la participation à une communauté de pratique de médecins obtenant une cote moyenne d'appréciation de 4,36 (3e modalité préférée). Suivent, dans l'ordre de préférence, la formation asynchrone en ligne (4,09) et les lectures (4). Les formations en présentiel, hybrides et individuelles obtiennent une cote moyenne équivalente de 3,73, signifiant qu'elles conviennent moyennement aux pédiatres. En revanche, les journées d'observation ou de stage avec un mentor, qu'il soit médecin ou d'une autre profession, obtiennent des cotes ne dépassant pas 2,73, signifiant qu'elles leur conviennent peu.

Les participant·es au sondage bénéficiaient également d'un champ ouvert pour partager des commentaires généraux en lien avec les contenus de formation développés par l'IPSC. Un·e participant·e déplore le manque de reconnaissance des acquis issus des formations suivies avant la mise en place de l'IPSC.

*« Les pédiatres qui ont débuté avant la fondation de l'Institut, ont suivi des formations en présentiel de la Fondation qui ne sont pas reconnues lors des certifications et dans ce sondage. Les plus anciens se retrouvent à devoir les refaire en ligne, il y a dédoublement et nous n'avons pas le temps pour ça. Sans compter que les formations en attachement et en trauma complexe suivies hors Institut ne sont pas non plus reconnues, ce qui entraîne également un dédoublement inutile. »*

Sans spécifier à quelle formation exactement il·elle fait référence, un·e participant·e mentionne la pertinence *« des rotations en clinique du développement, en socio-juridique et en centre jeunesse »*. L'accessibilité des formations, en termes de temps et de lieux, a aussi été relevé comme un enjeu important à prendre en compte dans le déploiement de ces dernières. L'importance de connaître beaucoup plus tôt les dates de formation en personne ou synchrones est mentionnée par un·e participant·e :

*« Il est important d'avoir les dates plusieurs mois d'avance (plus de 6 mois si possible, comme d'autres organismes font). Comme médecin, j'ai des obligations dans plusieurs autres lieux de travail, il m'est souvent arrivé de ne pas pouvoir participer au symposium/congrès comme les dates étaient annoncées alors que les autres horaires étaient déjà faits (ex. garde). »*

L'importance d'offrir davantage de formations en région est aussi soulignée par deux participant·es (p.ex. *« se décentraliser de Montréal »*). Également, du point de vue d'un·e participante, les activités de mentorat devraient être adaptées aux réalités locales :

*« Les échanges en personne sont très plaisants d'un point de vue humain, mais beaucoup plus difficiles à caser dans un horaire chargé et plus coûteux en temps et déplacement. En plus ils sont quasi toujours dans la région de Montréal, alors que les petits centres en sont éloignés. Les mentorats sont*

*intéressants, mais ont habituellement lieu dans des grands centres, qui ne représentent pas nécessairement la réalité des petits centres. »*

Le temps requis pour compléter une formation peut également représenter un frein à la participation du point de vue d'un·e pédiatre :

*« Le plus grand défi demeure de tenter de trouver un équilibre entre la complexité des sujets et la durée de la formation (exemple, formation sur les traumatismes complexes très complète et poussée, mais longue!!!). »*

**Constats :**

Les données recueillies au sujet des préférences des participant·es quant aux modalités de formation concernent principalement l'enjeu de l'accessibilité, en termes de temps et de localisation. La conciliation entre le temps requis pour une formation et les exigences de l'horaire de travail des pédiatres est mentionnée à plusieurs reprises. Les modalités de formation les plus appréciées sont celles qui sont les plus accessibles et flexibles.

On note également un intérêt pour les formations qui permettent d'apprendre en groupe, la possibilité de suivre une formation avec d'autres professionnels du CPSC générant une cote moyenne de 4,77 (2<sup>e</sup> modalité préférée) et la participation à une communauté de pratique de médecins obtenant une cote moyenne d'appréciation de 4,36 (3<sup>e</sup> modalité préférée).

### 3.2.3 Besoins spécifiques des enfants vus en PSC et adaptations conséquentes de la pratique

Les participant·es au sondage ont été questionnés à savoir s'ils-elles constataient actuellement en clinique de PSC des problèmes de santé chez les enfants en contexte de vulnérabilité qu'ils-elles traiteraient différemment auprès d'enfants de la population

générale. Huit participant·es sur 11 ont répondu par l'affirmative. Six pédiatres mentionnent des différences qu'ils-elles attribuent aux particularités de l'approche de la PSC, qu'il soit question de son aspect de réponse personnalisée aux besoins, de la multidisciplinarité des équipes, de la dimension collaborative de l'approche et de l'aspect compréhensif de l'évaluation des enfants qui amène un recours plus raisonné à la médication.

*« Les besoins étant différents mon approche varie. »*

*« L'approche multidisciplinaire permet un plan plus diversifié et riche. »*

*« Je vais moins rapidement aux médicaments pour m'assurer que la ou les causes ne sont pas d'abord secondaires à l'environnement psychosocial, familial, à des traumatismes, etc. »*

*« Quand je pratiquais en pédiatrie sociale mes contacts pour suivis (présentiels ou téléphoniques) étaient plus rapprochés et plus fluides que durant ma pratique en pédiatrie générale. »*

Au titre des problèmes de santé pour lesquels le traitement en PSC est différent de ce qui se fait dans d'autres contextes de pratique, les participant·es mentionnent les séquelles du trauma complexe, le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), l'obésité et le retard de développement. Seulement 2 participant·es répondent par l'affirmative lorsque questionné·es à savoir si ces aspects particuliers de la pratique nécessiteraient plus de formation afin de se sentir mieux outillé·es dans leur pratique. Un·e participant·e souhaiterait être formé·e au sujet des impacts des expériences de vie adverses et 1 autre participant·e manifeste un besoin de formation complémentaire auprès de la formatrice qui donne la formation sur le trauma complexe et le modèle ARC offerte par l'IPSC.

### **Constats :**

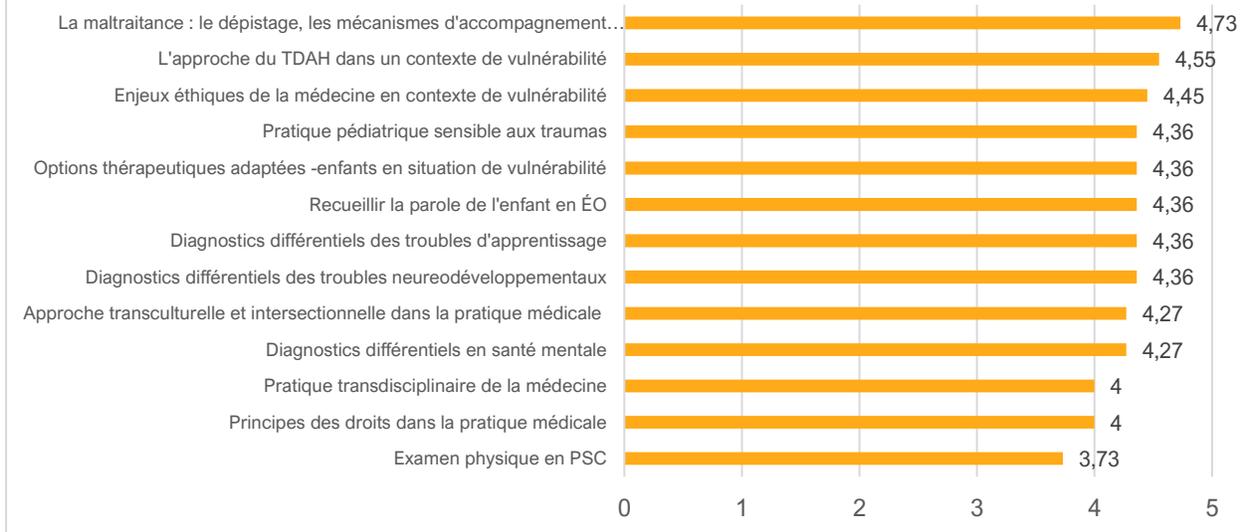
Un peu plus du quart des pédiatres (3/11) répondent ne pas traiter différemment les problèmes de santé chez les enfants en contexte de vulnérabilité comparativement aux enfants de la population générale, tendant vers une conceptualisation du traitement pédiatrique perçue comme indépendante du contexte de pratique chez seulement une minorité de participant·es.

### 3.2.4 Intérêt pour les thématiques de formation proposées

Une série de thématiques de formation a été proposée aux pédiatres, qui devaient leur attribuer une cote allant de 1 (« *ne m'intéresse pas du tout* ») à 5 (« *m'intéresse beaucoup* »). Les pédiatres sont globalement favorables à l'ensemble des thématiques de formation proposées, les cotes moyennes attribuées aux différentes thématiques proposées se situant entre 3,73 et 4,73, avec une cote moyenne égale ou supérieure à 4 (« *m'intéresse* ») pour 12 thématiques proposées sur 13.

Parmi l'ensemble des choix proposés, la thématique de formation la plus populaire est « *La maltraitance : le dépistage, les mécanismes d'accompagnement et de référencement* » (4,73). La thématique la moins populaire est « *L'examen physique en pédiatrie sociale en communauté* » (3,73).

Graphique 5. Cotes moyennes attribuées aux différentes thématiques de formation proposées aux pédiatres



Les thématiques de formation supplémentaires qui pourraient, du point de vue des participant·es, alimenter un curriculum de formation spécifiquement destiné aux médecins de la PSC sont les suivantes :

*« Apprendre à faire des évaluations plus poussées du développement à l'aide d'outil comme Wisc V et l'ADOS aidera à faire le diagnostic différentiel des pathologies. »*

*« Apprendre à faire des interventions pour favoriser la résilience et l'attachement serait gagnant. »*

Quoi que non-relié à une thématique spécifique à la pratique médicale en PSC, un·e participant·e mentionne dans un espace texte du sondage un besoin de formation concernant *« quoi faire quand les ressources sont très limitées et les besoins immenses pour nos patients? »*.

**Constats :**

Globalement, les thématiques de formation proposées par les expertes de contenus ont capté l'intérêt des pédiatres qui ont participé au sondage.

## 4. Recommandations pour le développement du programme de formation

Les résultats du sondage ont été présentés aux expertes de contenu et discutés lors d'une rencontre réunissant la directrice de la formation et de la recherche, la coordonnatrice scientifique et une conceptrice pédagogique de l'IPSC à l'hiver 2025. Les expertes de contenu ont d'abord apporté un éclairage supplémentaire en ce qui concerne certains résultats. Nous avons émis une hypothèse à l'effet que plus le temps requis pour compléter une formation est important, plus le taux de participation est faible. Les expertes de contenu trouvent cette hypothèse plausible, non sans apporter plusieurs nuances. Elles expliquent que c'est également le nombre de rencontres/activités comprises dans une formation qui serait en cause. Ainsi, les formations qui s'étalent en plusieurs étapes et sur plusieurs jours seraient plus difficiles à conjuguer avec l'horaire de travail des pédiatres. Il serait effectivement difficile de les inclure à l'intérieur d'une journée de pratique puisque des standards sont imposés en termes de quantités de rencontres cliniques par jour de présence rémunéré au CPSC. En ce qui concerne l'observation selon laquelle la conceptualisation du traitement pédiatrique est perçue comme indépendante du contexte de pratique chez près du tiers des participant·es, les expertes de contenu conviennent que cela parle effectivement de la pertinence de développer un cursus de formation qui viendrait affirmer, conscientiser et légitimer la PSC en tant « *médecine particulière* » (EC1).

À savoir quel en serait le point de départ possible, au niveau des thématiques de formation qui avaient été suggérées dans le cadre du sondage, « *L'approche du TDAH dans un contexte de vulnérabilité : manifestations, diagnostic différentiel, stratégies et pharmacothérapie* » est considérée comme une avenue particulièrement intéressante du

point de vue des expertes de contenu. Les raisons évoquées en faveur de cette option comprennent notamment le niveau d'intérêt élevé des participant-es au sondage (cote moyenne de 4,55) et les récentes avancées scientifiques portant sur le traitement différentiel du TDAH chez les enfants ayant vécu un trauma complexe. Également, notons l'intérêt actuel de l'IPSC à réaliser une recherche visant à codifier l'accompagnement médical du TDAH en PSC dans les prochaines années, sur la base des retombées attendues d'un stage d'exposition à la recherche en cours et qui mobilise actuellement une étudiante en médecine. La modalité de formation à privilégier en vue du déploiement de cette formation sur l'approche médicale du TDAH en contexte de vulnérabilité reste à déterminer à ce stade. La communauté de pratique de médecins (cote moyenne de 4,36) est mentionnée au titre des options intéressantes du point de vue des expertes de contenu, notamment en raison de la réceptivité des pédiatres à y prendre part et de l'aspect inédit de ce type de pratique au Québec.

Une réflexion a également été entamée à propos des différents registres d'apprentissage à intégrer dans un plan de formation cohérent qui devra être éventuellement cartographié. Notamment, les expertes de contenu envisagent que les compétences relevant du « *savoir-être* » et du « *savoir-faire* » pourraient être abordées à la couleur de chaque formation. Par exemple, « *recueillir la parole de l'enfant* » ou « *réaliser l'examen physique* », dans leurs dimensions relatives au « *savoir-être* » et au « *savoir-faire* », pourraient être systématiquement recontextualisées aux « *savoirs* » évoquant des champs de pratique spécifiques tels que le TDAH, des troubles d'apprentissage spécifiques ou encore les troubles du spectre de l'autisme. Cela permettrait entre autres de faire réaliser la subtilité des formes que peuvent prendre ces savoirs-être et savoirs-faire en médecine de la PSC. Une experte de contenu émet d'ailleurs l'hypothèse que « *l'examen physique en PSC* » suscite le moins d'intérêt parmi les pédiatres ayant participé au sondage potentiellement parce que la valeur ajoutée n'est pas encore bien comprise.

Finalement, au-delà du projet spécifique d'offre de formation aux pédiatres, une experte de contenu affirme la pertinence de l'étendre non seulement aux médecins de famille mais également aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS), dans la mesure où celles-ci assument l'expertise médicale en rencontre d'évaluation-orientation de manière autonome.

**En résumé, cette analyse de besoins ouvre vers les recommandations suivantes pour orienter le développement d'un cursus de formation en médecine de la PSC :**

1. Développer en priorité une formation portant sur l'approche du TDAH dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de bien exemplifier l'examen physique, le recueillement de la parole de l'enfant et l'intégration des droits à la pratique.
2. Poursuivre les réflexions au sujet des différents registres d'apprentissage à intégrer dans un plan de formation cohérent qui devra être éventuellement cartographié.
3. Privilégier des modes de formation qui s'adaptent aux injonctions des horaires des pédiatres et des médecins.
4. Penser le développement du programme de formation dans une perspective inclusive, soit le rendre accessible à la fois aux pédiatres, aux médecins de famille et aux IPS.

## 5. Conclusion

Pour conclure, nous relevons certaines limites méthodologiques qui doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats. Il est à noter que le petit nombre de participants, soit 11 au total, est insuffisant pour tirer des conclusions valides sur le plan statistique. Également, la pratique en milieu urbain est surreprésentée parmi les pédiatres

qui ont participé au sondage et teinte possiblement le portrait global que nous faisons de leurs besoins de formation. Malgré ces lacunes, nous considérons que les données recueillies offrent des perspectives intéressantes et pertinentes pour mieux adapter le programme de formation aux besoins des pédiatres de la PSC.

# Références

- Brahimi, C., Malai, D., Fournier, M., Farley, C., & Gravel, F. (2012). *Analyse de besoins de formation : processus scientifiques reliés aux fonctions transversales de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)*.
- Fondation Dr Julien. (2013). *Document de codification. Pédiatrie sociale en communauté*.
- Fondation Dr Julien. (2022). *Bilan des soins, services et activités de la Fondation Dr Julien et du réseau québécois de pédiatrie sociale en communauté*.
- Ford-Jones, E. L., Williams, R., & Bertrand, J. (2008). Social paediatrics and early child development: Part 1 [Article]. *Paediatrics and Child Health*, 13(9), 755–758.
- Institut de pédiatrie sociale en communauté. (2024). *L'institut de pédiatrie sociale en communauté*. <https://institutpediatriesociale.com/linstitut-de-pediatrie-sociale-en-communautaire/>
- Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Milieus ruraux et urbains : Quelles différences de santé au Québec?* Consulté le 3 décembre 2024. URL : <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/milieus-ruraux-urbains>
- Julien, G. (2004). Part one : The theory of social pediatrics. In *A different kind of care. The social pediatrics approach*. (pp. 3–86). McGill-Queen's University Press.
- Julien, G. (2018). *Évaluation et détection du trauma : l'approche de la Pédiatrie sociale en communauté* Symposium sur le trauma complexe 2018 – Perspective et initiatives canadiennes, Montreal.
- Maynard, K., Paul, R., Khan, R., Martimianakis, M. A., & Schrewe, B. (2019). What do we mean when we say "social paediatrics?": Preliminary results from a critical discourse analysis [Conference Abstract]. *Paediatrics and Child Health (Canada)*, 24(Supplement 2), e60–e61.
- Renaud, L. (2020). Modélisation du processus de la recherche participative. *Communiquer*(30). <https://id.erudit.org/iderudit/1073806ar>
- Roy, M., & Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives*, 32(2), 129–151. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1084625ar>
- Turcotte, M.-È., Matte-Landry, A., Julien, G., & Hivon, M. (2023). Les approches sensibles aux traumas et la pédiatrie sociale en communauté: une analyse comparative ancrée dans le concept de paradigme scientifique. *Travail social*, 69(1), 7–23.

# ANNEXES

## ANNEXE I - GUIDE D'ENTRETIEN

### Objectif de la consultation :

Mieux cibler les besoins en formation de la pédiatrie sociale en communauté chez les pédiatres.

### Format de la consultation :

- Entretien semi-dirigé et explications (questions ouvertes avec conversation fluide).
- Durée d'environ 1h, enregistrement en cours.

### Conditions de participation :

- Remerciements
- Rappel au sujet confidentialité des propos et accès limité des enregistrements aux personnes concernées.

### Mise en contexte – Question 1

- Objectif : Apprendre à vous connaître.

Q1 – Pouvez-vous me parler un peu de votre parcours professionnel vous ayant amené à exercer dans le domaine de la pédiatrie sociale en communauté ? Depuis combien de temps pratiquez-vous en PSC ? De quelle manière avez-vous entendu parler de la PSC ? Quelles ont été vos motivations pour cette transition ?

### Apports des formations et des manques à gagner par la formation offerte par l'IPSC – Question 2

- Objectif : Cerner les apports/besoins de la formation offerte par l'IPSC.

Q1 – Savoirs et savoir-être essentiels : Selon vous, lorsqu'il est question de la PSC, quels savoirs/savoirs-être sont importants à maîtriser pour répondre adéquatement aux besoins des enfants et des familles ? Lors de votre début en PSC, trouviez-vous que vos acquis académiques et professionnels étaient suffisants ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations dans votre pratique qui témoignent de l'importance et l'implication de ces différents savoirs ?

Q2- Programme de formation : Trouvez-vous que le programme de formation PSC répond bien à ces exigences ? Si oui, quelles sont les formations les plus pertinentes. Si non, qu'est-ce qui mérite d'être développé ou approfondi ? Sujets abordés lors de la formation : stress toxique, principes de droits, TDAH, troubles anxieux et traumatismes complexes.

### Conclusion

- Avez-vous d'autres éléments que vous auriez trouvé pertinents de discuter ?
- En ce qui concerne la suite des choses :
  - o Analyse des entretiens (Demander acceptation de recontacter à la suite de l'entrevue pour des clarifications/ajouts),
  - o Conception du questionnaire ayant pour but de cibler les besoins des pédiatres en PSC
  - o Partage du questionnaire idéalement juin, nous vous recontacterons pour les conclusions

### Remerciements

# ANNEXE II - SONDAGE EN LIGNE

## Sondage à propos des besoins de formation des pédiatres de la pédiatrie sociale en communauté



### Introduction

Nous sollicitons aujourd'hui votre participation à un sondage d'une durée approximative de 20 minutes, qui vise à identifier les besoins de formation des pédiatres en PSC. La PSC est une pratique fondamentalement différente de ce qui se fait dans d'autres milieux où sont dispensés des soins médicaux aux enfants. Dans cette optique, votre participation permettra de mieux accompagner le développement d'un curriculum pour appuyer la pratique d'une médecine spécifique à la PSC, en parallèle des formations générales offertes à tous les professionnels des centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC). Il est à noter que les médecins de famille de la PSC ont récemment été consultés pour planifier la conception d'une formation universitaire leur étant destinée. Nous considérerons donc à la fois leurs réponses et les vôtres pour développer l'offre de formation déployée à partir de l'IPSC et s'adressant spécifiquement aux médecins.

Votre participation à cette consultation reste entièrement libre et volontaire. Les renseignements que vous nous partagerez seront accessibles uniquement par l'équipe de l'IPSC et Raoudha Fatiha Hadji, étudiante en médecine à l'Université de Montréal et stagiaire de recherche attirée à ce projet. Les résultats seront présentés et diffusés uniquement sous forme de statistiques ou d'extraits des commentaires recueillis, de sorte que vous ne puissiez être identifiées directement. Si vous avez des questions et/ou des préoccupations à partager au sujet de ce projet, vous pouvez contacter Marie-Eve Turcotte, coordonnatrice scientifique à l'IPSC de la Fondation Dr Julien (mturcotte@fondationdrjulien.org).

Cordialement,

L'équipe de l'IPSC en collaboration avec Dre Gaëlle Vekemans du CPSC Au cœur des Laurentides et Dre Anne Marie Bureau du CPSC de Gatineau.

Suivant

Nous allons d'abord vous poser quelques questions pour mieux connaître votre profil d'apprenant.e.

**Les questions de cette section sont optionnelles.**

1.1 Quelle est votre année de diplomation pour le doctorat en médecine?

1.2 Quelle est votre année de diplomation pour le doctorat en pédiatrie?

1.3 Depuis combien d'années pratiquez-vous en PSC?

1.4 Combien d'heures par semaine pratiquez-vous en PSC?

1.5 Dans quel.s CPSC travaillez-vous?

Merci de sélectionner



Précédent

Suivant

**2.1 Avez-vous déjà suivi une ou plusieurs formations offertes par l'Institut de pédiatrie sociale en communauté?**

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

**2.1.1 Cochez la ou les formations que vous avez suivi à ce jour.**

- Introduction à la pédiatrie sociale en communauté
- Les sept principes des droits de l'enfant
- La démarche clinique
- Stress toxique et stratégies d'intervention
- TDAH et troubles de comportement
- Les troubles anxieux chez les jeunes en situation de grande vulnérabilité
- La théorie de l'attachement : une boussole pour l'intervention
- Pour une pratique centrée sur la théorie de l'attachement
- Composer avec la complexité : Penser et agir en collaboration en pédiatrie sociale en communauté
- Le trauma complexe et le modèle ARC
- Échanges cliniques

**2.2 Hormis vos études en médecine et en pédiatrie, avez-vous suivi des formations données par d'autres organisations et qui vous ont été utiles dans votre pratique en PSC ?**

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

**Quelles étaient la-les thématiques couvertes par ces formations et la valeur ajoutée pour votre pratique?**

Formation 1 : Thématique-s de la formation

Formation 1 : Valeur ajoutée pour votre pratique

Formation 2 : Thématique-s de la formation

Formation 2 : Valeur ajoutée pour votre pratique

Formation 3 : Thématique-s de la formation

Formation 3 : Valeur ajoutée pour votre pratique

Précédent

Suivant

**3.1 Pour chaque énoncé proposé, merci d'indiquer à quel point chaque mode de formation vous convient :**

**3.1.1 Faire des lectures**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.1.2 Participer à une formation asynchrone en ligne**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.1.3 Participer à une formation synchrone en ligne**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.1.4 Participer à une formation en présence**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.1.5 Participer à une formation hybride (partie asynchrone et partie synchrone)**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.1.6 Réaliser une formation individuelle**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.1.7 Réaliser une formation avec d'autres professionnels de votre CPSC**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.1.8 Réaliser des journées d'observation ou de stage avec un mentor médecin**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.1.9 Réaliser des journées d'observation ou de stage avec un mentor d'une autre profession**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.1.10 Participer à une communauté de pratique de médecins**

- Ne me convient pas du tout
- Me convient un peu
- Me convient moyennement
- Me convient
- Me convient tout-à-fait
- Je préfère ne pas répondre

**3.2 Si vous avez des commentaires additionnels à partager au sujet de vos préférences en matière de formation, vous pouvez les inscrire ici :**

Veuillez écrire votre réponse ici

Précédent

Suivant

**4.1 Rencontrez-vous actuellement en clinique de PSC des problèmes de santé constatés chez les enfants en contexte de vulnérabilité que vous traiteriez différemment auprès d'enfants de la population générale?**

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

**4.1.1 Si oui lesquels et comment intervenez-vous différemment?**

Veuillez inscrire votre réponse ici

**4.1.2 Auriez-vous besoin de vous former davantage à propos d'un ou de plusieurs éléments que vous avez spécifiés à la question précédente?**

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

**4.1.2.1 Merci d'indiquer spécifiquement quelles formations seraient à développer en conséquence :**

Veuillez inscrire votre réponse ici

Précédent

Suivant

**5.1 Pour chaque énoncé proposé, merci d'indiquer dans quelle mesure vous seriez intéressé-e à suivre une formation à propos des thématiques suivantes :**

**5.1.1 Les diagnostics différentiels en santé mentale**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.3 Les diagnostics différentiels des troubles d'apprentissage**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.2 Les diagnostics différentiels des troubles neurodéveloppementaux**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.4 L'approche du TDAH dans un contexte de vulnérabilité : manifestations, diagnostic différentiel, stratégies et pharmacothérapie**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.5 L'intégration des principes des droits des enfants à la pratique médicale**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.7 Recueillir la parole de l'enfant en évaluation-orientation**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.9 Les options thérapeutiques adaptées aux conditions fréquemment rencontrées chez les enfants en situation de vulnérabilité**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.11 Les enjeux éthiques propres à la pratique de la médecine en contexte de vulnérabilité**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.13 La pratique transdisciplinaire de la médecine en pédiatrie sociale en communauté**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.6 L'examen physique en pédiatrie sociale en communauté**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.8 La maltraitance : le dépistage, les mécanismes d'accompagnement et de référencement**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.10 Vers une pratique pédiatrique sensible aux traumatismes**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.1.12 L'approche transculturelle et intersectionnelle de la pratique médicale en pédiatrie sociale en communauté**

- Ne m'intéresse pas du tout
- Ne m'intéresse pas tellement
- Me laisse indifférent-e
- M'intéresse
- M'intéresse beaucoup
- Je préfère ne pas répondre

**5.2 Si vous souhaitez nous suggérer d'autres thématiques de formation qui pourraient être contenues dans un curriculum destiné aux médecins de la PSC, vous pouvez les inscrire ici :**

x|

Précédent

Suivant

**Merci pour le temps que vous avez accordé à ce sondage. Vos réponses aideront à planifier une offre de formation répondant à vos besoins, dans la perspective de développer un curriculum spécifique aux médecins de la PSC.**

Cliquez sur le bouton "envoyer" pour finaliser le sondage.

Précédent

Envoyer le formulaire 

# ANNEXE III – ANALYSE COMPARATIVE DES PRÉFÉRENCES RELATIVES AUX MODALITÉS DE FORMATION DES MÉDECINS DE FAMILLE ET DES PÉDIATRES

## i. Mise en contexte

À l'hiver 2024, l'équipe du secteur de la formation de l'Institut de pédiatrie sociale en communauté (IPSC) a réalisé une évaluation des besoins auprès des médecins de famille des centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) du Québec. Un appel à participation à un sondage en ligne a été lancé. Les objectifs de la démarche étaient de définir les contenus d'un stage en pédiatrie sociale en communauté (PSC) destiné aux résidents en médecine familiale et de contribuer à l'élaboration d'un curriculum de médecine dédié à la PSC. La participation à l'enquête se faisait sur une base volontaire et les réponses ont été traitées de manière confidentielle, sans divulguer d'informations permettant d'identifier individuellement les participants.

Cette démarche étant circonscrite aux médecins de famille exclusivement, nous avons cru pertinent, dans une perspective exploratoire, de croiser les données obtenues avec celles issues de l'évaluation des besoins de formation des pédiatres, relativement au seul indicateur commun aux deux questionnaires utilisés, soit les préférences relatives aux modalités de formation des médecins de la PSC.

## ii. Portrait comparatif des participant·es

L'échantillon groupé des médecins de famille et des pédiatres est composé de 26 médecins (11 pédiatres et 15 médecins de famille). Les pédiatres sont diplômés en médecine en moyenne depuis 26,4 ans, alors que les médecins de famille le sont en moyenne depuis 14,13

ans. Les participant·es médecins de famille sont donc diplômé·es depuis moins longtemps en moyenne que les participant·es pédiatres. Ce plus grand nombre d'années d'expérience des pédiatres se transpose également au niveau du nombre d'années d'expérience en PSC, avec une moyenne de 7,2 ans pour les pédiatres comparativement à 3,7 ans pour les médecins de famille.

En ce qui concerne le type de CPSC dans lequel les participant·es travaillent au regard de la région, la plupart des pédiatres travaillent en milieu urbain (n=9), tandis que les médecins de famille se répartissent équitablement entre les CPSC urbain (n=7) et en milieu rural (n=7). Notons toutefois que les zones de découpage (urbaine, rurale, éloignée) ont été déterminées au moyen de l'outil de l'INSPQ pour les pédiatres à qui nous avons demandé leur CPSC d'attache, tandis que les zones de pratique sont auto-déclarées pour les médecins de famille sans connaître leur CPSC d'attache. En conséquence, nous estimons qu'il y a possiblement une surestimation de la ruralité chez les médecins de famille, car plusieurs centres « en région » sont néanmoins classifiés urbains par l'INSPQ<sup>1</sup>.

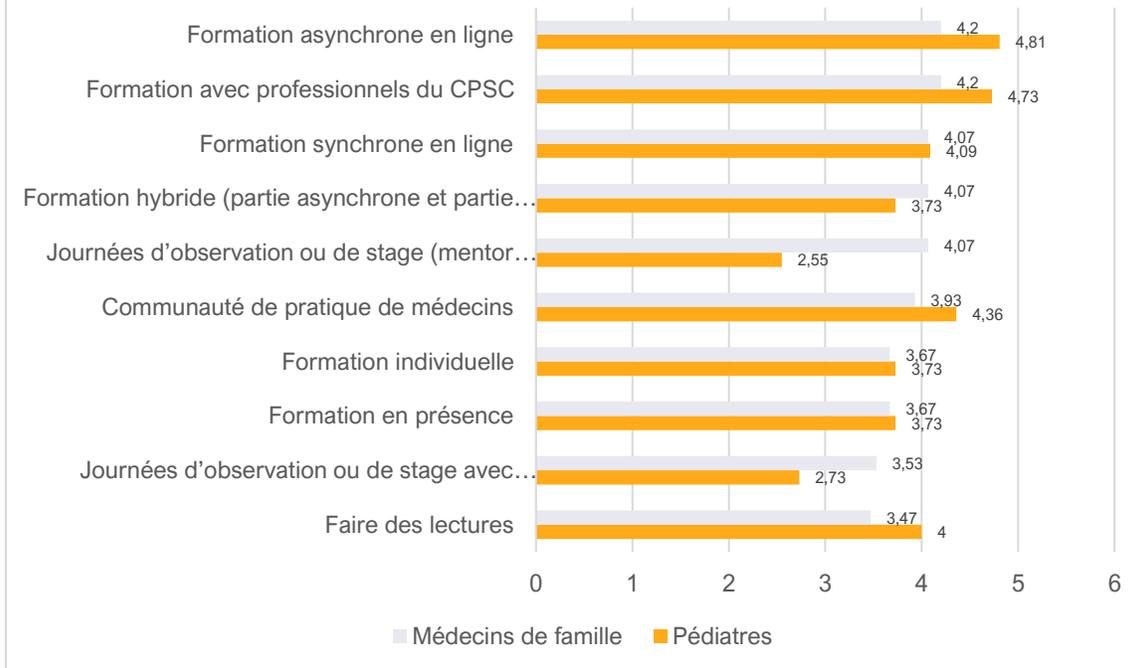
### iii. Préférences relatives aux modalités de formation

Il a été demandé aux participant·es au sondage d'attribuer une cote de 1 (« ne me convient pas du tout ») à 5 (« me convient tout-à-fait ») pour signifier jusqu'à quel point les différents modes de formation proposés leur convenaient.

---

<sup>1</sup> Pour plus de détails, veuillez consulter le site web de l'INSPQ : [Milieux ruraux et urbains: Quelles différences de santé au Québec? | Institut national de santé publique du Québec.](#)

Graphique 6. Cotes moyennes attribuées par les médecins de famille et les pédiatres aux différents modes de formation suggérés



L'analyse comparative des perceptions relatives aux modalités de formation révèle qu'à la fois pour les pédiatres et les médecins de famille, les deux modalités les plus appréciées sont la participation à une formation asynchrone en ligne et la réalisation d'une formation avec d'autres professionnels de leur CPSC. L'étendue entre les cotes attribuées, soit la différence entre la cote la plus élevée et la moins élevée attribuée à une modalité de formation est plus grande chez les pédiatres (2,26) que chez les médecins de famille (0,73), ce qui tend à indiquer que les pédiatres ayant participé au sondage ont des préférences plus marquées. La réalisation de journées d'observation avec un mentor d'une autre profession semble globalement peu intéressante du point de vue des participants peu importe qu'ils-elles soient pédiatres (2,73) ou médecins de famille (3,53). La réalisation de journées d'observation avec un mentor médecin est la modalité de formation pour laquelle

on observe la différence la plus marquée entre les deux groupes (favorable à 4,07 pour les médecins de famille et défavorable à 2,55 pour les pédiatres).

**Constat :**

Si l'on vise la réalisation d'activités de formation communes aux pédiatres et aux médecins de famille, les modalités suivantes semblent intéressantes car elles présentent des scores d'appréciation similaires qui se situent dans l'échelle supérieure d'appréciation (4 et plus) : participer à une formation asynchrone en ligne, réaliser une formation avec d'autres professionnels de votre CPSC et participer à une formation synchrone en ligne.