

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Regard mixte sur certaines particularités et retombées de l'approche de la pédiatrie sociale telle qu'implantée au Québec et sur son intégration dans le système actuel des services sociaux et de santé

Chercheuse principale

Marie-Ève Clément, Université du Québec en Outaouais

Cochercheur(s)

Jacques Moreau, cochercheur principal, Université de Montréal
Sylvie Gendron, Université de Montréal
Chantal Lavergne, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire
Geneviève Turcotte, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire
Anne-Marie Piché, Université du Québec à Montréal
Annie Bérubé, Université du Québec en Outaouais
Marie-Hélène Gagné, Université Laval
Marc Alain, Université du Québec à Trois-Rivières
Ghayda Hassan, Université du Québec à Montréal
Geneviève Pagé, Université du Québec en Outaouais
Francine De Montigny, Université du Québec en Outaouais
Annick St-Amand, Université du Québec à Trois-Rivières

Coordonnatrice

Sophie Léveillé, Université de Montréal

Étudiants

Andrea Cardarello, stage postdoctoral, UQO
Julie Denoncourt, stage postdoctoral, UQO
Daphné Fallu, Maîtrise en psychoéducation, UQO
Caroline Gosselin, Maîtrise en psychoéducation, UQO

Assistants de recherche

Véronique Menand, Université du Québec en Outaouais
Catherine Béland, Université de Montréal
Rima Habib, Université du Québec en Outaouais
Élaine Cormier, Université du Québec en Outaouais
Isabelle Lafontaine, Université de Montréal
Laura El-Hachem, Université de Montréal

Établissement gestionnaire de la subvention

Université du Québec en Outaouais

Numéro du projet de recherche

2012-DJ-164587

Titre de l'Action concertée

Les centres de pédiatrie sociale au Québec : particularités, arrimages et portée des interventions

Partenaire(s) de l'Action concertée

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)
Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Table des matières

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE	3
PARTIE B – PISTES DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS	7
PARTIE C - MÉTHODOLOGIE	16
PARTIE D - RÉSULTATS.....	20
PARTIE E - PISTES DE RECHERCHE	42
PARTIE F - RÉFÉRENCES	43
ANNEXES	
Annexe I. Méthodologie et résultats de l’Axe 1	
Annexe II. Méthodologie et résultats de l’Axe 2	
Annexe III. Méthodologie et résultats de l’Axe 3	
Annexe IV. Outils de mesure	
Annexe V. Bibliographie complète	

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Problématique

Depuis trente ans, les inégalités sociales ne cessent d'augmenter, dont la précarité économique et l'exclusion sociale (Crespo & Rheault, 2013). Au Québec, cela se traduit, entre autres, par une augmentation significative des signalements fondés pour abus physique et pour maltraitance psychologique entre 1998 et 2008 (Hélie et al., 2012). La situation des enfants victimes de violence physique sévère dans la population générale ne s'est pas améliorée non plus depuis les quinze dernières années (Clément et al., 2012). Cela témoigne d'une certaine incapacité des services à rejoindre et à venir en aide aux familles vivant en contexte de grande vulnérabilité. Malgré l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux publics et communautaires, le cumul de conditions productrices d'inégalités sociales n'est pas étranger au fait que ces familles fragilisées et appauvries n'accèdent pas d'emblée aux services offerts, ce qui représente un défi de taille pour les intervenants (Axford et al., 2012).

Les difficultés à rejoindre ces familles peuvent relever des caractéristiques des services eux-mêmes (Boag-Munroe & Evangelou, 2012). Par exemple, la proximité et la visibilité des services, de même que le fait de tenir compte des difficultés matérielles des familles permettraient de mieux rejoindre les familles à risque (Bloomquist et al., 2012; Snell-Johns et al., 2004). La disponibilité des intervenants, la diminution du temps d'attente entre la demande d'aide et l'offre de services, la capacité à fournir de l'assistance et des ressources susceptibles de répondre aux besoins de base des familles ainsi que l'accent mis sur leurs forces dans l'intervention sont d'autres éléments favorables à une accessibilité accrue aux services (Boag-Munroe & Evangelou, 2012; Snell-Johns et al., 2004). Enfin, la dimension humaine est également documentée comme facteur facilitant; le lien qui s'établit entre les parents et les intervenants est déterminant et nécessite de laisser place à des espaces de coconstruction du sens de l'expérience familiale (de Montigny & Goudreau, 2009; Hoagwood, 2005). Ainsi, les parents qui se sentent concernés par les services qui leur sont offerts

s'impliquent davantage (Ouellet, et al., 2000; Piché & Trocmé, 2011); tandis que leur abandon ou désengagement peut être dû à une impression que les intervenants ne comprennent pas leurs difficultés, entraînant l'absence d'un accord mutuel sur le sens de leur vécu (Klasen & Goodman, 2000). Enfin, les parents doivent comprendre le rôle des services et y percevoir des bénéfices pour s'y engager (Boag-Munroe & Evangelou, 2012). Dans cet esprit, les approches participatives et axées sur la transparence professionnelle et le soutien au pouvoir d'agir sont particulièrement indiquées pour prévenir d'éventuelles difficultés psychosociales chez les enfants ou éviter leur détérioration (Lacharité & Gagnier, 2009; McLeod, & Nelson, 2000; Rochefort, 2004; Weisz et al., 2005).

L'intégration des services est centrale pour composer avec les besoins complexes des enfants et nécessite une approche intersectorielle et multidisciplinaire (Pithouse, 2007; Prilleltensky et al., 2001). Browne et al. (2004) définissent la notion d'intégration des services comme l'ensemble des collaborations, partenariats et réseautages qui s'actualisent lorsque plusieurs services issus d'organisations autonomes œuvrent en commun pour répondre aux besoins d'une clientèle. Pour eux, l'intégration est le niveau optimal de collaboration qui permet aux partenaires d'œuvrer ensemble pour planifier une offre de services conjointe menant à des ajustements mutuels de leurs propres services. Elle se mesure à la fois par son étendue (le nombre de secteurs d'intervention représentés par les partenaires) et la profondeur des liens entretenus (Browne, et al., 2004; 2007).

L'intégration des services nécessite la mise en place de mécanismes de collaboration entre les organisations d'un même territoire, qu'elles soient issues des réseaux public ou communautaire des services sociaux. Or, des études ont mis en lumière les difficultés liées aux collaborations entre ces deux réseaux et les défis qu'elles suscitent pour les organisations et les intervenants; difficultés qui reposent à la fois sur des facteurs humains (p. ex., qualité des rapports) et organisationnels (p. ex., culture organisationnelle et philosophie d'intervention) (Clément, Tourigny, & Doyon, 1999; Savard, Turcotte, & Beaudoin, 2003). Considérant que les centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC)

occupent désormais une place importante dans l'offre de services destinés aux enfants et aux familles vivant en situation de vulnérabilité psychosociale, la présente étude s'intéresse aux particularités de ces Centres, à leur collaboration avec les autres organisations des territoires et aux enjeux, défis et facteurs facilitant ces collaborations ainsi qu'à leurs retombées auprès des familles.

Issue d'une initiative européenne (Kohler & ESSOP, 2003), la pédiatrie sociale s'est tranquillement implantée en Europe puis au Canada en vue de réduire les inégalités sociales en matière de santé et de bien-être des enfants et de leurs familles (Julien & Trudel, 2009; Lynam, et al., 2010). Au Québec, elle a pris naissance dans des quartiers défavorisés afin d'offrir des services de proximité aux familles dans l'optique d'offrir une réponse alternative et complémentaire à la complexité de leurs besoins (Julien & Trudel, 2009).

Définie comme un modèle de médecine sociale intégrée centré sur les forces de l'enfant, de la famille et de la communauté, l'approche de la pédiatrie sociale en communauté est basée sur l'appivoisement entre les divers acteurs (intervenants, parents, enfants, etc.), le partage de valeurs et d'objectifs communs, la compréhension mutuelle et la mise en action du pouvoir d'agir afin de développer le plein potentiel des enfants. Elle vise ainsi à assurer une réponse adéquate aux besoins des enfants et à la considération de leurs intérêts et de leurs droits selon la Convention internationale des Droits des Enfants (Fondation du Dr Julien, 2013a).

Sur le plan clinique, comme sur le plan organisationnel, les principes sur lesquels repose l'approche des CPSC (Fondation du Dr Julien, 2013b; Julien & Trudel, 2009) sont reconnus comme prometteurs pour prévenir divers problèmes psychosociaux tels que la maltraitance envers les enfants. Pensons notamment à l'approche de proximité, écologique et intersectorielle, qui est préconisée auprès des enfants et des parents et au processus d'intervention axé sur la participation et le pouvoir d'agir des familles. Par exemple, l'approche des CPSC mise sur la collaboration avec les familles en incluant directement les enfants et les parents dans les processus de décision. S'inspirant des principes des *Family*

Group Conferencing (Connolly, 2006), les CPSC utilisent le Cercle de l'enfant, un lieu de médiation qui rassemble autour de la famille toutes les personnes qui peuvent intervenir positivement dans la vie de l'enfant, incluant le réseau formel et informel (Julien & Trudel, 2009; Piché & Trocmé, 2011). De plus, les CPSC préconisent la mise en place de liens de collaboration avec les autres organisations des quartiers où ils s'implantent. Il s'agit d'ailleurs de l'un des principaux enjeux pour les promoteurs actuels de cette approche, en plus du respect de sa spécificité (Julien & Trudel, 2009).

Ce rapport de recherche répond aux besoins exprimés dans l'appel de propositions, conjointement lancé en mai 2011 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC), relativement à l'analyse de la pédiatrie sociale en communauté au Québec telle que pratiquée dans neuf Centres répartis sur cinq territoires (Montréal, Gatineau, Lévis, Saint-Jean-sur-Richelieu et Trois-Rivières). Bien que d'autres CPSC aient été implantés depuis le début de la présente recherche, celle-ci offre un portrait considérant l'ensemble des CPSC implantés avant 2010.

Principales questions de recherche

Le mandat confié à l'équipe de recherche concerne trois axes. L'**axe 1** vise à documenter et à analyser l'intégration des services et actions des CPSC avec ceux des partenaires des réseaux public et communautaire agissant auprès des enfants et leurs parents en situation de vulnérabilité psychosociale ainsi que la nature de leurs relations, les conditions qui facilitent ou font obstacle à ces collaborations de même que ses enjeux et défis. L'**axe 2** vise à documenter les particularités de l'approche des CPSC au Québec, et plus précisément la forme que prend l'organisation des services des CPSC et ce qui le distingue d'autres ressources desservant les mêmes familles dans la communauté. Ceci inclut un regard porté sur les familles rejointes, l'expérience des familles en regard du type d'accompagnement et de soutien reçu, leur perception du rôle des différents acteurs engagés dans le processus d'intervention, leur niveau de participation aux décisions les concernant, et les retombées perçues sur leur propre trajectoire de vie. Enfin, l'**axe 3** vise à

documenter et à analyser certaines retombées de l'approche auprès des acteurs concernés, dont les enfants (développement socioaffectif, moteur et cognitif), les parents (stress parental, détresse psychologique, soutien social) et la relation parent-intervenant (la satisfaction des parents face à leur relation avec les intervenants).

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS

Mise en contexte

En plus de représenter un défi important en raison du nombre de questions et de CPSC à l'étude, la présente recherche a composé avec plusieurs défis d'ordre contextuel et méthodologique. D'un point de vue contextuel, il faut rappeler qu'au moment de l'appel de propositions et de la production du devis et des instruments de collecte, il n'existait encore aucun document, ni référence d'autorité, permettant de saisir l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être propres à l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. L'équipe de recherche a donc établi les paramètres de cette recherche en fonction de catégories et processus généralement privilégiés pour l'étude d'organisations complexes en milieux ouverts. Or, la suite des travaux a coïncidé avec ceux du projet de la Fondation du Dr Julien portant sur l'acquisition et le transfert de connaissances relatifs à l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. Ce dernier, appuyé par un financement d'Avenir d'enfants, vise à saisir et codifier les savoirs de la pédiatrie sociale en communauté à partir de la pratique de deux centres d'expertise en la matière (Fondation du Dr Julien, 2013b). Conséquemment, l'équipe a tenté d'analyser les données de la présente recherche de manière à considérer les étapes du modèle de continuum de services (accès, évaluation-orientation, suivi-accompagnement) formulé par la Fondation. Dans cette perspective, l'équipe de recherche a d'ailleurs ajouté des questions ouvertes lors des entrevues auprès des différents acteurs (CPSC, organismes partenaires, parents) afin de mieux saisir l'essence de ce continuum et de l'expérience des familles rejointes.

Toujours du point de vue du contexte de la recherche, l'équipe a rapidement constaté que l'organisation des services des CPSC et les liens entretenus avec les partenaires

diffèrent grandement d'un territoire à l'autre. Cette variabilité, observée dans le mode de fonctionnement et l'organisation des services de chacun des neuf CPSC à l'étude, est d'ailleurs teintée des réalités géographiques et sociales propres à chacun des territoires. Ceci dit, les constats généraux présentés dans ce rapport portent plutôt sur les patrons et les régularités à travers l'ensemble des CPSC, sans distinction quant à leur mode de fonctionnement et leur histoire d'implantation. Ainsi, le portrait des CPSC, tel qu'il est dépeint dans ce rapport, ne vise pas à rendre compte de l'évolution des liens de collaboration des CPSC avec les autres organisations des territoires depuis l'amorce de la recherche, ni de la variabilité de leur stade de développement et de leur maturité en ce qui a trait à la durée d'implantation. L'équipe a néanmoins constaté que la pratique des acteurs des CPSC se transforme et évolue au fil de l'expérience acquise dans les territoires et des besoins des enfants. Documenter cette transformation aurait nécessité une approche longitudinale par études de cas, ce qui n'a pas été possible considérant les ressources allouées pour la présente recherche.

Certains changements organisationnels vécus dans des CPSC ont aussi eu un effet direct sur la collecte de données (p. ex., changement d'équipe de direction, roulement de personnel, fusion de directions). Cela a notamment rendu impossible l'analyse des retombées dans l'un des Centres, telle que prévue, et a réduit la période de collecte de données dans d'autres CPSC.

D'un point de vue méthodologique, la portée de cette recherche est circonscrite par l'absence de répondants du secteur de l'éducation, le petit nombre de répondants du secteur médical de la santé et la petite taille de l'échantillon d'enfants et de parents rejoints pour l'analyse des retombées. L'absence d'un groupe contrôle, par choix de devis de recherche, et la courte durée entre les deux temps de mesure marquent vraisemblablement l'interprétation et la généralisation des résultats. La triangulation des résultats de diverses sources et le recours à des entretiens en profondeur avec des acteurs clefs ont néanmoins été privilégiés pour assurer la validité des résultats et une certaine transférabilité.

Enfin, il importe de garder en tête que la recherche pourrait présenter un biais de sélection au regard des particularités de l'approche et des retombées, car seuls les parents d'enfants adhérant aux services des CPSC depuis au moins un an ont donné leur point de vue sur l'approche et les retombées.

Principaux constats

La convergence des résultats issus des diverses sources et méthodes de collecte de données permet d'énoncer **divers constats transversaux** qui, **ensemble**, permettent de saisir des particularités des CPSC et ce qui les distinguent d'autres organisations du réseau de la santé et des services sociaux.

Concernant les particularités, le croisement de résultats de diverses sources suggère que **les CPSC se distinguent d'autres organisations du réseau de la santé et des services sociaux** au regard de **l'accessibilité à des diagnostics et à des services de santé globale** (c'est-à-dire médicaux; spécialisés, tels que de l'ergothérapie ou de l'orthophonie; et psychosociaux, tels que des suivis par une travailleuse sociale ou psychoéducatrice, de l'art-thérapie, de la musicothérapie et juridiques pour la défense des droits des enfants en ce qui a trait à leur santé physique, mentale, développementale) aux **enfants issus de quartiers défavorisés (constat 1.1)**. Plusieurs facteurs contribuent à favoriser cet accès. D'abord, les CPSC ont la particularité d'offrir des services **à proximité du lieu de résidence des familles**, directement dans des **quartiers défavorisés (1.1.1)**. En effet, les CPSC s'implantent dans des secteurs reconnus pour leurs indices élevés de défavorisation matérielle et sociale (Pampalon et al., 2012), qui ont moins de ressources susceptibles de venir en aide aux enfants et aux familles ou qui présentent certaines caractéristiques susceptibles de les fragiliser. En outre, on note que les CPSC réussissent à accueillir dans leurs services **des enfants et leurs parents qui présentent un cumul de conditions de vulnérabilité psychosociale** (les enfants présentent plusieurs difficultés, les parents sont sans emploi, la fratrie est nombreuse, etc.) et dont une proportion importante ne semble pas avoir recours aux services du réseau de la santé et des services

sociaux (CSSS, CJ ou organisme communautaire). Bien que les enfants soient souvent référés par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et de l'éducation, un peu plus du tiers des familles sont référées par un membre de leur famille élargie ou se présentent d'elles-mêmes aux centres. La proximité géographique, combinée aux activités offertes directement dans la communauté et aux liens avec les écoles augmentent leur capacité **à rejoindre et à identifier les enfants ayant de grands besoins (1.1.2)**. Les CPSC ont aussi la particularité d'offrir **une proximité relationnelle** dans leur offre de services de santé globale (médicaux, spécialisés, psychosociaux et juridiques) **(1.1.3)**. Cela s'actualise à travers la souplesse de leur structure, la convivialité de leur accueil et la relation qui s'établit entre les intervenants et les familles caractérisée par le respect, la transparence, la réciprocité et la disponibilité. L'adoption d'une **approche favorisant la participation (1.1.4)** des enfants et des parents dans l'identification de besoins et dans la planification des services facilite l'adhésion des familles aux CPSC. Cela est possible notamment par le biais de divers leviers dont le service d'évaluation-orientation et le Cercle de l'enfant. Enfin, l'accessibilité aux services se vit également pour les enfants présentant des besoins particuliers auxquels ne peuvent répondre les CPSC, notamment par un **accompagnement vers des services spécialisés d'autres organisations du réseau public de la santé et des services sociaux (1.1.5)**. Bien que les CPSC soient parfois soumis aux mêmes contraintes que ces autres organisations, dont les délais d'attente, les enfants bénéficient souvent d'un accès privilégié aux ressources spécialisées (p. ex., pédopsychiatrie, dentisterie). Cela favorise une certaine continuité et complémentarité dans l'offre de services médicaux et spécialisés pour répondre aux besoins urgents des enfants et auxquels leurs familles n'auraient peut-être pas accès, du moins pas aussi rapidement.

Les résultats suggèrent aussi que les CPSC se distinguent d'autres organisations en ce qui a trait à **l'intégration**, dans un même lieu, des services médicaux, spécialisés, psychosociaux et, dans certains cas, juridiques, ce qui permet **une approche de santé globale** en réponse à la variété des besoins des enfants et des familles (**constat 1.2**). En

effet, ils ont la particularité d'adopter **une approche à la fois multidisciplinaire et intégrée (1.2.1)** par la présence de plusieurs professionnels issus des divers secteurs d'intervention (p. ex., médecin, travailleur social, psychoéducateur, avocat, ergothérapeute) au sein d'un même endroit, permettant ainsi d'offrir une approche de santé globale privilégiant une intensité de services en réponse aux divers besoins des enfants. L'intégration ne concerne pas que les services formels, puisque les CPSC offrent aussi des **opportunités en matière d'accès à du soutien social et matériel** aux enfants et à leurs familles (1.2.2). Ces opportunités concernent l'accès à de nombreuses activités sociales et de loisirs pour les enfants et pour les parents et les familles. D'un point de vue matériel, les CPSC viennent en aide aux familles par le biais de dons divers (p. ex., vêtements, jouets, nourriture) possibles, notamment, par leurs liens privilégiés et médiatisés avec diverses œuvres de bienfaisance et fondations publiques et privées.

En ce qui concerne les collaborations entre les CPSC et le réseau de la santé et des services sociaux, les résultats suggèrent qu'ils sont en **lien avec de nombreux secteurs d'intervention différents** (éducation, santé, services sociaux, juridiques, loisirs, etc.) dans leur offre de services et que ces liens sont **plus étroits avec les organisations du réseau public des services sociaux et de santé**. D'une part, on observe la **grande étendue des liens** entre les CPSC et plus particulièrement avec le réseau de l'éducation et des services sociaux publics et communautaires (**constat 2.1**). D'autre part, on note que le **niveau de collaboration** des CPSC avec les organisations varie selon le réseau d'appartenance de ces derniers (**constat 2.2**). En premier lieu, les résultats indiquent que **le niveau d'intégration est plus élevé (de l'ordre de la coopération) avec le réseau public qu'avec le réseau communautaire (de l'ordre de la communication) (2.2.1)**. Dans une relation de coopération, les acteurs utilisent chacun leur connaissance de l'un et l'autre pour orienter et ajuster leur propre planification afin d'améliorer l'arrimage et la coordination des services. Cela est d'ailleurs facilité par des prêts de service et la mise en place de structures communes autour du mieux-être des enfants (p. ex., plans d'action ou ententes

formelles, etc.). À cet effet, les CPSC partagent plus souvent avec le réseau public une vision commune des actions à réaliser pour les enfants et leurs familles qu'avec le réseau communautaire. Avec ce dernier, peu d'activités sont organisées de manière conjointe en dehors de ce qui est conforme à la mission de chacun. Par ailleurs, **les organismes communautaires souhaiteraient intégrer davantage leurs services avec ceux des CPSC comparativement au désir de ces derniers qui souhaitent collaborer davantage avec le réseau public (2.2.2)**. Enfin, **plusieurs défis caractérisent les collaborations** entre les CPSC et les réseaux public et communautaire des services sociaux et de santé, ce qui soulève trois grands enjeux (2.2.3), soit : 1) le respect de la légitimité des organisations, 2) la mise en place de mécanismes de collaboration; et 3) la pérennité des programmes ou organisations. Selon la perspective des CPSC, les enjeux concernent surtout la reconnaissance et le respect de leur identité (légitimité) et la pérennité assurée de leur existence. Pour eux, il importe de faire connaître leur mission spécifique auprès des partenaires de leur quartier, dans un contexte de roulement de personnel et de changement organisationnel, et de réserver du temps pour approfondir et assurer les liens avec les partenaires privilégiés. Du point de vue des partenaires, les enjeux touchent davantage leur légitimité dans l'offre de services locaux et les mécanismes de collaboration mis en place. La légitimité de leurs actions nécessite une reconnaissance de leur mission, et donc une meilleure connaissance mutuelle afin de tenter une conciliation des mandats respectifs. Au sujet du financement, les partenaires du réseau public vivent des enjeux liés aux prêts de service avec les CPSC, alors que ceux du réseau communautaire se retrouvent en compétition qu'ils vivent avec les CPSC dans un contexte d'accroissement de la précarité financière des uns et des autres.

Enfin, en ce qui concerne les retombées des CPSC, les résultats suggèrent **qu'ils contribuent, après un an de services, à améliorer le bien-être socioaffectif des familles**. Plus particulièrement, ils **contribuent à améliorer le développement socioaffectif des enfants**, tel que documenté par la Grille d'évaluation du développement

des enfants (**constat 3.1.1**), ainsi que la **relation parent-enfant (constat 3.1.2)** et le **sentiment de soutien social** formel et informel des parents (**constat 3.1.3**).

Pistes de réflexion et d'action

Les constats précédents permettent de proposer certaines pistes de réflexion et d'action. Celles-ci sont formulées dans une perspective de réduction des inégalités sociales, pour le bien-être des enfants et leurs familles.

Tout d'abord, bien que les CPSC soient connus dans divers milieux et par les médias, il semble que leur approche demeure encore mal connue des intervenants d'autres organisations du réseau de la santé et des services sociaux. Les CPSC ont d'ailleurs nommé cela comme l'un des principaux enjeux qu'ils vivent dans leurs relations de collaboration avec leurs partenaires. L'équipe de recherche note, à cet effet, que certains aspects du « cœur du modèle » de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté, dont la considération des droits des enfants (Fondation Dr Julien, 2013a, 2013b), sont absents du discours des répondants rencontrés entre 2012 et 2014 (parents et partenaires du réseau de la santé et des services sociaux). Considérant la mouvance des acteurs dans les diverses organisations du réseau et les indications à l'effet que les partenaires des CPSC souhaitent une meilleure (re)connaissance mutuelle, il appert important de **développer des mécanismes afin de faire connaître la mission et l'approche de chacun des acteurs concernés par l'offre de services aux enfants et familles en difficulté**. Cela faciliterait les collaborations et permettrait à chacun de trouver sa place dans l'offre de services, **au profit du bien-être des enfants et de leurs familles**.

Dans le même sens, bien que les CPSC entretiennent des liens avec de nombreux partenaires, et qu'ils bénéficient de quelques structures communes avec certains d'entre eux, notamment du réseau public, il appert important de **développer des mécanismes et de trouver des espaces facilitant la mise en place de collaborations avec un réseau élargi de partenaires** (p. ex., table de concertation, projet commun). Cela permettrait de construire une vision commune des besoins des enfants et des familles vulnérables, de leurs

trajectoires de services et des actions à réaliser pour améliorer l'aide offerte. Rendre visible et accessible aux enfants et familles un tel réseau élargi de ressources signifiantes apparaît comme un enjeu important à travers certains résultats de cette recherche. Hormis le constat que l'intégration de services de santé globale (médicaux, psychosociaux et spécialisés) dans un même lieu et la proximité des CPSC permettent de répondre à des besoins médicaux et sociaux complexes, il importe également de ***se questionner sur le rapport possible de dépendance envers une ressource que cela peut créer pour certaines familles***, ceci au profit d'une démarche axée sur le pouvoir d'agir et la capacité d'utiliser les ressources déjà offertes par le réseau de la santé et des services sociaux. En l'occurrence, il apparaît particulièrement pertinent de ***situer la place des CPSC dans le continuum de services destinés aux enfants vulnérables et à leur famille par rapport aux programmes actuellement en place*** tels que le programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et petite enfance; MSSS, 2004) et les programmes cadres en négligence (MSSS, 2012). Une telle démarche permettrait certainement aux organisations de mieux se positionner dans l'offre de services publics et communautaires et faciliterait l'arrimage des mandats et missions de chacun, ce qui apparaît comme un préalable à la mise en place de mécanismes de collaborations formels. Par exemple, les familles qui cumulent de multiples conditions de vulnérabilité sociale et dont les enfants tendent davantage à présenter des retards de développement dès la deuxième année de vie, sont aussi celles qui ont moins tendance à maintenir des liens avec les SIPPE (Gendron et al., 2014) : en outre, elles pourraient bénéficier de collaborations davantage intégrées entre ce programme, les CPSC et les ressources communautaires locales. Une telle intégration de services devrait d'ailleurs participer au partage des expertises des diverses ressources des réseaux public et communautaire eu égard à leurs pratiques en contexte de réduction des inégalités sociales.

Ce dernier point est d'autant plus important à considérer au vu de certains résultats de cette recherche qui indiquent que les CPSC sont de plus en plus confrontés à des barrières à l'accessibilité des enfants et des familles à des services médicaux, spécialisés et

psychosociaux, que ce soit à l'interne ou de référencement à l'externe. Les listes d'attente s'allongent et la priorisation des enfants présentant de très grands besoins est restreinte. Étant donné que la souplesse et la convivialité de leur structure apparaissent comme des facteurs clés dans l'attractivité et l'adhésion des familles aux services, **il devient donc important d'installer des dispositifs pour réduire les listes d'attente et assurer l'accessibilité des enfants aux services spécialisés requis à travers l'élargissement du réseau de partenaires des CPSC pour augmenter le flux de réponses face aux demandes de plus en plus grandissante.** Les résultats de la présente étude montrent la valeur ajoutée des CPSC et de leurs retombées sur le mieux-être socioaffectif des enfants et des familles. Cela justifie la mise en œuvre de moyens et de ressources favorisant l'accès des familles à ces services ainsi que l'instauration formelle de mécanismes de collaboration permettant d'offrir un continuum de services capables de répondre à leurs multiples besoins dans une perspective de continuité et de complémentarité.

D'autre part, **la question des prêts de service de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux nécessite une réflexion.** Bien que ces ententes constituent un atout pour les CPSC, cette forme de collaboration inter-organisationnelle représente un enjeu pour les établissements concernés en raison de la confusion possible des rôles et de la perte de ressources dans un contexte de rationalisation et de coupures budgétaires. L'offre de services est fragilisée, à des degrés divers, tant dans les établissements du réseau qui participent à cette pratique que dans les CPSC, dans la mesure où les mécanismes de gestion et de reddition de compte rendent difficile la prise en compte de tels aménagements.

Enfin, les résultats suggèrent que les CPSC représentent des milieux de vie importants tant pour les enfants que pour leurs parents. Or, on constate l'absence de services destinés spécifiquement aux parents. Considérant que ces derniers puissent vivre diverses conditions affectant l'accomplissement de leur rôle parental, il s'avère important **de développer des liens de collaboration avec d'autres secteurs d'intervention qui s'adressent**

davantage aux parents (logement, toxicomanie, santé mentale, emploi, etc.). À cet effet, ***les organismes du réseau communautaire et du secteur de l'emploi et de la solidarité sociale devraient être considérés comme des partenaires privilégiés*** dans une perspective de réduction des inégalités sociales, en réponse aux réalités des parents comme personne.

PARTIE C - MÉTHODOLOGIE

La présente recherche a privilégié une approche de triangulation qui consiste à croiser différentes mesures indépendantes dans le but d'augmenter la validité des résultats en montrant que les données vont dans le même sens; ou, à tout le moins, ne se contredisent pas à travers le prisme des diverses perspectives qu'offrent les différentes sources de données (Denzin, 1978; Flick, 1998; Miles & Huberman, 2003). Le croisement et la convergence des données offre ainsi une plus grande robustesse des résultats et des conclusions que l'on peut en tirer. De plus, les données en apparence contradictoires, permettent de donner un sens par les nuances qu'elles apportent, offrant ainsi une compréhension plus fine de la situation (Mathison, 1988). La triangulation s'est opérée sur plusieurs plans (Denzin, 1978), soit à l'espace, en termes de territoire de CPSC, au temps et aux participants. Concrètement, les informations ont été collectées : 1) pour neuf CPSC, parfois quatre, trois ou deux, selon l'objet d'étude (l'espace) ; 2) à plusieurs moments, et parfois à deux reprises pour certains participants (le temps), et 3) auprès de plusieurs acteurs et types d'acteurs, (les participants : enfants, parents, intervenants, gestionnaires et organisations représentées).

La triangulation méthodologique s'est aussi traduite par le recours à des méthodes de collecte et d'analyse de données quantitatives et qualitatives via des sondages téléphoniques, des journaux de bord, des entrevues semi dirigées et des questionnaires structurés; ainsi que par la participation d'un grand nombre de chercheurs de diverses disciplines sociales et de santé à l'interprétation des données (11 chercheurs universitaires et 2 chercheurs d'établissement, deux stagiaires postdoctorales, deux étudiantes de

maîtrise, ainsi que deux professionnelles de recherche). Finalement, chaque source de données a donné lieu à une analyse qui lui était propre, à la recherche de patterns significants. Les résultats obtenus ont ensuite été analysés selon une grille dont les thèmes concernaient les objectifs de l'étude. Le tableau suivant présente les sources de données utilisées en fonction des CPSC concernés et des axes auxquels elles réfèrent.

Sources des données	CPSC	Nombre	Calendrier	Axes	Principaux thèmes documentés
Entrevues auprès des CPSC	Tous	9 entrevues	Automne 2012	2	<ul style="list-style-type: none"> Familles ciblées Services offerts Intervenants présents
Sondages auprès des CPSC et des partenaires	Tous	84 sondages	Automne 2012	1	<ul style="list-style-type: none"> ISHM : Liens de collaboration EMC : Qualités des liens Enjeux et défis de collaboration
Journaux de bord	Tous	4336 journaux de bord	Septembre 2012 à octobre 2013 (6 mois)	1,2	<ul style="list-style-type: none"> Modalité de soutien (activités, services, programmes) Intervenants présents Familles présentes
Portraits des familles	Tous	496 portraits des familles	Octobre 2012 à octobre 2013 (6 mois à 1 an)	2	<ul style="list-style-type: none"> Sources et motifs de références Caractéristiques familles Difficultés rencontrées (enfants)
Entrevues auprès des CPSC et des partenaires (<i>stage post doctoral</i>)	4 CPSC	20 entrevues	Été-Automne 2013	1,2 3	<ul style="list-style-type: none"> Histoires et évolution des liens Défis des collaborations Différence avec autres services Retombées perçues
Entrevues auprès des parents (<i>deux mémoires de maîtrise</i>)	2 CPSC	17 entrevues	Automne 2013 et Hiver 2014	2. 3	<ul style="list-style-type: none"> Référence et accueil Services reçus Relation avec intervenants
Entrevues auprès des CPSC et des partenaires	2 CPSC	7 entrevues	Été 2014	2, 3	<ul style="list-style-type: none"> Différence avec autres services Retombées perçues
Questionnaires et outils de dépistage					<ul style="list-style-type: none"> Intervenants : Problèmes soupçonnés ou documentés Parents : stress parental, détresse, soutien social, qualité de la relation avec intervenants, sentiment contrôle sur services Enfants : Développement. (GED et Dominic Interactif)
Premier temps de mesure	3 CPSC	39 parents et 39 enfants	Été-Automne 2013	3	
Second temps de mesure	3 CPSC	26 parents et 26 enfants	Été-Automne 2014	3	

PARTIE D - RÉSULTATS

1. LES PARTICULARITÉS DES CPSC ET DES FAMILLES REJOINTES

1.1. Les CPSC se distinguent d'autres organisations du réseau de la santé et des services sociaux au regard de l'accessibilité à des diagnostics et à des services de santé globale (c'est-à-dire médicaux; spécialisés, tels que de l'ergothérapie ou de l'orthophonie; et psychosociaux, tels que des suivis par une travailleuse sociale ou psychoéducatrice, de l'art-thérapie, de la musicothérapie et juridiques pour la défense des droits des enfants en ce qui a trait à leur santé physique, mentale, développementale) aux **enfants issus de quartiers défavorisés.**

1.1.1 Les CPSC ont la particularité d'offrir des services de santé globale **à proximité du lieu de résidence des familles**, directement dans des **quartiers défavorisés.**

Plusieurs résultats appuient ce constat. D'une part, les indices de défavorisation sociale et matérielle des quartiers où les CPSC s'implantent sont élevés; la majorité se situant au maximum de l'échelle de Pampalon avec des indices de 8 ou 9 (Pampalon et al., 2012). Plusieurs CPSC, partenaires et parents interrogés observent également que ces quartiers présentent des caractéristiques susceptibles de fragiliser les familles qui y vivent (moins de ressources, contexte particulier, présence de problématiques, etc.) : « *Il n'y a pas beaucoup de services ou d'organismes communautaires dans le quartier. Cela fait partie des raisons pour lesquels le CPSC s'est implanté dans le quartier.* » (CPSC), « *Sûrement le fait qu'on est le secteur où il y avait le plus de signalements* » (CPSC).

Par le trou de services, là, les familles étaient portées à s'isoler, et elles attendaient longtemps pour avoir des soins, [...] pour la santé des enfants, pour le développement des enfants [...]. Oui, bien pour nous, dans [secteur du CPSC], il y avait vraiment un trou de services, là, qui était là. (OC)

Les familles demeurent à proximité [...]. Le [nom d'une entreprise] qui est fermé, beaucoup de gens ont perdu leur emploi et c'est pour cela que le quartier est devenu le plus défavorisé. Le CPSC tenait à s'installer dans ce quartier. (CPSC)

Bien, on est un secteur où il y a beaucoup de clientèle vulnérable, puis il y a beaucoup de familles qui vivent dans un contexte de négligence. Puis on croyait que, bon, la pédiatrie sociale pourrait aller chercher probablement de la clientèle que nous, les gens voulaient pas nécessairement venir en CSSS. (CSSS)

C'est une place en sécurité [au CPSC]. Ils [les enfants] traînent pas dans les parcs, ils traînent pas dans les rues, ils font pas de mauvais coups, ils sont au Centre. Ils font des choses éducatives, ils apprennent des choses, ils parlent. Je me dis ils sont bien. Sinon qu'est-ce qu'ils feraient, là? [...] Tu sais, veux, veux pas, notre quartier, c'est pas un des meilleurs quartiers non plus. (D8).

Bien que les familles soient souvent référées aux CPSC par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (71 %), près de la moitié sont aussi référées par un membre de la famille élargie ou se présentent d'elles-mêmes aux centres (44 %) (voir annexe II). Cette proximité géographique est abordée par les CPSC et leurs partenaires :

L'idée, c'est que le client puisse se déplacer à pied. Pourquoi? C'est parce qu'on sait que les gens qui ont de la misère à s'organiser, c'est compliqué de prendre l'autobus. C'est compliqué, parfois ils n'ont pas de billets. Ils conduisent pas, ils n'ont pas de voiture, ça coûte cher. (CPSC)

Fondamentalement, c'est l'ancrage de la clinique au sein du quartier [...] c'est sûr que dans [nom du quartier du CPSC], elle est au cœur du quartier, donc, c'est un lieu d'entrée en matière. (CSSS)

Selon les parents interrogés, elle augmente la visibilité des CPSC et favorise l'accès à leurs services : « Vu que je reste proche d'ici, je savais que ça existait [...] j'ai décidé de prendre une marche, je suis venue voir. » (C3).

1.1.2. La proximité géographique des CPSC, combinée aux activités offertes directement dans la communauté et aux liens avec les écoles augmentent leur capacité à rejoindre et à identifier les enfants ayant de grands besoins.

Les enfants rejoints par les CPSC présentent en effet plusieurs difficultés (les parents sont sans emploi, les familles sont nombreuses, etc.), comme en témoigne ce représentant d'un CPSC:

Nos portes d'entrée sont vraiment multiples. [...] [noms des activités] sont des milieux d'entrée possibles. Donc, les jeunes qui vont fréquenter [nom de l'activité], qui sont là, qu'on connaît pas ici à l'interne des services, puis qu'on sent que : « Ah! Peut-être qu'il y a de la vulnérabilité. Il y a peut-être des choses qui sont difficiles », on va offrir au parent avec nos éducateurs qui sont déjà en lien : « Ça vous tenterait-tu qu'on essaie de voir, qu'on aille prendre un rendez-vous avec [médecin CPSC]? »» (CPSC)

Plusieurs sources de données quantitatives et qualitatives permettent de constater que les CPSC réussissent à rejoindre les familles les plus vulnérables. Par exemple, les portraits des familles rejointes par les neuf CPSC à l'étude montrent que 67 % des enfants présentent deux difficultés ou plus au moment de leur accueil dans les services. Parmi celles-ci, 57 % sont de nature socioaffective (p. ex., agressivité, troubles anxieux) et 52 % sont de nature cognitive ou langagière. On observe aussi que pour la majorité des familles

rejointes, les deux parents sont sans emploi (58 %) et que la plupart ont deux enfants ou plus vivant à domicile (59 %). Enfin, une proportion importante de ces familles sont monoparentales (44 %) (annexe II).

D'autres données nous permettent de constater que les enfants rejoints par les CPSC présentent de nombreux besoins. Selon les données recueillies au premier temps de mesure auprès des 39 familles rejoints dans le cadre de l'analyse des retombées, il y a cinq fois plus d'enfants âgés de 5 ans et moins qui présentaient un développement non optimal tel que mesuré par le GED (CLIPP, 2009) dans les trois sphères développementales que ce qui est observé dans la population générale (80 % dans la sphère cognitive/langagière contre 15 % les enfants tout venant; 64 % dans la sphère motrice comparativement à 13 % chez les enfants tout venant; et 54 % dans la sphère socioaffective comparativement à 10 % les enfants tout venant). De plus, les intervenants ont soupçonné ou documenté divers problèmes chez ces enfants, dont un problème de fonctionnement à l'école (47 %), un problème relationnel avec les pairs (39 %), un problème de langage ou un retard de développement (31 %) ou un problème d'introversion ou un problème anxieux (23 %). De plus, 68 % des enfants reçoivent ou ont reçu des services d'une autre organisation dans l'année précédant leur fréquentation du CPSC (CJ, CSSS et organisme communautaire).

Chez les parents, les intervenants soupçonnent ou documentent diverses difficultés, dont des problèmes financiers (74 %), de la violence conjugale (45 %) ou des problèmes de santé mentale (45 %). En outre, 36 % des parents déclarent un stress parental élevé lié au domaine de l'enfant, ce qui est presque deux fois plus élevé que celui observé dans la population générale (Lacharité et al., 1999). Enfin, les parents rapportent pouvoir compter en moyenne sur presque 4 personnes lorsqu'ils ont besoin d'aide (annexe III), ce qui correspond aux résultats obtenus auprès d'échantillons similaires (Pomerleau et al., 2005).

Certaines données issues de l'axe 3 (pré-test auprès de 39 familles) montrent aussi qu'environ un enfant sur trois rejoint par les CPSC n'a pas reçu de services des CSSS

(33 %), des CJ (75) ou des organismes communautaire (36 %) au cours de l'année précédant leur accueil dans les CPSC (annexe III).

1.1.3. Les CPSC ont aussi la particularité d'offrir **une proximité relationnelle** dans leur offre de services de santé globale (médicaux, spécialisés, psychosociaux et juridiques).

Selon les données recueillies auprès des parents participants à l'analyse des retombées, on note que ceux-ci perçoivent très positivement la relation qui s'est établie entre eux et l'équipe du CPSC tant au début de leur fréquentation qu'un an après (en moyenne 4,44 et 4,24 respectivement sur 5) ce qui est près de 4 fois plus élevé que pour les parents qui reçoivent des services d'un intervenant du réseau de la santé ou de l'éducation ou des deux (Lacharité, Moreau, & Moreau, 2000) (annexe III). Dans le discours des intervenants et gestionnaires, cette proximité relationnelle est possible notamment grâce à la **souplesse de leur structure** et la **convivialité de leur accueil**:

C'est plus facile de ne pas faire affaire avec un système super structuré comme la DPJ, comme les CLSC. Il y en a pour qui ça va être plus accessible ou plus acceptable d'avoir de l'aide d'une ressource comme le centre de pédiatrie sociale que de faire affaire avec la grosse DPJ. (CJ)

Physiquement, c'est beaucoup plus convivial. [...] Pour moi, ça fait une énorme différence pour les familles, là. [...] Il y a beaucoup plus d'ouverture, il n'y a pas 56 000 formulaires à remplir, il n'y a pas 56 000 évaluations avant la prise en charge [...] c'est sûr que c'est beaucoup plus accueillant. (CSSS)

La différence, c'est qu' [au CPSC], c'est quelque chose qui est très dans le local. On y va, on peut y aller même sans rendez-vous, il y aura quelqu'un. Au CLSC, ça sera pas ça. Ça sera très institutionnel, ils ont des plans d'action, ils ont des délais. Il y a quelque chose de beaucoup plus rigide. (CPSC)

Cette convivialité débute dès l'accueil des parents aux CPSC:

Peu importe les gens qui vont être à l'accueil, c'est-à-dire que la personne qui les accueille, je pense que c'est notre point fort, ça doit être une personne qui est accueillante puis qui est là pour accueillir [...]. Si les gens sont pas disponibles pour les parents tout de suite, on essaie d'être agréables, là, ou de diriger, si on est en train de faire des choses spécifiques. (CSSS)

Je vois les enfants qui courent vers les intervenantes puis qui se garochent dans leurs bras, puis qui sont heureuses de les voir, puis que l'intervenante a les deux bras grands ouverts, puis elle est occupée, puis elle en a trois autres qui attendent derrière, elle va prendre le temps d'accueillir cet enfant-là. (OC)

Tout de suite, il y a une personne qui est venue se présenter, elle m'a accueillie [...] Elle m'a expliqué qu'est-ce qu'elle faisait puis elle s'est intéressée à moi, puis on a discuté un peu de, ben, de ma vie familiale et tout et tout, là. (D9)

Cela favorise chez les familles **un sentiment d'appartenance** : « [Les CPSC] apportent un sentiment d'appartenance, déjà là. Un sentiment qu'ils [les parents] peuvent être bien en quelque part, qu'il y a un support, de l'appartenance... » (CJ). Pour les parents, les CPSC sont **des milieux de vie** qu'ils comparent à une famille : « Quand on rentre ici, c'est comme on rentre chez nous [...] c'est comme une deuxième famille. » (C6), « [...] même [l'intervenante du CPSC], c'est comme si ça serait ma tante, parce que ça fait des années qu'elle me connaît. » (D6),

Pour les familles, c'est beaucoup l'appartenance au Centre. S'il y a quelque chose qui se passe, ils appellent. Ce n'est pas la professionnelle qu'ils appellent. Ils vont appeler [prénom d'une intervenante], ils vont appeler [prénom d'une autre intervenante]. Ça, c'est tellement gros pour les familles. Il y a des familles qui reviennent de semaine en semaine. C'est chez eux, ici. (CJ)

La présence constante de nourriture est un autre élément souvent rapporté et qui favorise ce sentiment d'appartenance : « Une des choses que j'apprécie beaucoup aussi, c'est le fait qu'il y a des repas avec les activités. » (D5); « [Les enfants] rentrent en-dedans, vont chercher un fruit, vont chercher un jus, chercher un bâton, ils ressortent, ils font des coucou à tout le monde. C'est pas juste mes enfants qui font ça, là, tous les enfants du quartier font ça, là. » (C6). Les intervenants aussi le mentionnent :

[Au CPSC]], ils [les parents] sont accueillis comme à la maison, c'est sûr que la porte est toujours ouverte, on n'a pas besoin d'avoir de rendez-vous. Moi, je me plais à dire que dans des centres de pédiatrie, on passe notre temps à manger. Il y a toujours de la nourriture. (CSSS)

L'approche de proximité relationnelle caractérise aussi les **relations entre les intervenants et les familles**. Les CPSC et leurs partenaires les décrivent en ces termes:

Je pense qu'il y a une partie qui revient à la direction [des CPSC] de choisir les employés en fonction du savoir-être ...on est tous des professionnels, on a tous notre savoir, notre bagage de professionnel avec notre formation, mais dans le savoir-être, il y a une grande, grande importance qui est mise là. [...] l'idée de parler des familles avec un langage négatif entre intervenants [...] ça serait pas toléré, aucunement [...] il y a un grand respect de nos familles qui est présent constamment et qui est en nous, en chacun. Pas juste devant la famille, entre nous, à tout moment. (CPSC)

Nous [O.C.], on voit beaucoup les familles dans nos différents services, dans nos activités, dans nos ateliers et tout, mais le lien qui est créé avec la pédiatrie sociale, je trouve qu'il va être encore plus intime. (OC)

Plus particulièrement, la relation est caractérisée par le respect et **l'absence de jugement** : « *Je suis pas un numéro là-bas. » (D7), « Puis ils [les intervenants] sont pas tout le temps, là, assis dans leur bureau, en train d'écrire, puis te regarder comme si tu serais un moins que rien. » (C4),*

C'est vraiment leurs plus grandes forces. [...] nous accepter tel qu'on est, sans nous juger. [...] Parce qu'il y a des choses que j'ai faites qui étaient pas correctes, puis j'étais gênée d'en parler, là, parce que je le sais que c'était pas correct de le faire, mais j'ai eu confiance puis j'en ai parlé, puis j'ai jamais été jugée comme quelqu'un de mauvais pour autant. (C5)

Les intervenants des CPSC valorisent aussi la **transparence professionnelle** dans leur relation avec les familles :

Souvent, dans les plans de services, il y a beaucoup de choses qui se disent, puis les parents comprennent pas toujours. [...] Fait que souvent, nous, on est là aussi pour comme remettre les points sur les i et leur dire : « Est-ce que c'est vraiment ça que t'as compris, parce que nous, c'est ça qu'on déciderait? Est-ce que tu es d'accord ou pas d'accord? ». Fait que on va faire une synthèse aux parents [...] Sinon, ils ont de la misère à parler puis ils ont de la misère à dire leur point de vue. (CPSC)

Pour les parents et les intervenants, cela se vit plus particulièrement lorsque leur situation nécessite un signalement à la DPJ : « *Puis avant de faire quoi que ce soit, appeler la DPJ ou quoi que ce soit, ils m'ont appelée pour voir avec mon accord » (D6),*

Ils m'ont appelée avant de me faire mon signalement. Ils m'ont dit : « [prénom de la mère], tu es en détresse, il faut t'aider ». [...] Je vivais dans un logement qui était vraiment insalubre [...] elles m'ont expliqué le pour et le contre, pourquoi elles m'avaient fait un signalement. J'ai compris, puis vraiment, c'est la communication entre les intervenantes et les parents. (C7)

Les parents abordent souvent le **sentiment de réciprocité** qu'ils perçoivent dans leurs relations avec les intervenants : « *...moi avec [l'intervenante du CPSC]... c'est une confidente...c'est comme mon amie, elle m'aide dans tout. » (C7), « ... on a eu vraiment du fun, on s'est amusés, on a eu des tonnes de plaisir, même avec les éducateurs en tant que tels, c'est comme si ça aurait été des amis de longue date. » (C4), « Comme je m'ai fait un lien de confiance, mais un lien d'amie itou. » (D5),*

[L'intervenante du CPSC], pour moi, je la vois pas comme une travailleuse sociale, je la vois plus comme une grande amie. Je veux dire, ça fait tellement longtemps qu'on se voit, je la verrais, je lui offrirais un café... Tandis que la travailleuse sociale [d'une autre organisation], j'irai pas lui payer un café. (C4)

Enfin, la notion de **disponibilité** des intervenants en termes de présence, de temps et d'écoute revient très souvent dans le discours des parents : « *Bien, ce que j'aime le plus, c'est que c'est ouvert, tu peux y aller dans les heures d'ouverture, n'importe quand, en crise ou de bonne humeur. Tout le monde est là pour toi. J'appelle, j'ai des retours. » (C6); « ...elle a vraiment pris le temps même si elle était ben occupée, là. Elle a pris un bon dix minutes pour essayer de me calmer, puis me mettre bien. » (D6). Selon les intervenants des CPSC, cela fait partie de leur approche :*

Tu sais, les mamans qui nous appellent puis là, tu dis : « Allô, tu m'appelles-tu pour quelque chose? », « Ben non, mais je pensais à toi, là. Telle affaire », mais c'est rien de nouveau, mais on est dans un besoin d'être rassuré ça va durer 15 minutes, ils viennent chercher quelque chose. Mais c'est ça, cette place-là qui est là, qui est ouverte, puis auquel on va répondre. (CPSC)

1.1.4. Les CPSC adoptent une **approche favorisant la participation des enfants et des parents** dans l'identification de leurs besoins et dans la planification des services de santé globale.

Cette approche est notamment possible par le biais de *divers leviers* dont le service d'évaluation-orientation et le Cercle de l'enfant. D'une part, les données issues des mesures auprès des parents participants à l'analyse des retombées montrent que les parents déclarent avoir un fort sentiment de contrôle sur les services qu'ils reçoivent du CPSC tant au début de leur fréquentation qu'un an après (en moyenne 8,54 et 8,38 respectivement sur 10); 60 % disent avoir un fort sentiment de contrôle; c'est 2,5 fois plus que pour les parents qui reçoivent des services d'un intervenant du réseau de la santé ou de l'éducation ou des deux (Lacharité et al., 2000). Ensuite, l'analyse des Journaux de bord, colligés quotidiennement par les intervenants des CPSC pendant 6 mois, montrent que les enfants (98 %) et les mères (84 %) sont presque toujours présents aux rencontres d'évaluation-orientation et que les pères le sont environ une fois sur quatre (36 %) (annexe II).

La mise en place de **mécanismes de cointervention** avec la famille est rapportée lors des entrevues réalisées auprès des CPSC et de leurs partenaires : « *Donc, c'est sûr que l'accent est vraiment mis sur que le parent, que la place soit donnée à la famille, là, qu'ils puissent exprimer leurs besoins, comment qu'ils comprennent la situation.* » (CJ),

[En parlant du Cercle de l'enfant] Le parent peut inviter un oncle, une tante, un cousin, une cousine, ceux qui sont significatifs pour l'enfant. Et puis ça peut être aussi l'école, ça peut être les différents organismes que le parent, le Centre jeunesse, peu importe, là, tant que le parent soit à l'aise de mentionner un peu son histoire familiale (...) que lui soit à l'aise de le dire devant les autres personnes qui seront présentes. C'est pour ça que c'est pas nous qui va inviter toujours, par exemple, le Centre jeunesse, peu importe, ça va être le parent. (CPSC)

On va rencontrer une famille, [...] sauf qu'au lieu que ce soit les intervenants qui vont décider des objectifs, ça va être les parents et les enfants, alors les besoins immédiats. Puis à partir de ça, on va se faire un plan d'action. (CSSS)

Les parents aussi abordent leur place dans les services des CPSC et le Cercle de l'enfant : « *Mes idées sont écoutées aussi. Elles sont prises en considération dans les décisions.* » (D4), « *Je sens que j'ai une influence, que ma parole a du sens, et puis qu'on la prend en considération.* » (C2),

Parce que le Cercle, OK, c'est que tu dois apporter un objet, puis quand tu as besoin de parler, tu le mets devant toi, puis il y a aucune intervention, même si tu es une travailleuse sociale, même si tu es plus haut placé, ils ont pas le droit de m'interrompre. Fait que c'est là [...] on m'a comprise puis on m'a donné les services que moi, j'avais de besoin autant que pour les enfants. (C7)

Puis avec la DPJ puis quand tu fais un Cercle, c'est super le fun, parce que tu peux dire ton opinion, puis les autres, tout le monde dit leur opinion [...] puis c'est comme nos choix à nous autres, c'est pas les choix de tout le monde. (C8)

La **considération des forces** des familles est aussi relevée par les parents et les intervenants dans leurs propos : « *[Dans une autre organisation] c'était négatif envers moi parce que là l'enfant ne va pas bien, donc ça doit être le parent!* » (D1), « *Ici, c'est sûr qu'il faut qu'on travaille ce qui va le moins bien, sauf qu'ils sont capables de dire ce qui va bien.* » (C3), « *On croit en les gens avec qui on travaille, on croit en eux, on croit en leur capacité de changement, on croit en leur volonté de le faire. Fait que ça, c'est là. Puis même si on arrive dans des nœuds dans l'intervention, on est encore là-dedans.* » (CPSC),

Le monde, la plupart du temps, ils sont négatifs, ils sont dégradants envers les autres, ils sont négatifs, je l'ai déjà dit, mais le Centre [...] c'est comme le gros soleil, tu le sais

que tu vas avoir au moins quelques solutions que tu peux choisir, au lieu de juste être assise ici, puis dire : « J'en ai pas de solution, j'en ai pas de solution ». Le Centre, eux autres, ils offrent un sens de solutions puis un sens de sécurité. (D7).

Dans le même sens, les intervenants nous parlent du **respect du rythme des familles** dans l'intervention, ce qui peut aussi être perçu comme une difficulté :

On prend ce qui vient là, on accepte ce qui est là, ce que les gens ont le goût d'ouvrir, qu'est-ce qui a le goût d'être partagé, qu'est-ce qu'on est capables d'aller chercher comme information. Puis souvent, c'est étonnant, parce qu'il y a souvent vraiment de choses qui sortent là. [...] La famille est prête à quoi aussi? Est-ce qu'ils sont prêts à avoir de l'intervention intensive pendant vraiment, pendant un certain temps? Ou ils sont plus réfractaires puis de voir quelqu'un une fois de temps en temps, c'est assez pour le moment. (...) Des fois, on a beaucoup de besoins, mais on commence par un, puis on regarde tranquillement où la famille est capable d'aller. (CPSC)

Il y a la sensation que, des fois, on va au rythme du parent, et c'est vrai que parfois on avait la sensation que si on laisse aller les choses, ça va arriver il peut arriver des choses qui nous inquiètent. [...] C'est qu'il y a des signes avant-coureurs que le parent est à même de dire ce qu'il a besoin, mais il y a des fois où on a la sensation qu'il ne le voit et nous, quand on le nomme, il ne le voit pas. Et on n'est pas leur référent. C'est pas notre place. Nous, on va le dire à [nom du CPSC] qui, après, s'il a la possibilité, s'il le veut, va le reprendre. Mais parfois, peut-être qu'ils l'ont pas vu ou peut-être qu'ils ne le reprennent pas. (OC)

1.1.5. L'accessibilité aux services se vit par un **accompagnement vers les services spécialisés d'autres organisations du réseau public de la santé et des services sociaux.**

En effet, selon eux, les CPSC sont : « ...un agent pour aider à réduire les barrières à l'accessibilité. Tu sais, il y a des barrières à l'accessibilité. Nous, on est là des fois pour les éliminer. » (CPSC). Pour d'autres organisations, cela permet une certaine complémentarité dans l'offre de services :

C'est clair que c'est une complémentarité de services [...] [le CPSC], étant donné ses liens de partenariat avec l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, va être aussi un pilier, un pôle dans la référence qui peut être faite pour les familles du quartier vers d'autres ressources. [...] si ces familles-là sont réfractaires à avoir nos services au CSSS, ben, à ce moment-là, [le CPSC] peut voir à ce que les familles bénéficient des services vers, exemple, la deuxième ligne. (CSSS)

De leur côté, les parents mentionnent ces services auxquels ils n'auraient pas eu accès sans l'aide de la pédiatrie sociale en communauté : « Avec l'appui du centre, j'ai pu avoir une ouverture aussi à [l'hôpital psychiatrique] pour que mon fils soit évalué. » (D1), « Il y a aussi ça, [...] qu'est-ce qu'il fait, c'est des lunettes. Oui, parce que ça coûte très cher. C'est

comme 6-700 piastres les paires de lunettes. » (C7), « Puis [ma fille], à date, elle a tous eu les tests, puis encore plus que ce que j'ai jamais pensé qu'elle était pour avoir. Juste une psychiatre, c'est 200 piastres la session. » (D7),

Je les aurais peut-être faites [les démarches pour avoir des services], mais je me serais fait apostropher rendue à l'école, tu sais. J'aurais eu la directrice, le professeur, l'orthopédagogue, plus la travailleuse sociale. J'aurais eu tout le monde contre moi. Puis souvent, ils m'arrivent avec des mots qui m'étourdissent. Mais là, [l'intervenante du CPSC] [...] je me rends compte qu'elle travaille fort pour nous autres [...] J'ai eu beaucoup de support, comme avec l'école, ces choses-là, parce que je me sens comme David contre Goliath, là. (D4)

[Ma fille], quand elle est arrivée là en détresse, elle ne parlait pas, elle ne mangeait plus. Elle est vraiment arrivée là en grosse détresse. Il y a eu du gros travail de fait sur ma fille, pédopsychiatrie, les hôpitaux pour savoir qu'est-ce qui se passait. C'est là qu'ils ont découvert un trouble de TDAH sévère.... (C7)

Par ailleurs, les CPSC sont parfois aux prises avec les mêmes difficultés que les autres organisations du réseau. Celles-ci concernent à la fois l'accès à leurs propres services (p. ex., délai, demande grandissante de services) ou à ceux d'autres organisations dans l'accompagnement des familles, comme le rapportent des parents et des intervenants interrogés :

La seule chose que moi je trouve c'est que plus que les années avancent plus qu'ils en prennent moins [...] C'est que ça devient beaucoup pis je l'ai compris pis regarde je le sais que je suis pas la seule, pis je le sais que c'est plein. (D1)

[Mon fils], il est rendu vieux, fait que [le CPSC] l'invite moins. [...] parce que officiellement c'est supposé être jusqu'à 14 ans le centre sauf que souvent les activités arrêtent à 12... (D3)

Il y a pas de lien direct. C'est sûr qu'à [territoire du CPSC], [nom du médecin au CPSC] aimerait bien qu'on puisse faire des références et que les références soient priorisées, par exemple, en orthophonie, parce qu'on sait que le langage, c'est la grande difficulté chez toute notre clientèle, que ce soit grande vulnérabilité ou en négligence, là. (...) On n'a pas de « Passez go et réclamez 200 \$ » facilement encore. On y travaille. (CSSS)

[Au CSSS], il y a 18 mois d'attente en ergothérapie, 18 mois d'attente en orthophonie, et alouette! Fait que ça veut dire que quand moi, j'essaie, j'appelle la personne qui est en charge de la liste d'attente en 0-5 ans, puis je lui dis : « Aille, je te fais un deal. Passe-moi cet enfant-là en ergo en urgence, puis moi, je vais faire son évaluation en psychoed [...] » C'est parce qu'elle a dit non. [...] Ça serait une façon efficace de faire les choses. Puis je la connais bien, cette personne-là. [...] Mais il y a pas de souplesse, elle a les deux mains attachées. (CPSC)

Et puis, dû au jeune âge de l'enfant [...] Il y a eu aucun diagnostic d'émis, malgré toutes les évaluations. [...] Parce que nous, on espérait avoir un diagnostic pour le référer vers des services spécialisés [...] On a été au plus loin où on pouvait aller dans

nos partenariats, puis maintenant, on doit revenir à la case départ, puis on est un peu pris, puis on sait pas trop comment plus aider cet enfant-là. (CPSC)

Constat 1.2 Les CPSC se distinguent d'autres organisations au regard de l'**intégration**, dans un même lieu **de services de santé globale** (services médicaux, spécialisés, psychosociaux et parfois juridiques).

1.2.1 Les CPSC adoptent une approche **multidisciplinaire et intégrée** par la présence de plusieurs professionnels issus des divers secteurs d'intervention (p. ex., médecin, travailleur social, psychoéducateur, avocat, ergothérapeute) permettant d'offrir une **réponse complète et intensive aux divers besoins des enfants**.

Pour les CPSC, cela fait partie de leur approche : « *Moi, je suis le même médecin. [...] j'ai des outils pour travailler ici que j'ai pas au CLSC. Parce que j'ai une adjointe clinique qui est du domaine psychosocial, qui est toujours avec moi. Donc, on évalue la santé de façon beaucoup plus globale.* » (CPSC), « *L'intensité des services puis la diversité des services qu'on peut offrir. Ça, je pense que ça nous distingue aussi dans le fait qu'on est capables d'offrir quelque chose; un enfant peut être vu par tellement de services en même temps, qu'on peut vraiment être intensivement dans une famille.* » (CPSC). D'ailleurs, les intervenants des organisations du réseau reconnaissent cette particularité des CPSC :

J'en comprends toute une mobilisation, une offre de services, qui est offerte aux familles, aux jeunes, pour soutenir, c'est ça, je trouve que c'est un village pour élever un enfant. [...] C'est parce que c'est le mandat qui est différent. Au Centre jeunesse, on est là quand il y a une situation de compromission. Nous, on est supposés d'être une parenthèse dans la vie des gens. [...] [les CPSC] ont pas le même mandat, eux, ils répondent à un besoin de services, tandis que nous, on répond à un besoin de protection. [...] il y a vraiment beaucoup plus de services qui sont offerts que par le CSSS. Je trouve que ma clientèle est mieux desservie par la pédiatrie sociale. (CJ)

Chaque centre de pédiatrie a des services différents. Le service qui est essentiel, c'est d'avoir un médecin, avec une travailleuse sociale [...]. Donc, après ça, ça va dépendre des besoins. D'année en année, je pense que les programmations vont varier selon les besoins. Il peut y avoir de l'aide aux devoirs, il peut y avoir des cuisines collectives, il peut y avoir des groupes de stimulation pour les enfants 0-5 ans, de la musicothérapie, de l'art thérapie, des suivis plus directs en psychoéducation, en travail social, etc. (CSSS)

Elles [les familles] y vont [au CPSC], tandis qu'elles ne fréquenteraient peut-être pas d'autres ressources. Je pense que ça, c'est bien. Il [le CPSC] apporte des services professionnels de pointe qui ne seraient pas accessibles autrement. (OC)

Au [CPSC], tu as un pédiatre, tu avais une orthophoniste, tu as une directrice clinique [...]. Tu avais l'éducatrice spécialisée, tu as une psychoéducatrice. Ils ont vraiment des professionnels spécialisés pour travailler avec des problématiques très précises. (OC)

Les parents aussi abordent cette diversité des services au sein des CPSC : « Les forces, c'est qu'il y a des éducateurs, il y a un médecin, il y a des travailleuses sociales. Il y a tout ce qu'une famille peut vouloir pour son enfant. » (C2). D'ailleurs, cela empêche certaines familles de quitter leur quartier: « J'ai pas envie de changer de quartier, juste parce que j'ai pas envie de perdre ici. [...] vu les ressources ici, j'ai comme pas envie de partir. Mon chum, il voulait qu'on déménage [...]. J'ai dit : « Mais voyons, si je déménage là, je vais tout perdre. J'aurai plus les ateliers, j'aurai plus ci, j'aurai plus ça. La garderie va me coûter un prix de fou. J'ai pas les moyens de payer la grosse garderie. » (C5).

Par ailleurs, tout comme c'est le cas pour l'accès aux services externes, les CPSC sont aussi pris avec des contraintes qui limitent l'accès à leur services comme le rapportent ces mères : « Je suis pas la seule personne. Pis mes enfants ne sont pas les seuls. La seule chose que moi je trouve c'est que plus que les années avancent plus qu'y en prennent moins [d'enfants] » (D1), « Tu sais parce qu'officiellement c'est supposé être jusqu'à 14 ans le centre sauf que souvent les activités arrêtent à 12 ans » (D2). Les intervenants aussi en parlent :

Présentement, il y a de l'attente [...] ce qui est difficile pour nous, c'est le nombre de dossiers versus le nombre de personnel qu'on a ici sur place, là [...]. Il y a eu beaucoup de réorganisation dans l'équipe et tout ça [...] mais présentement, il y a un grand délai entre la première rencontre puis l'évaluation orientation. [...] présentement, ça fait six mois à peu près que c'est comme ça. [...] On veut pas non plus créer ce que le CLSC, t'sais, la liste d'attente puis tout ça, fait que présentement, on prend aucune nouvelle demande de service. (CPSC)

1.2.2. Les CPSC offrent des *opportunités en termes d'accès à du soutien social et matériel* aux enfants et à leurs familles.

Ces opportunités concernent l'accès à de nombreuses activités sociales pour les enfants et pour les parents et les familles : « Donc, les activités collectives, ça peut être, c'est des BBQ, c'est des fêtes de Noël et tout ça. Et ça, on les fait avec le Centre de pédiatrie sociale, on mêle les deux. » (CSSS), « C'est ce qui nous distingue, c'est qu'on a cette souplesse-là et cette créativité-là. Je veux dire, courir le marathon avec nos petits, si on le

fait c'est que c'est extraordinairement gagnant. » (CPSC), « ...Tu vois, ma femme a déjà été au soccer, au soccer de (...), que [le CPSC] avait offert des billets. » (C2),

On a des billets pour aller voir des shows. Comme on est allés voir Disney on Ice, sur glace. Après, on est allés voir l'Hôtel Saint-Denis, je pense. Puis on est allés voir aussi – comment qu'il s'appelle, lui? – Casse-Noisette. [...]. Je te dirais même, elle a eu des billets pour aller au cinéma, elle a eu des billets pour aller à La Ronde. Je te dis, des affaires que, moi toute seule, je serais même pas capable d'acheter. (C4)

Ces activités permettent de faire vivre des expériences positives aux enfants, favorisant leur estime d'eux-mêmes:

Je te dirais même ma fille, elle était tellement fière d'être chef cuisinière pour la semaine! (...) C'est des nouvelles choses, des nouvelles expériences qui est apprécié... Puis même en plus, ça apprend à l'enfant à être autonome. Puis depuis qu'elle vient ici, [ma fille] a changé du tout au tout. Même pour l'estime de soi. (C4)

En famille, on a fait les [activités familiales au CPSC]. On était là avec [mon fils] [...] il a eu une expérience vraiment positive, ils ont gagné la première place. [...] c'est un accomplissement. [...] Je trouve qu'il a plus confiance en lui. (D5)

Pour certains parents toutefois, l'approche demeure centrée sur l'enfant et la famille de telle sorte qu'ils se sentent exclus de l'aide individuelle qu'ils aimeraient recevoir : « C'est plate qu'ils en font pas pour les adultes, c'est vraiment pour la famille. Je peux venir parler, mettons avec [l'intervenante du CPSC] ou avec la t.s., de quelque chose, mais quand il s'agit juste de moi, je peux pas. C'est vraiment familial. [...] mais c'est la loi, ç'a l'air.» (C6); « C'est plate qu'ils en font pas pour les adultes [des CPSC]» (C5).

D'un point de vue instrumental, les CPSC sont aussi en mesure de venir en aide aux familles par le biais de dons de diverses natures (p. ex., vêtements, jouets, nourriture) rendus possibles notamment par leurs liens avec œuvres de bienfaisance et des fondations. Pour les parents, cela représente des biens indispensables : « ...ils sont là vraiment pour t'aider, puis qu'est-ce que j'ai besoin, des bottes d'hiver. » (C3), « [les enfants] font des marathons, ils ont des espadrilles gratuits, ça, ça m'a beaucoup aidée. » (D7), « Ils m'ont donné de la bouffe aussi. Ça aussi c'était bien des-des croissants pis des-des p'tits bagels pi des p'tits muffins. Des pains, ça paraît pas là mais j'ai pas eu besoin de m'acheter du pain des fois. » (D2), « La bouffe, des jouets, du linge. Si tu as besoin de quelque chose, tu

l'écris sur le tableau. Ils font en sorte pour essayer de t'aider. Les choses scolaires, j'ai manqué une couple d'affaires [...] ils ont été l'amener à l'école à mes enfants. » (D6).

Par ailleurs, selon certains répondants (intervenants et parents), l'intégration des services dans un même lieu peut créer un rapport de dépendance pour certaines familles :

Je trouve ça dommage, parce que je trouve qu'il y a quand même un sentiment de fierté qu'il faut conserver si on veut s'en sortir. Puis, des fois de maintenir les gens dans, tu sais [...] de dire : « Au lieu de donner un poisson, apprends à pêcher. » C'est un peu ça, dans le sens que c'est ça, au lieu de donner de donner des vê-, parce que [le CPSC] il génère l'abondance, il se fait donner des vêtements, des télé-, des ordi-. [...] comment tu responsabilises à un certain niveau, puis que justement tu arrêtes de dire : « T'es tellement pas capable, je vais le faire à ta place. » Il y a comme cette espèce de culture-là qui est. (OC)

Il y a des familles, comme je te disais, ils s'occupent un peu moins de leur enfant, mais eux, par rapport à ça, ils ont plus d'aide. Comme il y a des choses que nous, on aurait, des fois, de besoin qu'on peut pas avoir accès, parce qu'on est des parents plus responsables puis on est plus capables de se débrouiller que certains autres. (C5)

Il y en a beaucoup qui profitent ici. [...] Moi, si j'en ai besoin, j'en ai besoin; si j'en ai pas besoin, j'en ai pas besoin. C'est aussi simple que ça. [...] Il y en a tellement qui profitent du système. C'est ça qui est plate, parce que [le CPSC], il se fait beaucoup profiter par ben du monde. Puis ça, ça m'enrage... (C6)

2. LES COLLABORATIONS DES CPSC AVEC LEUR PARTENAIRES

Constat 2.1. Les CPSC sont en *lien avec de nombreux secteurs d'intervention différents* (éducation, santé, services sociaux, juridiques, loisirs, etc.) dans leur offre de services aux enfants et familles et *plus particulièrement avec le réseau de l'éducation et des réseaux public et communautaire des services sociaux.*

Tout d'abord, on observe la **grande étendue des liens** entre les CPSC et plus particulièrement avec le réseau de l'éducation et ceux public et communautaire des services sociaux (liens avec de nombreux organismes). En effet, les CPSC interrogés mentionnent entretenir des liens avec des partenaires issus, en moyenne, de 7 secteurs distincts d'intervention incluant, en ordre d'importance : l'éducation, les services sociaux communautaires, les services sociaux publics, la santé et les autres secteurs (justice, logement, loisirs, sécurité publique, clergé, corporations et fondations). Certains CPSC ont aussi nommé des fondations, commerces et restaurants avec lesquels ils entretiennent des liens pour le dépannage des familles (dons de vêtements, nourriture, etc.) (annexe I).

En s'attardant plus particulièrement aux liens entretenus avec les quatre principaux secteurs, on observe que les acteurs du milieu de l'éducation représentent environ le tiers (38 %) des partenaires identifiés par les neuf CPSC. Ils sont issus soit des écoles, des CPE, des garderies privés et des commissions scolaires. Le secteur des services sociaux communautaires occupe le deuxième rang, car il représente 31 % des partenaires. Les partenaires du réseau des services sociaux institutionnels représentent pour leur part environ 17 % des partenaires et sont issus principalement des centres jeunesse (E/O, prise en charge) et des CSSS (p. ex., accueil psychosocial, SIPPE, enfance-famille). Enfin, les partenaires du secteur de la santé représentent environ 14 % des partenaires et proviennent soit des hôpitaux, des centres de réadaptation physique et des cliniques médicales publiques et privées.

Les informations colligées dans les Journaux de bord montrent aussi que le secteur de l'éducation est, après le secteur des services sociaux publics, le plus souvent représenté lorsqu'une autre organisation est présente; il l'est dans 36 % des rencontres d'évaluation-orientation et dans 49 % des suivis psychosociaux et psychoéducatifs (annexe III).

Les entrevues auprès des intervenants et gestionnaires révèlent aussi que trois CPSC bénéficient d'ententes de collaboration avec ce secteur (prêts de services, prêts de locaux, références) (annexe I).

Bien, je pense que c'est sûr que la Commission scolaire a un lien important. [...] c'est sûr qu'en ayant un prêt de services d'une psychoéducatrice trois jours, par la Commission scolaire c'est quand même un gros bien. [...] Alors, c'est vraiment maintenant la personne qui est prêtée, c'est elle qui va rencontrer les écoles au début de l'année [...] Donc, ça, c'est devenu quelque chose qu'on a instauré et eux peuvent aussi nous référer des enfants. (CPSC)

C'est sûr que nous, on a des liens avec plusieurs écoles, mais particulièrement, je dirais, avec deux des écoles de notre quartier. [...] C'est sûr qu'ils se déplacent. [...] Donc, ils viennent en orientation évaluation. [...] cette année, on l'a pas fait, mais on l'a fait à deux reprises, la tournée des écoles, pour parler de pédiatrie sociale. [...] on fait même des suivis à l'école. [...] Quand on a des difficultés à rejoindre un enfant, dans plusieurs écoles maintenant, ils nous prêtent le local de musique. (CPSC)

Les intervenants des CPSC sont aussi en contact direct avec ce secteur : « *Bien, c'est sûr que les professionnels [du CPSC] vont travailler beaucoup avec la communauté, dont*

l'école. C'est toujours sensibiliser les enseignants, la direction des écoles, comment c'est important que les enfants restent à l'école, malgré certaines difficultés... » (CJ). Les parents aussi en parlent : « J'avais trouvé ça l'fun parce qu'y travaillent en collaboration avec l'école... » (D2), « Puis là, elle m'a suggéré de faire une rencontre au Centre, avec l'école, d'inviter l'école. » (D4).

Constat 2.2. Le *niveau de collaboration* des CPSC avec les organisations *varie selon leur réseau d'appartenance des acteurs*.

2.2.1. Le niveau d'intégration est plus élevé (de l'ordre de la coopération) avec le réseau public qu'avec le réseau communautaire (de l'ordre de la communication)

Selon la mesure d'intégration des services utilisée dans le cadre des sondages, le niveau d'intégration est plus élevé entre les CPSC et les partenaires sondés du réseau institutionnel qu'entre les CPSC et les partenaires sondés du réseau de la santé et communautaire (annexe I). Il est de l'ordre de la coopération dans le premier cas (3,10 sur 4) mais se situe à mi-chemin entre la communication et la coopération dans le second cas (2,57 et 2,44 sur 4). Les partenaires institutionnels sondés perçoivent également un niveau d'intégration moyen plus élevé avec les CPSC (2,55 sur 4) que ne le perçoivent les partenaires sondés du réseau de la santé (2,22 sur 4) ou des services sociaux communautaires (2,12 sur 4). De manière générale, on observe également que les liens perçus ou souhaités sont assez réciproques et ce, que ce soit du point de vue des CPSC ou des partenaires sondés du réseau de la santé ou des services sociaux communautaire ou institutionnel.

De plus, selon ce qui a été observé dans les Journaux de bord, 43 % des services d'évaluation-orientation pratiqués, se déroulent en compagnie d'au moins un intervenant d'une autre organisation. Ces intervenants œuvrent surtout dans le réseau des services sociaux publics (59 %; CSSS, CJ) et de l'éducation (36 %) (annexe I).

Les entrevues réalisées auprès des CPSC et de leurs partenaires révèlent aussi la présence importante du secteur public des services sociaux dans les services et de son rôle dans l'émergence de certains CPSC:

En fait, c'est la directrice (du CPSC) qui, au tout début, c'était pas parti, est venue nous voir (au CJ) pour nous parler, est venue me rencontrer pour me parler de l'intention de la pédiatrie sociale, ou elle voulait rencontrer le chef de service, particulièrement à l'enfance, puis peut-être que mon nom a été donné et, en tout cas, elle m'a contactée pour me parler de la pédiatrie sociale qu'elle voulait implanter ici [...] Donc, on s'est assis ensemble, on l'a regardée, elle nous a parlé du projet, bon, ce qu'était la pédiatrie sociale. Fait que ça nous a permis de réfléchir ensemble sur la pédiatrie sociale, ses avantages. Et de là, on leur a demandé : « Quelle collaboration vous voulez avec nous? C'est quoi vos besoins pour partir ça? » Et de là, ils nous ont dit : « Nous, on aurait besoin, ce qui nous aiderait, c'est du personnel. » Pour partir, c'est vraiment des prêts de services. De là, on a regardé avec mon supérieur, avec le directeur [...], à l'époque, de regarder qu'est-ce qu'on peut faire pour aider, soutenir la pédiatrie sociale. (CJ)

Bien, je pense qu'il y a (nom du directeur) qui était à l'époque, directeur enfant-jeunesse-famille, qui a joué un gros lien pour mobiliser du personnel à l'interne et à vouloir s'impliquer dans la pédiatrie sociale, à vouloir aider à la création. (...) on a mobilisé des personnes en organisation communautaire pour venir aider, notamment à la structuration du conseil. Donc, il y avait une organisatrice communautaire, il y a eu les Centres jeunesse qui ont participé nécessairement avec nous à déployer certains services dans le cadre de d'autres programmes, pour essayer de consolider un noyau là, c'est-à-dire d'avoir des locaux, d'avoir du personnel en place, de pouvoir finalement faire d'une pierre deux coups, là. (CSSS)

2.2.2. Les organismes communautaires souhaiteraient *intégrer davantage leurs services* à ceux des CPSC comparativement au désir de ces derniers qui souhaitent collaborer davantage avec le réseau public

L'analyse de l'écart (congruence à la mesure ISHM) entre les liens actuels et ceux souhaités montre que le réseau communautaire aimerait voir ses actions davantage intégrées à celles des CPSC qu'elles ne le sont actuellement (congruence de 1,00; ce qui est élevé selon Brown et al. (2004)). Par ailleurs, on note que les CPSC sont relativement satisfaits de leurs liens actuels avec le réseau communautaire (congruence 0,52) (annexe I).

Par ailleurs, les données recueillies dans les Journaux de bord indiquent que les organismes communautaires sont peu présents (16 %) lors des rencontres d'évaluation-orientation des CPSC alors qu'ils sont présents près d'une fois sur quatre (24 %) lors des services psychosociaux ou psychoéducatifs impliquant au moins un intervenant d'une autre organisation.

L'analyse du discours des intervenants interrogés sur les enjeux et défis liés à leur cohabitation avec les CPSC montre que les organismes communautaires souhaiteraient améliorer les mécanismes mis en place pour collaborer avec les CPSC: « *Le principal défi est*

vraiment d'apprendre à se connaître puis évoluer vers une relation où on va avoir un réflexe de référer dans les deux sens. » (OC),

Le CPSC ne travaille pas en collaboration avec d'autres organismes (communautaires). Et ça, c'est un truc qui ressort souvent dans les réunions de groupe. [...] Ce n'est pas une préoccupation du moins. [Il n'y a pas de leur part] un désir de travailler en partenariat en tout cas, pas avec les autres organismes du quartier. (OC)

On est une communauté tissée serrée dans [nom du territoire], fait qu'on ne peut pas faire cavalier seul, à mon avis. Alors ça c'est des choses à travailler, peut-être qu'il y avait trop de travail lié à la reconnaissance de ce qu'est la pédiatrie sociale, puis l'approche de pédiatrie sociale, avec les universités, qui a fait en sorte que tu sais un moment donné il a fallu aller se coucher comme on dit, que ça ça pas été fait, mais c'est une, t'as pas juste une adresse civique où que tu tiens un bureau, t'as un adresse civique qui est lié dans la communauté puis c'est important de parler avec cette communauté-là, surtout quand il y a des frustrations, puis essayer de comprendre, pas ignorer, tu fais juste envenimer la situation. Fait que, c'est, moi, pour moi et mon organisation, c'est un organisme à qui je lève mon chapeau, avec qui on est prêt à travailler demain matin pour n'importe quelle raison, tant que tous les deux on reconnaît ce que l'on fait et ce pourquoi on le fait. (OC).

2.2.3 Les liens de collaboration entre les CPSC et les autres organisations du réseau des services sociaux et de santé sont confrontés à **plusieurs défis** qui relèvent d'**enjeux** relatifs : 1) à la légitimité des organisations, 2) aux mécanismes de collaboration; et 3) à la pérennité des organisations.

Les sondages téléphoniques et les entrevues réalisées auprès des CPSC et de leurs partenaires du réseau des services sociaux publics et communautaires indiquent que plusieurs défis caractérisent les collaborations entre les CPSC et le réseau des services sociaux publics et communautaires, ce qui soulève trois grands enjeux : 1) la légitimité des organisations, 2) les mécanismes de collaboration mis en place; et 3) leur pérennité. Selon la perspective des CPSC, les enjeux liés aux collaborations concernent surtout la reconnaissance et le respect de leur identité (légitimité) et l'assurance de leur existence (pérennité). Pour eux, il importe de faire connaître leur mission spécifique auprès des partenaires, de connaître les ressources de leur quartier dans un contexte de roulement de personnel et de changement organisationnel et de réserver du temps pour approfondir et assurer les liens avec leurs partenaires (« *Les principaux enjeux, c'est le respect de la mission de chacun, peut-être la compréhension de la mission des CPSC aussi, des fois, c'est pas très bien compris.* » (CPSC); « *Le premier défi est le manque de temps. On est tous à la*

course et on a tous une volonté de collaboration, mais on manque de temps pour approfondir les liens avec les organismes et les intervenants pour faire un suivi commun à long terme des familles ainsi que pour planifier des collaborations ensemble. » (CPSC). Du point de vue des partenaires, les enjeux concernent davantage leur légitimité et les mécanismes de collaboration mis en place. La légitimité de leurs actions nécessite une reconnaissance de leur mission et donc, une meilleure connaissance mutuelle et une conciliation des mandats respectifs. En regard du financement, les partenaires du réseau public y perçoivent des enjeux liés aux prêts de service avec les CPSC, alors que ceux du réseau communautaire y perçoivent des enjeux liés au sentiment de compétition qu'ils vivent avec les CPSC.

Il reste des zones grises aussi, à être clarifier dans nos ententes avec le Centre de pédiatrie sociale, eh, qui sont au niveau plus administratif, par rapport aussi au prêt de service. (CSSS)

Pour le CPSC : mieux connaître les organismes communautaires [...]. Améliorer la communication et l'échange d'information, plus d'ouverture du C.A. pour permettre à la direction du CPSC de bien comprendre l'approche [des organismes communautaires] et la réalité des milieux concerné. (OC)

[Le défi], je dirais, du côté financement, parce qu'on cherche d'un côté pis de l'autre à chercher vraiment le financement total. [...] Tout le monde tire la couverture chacun leur bord. (OC)

3. LES RETOMBÉES DES CPSC SUR LES ENFANTS ET LES FAMILLES

3.1. Enfin, en ce qui concerne les retombées des CPSC, les résultats suggèrent **qu'ils contribuent, après un an de services, à améliorer le bien-être socioaffectif des familles.**

3.1.1 Les résultats indiquent que les CPSC **contribuent à améliorer le développement socioaffectif des enfants.**

La Grille d'évaluation du développement des enfants (GED; CLIPP, 2009) a été administrée dans les deux mois suivant l'accueil des nouveaux enfants dans les services ainsi qu'un an plus tard. Les résultats montrent que presque deux fois plus d'enfants présentent un développement socioaffectif optimal un an après avoir commencé à recevoir les services des CPSC que lorsqu'ils ont commencé à les fréquenter (83 % et 44 %

respectivement) (résultats significatif). C'est presque la proportion observée dans la population générale (90 %) (annexe III).

D'autres résultats issus de l'analyse du discours des parents et des intervenants suggèrent que les enfants qui fréquentent les CPSC vivent une amélioration au niveau de leur agressivité ou du contrôle de leurs émotions : « *Quand [mon fils] est arrivé ici, il se battait toujours à l'école. On a réussi à régler ça.* » (D4), « *[Mon fils], il a appris plus à gérer ses émotions, à parler au lieu de frapper.* » (C5),

C'est le jour et la nuit avec mon fils...on pouvait pas passer une journée sans que je sois obligée de faire un maintien physique qui pouvait durer jusqu'à deux heures de temps des fois. [...] maintenant j'ai pu besoin de faire de l'intervention physique. [...] Y'a pu rien qui se fait briser chez-nous. Je reçois pu de coups. (D1)

[Ma fille] a beaucoup changé depuis qu'y vient ici...ça va beaucoup mieux et son estime de soi a remonté [...]. A fait pu autant de crise, non a fait encore des crises sauf que c'est pu pareil comme avant. Avant c'était des crises comme avec des cris des coups de pied. (D3)

Constat 3.1.2. Les CPSC contribuent à améliorer le sentiment **d'efficacité parentale** et la **relation parent-enfant**.

Les résultats obtenus en regard du sentiment de compétence parentale, par l'indice de stress parental (annexe III) révèlent une légère amélioration, bien que non significative. Par ailleurs, l'analyse du discours des parents indiquent que selon eux, leur trajectoire de services à l'intérieur des CPSC a permis d'améliorer leur sentiment d'efficacité parentale et leur relation avec leurs enfants:

Je suis plus calme, parce que veux, veux pas, quand tu as trois enfants, que tu les élèves quand même toute seule, c'est un peu plus dur. Je vais te dire franchement, souvent j'appelais au Centre pour avoir de l'aide, pour [...] que moi, je travaille sur mon caractère, puis ça aide un petit plus aussi à la maison. (D6)

J'ai beaucoup changé aussi, là. Vraiment, parce que la discipline avant, comment je pourrais dire ça, c'était pas mon fort, vraiment. Fait que là, astheure, j'en ai une, puis je suis plus ferme, puis les enfants sont beaucoup plus calmes, même s'ils sont encore bruyants. Mais vraiment, ça se compare pas à v'là deux ans, là. (C3)

Ben, moi, c'est sûr que je me sens vraiment plus en confiance. J'ai des trucs maintenant, quand ma fille, elle fait une crise, là, j'ai des techniques, je me sens pas comme au dépourvu. [...] je réagis mieux aux incidents puis je gère les situations familiales difficiles, là. (C6)

Parce que moi, je te dirais ben franchement, des fois, si je les aurais pas eus, je me demande si j'aurais encore ma fille aujourd'hui, puis qu'est-ce que je serais devenue aujourd'hui. (C4)

Ben, moi, je trouve que je me suis vraiment plus rapprochée de ma fille. Puis au lieu de passer mon temps à la chicaner puis à se chicaner, ben là, je trouve qu'avec le Centre, on fait des activités ensemble à place. Puis je trouve que ç'a comme vraiment amélioré notre relation, puis c'est ça. On passe du temps, les deux toutes seules, mère fille, puis du temps de qualité. (D9)

Ces changements sont aussi perçus du point de vue des CPSC et de leurs partenaires :

On a des gens, des fois, des parents qui nous arrivent en disant : « Mon enfant va pas bien », qu'il a un petit peu un enfant symptôme, puis qui s'attend à ce qu'on change les comportements de l'enfant. C'est sûr que deux ans plus tard, des fois, les comportements sont encore là. Mais souvent, on a réussi à changer la perspective du parent du comportement. T'sais, il y a ça qui est comme comment le comportement est perçu chez son enfant. Qu'est-ce que ça veut dire, ce comportement-là? Ça, c'est là. Mais c'est sûr que des fois, le comportement reste présent, mais dans la façon de le comprendre, c'est différent. (CPSC)

Vraiment, il y a eu des gros changements, vraiment une maman qui a pris, qui a augmenté beaucoup sa confiance en elle, beaucoup plus solide, capable de mettre des limites, capable d'encadrer les enfants, capable de jouer avec les enfants. Une maman qui a réussi à continuer à avoir un logement propre, à entretenir son logement. (CJ)

Constat 3.1.3. Les CPSC contribuent à améliorer le **sentiment de soutien social** formel et informel des parents.

De nombreux parents rapportent se sentir moins isolés depuis qu'ils fréquentent un CPSC. Pour eux, il représente un lieu qui leur offre du soutien social formel, via leurs contacts avec les intervenants, et informel via leurs contacts avec d'autres parents : « Il y a toujours un parent qui est là pour m'écouter, tu sais, il y a toujours des parents comme avec qui qu'on fait des liens, tu sais. » (D5),

Nous, ça nous permet de se détendre, de faire des ateliers, de jaser entre parents, ce qu'on fait pas habituellement ailleurs. [...] Ici, c'est comme mon seul autre réseau à part la famille. Je me dis : Si je perds ça, je vais aller où? Quand je vais avoir envie d'aller dire bonjour à quelqu'un, où je vais aller? Quand je vais avoir envie de parler de mes peines, où je vais aller? (C5).

Les gestionnaires et intervenants d'autres organisations perçoivent aussi cette retombée : « Bien, briser l'isolement beaucoup, puis éventuellement, bien, peut-être être capables de sortir de ce contexte-là de négligence. » (CSSS),

[Ça apporte] une proximité, briser l'isolement. Tu sais, on est dans une société de plus en plus individualiste puis isolée, tu sais, on n'a moins des grosses familles de 18 qu'avant. [...] Donc, le réseau social qui est plus effrité au niveau de la société, mais je trouve que quand tu as un endroit où aller. (CJ)

[Ça apporte] vraiment un grand filet de sécurité, là, des familles dans le besoin, des familles vulnérables, des familles. C'est ça, c'est un filet de sécurité vraiment important. Puis arrive à, bien, tu sais, si on y va dans le spécifique, sortir les familles de l'isolement. (CSSS)

Le filet social qui se crée autour de certaines familles rend possible, pour les intervenants, leur adhésion à des services auxquels ils étaient réfractaires :

Puis quand on parle de point de référence, voyez-vous, pour cette maman-là, (...) on est partis de là où elle était, sans exclure le fait qu'il fallait aussi faire de l'éclairage, de l'éducation et développer d'autres points de référence pour qu'il y ait une reconnaissance de la situation, pour qu'il y ait une plus grande adhésion aux services proposés. Alors là, cette famille-là, de notre côté, accepte un service d'éducation familiale à domicile. C'est majeur. (CSSS)

Par ailleurs, il importe de noter que les mesures quantitatives obtenues par le biais de la sous-échelle d'isolement social de l'Indice de stress parental (ISP) et la sous-échelle de disponibilité du Social Support Questionnaire (SSQ) ne montrent pas de changements significatifs entre les deux temps de mesure quant au soutien social perçu par les parents. Même s'ils ont peu de gens autour d'eux (quatre personnes en moyenne), ils se sentent bien soutenus (voir annexe III).

PARTIE E - PISTES DE RECHERCHE

Quatre pistes de recherche seraient à envisager au terme de ce projet, pour contribuer au développement de savoirs que nécessite l'intervention en contexte d'inégalités sociales auprès d'enfants et leurs parents vivant un cumul de conditions de vulnérabilité psychosociale.

Une première piste dérive du constat de grande variabilité entre les CPSC ayant été considérés dans cette recherche : une étude de cas multiple visant une analyse contextualisée des réalités singulières de CPSC adoptant différents modes d'organisation, offrirait des éléments de réflexion additionnels à l'élaboration de la pratique de pédiatrie sociale, laquelle comporte un potentiel important, tel que le démontre cette recherche. Le

recours à une démarche de recherche-action devrait en outre être envisagé afin de considérer et le savoir tel que perçu par les acteurs des CPSC.

Deuxièmement, une étude portant spécifiquement sur les besoins des parents des enfants suivis par les CPSC serait à privilégier pour renforcer l'intervention auprès de la famille, un milieu de vie signifiant et déterminant pour les enfants.

Troisièmement, dans la continuité des piste d'action et de réflexion soulevés par cette recherche, la mise à l'essai de mécanismes et de dispositifs formels d'intégration des CPSC dans le continuum des services de première ligne du réseau de la santé et de services sociaux, ainsi que l'évaluation des effets sur l'offre des services et l'accès à des services spécialisés de deuxième ligne, est à envisager. La collaboration et l'intégration des services de diverses ressources est un enjeu de taille, mais s'avère souhaitable.

Enfin, à un niveau macroscopique, il y aurait lieu d'entreprendre une analyse comparative des impacts relatifs d'initiatives telles que les CPSC préconisant l'offre de services spécialisés, individualisés, et de proximité en comparaison à des initiatives collectives et des politiques publiques destinées à réduire les inégalités sociales sur le bien-être des enfants et des familles vivant en contexte de vulnérabilité sociale. Dans un contexte de rationalisation des ressources, les priorités de l'intervention sociale se doivent d'être basées sur des savoirs probants.

PARTIE F – RÉFÉRENCES

Pour la liste bibliographie complète, consulter l'annexe V.

Axford, N., et al. (2012). Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice. *Children and Youth Services Review, 34*, 2061–2071.

Bloomquist, M. L., et al. (2012). Parent participation within community center or in-home outreach delivery models of the Early Riser Conduct Problems Prevention Program. *Journal of Child and Family Study, 21*, 368-383.

Boag-Munroe, G., & Evangelou, M. (2012). From hard to reach to how to reach: A Systematic review of the literature on hard-to-reach families. *Research Papers in Education, 27*(2), 209-239

Browne, G., et al. (2004). Conceptualizing and validating the human services integration measure. *International Journal of Integrated Care, 4*, 1-9.

- Browne, G., et al. (2007). Conceptualization and measurement of integrated human service network for evaluation. *International Journal of Integrated Care*, 7, 1-6.
- Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales (CLIPP) (2009). *Étude de normalisation. Grille d'évaluation du Développement GED pour les 0 à 5 ans*. Rapport final. Montréal : CLIPP.
- Clément, M.-È., Bérubé, A., Fallu, D., & Gosselin, C. (sous presse). Paroles de parents sur l'accès et l'adhésion aux services de la pédiatrie sociale en communauté. Dans C. Lacharité et C. Sellenet (Éds.), *Ce que parler veut dire » en protection de l'enfance : la voix des parents et des enfants*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Clément, M.-È., Denoncourt, J. et al. (2014). *Les centres de pédiatrie sociale en communauté : Intégration des services, modalités partenariales et enjeux de collaboration pour mieux venir en aide aux familles*. 3^e Colloque conjoint École de psychoéducation, Université de Montréal et CJM-IU. Montréal : Université de Montréal.
- Connolly, M. (2006). Fifteen years of family group conferencing: Coordinators talk about their experiences in Aotearoa New Zealand. *British Journal of Social Work*, 36(4), 523-540.
- Crespo, S., & Rheault, S. (2013). *Revenu, faible revenu et inégalité de revenu : Portrait des Québécoises et des Québécois de 55 ans et plus vivant en logement privé*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- de Montigny, F., & Goudreau, J. (2009). Les services de première ligne et l'intervention familiale. Dans C. Lacharité et J. P. Gagnier (Éds.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir* (pp. 184-208). Montréal : Chenelière Éducation.
- Denzin, N.K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw-Hill.
- Fallu, D. (2014). *La pédiatrie sociale en communauté : une étude qualitative de la perception des parents*. Mémoire de maîtrise en psychoéducation. Gatineau : Université du Québec en Outaouais.
- Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Fondation du Dr Julien (2013a). *Lorsque la santé et le bien-être des enfants deviennent une question de droit. L'approche de la pédiatrie sociale en communauté*, conférence organisée par le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE), Montréal, 22 février.
- Fondation du Dr Julien (2013b). *Document de codification. Pédiatrie sociale en communauté*, Montréal, Fondation du Dr Julien, division de transfert des savoirs, 260 p. [document interne].
- Gendron, S., Moreau, J., Dupuis, G., Lachance Fiola, J., & Clavier, C. (2014). *Évaluation du Programme de Soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 3. Modélisation des cibles d'action du PSJP : Le développement des enfants et le parcours de vie des jeunes parents*. Rapport déposé au Ministère de la santé et des services sociaux. Montréal: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

- Gosselin, C. (2014). *Analyse qualitative des particularités et des retombées des actions de la pédiatrie sociale en communauté du point de vue des familles bénéficiaires*. Mémoire de maîtrise en psychoéducation. Gatineau : Université du Québec en Outaouais.
- Julien, G. (2004) *Soigner différemment les enfants : L'approche de la pédiatrie sociale*. Montréal : Édition, Logiques.
- Julien, G., & Trudel, S. H. (2009). *Tous responsables de nos enfants: Un appel à l'action*. Montréal: Bayard Canada.
- Kohler, L. (2003). ESSOP–25 years: personal reflections from one who started the European Society for Social Paediatrics. *Child: Care, Health & Development*, 29(5), 321-328.
- Lacharité C., Moreau, J. & Moreau, M-L. (2000). Le point de vue des parents et des intervenants sur la collaboration dans le cadre des services en pédopsychiatrie, dans M. Simard et J. Alary (dir.) *Comprendre la Famille (1999), Actes du 5e symposium québécois de recherche sur la famille*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lacharité, C., & Gagnier, J.-P. (2009) (Éds.). *Comprendre les familles pour mieux intervenir*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Mathison, S. (1988). Why triangulate? *Educational Researcher*, 17(2). 13-17.
- McLeod J, Nelson G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1127-1149.
- Miles, M. B., & Huberman., A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. 2e édition américaine. Paris: De Boeck Université.
- Pampalon, R., et al. (2012). Un indice régional de défavorisation matérielle et sociale pour la santé publique au Québec et au Canada. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 103(2), 17-22.
- Piché, A. M., & Trocmé, N. (2011). *Le Cercle de l'Enfant: Évaluation de la mise en place Septembre 2008 -2010*. McGill University, Montréal.
- Pomerleau, A., Malcuit, G., Moreau, J., et Bouchard, C. (2005) *Contextes de vie, ressources et développement de jeunes enfants de milieux populaires montréalais*. Rapport de recherche présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Prilleltensky, et al. (2001). *Promoting family wellness and preventing child maltreatment: Fundamentals for thinking and action*. Toronto: University of Toronto Press
- Savard S, Turcotte D, Beaudoin A. (2003). Le partenariat et les organisations sociosanitaires du secteur de l'enfance, de la famille et de la jeunesse : une analyse stratégique. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 160-177.
- Snell-Johns, J. et al. (2004). Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserves families. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 19-35