PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ : **DU RÊVE À LA RÉALITÉ !**

GUIDE ET RAPPORT DE L'IMPLANTATION DU MODÈLE EN CONTEXTE LINGUISTIQUE MINORITAIRE

Société Santé en français

Société
Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick

Centre de pédiatrie sociale du Sud-Est | South East Social Pediatric Centre

Santé Canada | Health Canada

REMERCIEMENTS

La production de ce guide et rapport d'implantation de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick est le résultat d'une collaboration inestimable entre le Réseau-action Organisation des services de la Société Santé et Mieux-être en français du N.-B., le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est (CPSSE) et de nombreux partenaires communautaires, institutionnels et gouvernementaux du Nouveau-Brunswick. Les membres de l'équipe de réalisation de cet important outil remercient sincèrement tous ceux et celles qui ont collaboré avec eux de quelque façon que ce soit pour qu'il se réalise !

Les membres de l'équipe souhaitent également reconnaître l'appui de la Fondation Dr Julien, qui a été la source première d'inspiration pour que la pédiatrie sociale en communauté passe **du rêve à la réalité** en Acadie du Nouveau-Brunswick.

LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Dre Elaine Deschênes
Pédiatre sociale
Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est (CPSSE)

Estelle Lanteigne
Directrice du Réseau-action Organisation des services
Société Santé et Mieux-être en français du N.-B.

Chantal N.-Losier
Analyste de politiques publiques
VIMINIO Recherche et Analyse inc.

LES PARTENAIRES

- Action enfants au cœur de la communauté
- Association francophone des parents du Nouveau-Brunswick
- Centraide de la région du Grand Moncton et du Sud-Est du Nouveau-Brunswick
- Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick, Université de Moncton
- Chaire de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes/ Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes
- Champoux Inc. - Spécialiste en développement économique
- Collège communautaire du Nouveau-Brunswick
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
- Défenseur des enfants, des jeunes et des aînés du Nouveau-Brunswick
- District scolaire francophone Sud
- École Abbey-Landry
- École Soleil Levant
- Fidelis Law Droit
- Fondation Dr Julien
- Ministère du Développement social
- Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance
- Ministère de la Santé
- Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick (MACS-NB)
- Place aux compétences
- Réseau de santé Vitalité
- Société médicale du Nouveau-Brunswick
- Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB)
- Village de Memramcook

Santé Canada Health Canada

Cette initiative est financée par Santé Canada dans le cadre du Plan d'action pour les langues officielles – 2018-2023 : Investir dans notre avenir. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements 2

Introduction 6

Sommaire 7

SECTION 1 - MISE EN CONTEXTE 13

1.1 La pédiatrie sociale en communauté 13

1.2 Les valeurs, les croyances et les principes de la pédiatrie sociale en communauté 14

1.3 L'avènement de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick 18

1.4 Le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est 20

1.4.1 Indicateurs de la santé et du mieux-être chez les 0 à 19 ans 20

1.5 Description du modèle logique de la pédiatrie sociale en communauté 22

1.6 Le modèle adapté à la réalité du Nouveau-Brunswick 24

1.6.1 Tenir compte de la composante linguistique 24

1.6.2 Tenir compte de la réalité régionale 25

1.6.3 Tenir compte des services existants 26

SECTION 2 - LES PARTENAIRES 29

2.1 Les partenaires de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick 29

2.2 Le rôle des partenaires et leur contribution à la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick 31

SECTION 3 - LES ASSISES DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ 35

3.1 Définitions 36

3.2 La recherche des sources de stress toxique 40

3.2.1 Comprendre le stress et ses réponses 40

3.3 Les effets du stress toxique sur le cerveau 40

3.3.1 Les risques permanents (et générationnels) du stress toxique 41

3.3.2 Les effets du stress toxique sur l'épigénétique 41

3.3.3 Les façons de prévenir le stress toxique 41

3.3.3.1 La résilience 42

SECTION 4 - LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ « SUR LE TERRAIN » 45

4.1 Méthodologie de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté 45

4.2 La méthode APCA - Apprivoiser, Partager, Comprendre et Agir 46

4.3 La démarche clinique 48

4.4 Le cercle de l'enfant 52

SECTION 5 - LE PROCESSUS DE DÉMARRAGE ET DE CERTIFICATION DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ 55

5.1 Processus de démarrage d'un centre de pédiatrie sociale en communauté « en bref » ... 56

5.1.1 Sensibilisation et planification - poser les bases ... 57

5.1.2 Structuration 58

5.2 Consolidation des acquis - la certification 59

5.2.1 Les trois niveaux de certification 59

5.3 Le référentiel de certification et ses critères 60

SECTION 6 - LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'INITIATIVE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ 63

6.1 Mise en contexte du GRISMEJ 64

6.2 L'évaluation : explication des quatre phases d'évaluation dirigées par le GRISMEJ 64

SECTION 7 - LEÇONS APPRISES PAR LE CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ SUD-EST ET RECOMMANDATIONS 67

7.1 Sensibilisation et approche auprès des partenaires 68

7.2 Processus de gestion et de gouvernance 69

7.3 Ressources humaines 70

7.4 Offre de services 71

SECTION 8 - FUTURES PISTES D'ACTIONS 73

ANNEXES 77

Annexe 1 - Indicateurs de santé pour les régions de Memramcook, Bouctouche, Richibucto et Saint-Louis de Kent 79

Annexe 2 - Représentation géographique des zones de santé des deux réseaux 83

Annexe 3 - La méthode APCA (apprivoiser, partager, comprendre et agir) en bref 87

Annexe 4 - Le Cercle protecteur de l'enfant 91

Annexe 5 - Plan d'affaires - étapes à suivre 95

Annexe 6 - Planification stratégique - étapes à suivre 101

Annexe 7 - Structure organisationnelle 105

Annexe 8 - Le référentiel de certification et ses critères 117

INTRODUCTION

Ce guide et rapport sur l'implantation de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick sert également de guide pour tous ceux qui souhaitent en savoir plus sur la manière dont les communautés peuvent créer et mettre en place un centre de pédiatrie sociale en communauté ou simplement intégrer des composantes du modèle au sein de leurs programmes et services.

Entre autres, le document aborde le concept appelé « pédiatrie sociale en communauté » ainsi que les valeurs et les croyances qui régissent ce type de pratique. Il présente également les expériences, les leçons apprises et les conseils des membres de l'équipe du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est (CPSSE) et de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB). Ces équipes tiennent à partager leurs expériences et à mobiliser leurs connaissances parce qu'elles estiment qu'il y a beaucoup de matières qui peuvent être transmises à d'autres régions qui veulent travailler à la mise en place d'un centre de pédiatrie sociale en communauté.

Le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est

Le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est a ouvert ses portes en 2017 et sert les enfants et les familles de trois territoires qui sont Memramcook, Kent Nord (Richibucto et Saint-Louis), Kent Sud (Bouctouche). Ces deux derniers sont des points de service satellites. La mission du Centre est de favoriser le développement du plein potentiel de chaque enfant en mobilisant leurs familles et communautés.

À partir des expériences vécues par l'équipe du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est, de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick et des ressources de la Fondation Dr Julien, le document fournit aussi le cadre à suivre pour la mise en place d'un centre au Nouveau-Brunswick ainsi que des conseils et des astuces pour vous guider à chaque étape du processus.

La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick

La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick est un organisme de concertation et de soutien qui favorise l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services et programmes de santé et mieux-être pour la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick. La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick fait partie du vaste Mouvement de la santé en français du Canada. La Société Santé en français est le point de rencontre de 16 réseaux régionaux, provinciaux et territoriaux; il œuvre à la concertation des partenaires intéressés à améliorer l'accès à des services de santé en français dans toutes les provinces et territoires où le français n'est pas la langue de la majorité de la population.

L'histoire de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick n'en étant qu'à ses débuts, d'autres expériences et connaissances seront partagées au fur et à mesure que de nouveaux centres seront mis en place. Ainsi, ce document est appelé à changer périodiquement afin de refléter l'évolution de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick.

SOMMAIRE

Une branche essentielle au domaine médical

La pédiatrie sociale en communauté est un parfait exemple d'un modèle qui favorise des rapprochements entre les divers systèmes, mais également entre les systèmes et les communautés. Un centre de pédiatrie sociale en communauté permet d'offrir, dans un même milieu, des services médicaux spécialisés, psychosociaux et juridiques de manière concertée, tout en se jumelant à l'expertise et à la participation active des membres de la famille, des citoyens et des leaders communautaires du territoire ciblé. Pour ce faire, le centre mise entre autres sur des partenariats et des collaborations avec plusieurs acteurs de la communauté dont le réseau de la santé et des services sociaux, le milieu scolaire, les ressources communautaires, les milieux de garde, les municipalités, les bénévoles, les entrepreneurs, etc.

La pédiatrie sociale en communauté « En bref »

- La pédiatrie sociale en communauté vient en aide aux enfants en situation de vulnérabilité (violence, pauvreté, insécurité alimentaire, problème de consommation, anxiété et symptômes de dépression, etc.)
- Elle crée des occasions soutenues pour les enfants et les jeunes et leur propose une trajectoire de vie positive et axée sur les accomplissements
- Elle mobilise tous ceux qui dans la communauté jouent un rôle important dans la vie de l'enfant (les parents, le personnel de la garderie, le personnel de l'école, le garagiste, le policier, le personnel de la quincaillerie, etc.)
- Elle intègre l'expertise de la médecine, des sciences sociales, du droit et de la famille
- Elle croit en la co-construction d'un plan d'action dans lequel chaque personne autour de la table est aussi importante que les autres, tout en ayant des compétences différentes
- Elle mise sur les forces de l'enfant et de sa communauté, en respectant le rythme de la famille, sans juger
- Elle vise à prévenir, diminuer ou éliminer les sources de stress toxiques qui affectent le développement de l'enfant
- Elle cherche à briser les cycles générationnels de vulnérabilité en ouvrant la beauté du monde aux enfants dans le besoin (entre autres, via le principe d'équité)
- Elle utilise une approche globale et communautaire de « terrain » (elle va vers l'enfant, elle ouvre la porte à l'enfant, elle n'attend pas que l'enfant vienne vers elle)

La table de cuisine, comme « modèle d'intervention »

Dans les années 1950, lorsque tous les membres de la famille se trouvaient sous le même toit, il n'y avait qu'une seule façon de dîner : en famille, assis autour de la table. C'était une époque de proximité et de convivialité où tout le monde se rassemblait en un lieu central pour parler de sa journée ou rattraper le temps perdu avec ceux qui avaient été absents pendant un certain temps. La table de la cuisine ne servait pas seulement à manger, mais était un lieu de rencontre, symbolisant l'unité au sein du foyer.

En pédiatrie sociale en communauté, l'enfant ou sa famille ne rencontrent pas seulement le médecin, ils se rassemblent tous autour de la table de cuisine ou s'assoient sur le sofa du salon pour discuter librement et en toute simplicité. C'est très loin de ce que la plupart des gens imaginent lorsqu'ils pensent aux cabinets médicaux traditionnels ! La table de cuisine est le parfait symbole ou reflet de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. On s'y rassemble pour se connaître, pour partager et communiquer. On y crée des liens de confiance et on unit nos forces à celles de l'enfant pour élaborer ensemble un plan d'action visant son épanouissement.

« L'équipe de pédiatrie sociale en communauté mise sur les forces de l'enfant, de sa famille et de sa communauté. Elle associe ces forces à l'expertise de la médecine, du droit, de l'éducation et des sciences sociales pour trouver de nouveaux moyens de réduire, voire d'éliminer, les sources de stress toxique. Par exemple, si le stress de l'enfant est exacerbé par l'emprisonnement d'un parent, l'équipe de pédiatrie sociale travaillera avec les forces de l'enfant et de son entourage afin de réduire l'impact de ce stress jugé toxique sur le cerveau en développement. »

Dre Élaine Deschênes,
pédiatre sociale du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est

Description des sections

La première section du document présente brièvement aux lecteurs le concept appelé « pédiatrie sociale en communauté ». Les valeurs et les croyances qui guident ce type de pratique sont discutées ainsi que la façon dont la pédiatrie sociale en communauté a été mise en œuvre au Nouveau-Brunswick. Cette section et les suivantes font référence ou donnent comme exemple le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est qui est le premier du genre dans la province. La section comprend aussi une description du modèle logique de la pédiatrie sociale en communauté.

La deuxième section du document met l'accent sur les partenaires. Afin de mettre en place un centre de pédiatrie sociale en communauté, la contribution de partenaires et de plusieurs autres acteurs s'avère essentielle. Il s'agit notamment des membres représentant les domaines du développement communautaire, de la santé et du mieux-être, de l'éducation et du droit. Les municipalités sont également nécessaires dans ce processus, ainsi que les bénévoles et les entrepreneurs. La section présente le rôle joué et la contribution des partenaires du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est. Ce partage d'information est destiné à servir de base aux efforts des futurs centres dans leur démarche de sensibilisation et de développement de partenariats.

La troisième section du document est théorique et présente les assises de la pédiatrie sociale en communauté. Parce que chaque moment de la vie de l'enfant compte, l'équipe de pédiatrie sociale en communauté s'efforce d'améliorer la vie des enfants en se concentrant sur la recherche des sources de stress toxique qu'ils vivent et le renforcement de leur résilience. Il faut comprendre qu'en pédiatrie sociale en communauté, la recherche des sources de stress toxique est un élément essentiel et même primordial afin de comprendre le sens des difficultés de l'enfant. On ne questionne pas seulement sur « qu'est-ce qui se passe ? », on cherche aussi le « pourquoi ? », et on tente d'y répondre.

La quatrième section du document est pratique et présente l'approche terrain de la pédiatrie sociale en communauté. La pédiatrie sociale en communauté cherche à comprendre l'état de l'enfant dans le contexte global de sa vie plutôt que de traiter sa condition comme un événement isolé. À cet égard, le pédiatre social et les autres membres de l'équipe utilisent des approches uniques à la pédiatrie sociale pour comprendre ce que vit l'enfant et sa famille, tandis que d'autres approches servent à trouver des solutions pour réduire ou éliminer les sources de stress toxique.

La cinquième section du document explique le processus de démarrage et de certification d'un centre de pédiatrie sociale en communauté. Avant toute chose, il est important de poser les fondements. La première chose à faire est de sensibiliser la communauté, les professionnels de la santé, les institutions existantes et les autorités gouvernementales aux problèmes auxquels sont confrontés les enfants en situation de vulnérabilité, et montrer qu'il existe des solutions. À la suite de l'ouverture d'un centre, d'autres considérations doivent être prises en compte. Le processus de certification doit faire l'objet d'une attention particulière et fera partie intégrante de la planification à venir d'un centre afin de garantir la standardisation et les normes de qualité prescrites par la Fondation Dr Julien.

La sixième section du document donne aux lecteurs les bases du processus d'évaluation de l'implantation d'un centre de pédiatrie sociale en communauté. Un processus d'évaluation a été développé par l'équipe de recherche du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes pour le Nouveau-Brunswick de l'Université de Moncton. Les critères d'évaluation sont une importante ressource pour l'implantation de futurs centres, puisqu'ils reflètent les standards du modèle de la Fondation Dr Julien.

La septième section du document est un partage d'expériences, de leçons apprises et de conseils tirés du processus de certification du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est. L'équipe souhaite transférer ses connaissances, car elle pense qu'il y en a plusieurs qui peuvent être transmises à d'autres régions qui souhaitent travailler à la mise en place d'un centre de pédiatrie sociale en communauté, notamment : la meilleure façon de travailler en collaboration avec les communautés, les ministères, l'école et autres; la communication des besoins en fournitures ou en soutien technique; l'encouragement de l'engagement communautaire par des méthodes de sensibilisations participatives, etc.

La huitième et dernière section du document présente les futures pistes d'actions non seulement pour le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est, mais aussi pour le développement et l'avancement de la pédiatrie sociale au Nouveau-Brunswick.

X-RAY
18
NURSE
hexagon
circle

Description des annexes

L'annexe 1 présente un tableau des données des indicateurs de santé pour les régions de Memramcook, Bouctouche, Richibucto et Saint-Louis de Kent chez les 0 à 19 ans. Afin d'obtenir une évaluation précise du niveau de vulnérabilité des enfants dans votre région, il est important de jeter un coup d'œil à ces données. Ces chiffres devraient aider à dresser un tableau de la vulnérabilité des enfants de votre région et vous permettre de les comparer avec celles de la province.

L'annexe 2 présente la représentation géographique des zones de santé des Réseaux de santé Vitalité et Horizon. Ces régies régionales ont le mandat général d'offrir des services de santé au Nouveau-Brunswick.

L'annexe 3 est un résumé de la méthode de l'APCA qui consiste aux étapes d'apprivoiser, de partager, de comprendre et d'agir. C'est une approche unique à la pédiatrie sociale en communauté et c'est ce qui la distingue. En plus de voir au développement d'une relation de confiance, cette approche vise à garantir que tous les aspects du mieux-être de l'enfant et de sa famille, y compris les facteurs émotionnels, physiques et de développement, sont évalués tout au long des visites médicales.

L'annexe 4 décrit en détail les étapes du cercle protecteur de l'enfant. Cette approche de médecine sociale intégrée est centrée sur les besoins, les intérêts et les droits fondamentaux des enfants issus de milieux vulnérables. Elle utilise comme leviers d'intervention, les forces de l'enfant, les ressources de sa famille et de personnes déterminantes dans sa vie et sa communauté, pour créer, en mode collaboratif, un cercle protecteur de l'enfant.

L'annexe 5 donne un aperçu des étapes à suivre pour remplir un plan d'affaires. Le plan d'affaires est l'un des documents recommandés pour le démarrage d'un centre de pédiatrie sociale en communauté. Il remplit aussi l'une des exigences du processus de certification lorsqu'il s'agit de mettre en place un centre.

L'annexe 6 décrit les étapes à suivre pour réaliser une planification stratégique. Il est fortement suggéré de prioriser la réalisation de la planification stratégique très tôt dans le processus d'implantation d'un centre pour appuyer et guider les ressources humaines et les membres du conseil d'administration.

L'annexe 7 présente la structure organisationnelle du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est et des exemples de description des postes de l'équipe clinique, soit du médecin pédiatre, de direction clinique et du travailleur ou de la travailleuse sociale, et des descriptions de poste de l'équipe administrative, soit le poste de directeur ou de directrice générale et le poste de responsable de l'accueil.

L'annexe 8 décrit les étapes du référentiel de certification et de ses critères. C'est un mécanisme d'amélioration continue de la pratique, de veille à la qualité des soins et des services, et du maintien des caractéristiques fondamentales du modèle de pédiatrie sociale développé par le pédiatre Gilles Julien.

SECTION

1

MISE EN CONTEXTE

1.1. LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ

La pédiatrie sociale en communauté est un modèle de médecine sociale intégrée qui existe depuis près de 30 ans. Elle est centrée sur les besoins de l'enfant et axée sur les forces de l'enfant, de la famille élargie et de la communauté. Elle unit l'expertise de la médecine, du droit et des sciences sociales afin de dépister, réduire ou éliminer les sources de stress toxique et leurs impacts sur le développement et le mieux-être de l'enfant issu d'un milieu de vie difficile.

Bien que de nombreux médecins aient contribué au domaine de la pédiatrie sociale, Dr Gilles Julien est considéré comme l'un de ses pères fondateurs au Canada. En 1983, il a fondé sa propre organisation caritative, la Fondation Dr Gilles-Julien; en 1991, elle a été rebaptisée la Fondation Dr Julien, un organisme à but non lucratif qui est devenu un leader internationalement reconnu pour ses services communautaires dans les domaines pédiatriques médical et social. Avec pour mission d'améliorer la qualité de vie des enfants issus de milieux vulnérables, la Fondation Dr Julien jette les bases de la pédiatrie sociale en communauté.

1.2. LES VALEURS, LES CROYANCES ET LES PRINCIPES DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ [1]

Le modèle de pédiatrie sociale en communauté repose sur une base solide de valeurs, de croyances et de principes d'action. Cet ensemble forme la culture de la pédiatrie sociale en communauté : un milieu de vie familier, convivial et informel dans lequel les enfants et les familles se sentent en sécurité et retrouvent leurs forces. L'équipe de pédiatrie sociale en communauté reconnaît ainsi la place centrale de l'enfant dans les services, et elle le voit comme un partenaire à part entière. Soigner suppose avant tout, d'établir une relation de confiance.

1 - Document de codification, Pédiatrie sociale en communauté, Division de transfert des savoirs, © Fondation Dr Julien, 2013

Voici le tableau des valeurs, des croyances et des principes d'action en pédiatrie sociale en communauté (@2013. Fondation Dr Julien)

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

Empowerment	Définition : L'empowerment est un processus dynamique, intentionné, continu et multidimensionnel (psychologique, culturel, social, économique, organisationnel et politique) avec un horizon à long terme. Il suppose des changements positifs dans la vie des enfants, des familles, des communautés et des structures sociales. Il vise le rééquilibrage des relations de pouvoir et l'accès aux services et aux ressources (SDC, 2009). « L'empowerment suppose : 1) la présomption de compétences des personnes; 2) la prise en compte des dimensions individuelles et sociales des problèmes; 3) la reconnaissance des facteurs d'inégalité sociale comme obstacles au développement des compétences; 4) la reconnaissance de la capacité d'autodétermination des personnes vues comme des agents actifs capables d'évoluer et de transformer leur environnement social pour répondre à leurs besoins » (Lemay, 2007).
	Dans la pratique : La participation significative de la famille dans la co-construction des hypothèses et des pistes de solution, à la recherche d'une forme appropriée de soins, à l'évaluation de l'aide apportée et à la prise de décision, est capitale. L'enfant et ses parents ont le droit de participer directement à toutes les décisions concernant les plans d'action qui touchent l'enfant, que ce soit en matière de santé, de services sociaux ou de services judiciaires. L'intervention doit laisser la place à l'autonomie et à la créativité des enfants. Les intervenants ne doivent pas prendre en charge. Au contraire, ils doivent permettre aux enfants et à leurs familles de prendre leurs décisions afin qu'ils puissent assurer des réalisations à part entière. Il faut faciliter le renforcement des forces pour que les enfants et leurs familles puissent à long terme intervenir dans la vie communautaire et sociétale en exigeant le respect de leurs droits, tout en tenant compte de leurs obligations. Les intervenants doivent travailler avec cohérence et engagement pour répondre aux attentes des personnes et motiver le changement dans leurs vies. Les intervenants doivent être des catalyseurs de l'action concertée avec la communauté en vue de soutenir la santé de l'enfant et la cohésion sociale. L'intervention doit être complémentaire aux efforts de l'État et doit viser la construction de réseaux qui peuvent donner un espace et une voix aux enfants et à leurs familles. L'intervention doit promouvoir le leadership chez les enfants. L'intervention doit respecter et encourager les savoirs culturels.
Justice sociale	Définition : La justice sociale est fondée sur l'égalité des droits pour tous les peuples et la possibilité pour tous les êtres humains sans discrimination de bénéficier du progrès économique et social partout dans le monde (Nations Unies, 2012). Pour reprendre les mots du philosophe américain John Rawls, « les inégalités existantes doivent contribuer à améliorer le sort des gens les plus défavorisés de la société. L'idée sous-jacente est de préserver un système équitable, efficace et productif de coopération sociale au fil du temps, d'une génération à la suivante » (Rawls, 2001).
	Dans la pratique : Il faut travailler en misant sur les forces de l'enfant, de la famille et de la communauté. Il faut travailler selon une logique d'intervention préventive et curative afin de permettre aux enfants d'aujourd'hui de devenir des adultes en pleine possession de leurs moyens, des citoyens productifs et des individus engagés pour une société prospère et durable. L'intervention doit prendre en compte le respect des droits énumérés dans la Convention relative aux droits de l'enfant.

Complémentarité	Définition : La complémentarité en pédiatrie sociale en communauté veut dire un travail conjoint et en collégialité avec les réseaux familial, social et institutionnel. Tous les acteurs sont à pied d'égalité et travaillent dans l'objectif d'obtenir la cohérence des services autour de l'enfant et de sa famille.
	Dans la pratique : Il s'agit de permettre la participation active des différents intervenants autour de l'enfant. Il faut tisser des partenariats avec des institutions de façon à permettre de mieux répondre aux besoins des enfants. Il faut favoriser la concertation entre les différents acteurs. Il faut miser sur l'innovation sociale et l'entrepreneuriat social.

1.3. L'AVÈNEMENT DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ AU NOUVEAU-BRUNSWICK

L'avènement de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick est une histoire intéressante. L'avènement n'est pas un événement en soi, mais le résultat d'un rassemblement de plusieurs forces vives de la communauté. Depuis plusieurs années, des organismes comme le Centre de bénévolat de la Péninsule acadienne, le Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick, l'Association francophone des parents du Nouveau-Brunswick et le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse du Nouveau-Brunswick « côtoient » le modèle de pédiatrie sociale en communauté. Ces derniers ont participé à des conférences, des ateliers et autres activités où ils ont pu entendre le Dr Gilles Julien traiter sur le concept de pédiatrie sociale en communauté. À cause de leur mission, leurs valeurs et leurs engagements, ces organismes utilisent déjà une approche globale et communautaire de terrain et travaillent à mobiliser les ressources de la communauté et l'expertise de tous pour la livraison de services. La pédiatrie sociale en communauté est un concept qui - sans être concrètement implanté dans leurs services - fait partie de leur philosophie de l'offre de service.

Certes, les directions de ces organismes sont très humbles lorsque vient le temps de préciser le rôle qu'ils ont joué de près ou de loin à l'avènement de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick. Chacun à leur manière, ils ont contribué directement ou indirectement à l'avènement de la pédiatrie sociale en communauté en adoptant des éléments du concept, en partageant de l'information sur la pédiatrie sociale en communauté auprès des décideurs politiques ou des bailleurs de fonds et en mettant à l'avant-plan la pédiatrie sociale en communauté lorsqu'ils croyaient opportun d'en parler au sein de leur réseau et de leur communauté.

Dans un monde parallèle à la vie de ces organismes, plusieurs intervenants, parents, bénévoles, décideurs et gestionnaires de la santé réfléchissent sur la manière de venir en aide aux enfants en situation de vulnérabilité, les enfants qui vivent de la violence, de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire, des problèmes de consommation, de l'anxiété et qui ne sont pas identifiés par le système. Parmi ces gens, deux personnes se croisent dans un contexte professionnel, Adèle David, mère, et Dre Élaine Deschênes, pédiatre. Ces deux femmes partagent un point en commun, elles souhaitent que l'enfant et ses droits soient au cœur des interventions et que les soins dépassent la méthode clinique. Elles rêvent d'une approche au Nouveau-Brunswick qui va vers l'enfant, qui ouvre la porte à l'enfant, qui n'attend pas que l'enfant vienne chercher des soins. Leurs échanges dirigent la Dre Deschênes vers une pratique élargie de la pédiatrie. Cette dernière décide de se former à la pédiatrie sociale en communauté et d'adopter cette méthode pour les soins qu'elle offre aux enfants.

En se plongeant dans la communauté, Dre Deschênes se joint au réseau de la petite enfance du District scolaire francophone Sud, qui travaille justement à harmoniser les actions de plusieurs organismes communautaires voués à la petite enfance. Elle y fait la connaissance de Christian Whalen du Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse du Nouveau-Brunswick qui souhaite la mise en place de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick. Armée de nouvelles connaissances en pédiatrie, d'alliés communautaires et de données probantes sur les enfants en situation de vulnérabilité, Dre Deschênes rencontre les responsables de la Régie régionale de la santé Beauséjour [2] pour leur présenter la pédiatrie sociale en communauté. Cette nouvelle méthode n'est toutefois pas encore dans le radar des responsables de la Régie.

Ayant déjà sa pratique de pédiatrie à Memramcook, Dre Deschênes approche la direction de l'école Abbey-Landry afin de discuter de ses observations sur l'état de la jeunesse. Cette école est l'une des premières écoles communautaires désignées par le ministère de l'Éducation et Développement de la petite enfance. L'école a tissé des liens solides au fil des ans avec de nombreux partenaires communautaires et avec plusieurs artistes francophones. En unissant leurs forces, ils sont maintenant en mesure de faire vivre ensemble des expériences enrichissantes aux élèves !

Cet échange entre la direction de l'école et la pédiatre - et plusieurs autres qui suivront - amorce un tournant concret pour la pédiatrie sociale en communauté. Avec l'appui de la communauté, elles créent un regroupement qui se nomme « Action enfants au cœur de la communauté ». L'Association

2 - À la suite de la réforme du système de santé en 2006, la Régie régionale de la santé Beauséjour est maintenant désignée comme la zone 1b sous le Réseau de santé Vitalité.

francophone des parents du Nouveau-Brunswick, un organisme qui adhère au concept de pédiatrie sociale en communauté et qui souhaite que ce modèle soit implanté au Nouveau-Brunswick, fait partie du groupe. Entre-temps, la direction de l'école Abbey-Landry change et le nouveau directeur communique avec Dre Deschênes car il souhaite rassembler ces forces vives pour le bien des enfants de la communauté. Avec des membres de la communauté, ils se déplacent à Fredericton et rencontrent le ministre de l'Éducation et du Développement de la petite enfance afin de proposer un projet pilote engageant des ressources spécifiques (travailleur social, orthophoniste et enseignant responsable de la petite enfance) pour l'école. Les ressources se mobilisent et Dre Deschênes tisse des liens avec la communauté.

À la suite de l'approbation du poste de travailleur social pour la pédiatrie sociale en communauté, un comité de démarrage regroupant les gens de différentes organisations rencontrées lors des années précédentes est rapidement mis sur pied. Ce comité a pour rôle d'agir à titre de conseil d'administration temporaire du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est et ce, jusqu'à la première assemblée générale annuelle où les membres du conseil d'administration seront identifiés en vertu des Lois du Nouveau-Brunswick. Avec l'aide d'un consultant en développement économique et de Dre Deschênes, le comité de démarrage réalise un plan d'affaires qui consiste en la première phase d'implantation des pratiques de pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick. Après 18 mois de travail sur le plan d'affaires, de rencontres, de démarchages et de discussions avec la communauté, les décideurs politiques et les gestionnaires de la santé, le comité de démarrage ouvre les portes du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est à Memramcook en 2017. Organisme à but non lucratif, il est constitué sous les lois du Nouveau-Brunswick avec enregistrement à titre d'organisme de bienfaisance.

LE COMITÉ DE DÉMARRAGE

(les titres ou fonctions des membres sont ceux de l'époque et peuvent avoir changé depuis)

- Annick Bélanger, directrice adjointe des services à la petite enfance, District scolaire francophone Sud
- Laure Bourdon, infirmière clinicienne, Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick
- Dr Jimmy Bourque, Ph. D., chercheur à l'Université de Moncton et titulaire de la Chaire de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes
- Sophie Castonguay, gestionnaire de la prestation de programmes (Région 1), ministère du Développement social
- Ben Champoux, spécialiste en développement économique
- Dre Isabelle Cormier, médecin de famille
- Isabelle Cormier-LeBlanc, travailleuse sociale
- Nathalie Cormier, conseillère sectorielle en santé et en services communautaires, Collège communautaire du Nouveau-Brunswick
- Dre Elaine Deschênes, pédiatre
- Véronique Landry, infirmière praticienne et chargée d'enseignement clinique, Université de Moncton
- Estelle Lanteigne, directrice, Réseau-action Organisation des services à la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick
- Paulette McGraw, citoyenne de Memramcook
- Charline Morrisson, directrice des services à la petite enfance, District scolaire francophone Sud
- Me Mathieu Picard, avocat et associé, Fidelis Droit
- Me Christian Whalen, défenseur adjoint au Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse
- Paul Toner, directeur du développement communautaire, Centraide de la région du Grand Moncton et du Sud-Est du Nouveau-Brunswick

1.4. LE CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ SUD-EST

Le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est (CPSSE) « En bref »

- Ouvert en 2017 et sert les enfants et les familles de trois territoires qui sont Memramcook (centre), Kent Nord (Richibucto et Saint-Louis), Kent Sud (Bouctouche). Ces derniers sont des points de services satellites.
- Vision : le bien-être pour tous les enfants.
- Mission : s'investir efficacement auprès des enfants en situation de vulnérabilité afin que tous puissent développer leur plein potentiel dans le respect de leurs droits tel que décrit dans la Convention internationale relative aux droits des enfants.
- Organisme à but non lucratif incorporé, constitué sous les lois du Nouveau-Brunswick depuis le 4 août 2017, avec enregistrement à titre d'organisme de bienfaisance et ayant une structure de gouvernance et d'opérations.
- Le Centre vient complémenter le travail d'autres organisations, réseaux et programmes des secteurs suivants : développement social, juridique, éducation, petite enfance ainsi que santé et mieux-être (incluant la santé mentale).

La maison-mère du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est est à Memramcook. Le village de Memramcook est situé à environ 20 kilomètres du Grand Moncton et l'accessibilité aux différents services y est plus difficile. Cette communauté a été ciblée pour de nombreuses raisons. Il y existait déjà une pédiatre implantée et engagée envers la pédiatrie sociale et des liens étroits entre l'école, le village, la communauté et les parents, faisant en sorte que la conjoncture se prêtait bien au développement de ce modèle. Aussi, la proximité physique des différents intervenants clés était favorable à un développement relativement rapide de liens de collaboration. Rappelons-nous ici qu'il s'agissait du premier centre de la province donc les alliances créées allaient être indispensables aux étapes futures.

Le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est sert trois territoires qui sont Memramcook (où est physiquement situé le Centre), Kent Nord (Richibucto et Saint-Louis) et Kent Sud (Bouctouche). Il faut préciser que Kent Nord et Kent Sud n'ont pas de centres de pédiatrie sociale. Les services de la pédiatrie sociale en communauté sont offerts à même les infrastructures existantes de la communauté (écoles, etc.). Ce sont des satellites de la maison-mère du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est. Ces trois territoires ont été sélectionnés comme marchés cibles car les besoins y sont importants.

En août 2019, Dre Deschênes accepte officiellement le seul poste de pédiatre sociale au Nouveau-Brunswick (créé par le ministère de la Santé cette même année). Au même moment, un deuxième poste de travailleur social pour la pédiatrie sociale est octroyé par le Réseau de santé Vitalité afin de mieux desservir la région de Kent. Également pour Kent, un poste de médecine familiale consacré à la pédiatrie sociale en communauté est affiché sous le Réseau de santé Vitalité. En 2020, deux médecins de famille à temps partiel combleront ce poste, se partageant Kent Nord et Kent Sud. Après plusieurs présentations et échanges avec les différents acteurs des deux communautés, c'est en 2020 que la Coopérative Cartier de Richibucto et la ville de Shediac offrent des locaux à moindres coûts afin que les points de services satellites aient aussi un endroit chaleureux pour accueillir les enfants et les familles.

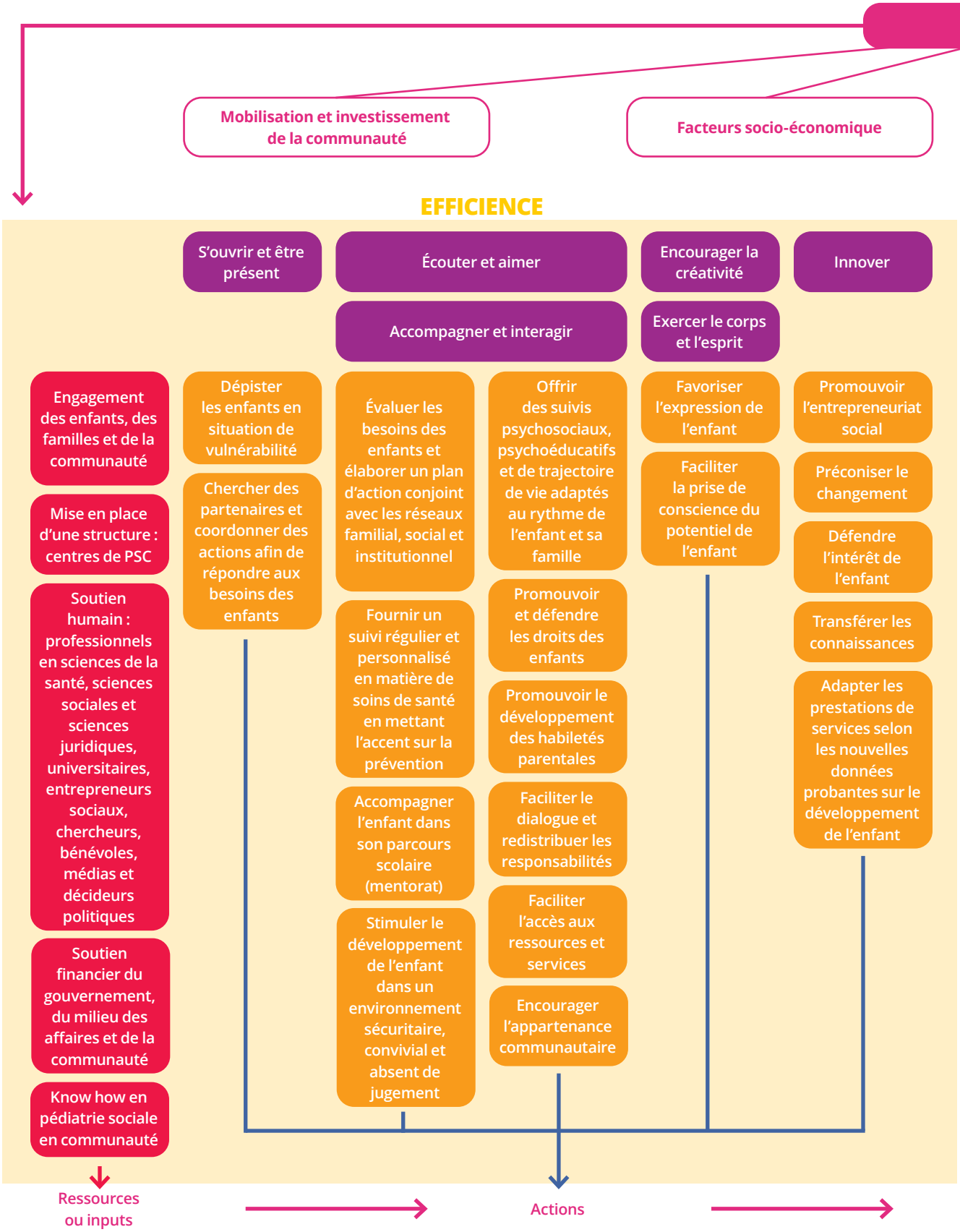
1.4.1. INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE CHEZ LES 0 À 19 ANS

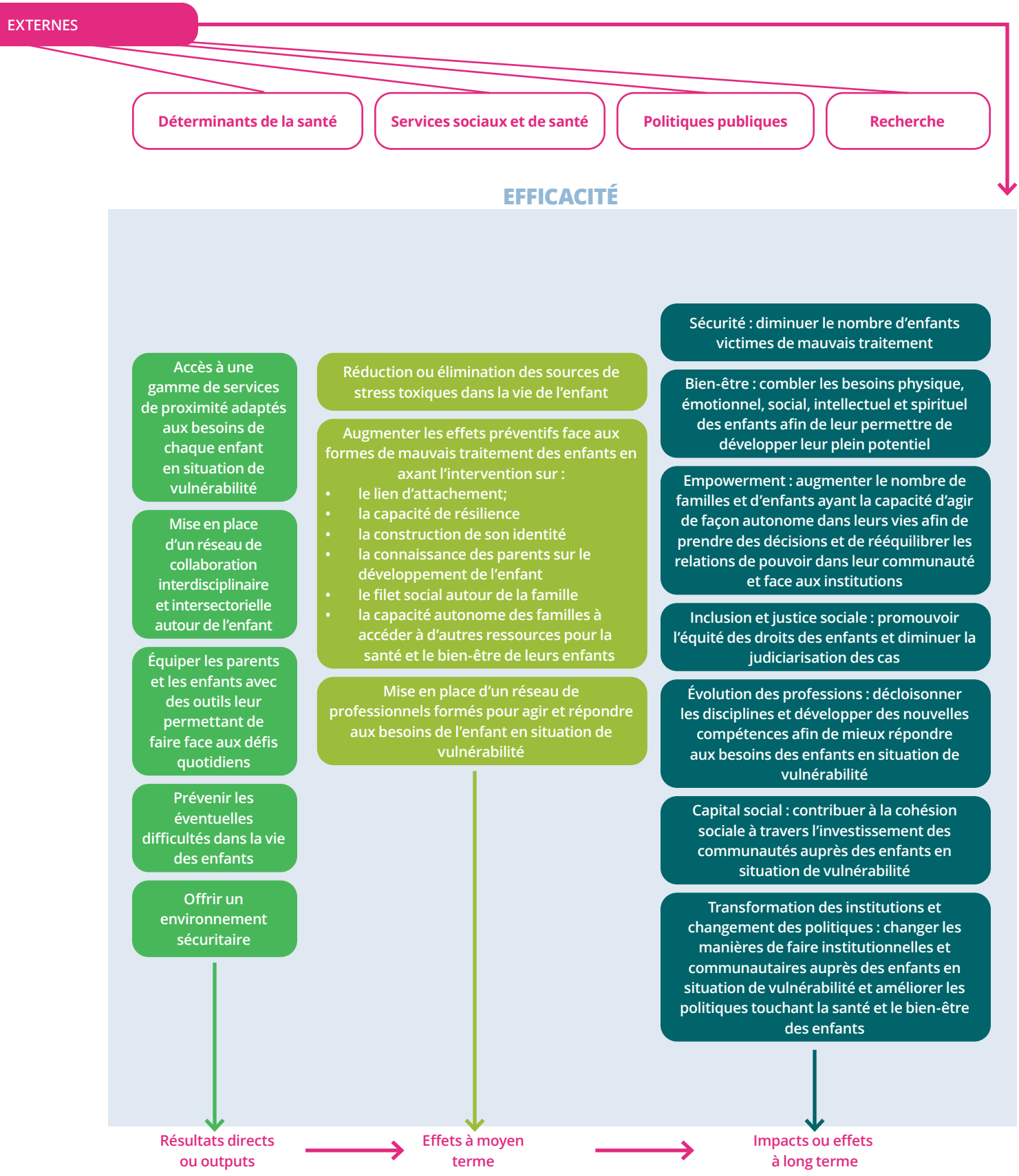
Outre le fait que la conjoncture se prêtait bien à l'implantation d'un centre de pédiatrie sociale en communauté dans la région du Sud-Est, la décision a également été basée sur les données liées aux indicateurs de la santé et du mieux-être chez les enfants. Comparativement à la population générale du Nouveau-Brunswick, les données relatives aux indicateurs de la santé des 0 à 19 ans de ce territoire étaient alarmantes.

Voici les variables liées aux indicateurs de la santé qui ont été utilisées afin d'évaluer la vulnérabilité des enfants de 0 à 19 ans de la région. Ces variables ont été comparées à celles de l'ensemble de la province du Nouveau-Brunswick. Pour les données détaillées liées aux indicateurs de la santé des enfants de 0 à 19 ans des régions de Memramcook, Bouctouche, Richibucto et Saint-Louis de Kent, voir l'annexe 1 pour les indicateurs de santé.

- Le taux de faible poids à la naissance
- Le taux de mortinatalité
- Le taux d'évaluation des trottineurs en santé
- Les données sur le déficit de l'attention, le trouble du langage et le trouble d'apprentissage
- Le taux de décès précoces chez les 0 à 19 ans par blessures auto-infligées et par suicide
- Le taux de confiance des jeunes en leur avenir
- Le taux de diplomation en études secondaires
- Le taux de défi en conscience de soi et de l'environnement
- Le taux d'obésité
- Le taux de jeunes âgés de 0 à 5 ans vivant dans l'insécurité alimentaire grave à modérée
- Le taux de défi en habiletés cognitives chez les jeunes âgés de 3 à 5 ans
- Le taux de défi en langage et communication chez les jeunes âgés de 3 à 5 ans
- Le taux de défi en motricité fine et en motricité globale chez les jeunes âgés de 3 à 5 ans
- Le taux de jeunes entre la 4e et la 5e année estimant avoir un bon niveau de santé psychologique
- Le taux de jeunes de la 6e à la 12e année ayant des symptômes de dépression et d'anxiété
- La consommation de cinq verres de boissons alcoolisées ou plus durant une soirée chez les élèves de la 9e à la 12e année
- La consommation de la marijuana au moins une fois dans les 12 mois chez les élèves de la 9e à la 12e année

1.5. LE MODÈLE LOGIQUE DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ




EXTERNES
Déterminants de la santé
Services sociaux et de santé
Politiques publiques
Recherche
EFFICACITÉ
Accès à une gamme de services de proximité adaptés aux besoins de chaque enfant en situation de vulnérabilité
Mise en place d'un réseau de collaboration interdisciplinaire et intersectorielle autour de l'enfant
Équiper les parents et les enfants avec des outils leur permettant de faire face aux défis quotidiens
Prévenir les éventuelles difficultés dans la vie des enfants
Offrir un environnement sécuritaire
Réduction ou élimination des sources de stress toxiques dans la vie de l'enfant
Augmenter les effets préventifs face aux formes de mauvais traitement des enfants en axant l'intervention sur :
• le lien d'attachement;
• la capacité de résilience
• la construction de son identité
• la connaissance des parents sur le développement de l'enfant
• le filet social autour de la famille
• la capacité autonome des familles à accéder à d'autres ressources pour la santé et le bien-être de leurs enfants
Mise en place d'un réseau de professionnels formés pour agir et répondre aux besoins de l'enfant en situation de vulnérabilité
Sécurité : diminuer le nombre d'enfants victimes de mauvais traitement
Bien-être : combler les besoins physique, émotionnel, social, intellectuel et spirituel des enfants afin de leur permettre de développer leur plein potentiel
Empowerment : augmenter le nombre de familles et d'enfants ayant la capacité d'agir de façon autonome dans leurs vies afin de prendre des décisions et de rééquilibrer les relations de pouvoir dans leur communauté et face aux institutions
Inclusion et justice sociale : promouvoir l'équité des droits des enfants et diminuer la judiciarisation des cas
Évolution des professions : décloisonner les disciplines et développer des nouvelles compétences afin de mieux répondre aux besoins des enfants en situation de vulnérabilité
Capital social : contribuer à la cohésion sociale à travers l'investissement des communautés auprès des enfants en situation de vulnérabilité
Transformation des institutions et changement des politiques : changer les manières de faire institutionnelles et communautaires auprès des enfants en situation de vulnérabilité et améliorer les politiques touchant la santé et le bien-être des enfants
Résultats directs ou outputs
Effets à moyen terme
Impacts ou effets à long terme

1.6. LE MODÈLE ADAPTÉ À LA RÉALITÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Le modèle de pédiatrie sociale en communauté de la Fondation Dr Julien, même s'il a été développé sur une base métropolitaine, est très flexible et peut s'adapter aux milieux ruraux. Par contre, pour qu'un nouveau centre puisse s'implanter avec succès au Nouveau-Brunswick, il est important de prendre en compte la composante linguistique, la ruralité et la proximité des services existants. Les avantages de l'accessibilité aux services ou aux ressources par l'engagement de la communauté ne doivent pas non plus être ignorés. Il est requis d'avoir le soutien et la collaboration de la communauté, ainsi que de connaître ses forces, ses faiblesses et ses ressources. Il faut comprendre qu'un centre développe des services flexibles et cohérents en complémentarité et en collaboration avec sa communauté.

1.6.1. TENIR COMPTE DE LA COMPOSANTE LINGUISTIQUE

Le secteur de l'éducation néo-brunswickois bénéficie officiellement de la dualité linguistique en vertu de la Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick. Les écoles et districts scolaires francophones et anglophones sont gérés séparément; il n'y a pas d'école bilingue dans la province. La dualité en éducation est d'ailleurs enchâssée dans la Charte canadienne des droits et libertés. Il est important de mentionner que le système éducatif francophone au Nouveau-Brunswick a non seulement comme objectif la réussite scolaire des élèves, mais également leur développement identitaire; la communauté acadienne et francophone vit en contexte linguistique minoritaire. Les parents, comme premiers éducateurs, et les professionnels de l'éducation sont donc amenés à jouer le rôle de passeur culturel et à guider les élèves dans leur développement identitaire.

Le secteur de la santé ne bénéficie pas de la dualité linguistique. Cependant, en vertu de la Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick et de la Loi sur les régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, les deux régies régionales de la santé doivent être en mesure de fournir les soins dans les deux langues officielles. La langue de travail au sein du Réseau de santé Horizon est l'anglais et la langue de travail au sein du Réseau de santé Vitalité est le français. Toutefois, pour ce qui est des langues de services, les deux réseaux doivent utiliser l'anglais et le français. Par exemple, l'administration d'un établissement de santé peut se faire en français, mais un individu qui s'y présente a autant le droit d'être soigné en anglais qu'en français. L'inverse est aussi vrai pour les hôpitaux administrés par le Réseau de santé Horizon. Enfin, le Réseau de santé Vitalité dessert principalement les régions francophones de la province, tandis que le Réseau de santé Horizon dessert les régions majoritairement anglophones. Voir l'annexe 2 pour la représentation géographique des zones de santé des deux réseaux.

Sur le terrain, le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est doit composer avec cette réalité. Si le Centre côtoie le secteur de l'éducation francophone et offre des soins aux enfants francophones de la région du Sud-Est du Nouveau-Brunswick, il n'en demeure pas moins que la pédiatre est une employée du Réseau de santé Vitalité. Il faut comprendre que la région du Sud-Est a aussi une population anglophone et qu'il y a des enfants en situation de vulnérabilité qui vivent dans des communautés anglophones. La pédiatre doit veiller malgré tout à ce que tous les enfants en situation de vulnérabilité du territoire desservi soient accueillis, quelle que soit leur langue, car cela leur assure une meilleure qualité de vie, principe de la pédiatrie sociale en communauté. Lorsqu'on envisage de créer un centre de pédiatrie sociale en communauté, il est important de tenir compte de la composante linguistique de la région.

1.6.2. TENIR COMPTE DE LA RÉALITÉ RÉGIONALE

Le Nouveau-Brunswick est une province très diversifiée. Il y a les zones urbaines comme Moncton, Fredericton et Saint-Jean, avec une forte concentration d'anglophones, où les services sont variés et généralement accessibles aux résidents. La ruralité est tout de même assez omniprésente et les résidents des communautés rurales font face à un ensemble unique de défis en matière d'accès aux services essentiels pour les enfants, comme des psychologues, des pédiatres, des camps de jour, des centres jeunesse, etc. De plus, il est important de mentionner que l'accessibilité aux services en français dans des régions à majorité anglophone peut être difficile pour la population acadienne et francophone.

Les régions servies par le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est et ses satellites ne bénéficient pas des services que l'on retrouve en région urbaine (camp de jour, carrefour jeunesse, services médicaux spécialisés, etc.). Lorsque ces services sont présents dans une région, un centre peut collaborer avec la communauté pour qu'un enfant en situation de vulnérabilité ait accès à ces services en français. Dans une communauté où ces services sont inexistants, pour qu'un enfant ait accès à un camp de jour à titre d'exemple, il faut littéralement le créer dans son entièreté. Par conséquent, le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est doit doubler ses efforts pour créer et maintenir des partenariats avec plusieurs acteurs de la communauté, dont le réseau de la santé et des services sociaux, le milieu scolaire, les ressources communautaires, les milieux de garde, les municipalités, les bénévoles et les entrepreneurs, pour assurer l'existence et l'accessibilité de services aux enfants, et ce, dans la langue de leur choix.

D'un autre côté, le Sud-Est du Nouveau-Brunswick est une région à forte ruralité avec une population étalée sur un vaste territoire. Pour assurer des services de qualité dans un contexte de ressources limitées, le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est et ses satellites ne peuvent pas servir l'ensemble des enfants vulnérables du Sud-Est. À titre d'exemple, un enfant allant à une école de Bouctouche, mais dont l'adresse de résidence n'est pas à Bouctouche, ne peut pas avoir accès aux services de pédiatrie sociale en communauté, car seule la municipalité fait partie du territoire géographique servi par le Centre. Cela s'explique également par le fait que les zones géographiques couvertes par les districts scolaires ne sont pas identiques à celles des régies régionales de la santé.

1.6.3. TENIR COMPTE DES SERVICES EXISTANTS

Il est essentiel de retenir qu'un centre de pédiatrie sociale vient complémenter le travail d'organismes, organisations et réseaux existants et ne cherche pas à dupliquer les services. À titre d'exemple, au Nouveau-Brunswick il existe la prestation des services intégrée (PSI) qui est un modèle de livraison de services et de programmes qui s'adressent aux enfants et aux jeunes ayant des besoins émotionnels, sociaux et/ou en santé mentale. Cette approche permet aux ministères et agences (ministères de la Santé, de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, de la Sécurité publique et districts scolaires) de collaborer afin d'assurer une livraison de services appropriés et accessibles aux enfants. Au cœur du modèle de la PSI se trouvent les équipes Enfants-Jeunes (EJ). Ces équipes sont composées de psychologues scolaires et de psychologues en santé mentale, de travailleurs sociaux scolaires et en santé mentale, d'intervenants communautaires et de personnel spécialisé en éducation.

Si la pédiatrie sociale en communauté et la PSI semblent s'apparenter, ils demeurent des cousins, et non des jumeaux identiques. Les centres de pédiatrie sociale en communauté se distinguent de l'environnement institutionnel de la santé et des services sociaux par leur approche communautaire. Une partie de leur travail consiste à mobiliser un large éventail de partenaires communautaires autour des enfants, notamment les écoles, les garderies, les membres de la famille, les groupes de jeunes et les organisations. Il faut aussi préciser qu'un centre n'est pas géré par le système, mais par la communauté. Cela lui donne la flexibilité et l'indépendance nécessaire pour effectuer des changements puisqu'il n'a pas à composer avec divers paliers décisionnels. Reste qu'un centre entretient des partenariats avec diverses organisations, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système, et ce, afin de s'assurer que les enfants reçoivent les soins appropriés.

Enfin, tant les familles que les enfants peuvent y obtenir du soutien sans avoir besoin de référence du système. Et l'enfant n'est jamais « congédié » d'un centre. Il peut y revenir au besoin. On le soutient tout au long de sa trajectoire de vie. Un centre cherche aussi à identifier les enfants qui pourraient bénéficier de ses services ou de ceux de la communauté en créant des activités ludiques et éducatives pour tous les enfants de la communauté. Ça permet ainsi à l'équipe de pédiatrie sociale de détecter les enfants en situation de vulnérabilité. Un centre complète donc les services offerts en augmentant l'accès des enfants au soutien communautaire qui, autrement, ne serait pas disponible à l'école en raison de facteurs tels que le manque d'implication des parents, la pauvreté ou l'abandon des études par l'adolescent.

À RETENIR

- Le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est représente la première phase d'implantation d'une série de centres de pédiatrie sociale en communauté pour servir tous les enfants en situation vulnérable à travers l'ensemble du Nouveau-Brunswick.
- La mise en place des futurs centres se fera en fonction des besoins et demandes des différentes communautés, au fur et à mesure que les ressources seront disponibles.
- Le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est est un centre engagé qui peut servir d'exemple aux futurs centres de pédiatrie sociale en communauté de la province. Il transmettra ses connaissances aux futurs centres qui le souhaitent.
- L'implantation de la pédiatrie sociale en communauté requiert un intérêt marqué de la communauté pour le modèle et une volonté de créer une collaboration entre les divers intervenants, tant publics que privés, ou communautaires, dans le but d'accompagner les familles, les enfants et les jeunes.
- Puisque « ça prend tout un village pour élever un enfant », l'engagement de la communauté à l'égard de l'implantation et de la vitalité d'un centre s'avère crucial et indispensable au succès du processus. La communauté est la fondation sur laquelle repose le concept de pédiatrie sociale en communauté.

SECTION

2

LES PARTENAIRES

2.1. LES PARTENAIRES DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ AU NOUVEAU-BRUNSWICK

La pédiatrie sociale en communauté est un parfait exemple d'un modèle qui favorise des rapprochements entre les divers systèmes, mais également entre les systèmes et les communautés. Le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est permet d'offrir, dans un même milieu, des services médicaux spécialisés, psychosociaux et juridiques de manière concertée, tout en se jumelant à l'expertise et à la participation active des membres de la famille, des citoyens et des leaders communautaires du territoire ciblé. Pour ce faire, le centre mise entre autres sur des partenariats et des collaborations avec plusieurs acteurs de la communauté dont le réseau de la santé et des services sociaux, le milieu scolaire, les ressources communautaires, les milieux de garde, les municipalités, les bénévoles, les entrepreneurs, etc.

Le modèle de partenariats Vers l'unité pour la santé (VUPS) a servi d'ancrage afin de faciliter la concertation et l'engagement des divers acteurs dans le développement de services axés sur les besoins des enfants et de leurs familles. Ce modèle, développé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et utilisé par le Mouvement de la santé en français du Canada, permet de réseauter les cinq grands partenaires de la santé et du mieux-être, à favoriser l'équilibre des relations entre les partenaires et la mise à profit des forces de chacun d'entre eux. Chaque partenaire a ses caractéristiques, ses atouts, ses contraintes et ses attentes, mais chacun a joué un rôle majeur dans l'implantation et dans l'offre de service actuelle du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est.

Les cinq catégories de partenaires du modèle sont les suivantes.

1. Les décideur.e.s politiques

Dans une dynamique de partenariat vers une approche cohérente et unifiée, les décideur.e.s politiques peuvent assurer un meilleur accès aux services de santé et de mieux-être en français par l'adoption et la mise en œuvre de mesures législatives adaptées aux problématiques, enjeux et besoins de la communauté acadienne et francophone.

2. Les gestionnaires de la santé

Les gestionnaires des établissements de santé s'occupent de l'accomplissement du mandat de leurs institutions et sont responsables de l'organisation et de la gestion des services de santé et de mieux-être. Les gestionnaires sont en mesure d'assurer l'accès à des services de qualité en français, tout en assurant l'intégration des ressources humaines linguistiquement compétentes permettant de répondre aux besoins. Ils et elles peuvent faciliter et assurer le rapprochement entre le système de santé et les communautés.

3. Les professionnel.le.s de la santé et du mieux-être

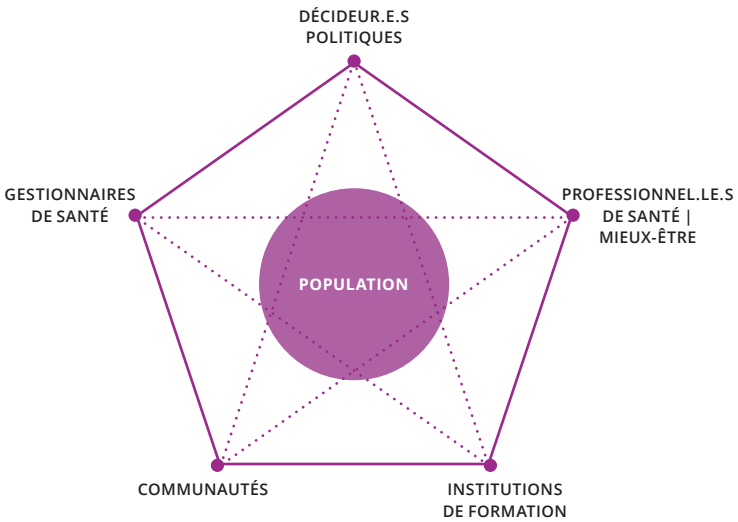
Régulateurs de la pratique professionnelle, ce sont les compétences sur lesquelles reposent la mise en place de tout service de santé et de mieux-être de qualité et sécuritaire dans sa langue. Les professionnel.le.s peuvent faire preuve de leadership afin de promouvoir l'offre active de services de santé et de mieux-être en français.

4. Les institutions de formation

Compte tenu de leurs fonctions en matière d'éducation et de recherche, les institutions de formation saisissent et documentent les défis du secteur de la santé et du mieux-être en français. Formatrices des futures générations de cadres et professionnel.le.s, les institutions peuvent développer les capacités et compétences en matière d'offre active de services de santé et de mieux-être en français sécuritaires, de qualité et adaptés aux besoins et réalités de la communauté. Elles offrent des solutions systémiques adaptées aux situations changeantes et, par conséquent, peuvent créer des synergies entre les différents partenaires.

5. La communauté

Les représentant.e.s d'organismes provinciaux ou régionaux, qu'ils soient utilisateurs, bénéficiaires de services ou personnes-ressources, sont considérés comme d'importants partenaires à l'amélioration de la santé et du mieux-être en français. La sensibilisation accrue aux questions de santé, et le fait que leur voix soit entendue, amène la communauté francophone et acadienne à prendre part au processus décisionnel en exerçant une influence sur la détermination des politiques et les choix des priorités qui concernent leur santé et leur mieux-être. Les communautés participent à la protection et à la restauration de leur propre santé en adoptant des comportements favorables et en contribuant à la mise en œuvre des conditions optimales de vie visant l'obtention d'une pleine santé physique, mentale et sociale.



2.2. LE RÔLE DES PARTENAIRES ET LEUR CONTRIBUTION À LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Partenaires	Rôles et contribution dans l'implantation
Action enfants au cœur de la communauté	Organisme mis sur pied pour appuyer le développement de la pédiatrie sociale dans la région de Memramcook. L'organisme a également offert des programmes et services axés vers les enfants et les familles (Petits Crayons, importance de la lecture auprès des parents, Joujouthèque, etc.), et ce, en partenariat avec le Village de Memramcook, le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, le District scolaire francophone Sud, l'École Abbey-Landry, le Phare familial, les Nouveaux Horizons, etc.).
Association francophone des parents du Nouveau-Brunswick	Contribuer à l'arrivée de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick.
Centraide de la région du Grand Moncton et du Sud-Est du Nouveau-Brunswick	Siéger au comité de démarrage, partager et donner des conseils pour l'obtention du statut d'organisme de bienfaisance. Appuyer et conseiller la mise sur pied de la structure de gouvernance et du conseil d'administration. Conseiller sur les pistes de financement.
Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick Université de Moncton	Participer à l'organisation, en collaboration avec le Centre, d'un stage d'externat en santé communautaire pour cinq étudiants en médecine. Ces étudiants en médecine ont développé des outils variés pour les enfants, leurs familles et les intervenants (matériel pour une intervention d'initiation à la respiration en pleine conscience pour la gestion du stress et de l'anxiété pour les enfants et leurs parents/tuteurs, guide pour les intervenants, guide pour les parents et les tuteurs, une boîte à outils et une série de cartes de jeux). Développer un partenariat pour la réalisation d'un projet sur la pleine conscience de la gestion du stress en famille : https://www.funconnectfam.com/.
Chaire de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes/ Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes	Réaliser l'évaluation du programme, grâce à l'appui du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance. Cette évaluation comprend quatre composantes: 1) évaluation de l'implantation 2) évaluation de la fidélité de la mise en œuvre 3) évaluation des impacts et 4) analyse socio-économique.
Champoux Inc. - Spécialiste en développement économique	Jouer un rôle de leadership dans la mise en place du mouvement de la pédiatrie sociale au Nouveau-Brunswick, plus particulièrement dans le Sud-Est, incluant : coaching et mentorat de la Dre Élaine Deschênes; appui actif à la production et mise à jour du plan d'affaires; appui au lobbying et relations publiques auprès des joueurs clés du secteur public et autres organismes stratégiques; appui sous forme de stratégie de gouvernance (mise en place d'un CA, statuts et règlements, etc.); appui à la recherche de financement, incluant une levée de fonds auprès du secteur privé; et

Collège communautaire du Nouveau-Brunswick	Appuyer le comité de démarrage et la recherche de données pour réaliser un état des lieux quant à la situation socio-économique des sept zones de la santé au Nouveau-Brunswick. Aider au développement du plan d'affaires.
Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick	Offrir et rechercher des données reliées à l'état de situation des enfants et des familles du Nouveau-Brunswick.
Défenseur des enfants, des jeunes et des aînés du Nouveau-Brunswick	Siéger comme membre au comité de démarrage et participer à l'effort de développement du modèle au Nouveau-Brunswick en rencontrant des élus, des sous-ministres et des membres de la communauté.
District scolaire francophone Sud	Participer au sein du comité Action enfants au cœur de la communauté, puis au comité de démarrage. Prêter les services d'une employée de la petite enfance (travailleuse sociale) au Centre. Appuyer de manière continue la mise en œuvre des initiatives et la mise en place des services.
École Abbey-Landry	Promouvoir les initiatives du centre et les bienfaits de la pédiatrie sociale en communauté pour l'école et la communauté de Memramcook. Faire connaître l'approche du Centre au conseil municipal du village de Memramcook pour obtenir une maison. Participer à titre de membre de l'organisme Action enfants au cœur de la communauté et co-fonder l'organisme avec Dre Elaine Deschênes dans les débuts de la pédiatrie sociale en communauté. Référence des enfants et des familles.
École Soleil Levant	Aider à la promotion de la pédiatrie sociale et offrir des services.
Fidelis Law Droit	Épauler dans le processus d'incorporation du Centre et aider à remplir le formulaire de l'obtention du statut d'organisme de bienfaisance.
Fondation Dr Julien	Appuyer de manière permanente l'initiative. Comprenant le soutien au développement du plan d'affaires, l'offre de conseils, l'appui au développement des statuts et règlements, l'appui au développement du modèle de gouvernance, de la formation de l'équipe clinique et du soutien clinique, etc.
Ministère du Développement social	Participer au comité de démarrage de la pédiatrie sociale en communauté.
Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance	Soutenir par le biais de ressources humaines additionnelles et par le financement du processus d'évaluation du projet.
Ministère de la Santé	Offrir des ressources humaines (ts, ps, etc.) pour permettre l'implantation du modèle de pédiatrie sociale en communauté, création du poste de coordonnatrice du développement du modèle de pédiatrie sociale en communauté et en province sous le Réseau de santé Vitalité, aider à l'implantation et au développement du programme provincial de pédiatrie sociale.
Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick (MACS-NB)	Contribuer à l'arrivée de la pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick Le MACS-NB a participé à quelques rencontres pour offrir des conseils quant à l'intégration des déterminants de la santé dans le déploiement des services et du modèle de pédiatrie sociale en communauté. Promouvoir le modèle de pédiatrie sociale en communauté et sensibiliser à l'approche auprès des membres et partenaires du MACS-NB, en partenariat avec le Village de Memramcook Offrir, par le biais du programme Petite enfance en santé, du financement et de l'aide au Centre.

Place aux compétences	Assister au niveau de la gestion administrative et salariale des employés du Centre.
Réseau de santé Vitalité	Sensibiliser le ministère de la Santé aux besoins d'un programme provincial en pédiatrie sociale en communauté; appuyer le développement du programme. Appuyer les démarches de sensibilisation auprès du ministère de la Santé afin d'obtenir des ressources humaines pour débuter le centre, obtenir un pédiatre supplémentaire dans l'équipe de Beauséjour afin de pouvoir libérer Dre Elaine Deschênes.
Société médicale du Nouveau-Brunswick	Seconder le Centre et la SSMEFNB dans le processus de dépôt de proposition de code Pro Forma auprès du ministère de la Santé. Bien que le ministère de la Santé n'était pas prêt pour le moment à créer ces codes, un document a été réalisé afin de reconnaître les codes existants et leurs applications dans le cadre de la pédiatrie sociale en communauté.
Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB)	Participer au comité de démarrage. Appuyer la rédaction du plan d'affaires, la rédaction des statuts et règlements et l'élaboration de la structure de gouvernance du Centre. Offrir un appui logistique et financier dans l'organisation de l'assemblée de fondation du Centre, un appui financier pour plusieurs formations cliniques du personnel du Centre auprès de la Fondation Dr Julien et un appui aux démarches pour obtenir des codes de facturation Pro Forma auprès de la Société médicale du Nouveau-Brunswick et du ministère de la Santé afin de mieux cerner le travail effectué dans le cadre de la pédiatrie sociale en communauté. Rédiger et appuyer la rédaction de multiples demandes de financement (et par le truchement du programme Petite enfance en santé de la SSMEFNB, le Centre de pédiatrie sociale en communauté a reçu du financement). Créer des occasions de promotion du modèle de pédiatrie sociale à grande échelle et réaliser un guide/rapport sur l'implantation du modèle de pédiatrie sociale en communauté au Nouveau-Brunswick.
Village de Memramcook	Appuyer de manière continuelle le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est. Le Village de Memramcook a également fait l'achat d'une maison pour le centre et a assuré les rénovations de la maison. Les dépenses de fonctionnement de la maison sont comprises dans le budget du Village.

SECTION

3

LES ASSISES DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ

La pédiatrie sociale en communauté essaie de comprendre les vies et les histoires qui se cachent derrière les maladies des enfants, ce qui peut les aider à guérir plus rapidement. Ce type de soins aux enfants permet non seulement d'améliorer les résultats en matière de santé, mais aussi de réduire les coûts en éliminant les traitements, investigations et suivis médicaux inutiles. Puisqu'elle agit directement sur son développement neurocognitif, social et physique, l'équipe de pédiatrie sociale en communauté s'efforce d'améliorer la vie des enfants en se concentrant sur l'élimination du stress toxique et le renforcement de la résilience.

La section 3 présente des résumés de définitions relatives au stress toxique, aux expériences négatives durant l'enfance (Adverse Childhood Experiences), l'épigénétique, la résilience ainsi que les déterminants de la santé et du mieux-être. Ces définitions servent à mieux comprendre la méthodologie de l'approche de la pédiatrie sociale en communauté. Il faut comprendre que les histoires qui se cachent derrière la santé des enfants peuvent être difficiles à saisir. La pédiatrie sociale en communauté tente de donner un aperçu de ces histoires de vie et de ces maladies en les analysant dans le contexte global de l'enfant, plutôt que de traiter la maladie comme un événement isolé. La pédiatrie sociale en communauté prend en compte les facteurs physiques et émotionnels lorsqu'elle évalue les maladies d'un enfant; elle ne se contente pas de chercher ce qui ne va pas dans le corps, mais cherche aussi à savoir pourquoi un déséquilibre a pu en être la cause ou si l'état mental a joué un rôle dans l'apparition de ces symptômes.

3.1 DÉFINITIONS

Définition du stress toxique

Le stress toxique va au-delà d'une réponse au stress sain ou tolérable. Il se caractérise par son intensité et sa durée. Les chercheurs ont identifié trois grandes catégories de stress:

- Le **stress sain** est bref et d'intensité légère à modérée. Par exemple, un enfant qui se fait vacciner et qui est ensuite conforté par un soignant est un stress sain.
- Le **stress tolérable** consiste en un événement hors de l'ordinaire - comme un décès dans la famille ou une catastrophe naturelle - pour lequel les enfants sont aidés par des adultes.
- Le **stress toxique** est prolongé, fréquent ou intense et n'est pas atténué par un adulte de soutien.
- Une réaction au stress toxique peut se produire lorsqu'un enfant vit une situation de vulnérabilité forte, fréquente ou prolongée, comme la violence physique ou psychologique, la négligence chronique, la toxicomanie ou la maladie mentale du soignant, l'exposition à la violence et/ou le fardeau accumulé des difficultés économiques familiales — sans obtenir le soutien adéquat des adultes.

Source : @ 2020 Center on the Developing Child, Havard University.

Définition des expériences négatives durant l'enfance (Adverse Childhood Experiences)

Les expériences de la petite enfance modifient l'esprit de l'enfant et jouent un grand rôle dans ses interactions avec le monde. Les expériences négatives durant l'enfance (ENE) peuvent augmenter le risque ultérieur de maladies physiques ou mentales chez l'enfant.

Voici dix expériences négatives durant l'enfance identifiées par le Joining Forces for Children :

- Abus : physique, émotionnel et sexuel
- Négligence : physique et émotionnelle
- Dysfonctionnement familial : maladie mentale, violence conjugale, divorce, incarcération d'un parent et toxicomanie

Source : © 2021 Joining Forces for Children.

Définition d'épigénétique

L'**épigénétique** désigne l'étude des influences de l'environnement cellulaire ou physiologique sur l'expression de nos gènes.

- Par exemple, même avec des patrimoines génétiques identiques, deux jumeaux peuvent évoluer différemment en fonction de leurs environnements respectifs. Les individus, et par voie de conséquence leurs gènes, sont en effet soumis à de nombreux facteurs environnementaux : alimentation, maladies, médicaments, stress, lieu et hygiène de vie, qui peuvent modifier autant leurs cellules que leur ADN.

Source : © 2021 Joining Forces for Children.

Définition de résilience

La **résilience** est la capacité de s'épanouir, de s'adapter et de faire face aux temps difficiles et stressants, et constitue un contrepoids idéal pour les expériences négatives durant l'enfance (Adverse Childhood Experiences).

Source : © 2021 Joining Forces for Children.

Démonstration du modèle de santé de la population

Les **déterminants de la santé** se définissent en quatre catégories qui peuvent être influencées par des programmes et des politiques publiques. Ils tiennent également compte de la participation des personnes dans leur propre santé et mieux-être ainsi que des facteurs externes qui peuvent influencer leur santé.

<table>
<tr><th colspan="4">Déterminants de la santé :</th></tr>
<tr>
<td rowspan="2">Influence des programmes et politiques</td>
<td>Comportements liés à la santé (40 % des déterminants)
Alimentation saine et activité physique
Usage du tabac
Usage d’alcool ou de drogues
Activité sexuelle
Prévention des blessures
Stress</td>
<td>Facteurs sociaux et économiques (40 % des déterminants)
Éducation
Emplois
Revenu
Famille et soutien social
Sécurité communautaire</td>
<td rowspan="2">Résultats de santé
(Qualité de vie et durée de vie)</td>
</tr>
<tr>
<td>Services de santé (10 % des déterminants)
L’accès aux services
La qualité des services
La satisfaction des services</td>
<td>Environnement physique (10 % des déterminants)
Qualité de l’environnement
Milieu environnant</td>
</tr>
</table>

Source : @2020 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

Les déterminants de la santé comprennent :

1. le revenu et le statut social
2. l’emploi et les conditions de travail
3. l’éducation et la littératie
4. les expériences vécues pendant l’enfance
5. l’environnement physique
6. le soutien social et la capacité d’adaptation
7. les comportements sains
8. l’accès aux services de santé
9. la biologie et le patrimoine génétique
10. le genre
11. la culture
12. la race et le racisme

Source : @2021 Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Les déterminants sociaux de la santé :

Ils englobent des facteurs sociaux et économiques particuliers des déterminants généraux de la santé. Ces facteurs sont associés à la place de l'individu dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi. L'expérience de discrimination ou de racisme, ou d'un traumatisme historique est un important déterminant social de la santé pour certains groupes comme les peuples autochtones, la communauté LGBTQ et les communautés noires (ASPC, 2019A).

Ils incluent notamment :

- genre - sexe et identité sexuelle;
- race et racisme - origine ethnique - ascendance autochtone;
- colonisation - expérience migratoire - religion - culture;
- discrimination, exclusion sociale et inclusion sociale;
- éducation, alphabétisation et littératie - connaissance en santé;
- développement de la petite enfance;
- incapacité, invalidité et déficience;
- emploi et conditions de travail - emploi et sécurité d'emploi;
- revenu et sécurité du revenu - alimentation et sécurité alimentaire;
- logement (abordable et de qualité) - milieu naturel et cadre bâti;
- filet de protection sociale;
- accès aux services et aux soins de santé.

Source : @ 2021 Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

Les inégalités en santé :

Elles reflètent les différences dans les résultats de santé. Lorsque ces différences sont liées à des conditions injustes, on les appelle des iniquités en santé.

Source de l'encadré : Boivin, Ph. D., Nathalie, Tour d'horizon sur le thème des déterminants de la santé, Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick et la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, 2021, https://www.macsnb.ca/document/Un%20tour%20dhorizon%20sur%20les%20dterminants%20de%20la%20sant%20NB1.pdf

3.2 LA RECHERCHE DES SOURCES DE STRESS TOXIQUE

Le stress toxique - éléments importants à considérer :

- rechercher les sources de stress toxique;
- renforcer les capacités parentales et celles de son réseau (familial, social, institutionnel);
- aller au-delà de l'identification d'une maladie;
- réduire ou éliminer les sources de stress toxique et leurs impacts afin de répondre aux besoins de l'enfant;
- travailler avec l'enfant sur le renforcement de sa capacité de résilience.

En pédiatrie sociale en communauté, la recherche des sources de stress toxique est un élément essentiel et même primordial afin de comprendre le sens des difficultés de l'enfant et de tenter de réduire ou éliminer ces sources de stress. Une des clés pour protéger l'enfant du stress toxique et/ou de leurs impacts est de renforcer les capacités parentales et celles de son réseau (familial, social et institutionnel). Cela requiert de la part de l'équipe de pédiatrie sociale en communauté d'aller au-delà de l'identification d'une maladie ou d'un diagnostic.

3.2.1. COMPRENDRE LE STRESS ET SES RÉPONSES [3]

La **réponse positive au stress** est une partie normale et essentielle d'un développement sain, caractérisée par de brèves augmentations de la fréquence cardiaque et de légères élévations des niveaux hormonaux. Certaines situations qui pourraient déclencher une réponse positive au stress seraient le premier jour avec un nouveau soignant ou encore recevoir une immunisation par injection [Traduction libre].

La **réponse tolérable au stress** active davantage les systèmes d'alerte du corps en raison de difficultés plus graves et plus durables, comme la perte d'un être cher, une catastrophe naturelle ou une blessure effrayante. Si l'activation est limitée dans le temps et tamponnée par des relations avec des adultes qui aident l'enfant à s'adapter, le cerveau et les autres organes se remettent de ce qui pourrait autrement être des effets dommageables [Traduction libre].

Une **réaction au stress toxique** peut se produire lorsqu'un enfant vit une adversité forte, fréquente ou prolongée, comme la violence physique ou psychologique, la négligence chronique, la toxicomanie ou la maladie mentale du soignant, l'exposition à la violence et/ou le fardeau accumulé des difficultés économiques familiales — sans soutien adéquat des adultes. Ce type d'activation prolongée des systèmes de réponse au stress peut perturber le développement de l'architecture cérébrale et d'autres systèmes organiques, et augmenter le risque de maladie liée au stress et de déficience cognitive, qui peuvent persister jusqu'à la vie adulte [Traduction libre].

3.3 LES EFFETS DU STRESS TOXIQUE SUR LE CERVEAU

« Lorsque la réaction au stress toxique se produit continuellement ou est déclenchée par de multiples sources, elle peut avoir un effet cumulatif sur la santé physique et mentale de l'enfant pendant toute sa vie. Plus il y a d'expériences indésirables dans l'enfance, plus la probabilité de retards de développement et de problèmes de santé ultérieurs, y compris les maladies cardiaques, le diabète, la toxicomanie et la dépression, augmente. La recherche indique également que des relations de soutien et des relations réactives avec des adultes bienveillants - le plus tôt possible - peuvent prévenir ou inverser les effets néfastes de la réaction au stress toxique [Traduction libre] » Center on the Developing Child, Havard University.

L'activation soutenue de la réponse du corps au stress toxique a des répercussions sur de nombreux systèmes vitaux du cerveau, notamment :

- **LES VOIES DU STRESS** – Le dérèglement de l'axe HPA et la diminution du volume hippocampique entraînent l'anxiété, la dépression et des troubles d'apprentissage et de mémoire.
- **LE TRAITEMENT ET LA RÉGULATION DES ÉMOTIONS** – La réduction de la matière grise dans le cortex préfrontal (CPF) et l'augmentation du volume de l'amygdale entraînent l'hypervigilance et la diminution du contrôle attentionnel.

3 - Source : Center on the Developing Child, Havard University, https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/toxic-stress

- **LE TRAITEMENT DES RÉCOMPENSES** – La diminution de la réponse de récompense dans le striatum ventral entraîne l'anhédonie, c'est-à-dire la difficulté à ressentir du plaisir.
- **LA CONNECTIVITÉ CÉRÉBRALE** – La déconnexion de l'amygdale avec le CPF ventromédian, la diminution de l'activité du réseau du mode par défaut et l'augmentation de l'activité du réseau de saillance rendent plus difficiles la compréhension des situations concrètes et la réponse à celles-ci (Source : © 2021 Joining Forces for Children).

3.3.1 LES RISQUES PERMANENTS (ET GÉNÉRATIONNELS) DU STRESS TOXIQUE

Le stress toxique affecte également les enfants à mesure qu'ils vieillissent et entraîne de nombreux problèmes de santé et de comportement plus tard dans la vie :

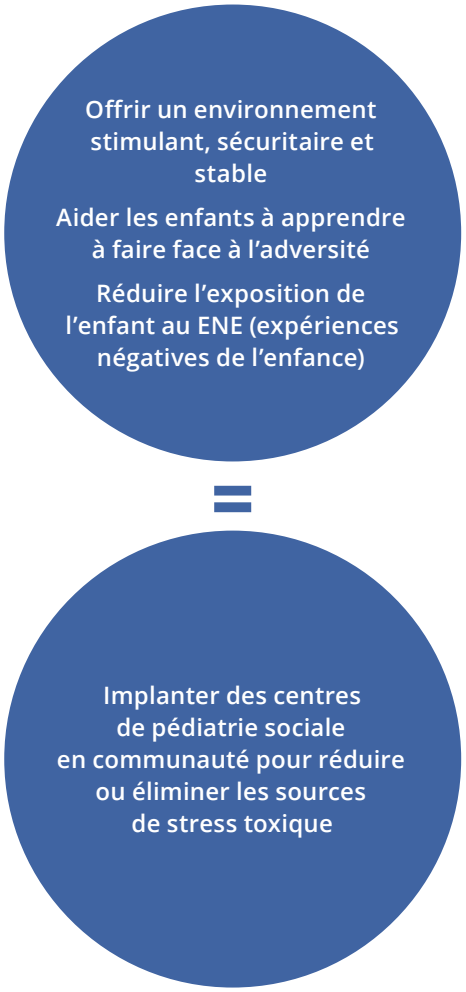
Problèmes de comportement : consommation de tabac, abus d'alcool, manque d'activités physiques, toxicomanie, absentéisme.

Problèmes de santé physique et mentale : obésité, dépression, diabètes, tentatives de suicide, MTS, maladies pulmonaires chroniques, accidents vasculaires cérébraux, cancers, maladies cardiaques et fractures.

3.3.2 LES EFFETS DU STRESS TOXIQUE SUR L'ÉPIGÉNÉTIQUE

Les gènes sont le modèle qui fournit des instructions pour la fabrication de protéines dans notre corps. Tous les processus qui font de nous des humains ont besoin de ces protéines puisqu'elles aident à définir qui nous sommes. L'épigénétique décrit la façon dont nos gènes sont activés et désactivés – qu'un gène spécifique soit utilisé ou non. Nous savons maintenant que ce que nous expérimentons dans la vie change notre profil épigénétique, c'est-à-dire que l'expérience de la vie change nos gènes – ce qui se passe vraiment sous notre peau. Non seulement cela affecte l'individu, mais la façon dont notre corps réagit au stress peut être transmise d'une génération à l'autre par nos gènes (Source : © 2021 Joining Forces for Children).

3.3.3 LES FAÇONS DE PRÉVENIR LE STRESS TOXIQUE



La pédiatrie sociale en communauté est importante pour les enfants, car elle permet d'évaluer le contexte des compétences parentales, la capacité de leur réseau à fournir des services de soutien et le niveau de performance des parents et du réseau. Ces facteurs contribuent tous à la santé de l'enfant en réduisant les sources de stress toxique et en répondant aux besoins de l'enfant qui est « au cœur » de la démarche de la pédiatrie sociale en communauté. Lorsque nous impliquons tous les joueurs de l'écosystème de vie de l'enfant, dont lui-même, et que nous créons un cercle protecteur, où des adultes bienveillants encadrent l'enfant, nous offrons un effet tampon aux impacts du stress toxiques. La pédiatrie sociale en communauté travaille activement à réduire les impacts et les effets nocifs à long terme du stress toxique sur la vie de l'enfant.

3.3.4 LA RÉSILIENCE

La résilience pour faire pencher la balance vers la santé

Selon le *Center on the Developing Child* (Centre du développement de l'enfance) de l'Université Harvard, on peut mieux comprendre le développement de la résilience en visualisant une balance à deux plateaux; les expériences protectrices et les capacités d'adaptation sur un plateau contrebalancent les grandes adversités sur l'autre plateau. La résilience est observable lorsque les résultats positifs liés à la santé et au développement de l'enfant font pencher la balance vers le bon côté, et ce, même lorsqu'il y a de nombreux facteurs négatifs de l'autre côté de la balance.

Sept idées de base pour aider à développer et à favoriser la résilience chez les enfants :	Centre de pédiatrie sociale en communauté - valeurs, croyances, principes et offre de services
Compétences – Renforcer leur compréhension de leurs compétences.	✔
Confiance – Aider les enfants à croire vraiment en leurs propres capacités.	✔
Connexion – Établir des liens entre les enfants et d'autres personnes, les écoles et les communautés afin de renforcer leur système de soutien.	✔
Caractère – Aider à comprendre clairement le bien et le mal, et leur enseigner les valeurs morales.	✔
Contribution – Offrir aux enfants une chance de contribuer au mieux-être des autres. Ils apprennent que le fait d'aider fait du bien et se sentent plus confiants de demander de l'aide aux autres.	✔
Adaptation – Découvrir une variété de stratégies d'adaptation saines pour éviter que les enfants utilisent des « solutions rapides et dangereuses » pour répondre au stress.	✔
Contrôle – Apprendre aux enfants à prendre des décisions par eux-mêmes afin qu'ils puissent ressentir un sentiment de contrôle.	✔

Source : © 2021 Joining Forces for Children.

Le Centre de pédiatrie sociale en communauté jette un pont entre les communautés et les différents champs d'expertise liés aux mieux-être de l'enfant. La pédiatrie sociale en communauté identifie les problèmes de développement des enfants à un jeune âge afin de leur apporter une aide avant qu'il ne soit trop tard. Elle ne s'occupe pas seulement des problèmes de santé physique de l'enfant ; elle identifie les difficultés mentales ou de développement chez l'enfant afin de prendre les mesures appropriées suffisamment tôt pour lui permettre de s'épanouir pleinement par la suite.

SECTION

4

LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ « SUR LE TERRAIN »

4.1 MÉTHODOLOGIE DE L'APPROCHE DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ

Il ne fait plus de doute que des problèmes multiples peuvent avoir un impact énorme sur la vie des enfants, mais la compréhension de ces problèmes exige bien plus que de suivre un processus institutionnel. Une approche holistique est nécessaire pour réaliser de véritables progrès pour les enfants en situation de vulnérabilité. Cela signifie qu'il faut combiner différentes approches, telles qu'une communication accrue et des outils conçus spécifiquement pour l'enfant, et ce, dans le but d'assurer sa santé physique, intellectuelle, sociale, émotionnelle et spirituelle.

À cet égard, certains outils en pédiatrie sociale en communauté permettent de mesurer ce que l'enfant vit à la maison ou dans son environnement tandis que d'autres servent à trouver des solutions pour réduire ou éliminer les sources de stress toxique. Parmi ces outils, prenons l'exemple du cercle de l'enfant qui vise à mobiliser activement les réseaux familial et social autour d'un enfant en situation de vulnérabilité. Il s'inspire notamment de la roue de médecine amérindienne et vise à former un cercle protecteur autour de l'enfant en prenant en compte ses droits et ses intérêts.

L'achèvement du cercle de l'enfant implique la mobilisation de ses réseaux afin d'identifier et de renforcer le capital social qui l'entoure. C'est important non seulement pour des raisons émotionnelles, mais aussi parce que cela peut l'aider à tisser un filet de sécurité autour de lui en grandissant. C'est pour cette raison que l'équipe de pédiatrie sociale en communauté travaille en partenariat avec les réseaux familial, social et institutionnel qui sont autour de l'enfant. Les sections suivantes présenteront les principales méthodes utilisées sur le terrain par la pédiatrie sociale en communauté pour mieux comprendre le parcours de l'enfant et bien l'appuyer dans son développement.

L'une des stratégies clés de la pédiatrie sociale en communauté est de travailler en étroite collaboration avec le réseau de l'enfant. Le réseau de l'enfant peut se diviser en trois grandes composantes :

- Le **réseau familial** comprend les parents de même que la famille élargie;
- Le **réseau social** comprend les personnes faisant partie du voisinage, les amis, les bénévoles, les enseignants, les membres de la communauté et toute personne côtoyant l'enfant de façon formelle ou informelle (garagiste, concierge, etc.);
- Le **réseau institutionnel** comprend tous les établissements que l'enfant fréquente, à savoir l'école, les centres de la petite enfance, les garderies, les services sociaux, les postes de police, les hôpitaux, les centres d'aide juridique et autres.

4.2 LA MÉTHODE APCA APPRIVOISER, PARTAGER, COMPRENDRE ET AGIR[4]

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

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

Selon la recherche, ces trois concepts se définissent ainsi :

- **La neutralité** concerne la perception de la famille quant à l'impartialité de l'équipe d'intervenants et l'absence de jugement. L'équipe d'intervenants donne une place à tous les participants pour qu'ils s'expriment et cherche à créer un lien avec tous les partenaires. Le but est la concertation (Fleuridas et col. 1986).
- **L'hypothétisation** est l'ensemble de suppositions, d'impressions, de cartes d'idées, d'explications ou d'alternatives sur la situation de la famille (Fleuridas et coll., 1986). Elle permet à la famille de mettre en lumière des informations qui vont mieux expliquer leur situation, de guider l'équipe d'intervenants et d'introduire une pensée systémique en co-construisant ensemble des hypothèses de réflexion.

4 - Document de codification, Pédiatrie sociale en communauté, Division de transfert des savoirs, © Fondation Dr Julien, 2013

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

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

« Il existe de nombreuses façons d'apprendre à connaître une famille, mais le meilleur moyen est de nouer des relations. L'approche de la pédiatrie sociale en communauté consiste à créer une relation qui, à son tour, mettra en lumière des informations qui feront la différence et amélioreront la vie de l'enfant, de ses parents et de sa famille. »

L'équipe du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est.

4.3 LA DÉMARCHE CLINIQUE [5]

L'accueil

L'accueil en pédiatrie sociale en communauté représente la porte d'entrée pour l'apprivoisement de la famille et l'intégration aux services. Il faut prendre le temps de recevoir l'enfant et la famille en leur donnant toute l'attention nécessaire. Dans la pratique, la personne chargée de l'accueil et l'équipe clinique (médecin et travailleuse sociale) sont responsables de recevoir tous les participants de la rencontre.

La personne chargée de l'accueil joue un rôle pivot dans cette étape :

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

L'équipe de pédiatrie sociale en communauté, elle, se dirige toujours au salon de l'accueil ou dans la cuisine pour recevoir la famille. Le médecin adresse la parole d'abord à l'enfant.

- Il se met à son niveau, le regarde dans les yeux et lui parle sur un ton familier, souvent suivi d'une accolade; c'est une façon simple, amicale et sans contrainte d'apprivoiser l'enfant. Il y a un rapport humain qui se crée à travers le verbal et le non verbal.
- Dans un même temps, la travailleuse sociale ou l'adjointe clinique reçoit la famille et les autres participants de la rencontre (voisins, professeurs, autres intervenants, adultes significatifs, etc.) en leur souhaitant aussi la bienvenue.
- Une discussion à plusieurs voix s'entame, similaire à celle d'une famille lorsqu'elle reçoit un invité à la maison. C'est une étape cruciale qui vise à mettre en confiance tous les participants de la rencontre dès le premier contact.

« La partie la plus importante de toute bonne rencontre commence par l'établissement de la confiance entre toutes les personnes présentes à ce moment-là; cela est particulièrement crucial pour l'enfant, les parents ou la famille, car cela les encouragera à exprimer leurs opinions sans craindre d'être jugés. »

L'équipe du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est.

L'ouverture de la rencontre et la présentation des participants

Après l'accueil, tous les participants sont invités à rejoindre l'espace clinique. Physiquement, celui-ci ressemble à une salle à manger. Autour d'une table, comme dans la cuisine familiale, l'équipe de pédiatrie sociale en communauté, l'enfant, sa famille et les autres participants prennent place. Il se crée un univers de partage et de convivialité avant même l'ouverture de la rencontre.

- « La table est l'entremetteuse de l'amitié, » dit le proverbe français qui se confirme en clinique; les participants ne se livrent à aucun empêchement, créant ainsi une intimité bienveillante.
- L'ambiance prépare à une ouverture de la rencontre qui est elle aussi informelle.
- Le médecin et la travailleuse sociale sont assis l'un à côté de l'autre et c'est le médecin qui initie la rencontre en demandant à l'enfant s'il connaît tout le monde autour de la table, pour ensuite laisser le temps à chaque participant de se présenter. Parfois, le médecin ou la travailleuse sociale expliquent à l'enfant et à la famille qu'en pédiatrie sociale en communauté, tout le monde est assis autour de la table pour partager et mieux aider à répondre aux besoins de l'enfant.
- Le médecin ou la travailleuse sociale expliquent également à l'enfant ou aux enfants qu'ils

5 - Document de codification, Pédiatrie sociale en communauté, Division de transfert des savoirs, © Fondation Dr Julien, 2013

peuvent manger des fruits et jouer autour de la pièce en toute liberté. Le mouvement est partie intégrante de l'approche.

- Cette façon de faire informelle permet de mettre les participants à l'aise sans les dépayser de leur contexte familial. Une fois les présentations faites, la rencontre clinique commence.

Le partage d'information

Cette étape n'est pas linéaire, elle suit la discussion au cas par cas et vise à faire circuler l'information. Ce n'est pas une cueillette d'information, c'est un mode de partage qui, pour reprendre les mots du psychiatre Guy Ausloos, permet de communiquer suffisamment d'informations pour que la famille puisse mieux comprendre son propre fonctionnement. Cela se traduit souvent en fin d'entretien par : « on n'a jamais pu se parler comme cela auparavant » ou « on a dit des choses qu'on n'avait jamais dites, » (Fondation Dr Julien, 2013).

Cet échange permet d'identifier les informations suivantes :

Le motif de la consultation et la demande de la famille : Une partie initiale de la rencontre consiste à comprendre la raison de la visite et à saisir la demande de la famille. Le médecin est normalement celui qui ouvre la discussion sur le motif de la consultation. Cela dit, souvent la famille intervient avant même que le docteur pose une question. Le médecin et la travailleuse sociale laissent place à la discussion, car l'information qui circule aide à mobiliser d'autres participants et à faire émerger les raisons de la visite par l'ensemble du groupe. Les participants apportent des éléments complémentaires, ce qui permet d'avoir une lecture plus claire de la demande (qui vient de la famille), de la commande (qui provient d'un tiers ou d'une institution) ou du mandat (un ordre donné par une instance habilitée)(Fondation Dr Julien, 2013).

- L'enfant joue aussi un rôle important dans cette étape. Le médecin le fait participer en lui posant des questions simples du style « Sais-tu pourquoi tu es là ? », « Sais-tu pourquoi ta mère a dit que … ? » ou « Est-ce vrai que tu n'aimes pas l'école ? ».
- Le médecin cherche à faire des liens avec ce que les autres participants ont soulevé ou il tente de créer des questions s'adressant à plusieurs participants, ce qui permet de faire circuler l'information.
- Les enfants expliquent leur situation en leurs propres mots tout en partageant des informations supplémentaires. La clé dans cette dynamique de questions-réponses est de créer un dialogue qui s'enchaîne à plusieurs et non pas un interrogatoire d'une personne à une autre. Le tout en laissant la famille mieux découvrir sa situation et en n'essayant pas de la comprendre à sa place.
- La travailleuse sociale joue ainsi un rôle clé, parce qu'elle va permettre de mieux faire le lien entre les différentes lectures des institutions ou des intervenants et de saisir de façon plus juste la demande ou les demandes de la famille.

L'anamnèse complète et l'analyse des situations problèmes : Lors de cet échange, le médecin procède à une anamnèse complète de façon non linéaire et en suivant le rythme des échanges.

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

La mise en lumière des besoins et des droits bafoués, et l'identification des forces de l'enfant, de la famille et du milieu : La discussion permettra au fur et à mesure d'identifier les besoins de l'enfant (physiques, sociaux, émotionnels, intellectuels, spirituels et culturels) et de mettre en lumière ses droits bafoués. Elle permet aussi de souligner les forces de l'enfant, de la famille et du milieu, et de les nommer pendant la rencontre comme une façon de faire apparaître la résilience de l'enfant et de son environnement.

- Ce partage d'information répond à la nécessité de créer une relation entre l'enfant, la famille et l'équipe de pédiatrie sociale en communauté.
- C'est un moyen de se connaître plus qu'une façon de vouloir arriver à tout prix à un diagnostic.
- Il faut noter que l'apprentissage et l'intégration scolaire, l'appétit, le sommeil, la communication, le comportement, la motricité fine et globale, et le développement sensoriel prennent une place importante lors des discussions.

L'examen physique et la suite de l'évaluation psychosociale

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

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

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

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

La co-construction des hypothèses et des pistes de solution

Une fois l'information partagée, les participants sont en mesure d'émettre des hypothèses et des pistes de solutions. C'est une étape importante de la rencontre puisqu'elle permet de faire participer tout le monde à pied d'égalité (l'équipe de pédiatrie sociale en communauté et les différents partenaires des réseaux familial, social et institutionnel). « Travailler à partir d'une hypothèse de départ, c'est donc enclencher un processus de recherches par essais et erreurs étant pertinentes, parce qu'elles nous permettent d'affiner notre compréhension de la situation posant problème, » (Fondation Dr Julien, 2013). Cette co-construction suit une approche compréhensive qui « consiste à agir de façon sensée et organisée, à partir des besoins bien identifiés et des valeurs propres à l'individu et à sa famille, » (Fondation Dr Julien, 2013).

Dans la pratique, c'est souvent la famille qui, grâce à la discussion, découvre ou met en lumière des éléments qu'elle ignorait et des pistes de solutions associées à ces besoins. La capacité d'une famille à trouver de nouvelles réponses et solutions est renforcée par sa participation à la recherche d'hypothèses. Elle n'est pas jugée, et l'équipe lui donne la possibilité de s'exprimer et de travailler collectivement à la recherche d'une réponse.

L'analyse, la synthèse et la planification thérapeutique

Une fois les hypothèses et les pistes de solutions proposées, l'équipe de pédiatrie sociale en communauté réalise une synthèse des options proposées lors de la discussion. Ensuite, le médecin établit un diagnostic ou un prédiagnostic pour les motifs de santé, et un plan d'action est dégagé selon les priorités établies.

Le plan comprend la liste des principaux besoins à vérifier, la liste des principales forces de l'enfant, de la famille et du milieu, l'offre de services au sein du centre de pédiatrie sociale en communauté (utilisation des ressources locales) ou à l'extérieur par l'entremise de partenariats ou des corridors de services (Fondation Dr Julien, 2013) et la thérapie médicamenteuse. Dans la pratique, le médecin nomme le plan et s'assure de la bonne compréhension des responsabilités de tous les participants.

La validation des attentes et le dénouement

Comme avec toute visite ou tout rituel, il y a toujours une scène finale, une conclusion. Le dénouement est le moment où les problématiques qui ont été abordées tout au long de la rencontre ont trouvé une solution ou des pistes de solution. Le pédiatre valide à la fin les attentes de la famille et des enfants en posant des questions simples telles que : « Avez-vous d'autres questions ? », « Es-tu content (le prénom de l'enfant) ? ». L'enfant est alors prêt à partir avec la motivation de vouloir répéter l'expérience dans une perspective d'actions concrètes à entreprendre selon sa propre réalité.

Dans la pédiatrie sociale en communauté, le dénouement assure la continuité entre la fin de la rencontre et le suivi à moyen terme. Comme à l'accueil, l'équipe doit s'adresser aux participants de façon simple, amicale et sans contrainte. L'enfant sera toujours la vedette et aura la principale attention au moment des adieux, et le médecin termine toujours en nommant une de ses forces : « T'es capable ! », « T'es un grand garçon ! », « T'es fort !». Souvent, et lors de la première visite, l'équipe de la pédiatrie sociale en communauté offre à l'enfant un cadeau symbolique pour le rendre heureux. Le cadeau symbolise ainsi le début d'un lien privilégié entre l'enfant et l'équipe d'intervenants.

La démarche clinique s'achève

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

- La co-intervention égalitaire est définie en pédiatrie sociale en communauté comme une forme de travail collectif axé sur le leadership partagé visant à créer une intelligence commune.
- Le leadership partagé, compétence principale de la co-intervention égalitaire, se définit à son tour comme « la contribution du leadership et des ressources de chacun, ainsi que de l'ensemble du groupe, à la réalisation d'un objectif commun. Le but à atteindre devient le véritable leader du groupe, » (Fondation Dr Julien, 2013).
- « Dans le contexte de la pédiatrie sociale en communauté, la cause commune est de veiller à ce que les besoins de l'enfant en situation de vulnérabilité soient comblés et que ses droits soient respectés, notamment en ayant accès aux différents soins et services qui lui sont nécessaires pour se développer de façon optimale. Cette forme de leadership s'oppose donc radicalement à un leadership vertical, » (Fondation Dr Julien, 2013).

Consulter l'annexe 3 pour le cadre conceptuel de la méthode APCA.

4.4 LE CERCLE DE L'ENFANT[6]

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

Les objectifs

Lors de l'évaluation/orientation et lorsque l'équipe de pédiatrie sociale prévoit ou identifie une impasse en lien avec les droits de l'enfant, elle peut s'en remettre au cercle en tant qu'espace qui va permettre de faciliter le dialogue entre les différents réseaux et redistribuer ainsi la responsabilité de s'occuper de l'enfant. Ce faisant, le cercle répond au besoin de l'enfant de se développer correctement, ainsi qu'au besoin des adultes de renforcer leurs compétences. Le cercle n'est pas un mode d'intervention thérapeutique ou une thérapie de groupe ou familiale. Il correspond plutôt à un modèle de résolution de conflits touchant des droits bafoués de l'enfant.

De la théorie à la pratique
Les modalités du cercle

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

a) Le cercle préventif

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

Les trois principaux cas de mise en place d'un cercle préventif sont :

- **la violence conjugale** (p. ex., soutenir le couple avant la prise en charge par le Développement social);
- **la négligence** (p. ex., renforcer les compétences parentales sur la prévision budgétaire afin de subvenir aux besoins des enfants);
- **et la carence** (p. ex., outiller les parents afin de répondre aux besoins alimentaires des enfants).

6 - Document de codification, Pédiatrie sociale en communauté, Division de transfert des savoirs, © Fondation Dr Julien, 2013

b) Le cercle de médiation

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

Quelques leçons :

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

Consulter l'annexe 4 pour plus de renseignements sur le cercle protecteur de l'enfant.

SECTION

5

LE PROCESSUS DE DÉMARRAGE ET DE CERTIFICATION DE LA PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ

La création d'un centre de pédiatrie sociale en communauté est un processus passionnant et gratifiant. La possibilité d'apporter des changements significatifs dans la vie des enfants est la raison pour laquelle ce travail ne doit pas être pris à la légère. Il y a des étapes qui doivent être franchies pour le démarrage ainsi que pour la certification, mais elles valent chaque seconde passée à y parvenir. À cet égard, les équipes du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est et du Réseau-action Organisation des services de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick sont prêtes à partager l'expertise acquise avec le processus de démarrage et de certification avec d'autres centres. Bien que le Centre du Sud-Est soit encore en développement, il a tout de même des connaissances et des compétences qui font de lui un excellent mentor pour accompagner tous les futurs centres.

5.1 PROCESSUS DE DÉMARRAGE D'UN CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ « EN BREF »

Le processus de démarrage est guidé par le modèle de la Fondation Dr Julien et est divisé en trois grandes étapes qui sont : le pré-démarrage, le processus de certification et la certification.

Centre en pré-démarrage	**CPSC en voie de certification** *Statut temporaire*	**CPSC certifié** *R1 : statut temporaire* *R2 : statut permanent* *R3 : optionnel*
Prendre connaissance du processus de certification	**Processus de certification En voie de certification R1**	**Processus de certification R1 R2 (R3)**
• Trois étapes de démarrage – Poser les fondements – Conception (plan d'affaires) – Mise en œuvre • Accompagnement de la FDJ • Adhérer à la philosophie et aux valeurs de la PSC • Formation de l'équipe à la PSC	• Ouverture clinique • Accompagnement de la FDJ • S'engage à être certifié R1 dans un délai d'un an après l'ouverture clinique • Participation aux activités du mouvement • Mise en place de la base de données • Formation de l'équipe à la PSC	• S'engage à être certifié R2 dans un délai d'un an • Accompagnement de la FDJ • Participation aux activités du mouvement • Droit d'utilisation de l'image de marque du réseau des CPSC certifiés • Rayonnement régional de la PSC • Formation de l'équipe à la PSC

Tout en étant assez fidèle au processus de la Fondation Dr Julien, le processus de démarrage et de certification au Nouveau-Brunswick suit une route qui représente mieux la réalité de la province. C'est le modèle de partenariats Vers l'unité pour la santé (VUPS) qui a servi d'ancrage puisqu'il facilite la concertation et l'engagement des divers acteurs dans le développement de services axés sur les besoins des enfants et de leurs familles. Ce modèle, développé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et utilisé par le Mouvement de la santé en français du Canada, est une échelle de gradation de l'évolution d'une initiative et se divise en trois grandes étapes qui sont : la sensibilisation, la structuration et la consolidation.

5.1.1 SENSIBILISATION ET PLANIFICATION - POSER LES BASES

Les actions se concentreront sur la sensibilisation aux problèmes rencontrés par les enfants en situation de vulnérabilité. En sensibilisant à ces problèmes et en réunissant des personnes qui, autrement, ne rentreraient peut-être pas en contact entre elles, il est possible de fournir un espace sûr où les enfants peuvent atteindre leur plein potentiel en tant qu'êtres humains. La communauté, les professionnels de la santé, les institutions existantes et les autorités gouvernementales, lorsque les fondements sont posés, prennent tous conscience que les enfants en situation de vulnérabilité est un problème qui mérite leur attention. Il est important de mentionner que cette phase de sensibilisation doit se faire lors de toutes les étapes et ne se limite pas au début de l'initiative.

- En premier lieu, veuillez vous sensibiliser le plus possible à l'approche de pédiatrie sociale en communauté en vous inscrivant à la plateforme de pédiatrie sociale sur le site Internet de la Fondation Dr Julien (voir également liste de lecture et ressources suggérées dans l'encadré en bas de cette page)
- S'assurer d'être accompagné par le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est, la Fondation Dr Julien et la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick
- Identifier un champion pour mener le projet (présidence du comité de démarrage)
- Créer un comité de démarrage afin d'appuyer le champion, ce groupe devrait comprendre :
  - Des représentants des cinq partenaires de la santé et du mieux-être : autorités gouvernementales, gestionnaires, professionnels de la santé, institutions de formation et de recherche, et communautés
  - Des représentants des divers domaines reliés à la pédiatrie sociale en communauté : santé, éducation, développement social, droit, etc
- Identifier le ou la médecin/pédiatre de votre Centre
- Développer une stratégie de sensibilisation, de mobilisation et d'approche reliée au développement du Centre, comprenant :
  - Identification des partenaires clés de la région qui sera desservie (exemples : mairie ou DSL, chambre de commerce, écoles, parents, banque alimentaire,etc.)
  - Identification des programmes et services déjà offerts dans la région qui sera desservie par le Centre
  - Identification des partenaires du système (exemples : ministère de la Santé, régies régionales de la santé, ministère du Développement social, ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, districts scolaires, etc.)

Liste de ressources incontournables

Formation en ligne :

- Programme d'introduction au modèle, comprenant les quatre formations suivantes :
  - Introduction à la pédiatrie sociale en communauté
  - Les sept principes des droits de l'enfant
  - La démarche clinique
  - Le stress toxique et les stratégies d'intervention

Lectures :

- Tous responsables de nos enfants, Dr Gilles Julien et Me Hélène Sioui Trudel
- Soigner différemment les enfants : l'approche de pédiatrie sociale, Dr Gilles Julien
- Soigner différemment les enfants : méthodes et approches, Dr Gilles Julien
- Document de codification, Fondation Dr Julien
- Un tour d'horizon sur les déterminants de la santé, MACS-NB
- Fiches thématiques sur les déterminants de la santé, MACS-NB
- Guide pratique : Bâtir une communauté en santé pour agir en promotion de la santé

5.1.2 STRUCTURATION

C'est l'étape qui fait le pont vers l'autonomisation du centre et de ses partenaires. On travaille sur le renforcement des connaissances, des capacités et des compétences. Il y a un développement soutenu des services offerts en français, l'offre de services se structure et s'institutionnalise.

- Rédiger le plan d'affaires, selon le modèle proposé par la Fondation Dr Julien
  - Voir l'annexe 5 pour les étapes à suivre pour le plan d'affaires
- Rédiger la planification stratégique du Centre et/ou de l'initiative
  - Voir l'annexe 6 pour les étapes à suivre pour la réalisation d'une planification stratégique
- Identifier le lieu physique du Centre et la gestion de tout le processus que cela inclut (achat, partenariat, rénovations, etc.)
- Identifier les ressources humaines du Centre (accueil, travailleuse sociale, etc.) :
  - Prêt de service, partenariat, embauche, etc.
  - Voir l'annexe 7 pour la structure organisationnelle du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est et les descriptifs de postes
- Former les ressources humaines du Centre :
  - Formation clinique avec le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est et/ou la Fondation Dr Julien
  - Liste de ressources incontournables dans l'encadré ci-dessous
- Mettre en place la base de données du Centre
- Développer l'offre de services de pédiatrie sociale en communauté :
  - Identification du panier de services
  - Identification des programmes et services déjà offerts dans la région desservie et création de partenariat (corridor de transferts et de services)
- Incorporer le Centre et/ou ajouter le Centre au sein d'une structure existante :
  - Mise en place d'une structure de gouvernance spécifique au Centre
  - Mise en place de politiques régissant le Centre
- Développer une stratégie de financement, comprenant :
  - Identification de fondations et de partenaires privés
  - Identification de programmes de financement du secteur public, provincial et fédéral
- Établir un processus d'évaluation de l'implantation et de l'offre des services de pédiatrie sociale par le Centre.
  - Voir l'annexe 8 pour le référentiel de certification et ses critères

Liste de ressources incontournables :

Formation en ligne :

- Programme de perfectionnement. Comprenant six formations :
  - TDAH et troubles de comportement;
  - Les troubles anxieux chez les jeunes en situation de grande vulnérabilité;
  - La théorie de l'attachement : une boussole pour l'intervention;
  - Pour une pratique centrée sur la théorie de l'attachement;
  - Composer avec la complexité : penser et agir en collaboration en PSC;
  - Le trauma complexe et le modèle ARC (attachement, régulation et compétences).

Lectures :

- Enfant à livre ouvert, Dr Gilles Julien
- Enfances blessées, sociétés appauvries, Dr Gilles Julien
- Pour mieux travailler ensemble! Modèles et pratiques favorisant le rapprochement entre les communautés et le système
- Cap pour l'engagement réussi entre communautés et système

5.2 CONSOLIDATION DES ACQUIS - LA CERTIFICATION

La certification des centres de pédiatrie sociale en communauté est un processus rigoureux permettant aux équipes des nouveaux centres de s'appuyer sur une démarche structurante. La certification garantit la qualité des services cliniques ainsi qu'une bonne gouvernance. Le but du processus : assurer aux enfants, aux familles et au public que les services offerts sont bien des services de pédiatrie sociale en communauté; assurer une qualité de services et de soins pour les enfants en situation de vulnérabilité; soutenir la pratique clinique; instaurer une cohérence dans les services offerts entre les centres de pédiatrie sociale en communauté; et soutenir le développement organisationnel et des ressources humaines (Processus de certification, Fondation Dr Julien, 2020).

5.2.1 LES TROIS NIVEAUX DE CERTIFICATION

Régulier 1 : Le centre de pédiatrie sociale en communauté démontre clairement son engagement à rendre accessible des soins de pédiatrie sociale en communauté aux enfants en situation de vulnérabilité de sa collectivité en complémentarité avec son milieu, et ce, dans le respect de la convention relative aux droits de l'enfant. Il rejoint dans sa communauté un certain nombre d'enfants issus de conditions de vie difficiles et il priorise son action sur le cœur du modèle par une approche interdisciplinaire entre la médecine, les sciences sociales et les sciences juridiques.

Régulier 2 : Le centre de pédiatrie sociale en communauté va plus loin dans l'intensité et l'intégration de ses efforts pour rendre accessible des soins de pédiatrie sociale en communauté à chaque enfant en situation de vulnérabilité de sa communauté. Il a la capacité de rejoindre un plus grand nombre d'enfants issus de conditions de vie difficiles et l'équipe offre une meilleure intensité et variété de services. Le CPSC a atteint la maturité dans sa pratique. Il offre des services adaptés aux besoins de sa population.

Régulier 3 : Le centre de pédiatrie sociale en communauté a atteint les standards avancés dans l'ensemble des soins et services offerts aux enfants en situation de vulnérabilité. L'équipe clinique maîtrise l'APCA (voir annexe 3). Le CPSC met en place des pratiques et des processus pour continuer à progresser et mieux soigner les enfants dans un modèle de soins intégrés interdisciplinaires et intersectoriels. Il rejoint un nombre important d'enfants.

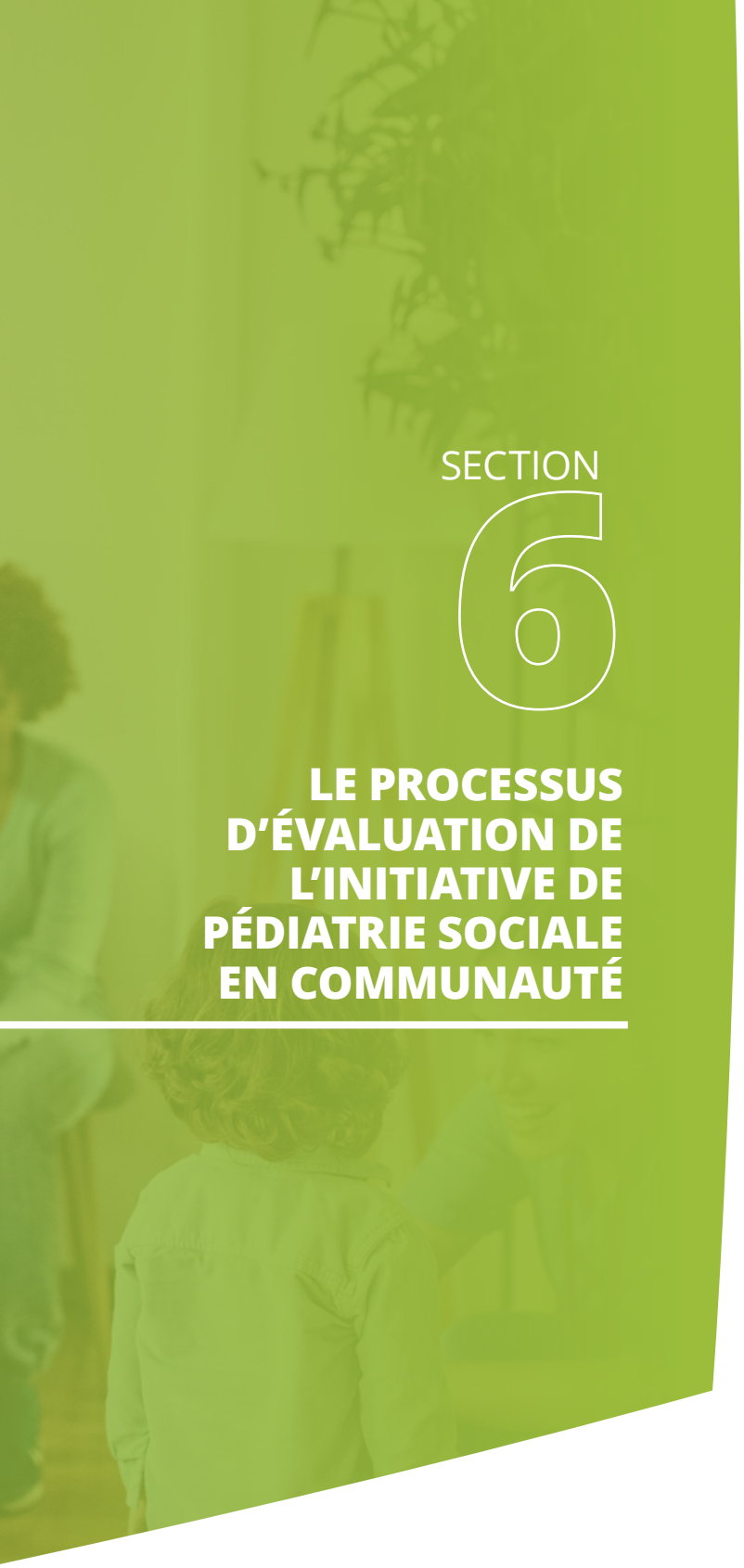
5.3 LE RÉFÉRENTIEL DE CERTIFICATION ET SES CRITÈRES

Le référentiel de certification comporte les exigences auxquelles les centres de pédiatrie sociale en communauté doivent satisfaire pour obtenir leur certification. Les exigences définies dans ce référentiel sont regroupées selon huit domaines d'activités dont cinq visent la pratique clinique (service d'accès, évaluation/orientation, suivi/accompagnement, innovation/changement de pratiques, droit de l'enfant et plaidoyer) et trois orientés sur le volet organisationnel d'un centre (capital humain, gestion administrative et financière, gouvernance de l'entreprise sociale).

Cette structure reflète d'une part, le poids du volet clinique au sein du référentiel et d'autre part, la nécessité du soutien organisationnel pour la mise en place de la pratique clinique au sein d'un centre. Certes, le référentiel de certification a abouti à l'élaboration d'**une grille de critères** qui définit la pratique de la pédiatrie sociale en communauté ainsi que les caractéristiques propres aux centres. Voir l'annexe 8 pour le référentiel de certification et ses critères.

En résumé, la consolidation des acquis comprend l'autonomisation du centre, mais les réseaux, comme celui de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, jouent un rôle de vigie et avise au besoin. On y voit une protection des acquis et l'adaptation des nouvelles technologies aux façons de faire.

- Offrir des occasions de formation continue aux ressources humaines du Centre :
  - Formation avec le Centre de pédiatrie sociale en communauté et/ou avec la Fondation Dr Julien
- Établir le processus de certification du Centre, en partenariat avec le CPSSE et la Fondation Dr Julien :
  - Niveau 1
  - Niveau 2
  - Niveau 3
- Étendre le panier de services et le territoire desservi (en respect de la région desservie), selon les besoins de la communauté



SECTION

6

LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'INITIATIVE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ

En s'appuyant sur le référentiel de certification de la Fondation Dr Julien, un processus d'évaluation de l'initiative a été développé pour le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est par l'équipe de recherche du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes. Les résultats des deux premières étapes de cette évaluation externe sont partagés à la section 7, afin de démontrer les leçons apprises par le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est et de partager les recommandations reçues dans le cadre de ce processus.

6.1 MISE EN CONTEXTE DU GRISMEJ

L'équipe de recherche du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes (GRISMEJ)

Une équipe de recherche du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes (GRISMEJ) a été formée pour procéder à l'évaluation de l'initiative de la pédiatrie sociale en communauté à Memramcook et dans deux communautés du comté de Kent. Cette équipe regroupe des expertises en évaluation de programmes, d'intervention familiale, de promotion de la santé et prévention, de l'éducation, de la nutrition, du droit des enfants ainsi que de la justice et délinquance.

Selon le GRISMEJ, l'approche de la pédiatrie sociale n'a jamais auparavant fait l'objet d'une évaluation de programme exhaustive échelonnée à plusieurs étapes de mesure. En octobre 2017, à la demande et aux frais du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, le GRISMEJ a entrepris une évaluation exhaustive de l'initiative (évaluer l'implantation, la fidélité, l'impact et le rapport coûts/bénéfices de la pédiatrie sociale en communauté à Memramcook et dans le comté de Kent sur une période de dix ans). Les résultats de cette évaluation s'avèreront une importante ressource pour de futures implantations d'initiatives de pédiatrie sociale, tant au Nouveau-Brunswick qu'ailleurs au pays. Pour réaliser cette recherche, le GRISMEJ a obtenu du financement du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance du Nouveau-Brunswick.

Le Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes (GRISMEJ) « En bref »

- Mission : contribuer au développement du savoir et des pratiques relatives à la santé mentale des enfants et des jeunes du Nouveau-Brunswick
- Initier et réaliser des projets de recherche permettant une meilleure compréhension et ayant des retombées sur les pratiques, politiques et résultats en santé mentale des enfants et des jeunes
- Développer des partenariats de recherche et d'application des connaissances en santé mentale des enfants et des jeunes avec des chercheuses et chercheurs, organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, praticiennes et praticiens, jeunes et familles, aux niveaux local, provincial, national et international
- Participer au développement de capacités de recherche et à la formation d'une relève scientifique en santé mentale des enfants et des jeunes au Nouveau-Brunswick
- Informer les actrices et acteurs responsables des programmes et services qui ciblent les jeunes en matière de santé mentale, d'éducation, de justice et de développement communautaire
- Démystifier la santé mentale auprès du public

6.2 L'ÉVALUATION : EXPLICATION DES QUATRE PHASES D'ÉVALUATION DIRIGÉES PAR LE GRISMEJ

L'évaluation de l'initiative de pédiatrie sociale se déroule sur une période de 10 ans et comporte quatre phases, soit :

1. **l'évaluation de l'implantation** (années 1 et 2)
2. **l'évaluation de la fidélité** (années 3, 4, 6 et 8)
3. **l'évaluation des impacts** (années 3 à 10)
4. **l'analyse coûts-bénéfices** (années 5, 7 et 10)

Phase 1 L'évaluation de l'implantation (années 1 et 2)

Cette partie se base sur la collecte de données auprès d'informateurs clés pour répondre aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure le modèle de pédiatrie sociale en communauté a-t-il pu être implanté à Memramcook et dans le comté de Kent ?
- Quels ont été les obstacles à son implantation ?
- Quels ajustements ont dû être apportés pour composer avec ces obstacles ?
- Quelles ressources ou forces ont facilité l'implantation du modèle ?

La collecte de données : entretiens semi-dirigés avec des personnes ayant géré et supervisé l'implantation du programme.

Phase 2 L'évaluation de la fidélité (années 3, 4, 6 et 8)

Pour évaluer la fidélité avec les standards du modèle de la Fondation Dr Julien de la pédiatrie sociale en communauté, tel qu'il est implanté au Nouveau-Brunswick, une grille de fidélité a été élaborée à partir des critères du référentiel de certification, permettant ainsi d'évaluer l'atteinte de chaque standard sur une échelle allant de 0 (pas du tout atteint) à 4 (complètement atteint). La grille sera remplie dans chaque centre deux fois la première année suivant l'évaluation d'implantation et annuellement les autres années. L'évaluation de la fidélité travaillera à répondre aux trois grandes questions suivantes :

- Dans quelle mesure le programme a-t-il pu appliquer tous les standards du modèle d'intervention ?
- Quelles sont les contraintes qui rendent difficile l'atteinte de certains standards ?
- Quelles solutions ou modifications au modèle ont été appliquées pour tenir compte du contexte local ?

La collecte de données : groupes de discussion regroupant des gestionnaires, des intervenants de première ligne, des membres de la communauté ainsi que des familles et des jeunes.

Phase 3 L'évaluation des impacts (années 3 à 10)

L'évaluation des impacts met à contribution des données quantitatives et qualitatives. Cette partie cherche à évaluer l'efficacité du modèle de pédiatrie sociale en communauté pour favoriser :

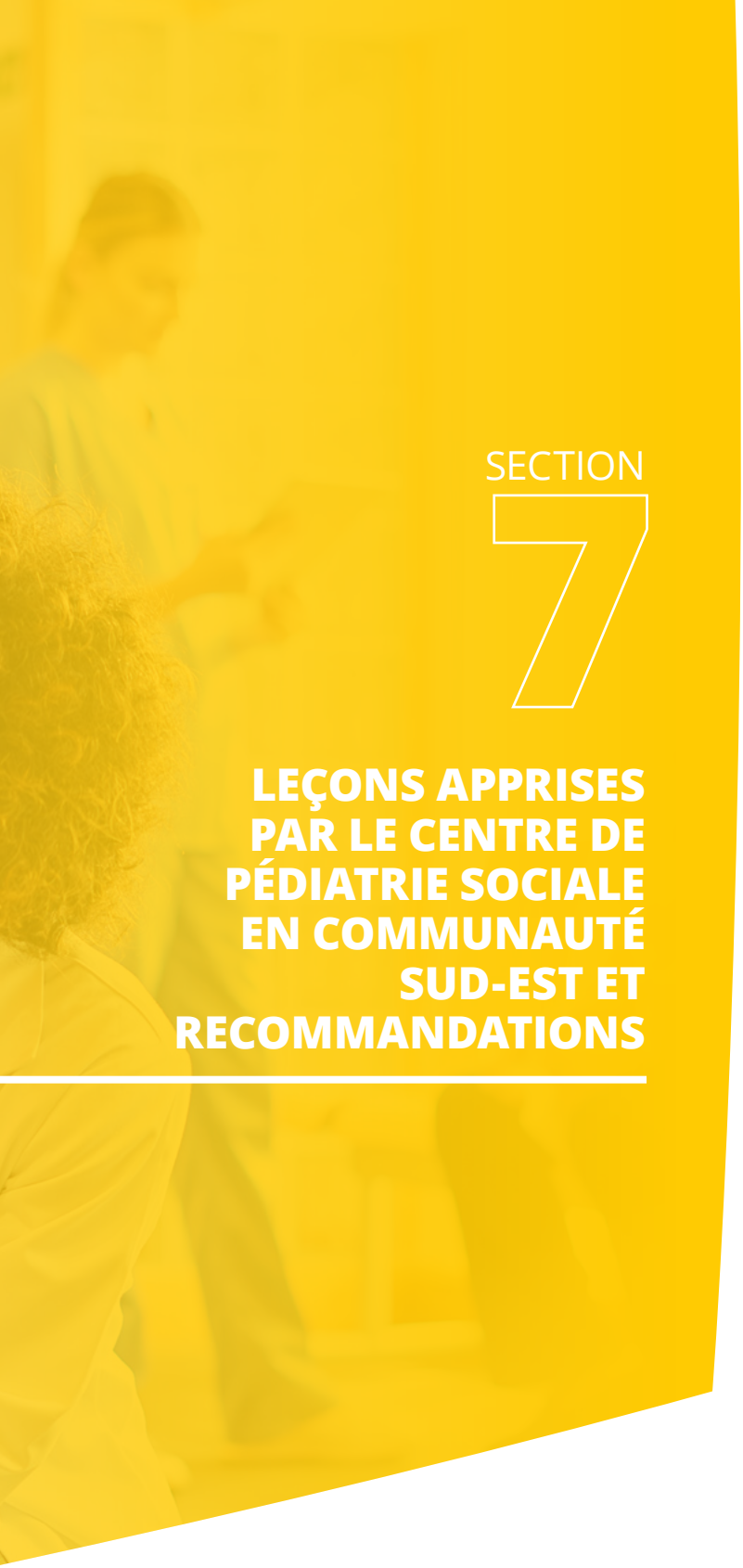
A. l'épanouissement de l'enfant au sein de sa famille, de son école et de sa communauté
B. l'engagement des parents comme premiers éducateurs de l'enfant
C. les conditions de vie favorables au développement au sein de la famille
D. l'engagement de la communauté dans le développement de l'enfant
E. le développement de l'estime de soi et de l'identité socioculturelle de l'enfant
F. la satisfaction des enfants et des parents à l'égard des services
G. le respect de la Charte des droits des enfants de l'UNESCO

La collecte de données : groupes de discussion avec les intervenants de premières lignes et l'évaluation d'experts en droit des enfants, entretiens semi-dirigés avec un sous-échantillon de jeunes et leurs familles.

Phase 4 L'analyse coûts/bénéfices (années 5, 7 et 10)

Cette partie cherche à évaluer les coûts d'implantation et d'opération du modèle de pédiatrie sociale en communauté à Memramcook et dans le comté de Kent, et les coûts ou les économies nets en matière de prestation de service occasionnés par le déploiement du modèle de pédiatrie sociale en communauté.

La collecte de données : la base de comparaison est obtenue de sources ayant effectué une évaluation économique auprès de clientèles similaires n'ayant pas accès à la pédiatrie sociale en communauté. Cette analyse permettra d'estimer les économies ou les coûts additionnels occasionnés par la pédiatrie sociale en communauté chaque année, pour chaque jeune.



SECTION

7

LEÇONS APPRISES PAR LE CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ SUD-EST ET RECOMMANDATIONS

Depuis sa création, le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est (CPSSE) a appris beaucoup de leçons. L'objectif de cette section est de les partager en toute transparence et de suggérer des pistes de recommandations afin que chaque futur centre puisse en profiter au maximum, et ce, dans une perspective de mobilisation des connaissances. Elles sont tirées du processus d'évaluation de l'initiative réalisée par l'équipe de recherche du Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes (GRISMEJ), du processus de certification et du développement de cette initiative de façon générale.

7.1 SENSIBILISATION ET APPROCHE AUPRÈS DES PARTENAIRES

Le Centre, étant le premier du genre au Nouveau-Brunswick, disposait au départ de très peu de ressources, ce qui l'a forcé à sélectionner des activités de développement aux dépens de d'autres. Cependant, l'une des leçons apprises a certainement été l'importance de mettre de l'avant de façon continuelle la sensibilisation du modèle de pédiatrie sociale en communauté et des services du Centre auprès des partenaires et acteurs. Il est important de rappeler que la sensibilisation des partenaires requiert beaucoup d'énergie, de temps et de ressources, mais elle demeure une étape essentielle à la création et à la vie d'un centre de pédiatrie sociale en communauté.

De plus, quel que soit le degré de maturité de votre centre, il sera toujours bon d'avoir des partenaires de la région qui peuvent fournir une assistance et apporter de nouvelles idées pour les projets. À cet égard, il est non seulement important de sensibiliser les partenaires, mais aussi de les mobiliser dans un rôle précis d'appui dans le développement du Centre et de son offre de services. Comme indiqué plus haut, la sensibilisation des partenaires doit se faire de manière continue et pas seulement au démarrage de l'initiative. Premièrement, les partenaires se démobilisent et changent, et deuxièmement, les besoins en services évoluent. À cet effet, les visites d'organismes et l'implication communautaire sont de mise pour continuer à identifier les besoins de la communauté, prendre connaissance des services existants et alimenter la collaboration entre le Centre et les fournisseurs de services de la communauté.

Il faut préciser que ces efforts de sensibilisation et de mobilisation des partenaires contribuent du même coup à augmenter la visibilité du Centre par l'éducation et l'exposition aux services, ainsi que par les échanges avec les gens et partenaires de la communauté. Du coup, cette sensibilisation et cette mobilisation permettent de développer davantage de partenariats avec la communauté. Prenons l'exemple des démarches effectuées par l'équipe du Centre auprès du village de Memramcook qui ont eu pour résultat l'obtention d'une maison en plein cœur de la communauté, payée par le village, afin d'offrir les services de pédiatrie sociale. Le passage de l'offre de service d'un bureau formel vers la maison a été un événement marquant pour la pédiatrie sociale dans le Sud-Est. Le « bureau » est maintenant une maison accueillante avec des salles familiales où les enfants peuvent venir chercher de l'aide quand ils en ont le plus besoin. De plus, le fait d'avoir une maison avec pignon sur rue a permis de changer la perception des familles à l'égard de la pédiatrie sociale en communauté. La formalité que l'on voyait autrefois dans le bureau est maintenant remplacée par la chaleur, la compassion et la serviabilité offertes par l'équipe de pédiatrie sociale en communauté.

D'autre part, lors du travail avec les partenaires, il est important d'inclure une définition et une promotion des droits de l'enfant tels que définis dans la Convention sur les droits de l'enfant. La pédiatrie sociale en communauté propose aux enfants une place centrale dans l'approche, car ils sont des humains et citoyens à part entière. Afin d'améliorer leur santé et leur qualité de vie, il va de soi qu'il faut bâtir avec eux des communautés plus fortes, plus justes, solidaires et respectueuses. Il faut donc outiller les enfants, les adultes et les intervenants qui les entourent en utilisant la Convention relative aux droits de l'enfant. Les enfants pourront ainsi être les premiers acteurs de changement dans leur vie et dans leur milieu (Fondation Dr Julien, 2022).

À cela, il faut ajouter l'intégration d'actions liées aux déterminants de la santé et de leur l'impact sur la santé des enfants et de leurs familles dans les activités et les outils de sensibilisation. Les déterminants de la santé sont importants pour comprendre comment l'environnement des enfants affecte leur développement. Il est également essentiel de tenir compte de ces facteurs lorsque nous nous attaquons à des problèmes tels que le stress ou les difficultés d'apprentissage. Les déterminants de la santé sont complexes. Il est donc important que les pédiatres et leurs équipes connaissent non seulement les recherches les plus récentes, mais aussi l'impact de ces facteurs sur le mieux-être général des enfants.

Enfin, dans le but d'accroître la sensibilisation et la promotion, il ne faut pas seulement se concentrer sur la pédiatrie sociale. Il faut également s'assurer que les familles et les autres organismes de la communauté connaissent les services offerts par le Centre. La sensibilisation accrue du Centre lui permet d'offrir encore plus de services adaptés aux enfants puisqu'il peut arrimer ses services avec ceux des autres organismes (et ainsi, maximiser les bénéfices pour l'enfant, la famille et la communauté). Ici, nous n'avons pas à réinventer la roue, mais à innover. À titre d'exemple, le yoga est un excellent moyen pour les enfants qui sont stressés ou qui ont du mal à gérer leurs émotions. Cependant, tous les centres ne disposent pas des ressources nécessaires pour

offrir ce type de séance, mais en collaborant avec la communauté, l'équipe peut trouver un espace libre pour qu'un enfant puisse le pratiquer.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons à tous les futurs centres de développer, très tôt dans le processus d'implantation, une stratégie de sensibilisation, de mobilisation et d'approche. Cette stratégie devrait inclure :

- Démarche de sensibilisation à l'approche de pédiatrie sociale en communauté, qui intègre :
  - L'importance de l'action sur les déterminants de la santé et leur impact sur la santé des enfants et de leurs familles
  - Les notions du droit de l'enfant (avoir des formations sur les droits des enfants et des formations pour l'intégration du droit en clinique et dans les activités de promotion en communauté sur ce sujet)
- Identification des partenaires clés et démarche d'approche auprès de ces partenaires
- Identification des programmes et services déjà offerts dans la région et l'arrimage avec ces services
  - Identification d'une démarche de promotion du Centre et de ses services

7.2 PROCESSUS DE GESTION ET DE GOUVERNANCE

Le Centre a appris qu'il est important d'avoir une équipe multidisciplinaire travaillant avec eux dès le début. Il peut être épuisant d'essayer de tout faire soi-même ! Il est donc crucial de s'assurer que les membres de l'équipe d'un centre soient accompagnés par des partenaires et un comité de démarrage qui peuvent les guider et les appuyer dans ce nouveau défi. Ainsi, pour veiller à la gouvernance, au bon fonctionnement et à la pérennité du Centre, un conseil d'administration et un comité exécutif ont été mis sur pied. Cela a été suivi de la formalisation du cadre juridique et organisationnel du Centre en finalisant les statuts et règlements et l'obtention du statut d'organisme de bienfaisance enregistré. C'est très technique et bureaucratique, mais sans cela, les ressources humaines et financières s'épuisent très rapidement.

Une autre leçon apprise que le Centre souhaite partager, c'est d'élaborer une planification stratégique dès le début du processus plutôt que d'attendre beaucoup plus tard. La planification stratégique est un outil puissant qui peut aider tous les centres à atteindre leurs objectifs. Il est donc suggéré de prioriser la réalisation de la planification stratégique très tôt dans le processus afin d'appuyer et guider les ressources humaines et les membres du conseil d'administration. De plus, il est essentiel pour le succès d'un centre d'intégrer la sensibilisation et la mobilisation des partenaires comme un objectif de la planification stratégique. Il faut aller à la rencontre des organisations et de la population des régions desservies par le centre et/ou les centres satellites.

Enfin, la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick a fait appel au consultant Michel Desjardins pour élaborer un manuel de politiques internes. Celles-ci ont été adoptées par le conseil d'administration en juin 2021, ce qui aidera les futurs centres à répondre à leurs besoins en matière de gestion administrative et financière.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons à tous les futurs centres de mettre en place un comité de démarrage dès le début du processus d'implantation. Par la suite :

- mettre en place un conseil d'administration et un comité exécutif
- formaliser le cadre juridique et organisationnel du centre en finalisant les statuts et règlements et l'obtention du statut d'organisme de bienfaisance enregistré
- réaliser et mettre en place la planification stratégique

Et surtout, avant de commencer les démarches d'implantation d'un centre, nous vous suggérons de lire tous les documents liés au référentiel de certification et ses critères. Le référentiel de certification comporte les exigences auxquelles les centres de pédiatrie sociale en communauté doivent satisfaire pour obtenir leur certification (voir l'annexe 8 pour le référentiel de certification et ses critères). Cela vous permettra de bien comprendre les étapes à suivre et ce que vous devez faire lors de l'implantation du centre dans la communauté.

7.3 RESSOURCES HUMAINES

Pour le Centre, le manque de ressources financières n'a permis l'embauche d'une direction générale que plusieurs années après son ouverture. Par conséquent, la pédiatre a été projetée dans le fauteuil de la direction. Le travail d'un service de pédiatrie sociale en communauté est assez exigeant, et il peut être difficile pour une personne d'y parvenir seule. Dans le cas du Centre, la pédiatre a dû offrir des services de pédiatrie sociale tout en développant l'aspect clinique des services, en faisant de la sensibilisation auprès des partenaires, et ce, en plus de gérer les aspects administratifs et stratégiques. Le temps investi par la pédiatre sociale dans les activités de développement et de gestion a ainsi diminué le temps clinique qu'elle a pu offrir aux enfants et à leurs familles.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons à tous les futurs centres de :

- tenter d'intégrer un organisme de services existant ou un organisme sensibilisé à la pédiatrie sociale (et qui souhaite intégrer ce service aux siens)
  - l'objectif est d'intégrer les principes du modèle de pédiatrie sociale en communauté dans l'organisation au sein des services existants. En ayant la gestion et les ressources humaines en place, c'est plus facile que de partir de zéro.
- mettre en place des mécanismes formels d'embauche d'employés et de bénévoles
  - le recrutement d'environ 50 bénévoles est conseillé pour appuyer les initiatives d'un centre de pédiatrie sociale en communauté.

7.4 OFFRE DE SERVICES

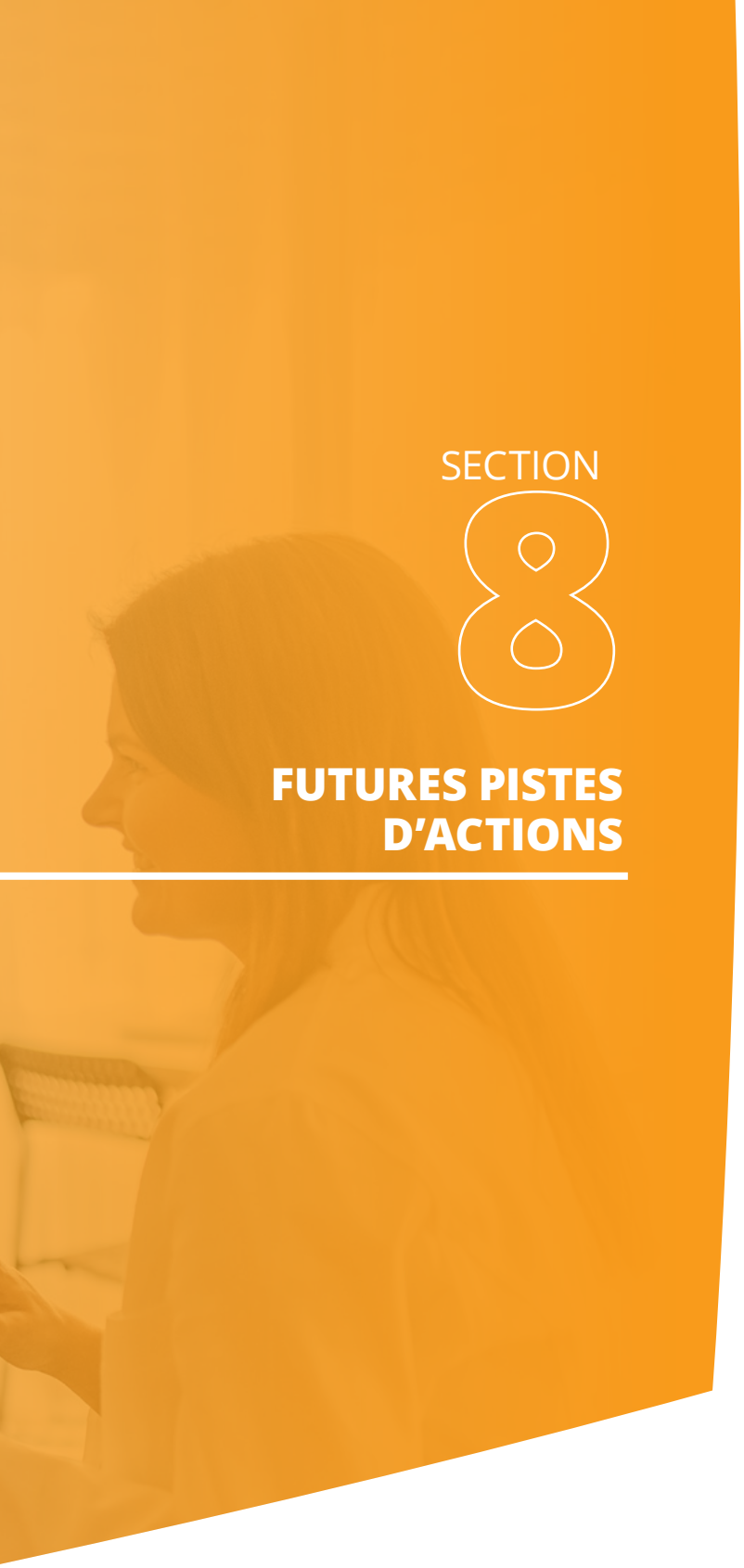
Un point fort de l'équipe du Centre de pédiatrie sociale Sud-Est est son accueil et son savoir-être qui sont évalués comme des forces. La flexibilité de l'horaire et du lieu ainsi que la proximité des services sont des facteurs qui favorisent l'accessibilité aux services du Centre. Un point qui doit toutefois être travaillé est l'amélioration du système informatisé des données cliniques (ex. : base de données unique pour l'équipe) afin de favoriser une centralisation des statistiques et des données liées aux patients.

L'approche d'évaluation/orientation avec le médecin et la travailleuse sociale du Centre est collaborative, et ce, afin de considérer les multiples dimensions et contextes de vie de l'enfant et de sa famille. Le Centre comprend une équipe clinique de petite taille, qui possède un grand savoir-faire et qui travaille de pair avec la famille de façon proactive et avec une approche basée sur la confiance et la transparence. À cet égard, l'équipe suit toutes les occasions de formation et d'apprentissage offertes, qu'elles soient proposées par le Centre ou la Fondation Dr Julien. L'équipe est ainsi en mesure de mobiliser ses connaissances et de permettre aux gens de participer à l'observation clinique et de se familiariser avec les valeurs qui soutiennent l'approche. Toutefois, la taille de l'équipe peut parfois être un défi, notamment lorsque les membres de l'équipe se retrouvent en situation de surcharge et font face à plusieurs situations complexes. En ce sens, les ressources limitées peuvent parfois rendre difficile le maintien de certaines pratiques cliniques.

De plus, l'accès à un soutien juridique dans des situations complexes pourrait aider l'équipe à trouver les éléments convaincants pouvant mener à des changements concrets, comme ceux visant l'amélioration des conditions favorables au développement de l'enfant. À noter aussi que le Centre a bénéficié du soutien bénévole d'un avocat pour sa constitution en société et l'obtention de son numéro d'organisme de bienfaisance. Le Bureau du défenseur a également joué un rôle essentiel comme partenaires (voir section 2 sur le rôle des partenaires). Cependant, l'accès rapide et en temps opportun à un avocat pour recevoir des conseils et avis est certainement quelque chose à développer davantage pour le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est et pour tous les nouveaux centres. Il faut réaliser qu'au Nouveau-Brunswick, peu d'avocats et/ou de médiateurs sont formés en droit de l'enfant.

RECOMMANDATIONS

- Être proactif dans sa recherche de soutien juridique et dans la formation de tous les intervenants du Centre concernant l'intégration du droit dans les rencontres cliniques d'évaluation/orientation tout comme dans les suivis/accompagnements.



SECTION

8

FUTURES PISTES D'ACTIONS

La dernière section de ce document présente les futures pistes d'actions non seulement pour le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est (CPSSE), mais aussi pour le développement et l'avancement de la pédiatrie sociale au Nouveau-Brunswick.

Le processus d'accompagnement

L'un des mandats du CPSSE est d'accompagner les communautés qui souhaitent implanter le modèle de pédiatrie sociale en communauté (ou des composantes du modèle) dans leur région. Comme ce rôle est relativement nouveau, un processus d'accompagnement doit être élaboré, planifié et soutenu par le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est, la Fondation Dr Julien et la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick.

L'accompagnement doit se faire de manière continue avec les centres déjà en développement au Nouveau-Brunswick, et l'information sur cette approche doit être fournie aux organismes ou communautés qui souhaitent en apprendre davantage ou qui démontrent un intérêt à implanter la pédiatrie sociale en communauté.

Pistes d'actions :

- Former un comité consultatif provincial composé de représentants de divers secteurs (éducation, santé, justice, etc.) pour élaborer un processus d'accompagnement des nouveaux centres ou des organismes qui souhaitent implanter des composantes de l'approche au sein de leur offre de service. Ce comité aurait également la responsabilité d'assurer le respect de la fidélité du modèle de pédiatrie sociale en communauté.
- Réaliser une analyse comparative permettant d'identifier les communautés dans lesquelles les enfants sont les plus à risque dans la province. [7] Il serait important d'identifier des critères de vulnérabilité spécifiques à la province du Nouveau-Brunswick et de les utiliser pour étudier les possibilités de déploiement du modèle ailleurs dans la province.
- Développer des stratégies de communication efficaces et intégrant les déterminants de la santé (outils de communication et même des formations) afin de sensibiliser tous les acteurs qui travaillent de près ou de loin avec les enfants au modèle de pédiatrie sociale en communauté et aux droits de l'enfant.
  - Développer des mécanismes et des outils de communication vivants et dynamiques afin d'informer la communauté et les intervenants des défis vécus par les enfants et leurs besoins, de manière à renforcer leurs capacités à jouer un rôle actif en temps opportun au sein du modèle de pédiatrie sociale en communauté.
- Développer des stratégies qui permettront de créer et de maintenir des liens plus importants avec le secteur juridique. De plus, l'accès rapide et en temps opportun à un avocat pour recevoir conseils et avis est certainement quelque chose à développer davantage pour les centres de pédiatrie sociale en communauté.
- Travailler à rendre les services de pédiatrie sociale en communauté aussi accessibles que possible aux enfants, indépendamment de leur adresse physique, de leur district scolaire et de leur zone de santé. À titre d'exemple, si le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est accueille un enfant de la Ville de Bouctouche à partir de son école, mais qu'il n'habite pas à Bouctouche, il ne peut pas avoir accès aux services de pédiatrie sociale, car seule la municipalité fait partie du territoire géographique desservi par le Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est . Cela s'explique notamment par le fait que les zones géographiques couvertes par les districts scolaires ne sont pas identiques à celles des régies régionales de la santé. Le souhait, évidemment, est que chaque région puisse éventuellement bénéficier de l'accès à un CPSC au Nouveau-Brunswick !

7 - https://institutpediatriesociale.com/publications/implantation-de-nouvelles-cliniques-de-pediatrie-sociale-au-quebec-identification-des-communautes-a-risque/

X-RAY
18
NURSE
NEEDLE
hexagon
L
circle

ANNEXES

ANNEXE

1

INDICATEURS DE SANTÉ POUR LES RÉGIONS DE MEMRAMCOOK, BOUCTOUCHE, RICHIBUCTO ET SAINT-LOUIS DE KENT

DIEPPE/MEMRAMCOOK [8]

Dans cette région, la population de Dieppe/Memramcook s'élève à 28 141 personnes. En 2011, 6 490 personnes étaient âgées de 0 à 19 ans, soit 23 % de la population totale. Le français est la langue parlée à la maison dans une proportion de 69 %, comparativement à 28 % au Nouveau-Brunswick. En 2011, la population immigrante représentait 2,9 % de la population totale, comparativement à 3,9 % au N.-B.

CERTAINES DONNÉES ALARMANTES LIÉES AUX INDICATEURS DE LA SANTÉ SONT PRÉSENTES DANS CETTE RÉGION :

- Entre 2012 et 2014, le taux de faible poids à la naissance était de 6,2 %, comparativement à 5,8 % au N.-B.
- Le taux de mortinatalité était de 4,3 pour 1 000 naissances entre 2012-2014, comparativement à 4 % au N.-B.
- 34 % des enfants ont reçu l'évaluation des trottineurs en santé (enfants nés en 2013), comparativement à 49 % au N.-B.
- En 2013-2014, selon un questionnaire remis aux parents, 4,9 % des enfants de la maternelle à la 5e année répondaient à un diagnostic de déficit de l'attention, comparativement à 4,7 % au Nouveau-Brunswick; 3,1 % à un trouble du langage, comparativement à 2,3 % au N.-B., et 6,1 % à un trouble d'apprentissage, comparativement à 2,9 % au Nouveau-Brunswick. Ce ratio augmentait à 11,3 % entre 2015 et 2016 pour les jeunes entre la 6e et la 12e année, comparativement à 4,6 % au N.-B.
- Entre 2010 et 2014, le taux de suicide et de blessures volontaires s'élevait à 25 % entre 0 et 19 ans, comparativement à 15 % au N.-B.
- En 2015, 66 % des jeunes avaient confiance en leur avenir, comparativement à 94 % au Nouveau-Brunswick
- 20 % ont un diplôme d'études secondaires comparativement à 27 % au N.-B.
- Selon les résultats des évaluations à la petite enfance – appréciation directe auprès des jeunes âgés de 3 à 5 ans, futurs élèves de l'École Abbey-Landry à Memramcook, en 2015-2016, 63 % avaient un défi en conscience de soi et environnement, comparativement à 48 % pour le N.-B.

BOUCTOUCHE/RICHIBUCTO/SAINT-LOUIS DE KENT

Dans cette région, la population s'élève à 19 492 personnes. Parmi cette population, les personnes âgées de 0 à 19 ans représentent 19 %. Le français est la langue parlée à la maison dans une proportion de 62 %, comparativement à 28 % au Nouveau-Brunswick. En 2011, la population immigrante représentait 3,1 % de la population totale, comparativement à 3,9 % au Nouveau-Brunswick. En 2011, le taux d'emploi était de 48 %, comparativement à 57 % au N.-B.

CERTAINES DONNÉES ALARMANTES LIÉES AUX INDICATEURS DE LA SANTÉ SONT PRÉSENTES DANS CETTE RÉGION :

- Le taux de faible poids à la naissance entre 2012 et 2014 était de 6,2 %, comparativement à 5,8 % au N.-B.
- Le taux de mortinatalité était de 4,3 pour 1,000 naissances, comparativement à 4,0 au N.-B.
- En 2013-2014, les parents rapportaient que 39 % des enfants de la maternelle à la 5e année souffraient d'obésité, comparativement à 36 % au N.-B.
- Chez les élèves de la 6e à la 12e année en 2015-2016, cette proportion d'obésité était de 39 %, comparativement à 28 % au N.-B.
- 26 % des élèves de la 9e à la 12e année rapportent avoir déjà consommé cinq verres de boissons alcoolisées ou plus durant une soirée, comparativement à 24 % au N.-B.
- 30 % de ces mêmes jeunes disent avoir consommé de la marijuana au moins une fois dans les 12 mois qui ont précédé le sondage, comparativement à 26 % au N.-B.

8 - Les données de Memramcook sont jumelées avec celle de Dieppe et il n'a pas été possible d'extraire que les données pour Memramcook. Il faut toutefois indiquer que si nous avions des données pour Memramcook, la situation serait encore plus alarmante.

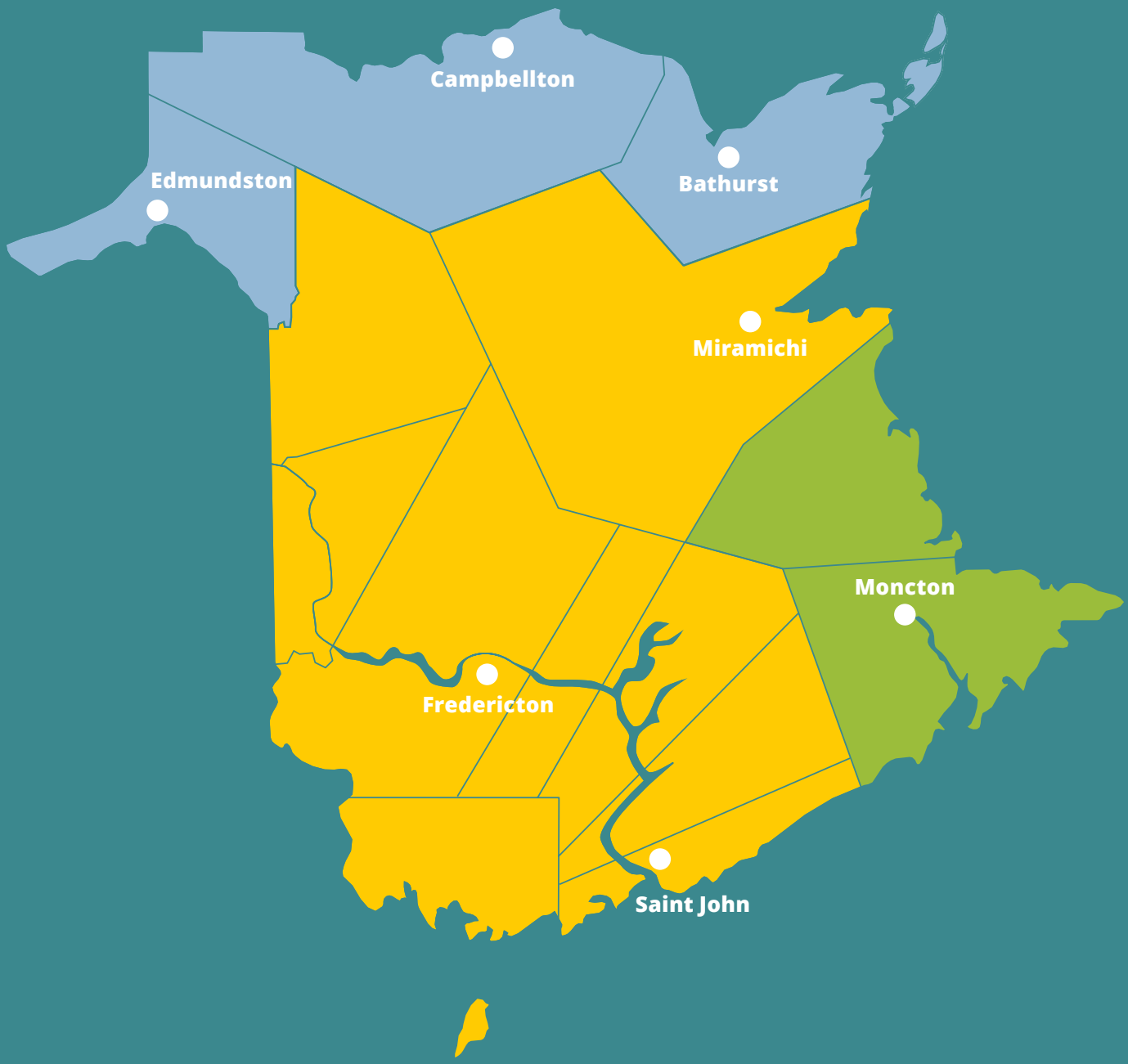
- Entre 2012 et 2014, environ 15 % des jeunes âgés de 0 à 5 ans vivaient dans l'insécurité alimentaire grave à modérée, comparativement à 12 % au N.-B., et 15 % des moins de 18 ans, comparativement à 11 % au N.-B.
- En 2013-2014, 79 % des jeunes entre la 4e et la 5e année estimaient avoir un bon niveau de santé psychologique, comparativement à 84 % au N.-B.
- En 2015-2016, 33 % les jeunes de la 6e à la 12e année avaient des symptômes de dépression et d'anxiété, comparativement à 31 % au Nouveau-Brunswick.
- 20 % des jeunes disaient ne pas avoir confiance en leur avenir, comparativement à 6 % au N.-B.
- Entre 2010 et 2014, le taux de décès précoces pour les 0-19 ans à cause de blessures auto-infligées et de suicide était de 25 %, comparativement à 15 % au N.-B.
- L'évaluation du trottineur (enfants nés en 2013) a eu lieu chez 34 % d'entre eux, comparativement à 49 % au N.-B.
- En 2013-2014, selon un questionnaire remis aux parents, 3,4 % des jeunes de la maternelle à la 5e année avaient un trouble d'apprentissage, comparativement à 2,9 % au N.-B., alors que ce chiffre était de 5,3 % entre 2015 et 2016 pour la 6e à la 12e année, comparativement à 4,6 % au Nouveau-Brunswick
- 20 % des jeunes ont un diplôme d'études secondaires comparativement à 27 % au N.-B., et 10 % d'entre eux ont un certificat ou diplôme universitaire, comparativement à 22 % au N.-B.
- Selon les résultats des évaluations à la petite enfance – appréciation directe auprès des jeunes âgés de 3 à 5 ans, futurs élèves de l'École Soleil Levant à Richibucto, en 2015-2016 :
  - 78 % avaient un défi en conscience de soi et environnement, comparativement à 48 % pour le N.-B.;
  - 57 % avaient un défi en habiletés cognitives, comparativement à 41 % pour le N.-B.;
  - 65% avaient un défi en langage et communication, comparativement à 39 % pour le N.-B.;
  - 35 % avaient un défi en motricité fine, comparativement à 28 % pour le N.-B.;
  - 30 % avaient un défi en motricité globale, comparativement à 24 % pour le N.-B.
- Selon les résultats des évaluations à la petite enfance – appréciation directe auprès des jeunes âgés de 3 à 5 ans, futurs élèves de l'École Marée Montante à Saint-Louis de Kent, en 2015-2016 :
  - 63 % avaient un défi en conscience de soi et environnement, comparativement à 48 % pour le N.-B.;
  - 47 % avaient un défi en habiletés cognitives, comparativement à 41 % pour le N.-B.;
  - 58 % avaient un défi en langage et communication comparativement, à 39 % pour le N.-B.;
  - 42 % avaient un défi en motricité fine, comparativement à 28 % pour le N.-B.

Sources : Statistique Canada, ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance du Nouveau-Brunswick et Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

ANNEXE

2

REPRÉSENTATION GÉOGRAPHIQUE DES ZONES DE SANTÉ DES DEUX RÉSEAUX


Campbellton
Edmundston
Bathurst
Miramichi
Moncton
Fredericton
Saint John
Réseau de santé Vitalité
Réseau de santé Horizon
Présence des deux réseaux

ANNEXE

3

LA MÉTHODE APCA (APPRIVOISER, PARTAGER, COMPRENDRE ET AGIR) EN BREF

A
POUR
APPRIVOISER

C'est rapprocher, fréquenter le terrain de l'autre, se mettre à l'aise et définir une base de coopération propice à l'aide et au soutien.

- C'est à cette étape et à la suivante que se fait le partage d'informations et de données.
- Elle peut se faire non seulement en clinique, mais aussi dans les milieux où évolue l'enfant (domicile, école, garderie, etc.).

P
POUR
PARTAGER

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

- Animer le processus de discussion entre les participants
- Amasser des faits historiques et les informations génétiques/naturelles
- Rechercher des données pertinentes, des facteurs causaux
- Poser des questions et offrir des indices
- Réaliser une anamnèse globale et complète

C

POUR
COMPRENDRE

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

- Examiner l'enfant
- Décoder les informations recueillies
- Repérer des pistes de diagnostic à partir des informations amassées
- Valider les hypothèses de solutions avec tous les participants
- Prioriser les problèmes et leurs solutions
- Assurer l'adhésion/ participation active des intervenants, la mise en place des solutions
- Établir une synthèse des actions et savoir communiquer le plan intégré et adapté aux besoins de l'enfant

A

POUR
AGIR

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

- Définir un plan d'intervention
- Planifier le suivi des actions
- Faire le suivi

ANNEXE

4

LE CERCLE PROTECTEUR DE L'ENFANT

Les étapes du Cercle de l'enfant

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

PHASE DE RÉFÉRENCE

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

PHASE PRÉPARATOIRE

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

PHASE DE RENCONTRE

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

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

- **iv. Le partage d'un repas :** Le repas offert à tout le groupe permet d'échanger de façon informelle et de rassembler les participants autour d'une assiette pour détendre l'atmosphère.
- **v. La mise en commun des objectifs :** Les deux groupes exposent les objectifs en plénière, et le médiateur est responsable de les rapporter et d'aider les participants à s'entendre sur un ordre de priorité.
- **vi. Le partenariat :** Étape au cours de laquelle les participants trouvent des solutions et des moyens, identifient les responsables de l'application du plan d'action et établissent son échéancier.
- **vii. La rédaction et la distribution du plan d'action :** Les solutions sont exprimées en termes d'objectifs avec un ordre de priorité. Des délais de réalisation et de révision sont prévus, et les responsables de chaque engagement sont désignés. Le plan est adopté par consensus et il sera révisé quelques mois plus tard lors de la rencontre de suivi.
- **viii. La clôture :** Les parents ou l'enfant sont invités à clôturer la rencontre et à remercier les participants. Le plan est distribué en format papier et il sera intégré sur le plan de services individualisés des institutions publiques concernées.

PHASE DE SUIVI

Une rencontre de suivi (appelée Cercle de suivi) se tient trois ou quatre mois après le Cercle. Elle permet de faire le point sur le degré de progression des objectifs:

- si tous les objectifs sont remplis, dans ce cas le dossier est fermé;
- si quelques objectifs sont atteints, dans ce cas on cherche les ressources pour pouvoir les atteindre;
- si les objectifs n'ont pas pu se réaliser, dans ce cas on cherche à en comprendre les raisons et on évalue la pertinence de recadrer l'objectif;
- si un signalement a été fait entre le moment de la tenue du Cercle et celui de la rencontre de suivi, on revient sur les étapes afin que le Centre puisse comprendre le processus entamé;
- un Cercle est considéré comme complet lorsqu'un plan d'action a été convenu entre les partenaires.

ANNEXE

5

PLAN D'AFFAIRES - ÉTAPES À SUIVRE

Le plan d'affaires

C'est un document qui décrit essentiellement qui vous êtes, le projet que vous voulez réaliser, et comment vous gérerez les risques en jeu et prévoyez les rendements escomptés. Cet outil est essentiel à la bonne gestion de tous les centres.

Ressources disponibles : https://institutpediatriesociale.com/

Vous pouvez également obtenir de l'aide de l'équipe de mobilisation des connaissances de la Fondation Dr Julien pour la rédaction du plan d'affaires ainsi que celle du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est.

Sommaire exécutif

Rédigé uniquement lorsque le plan d'affaires est terminé, le sommaire exécutif est un résumé qui attire l'attention des lecteurs sur les points les plus essentiels. C'est peut-être la partie la plus importante du document, car dans bien des cas, il influencera l'opinion du lecteur. Présenté de façon attrayante et réaliste, il décrit succinctement l'entreprise, ses objectifs et la ou les raisons pour lesquelles le plan prévu sera un succès. Il est recommandé de le présenter sur une seule page.

Présentation du projet

Cette section comprend les informations suivantes :

- **Nom et adresse de l'entreprise**
- **Forme juridique (organisme sans but lucratif) :** Une société à but non lucratif est une entité juridique séparée, que ses membres et directeurs ont constituée à des fins autres que de générer des bénéfices à être distribués à ses membres, directeurs ou cadres à titre de dividendes. Bien qu'une société à but non lucratif puisse générer des bénéfices, ces derniers doivent être utilisés pour atteindre les buts de la société plutôt que pour verser des dividendes à ses membres. Les sociétés à but non lucratif sont constituées conformément à la législation fédérale ou provinciale.
- **Structure organisationnelle :** La structure servant à orienter et à gérer l'organisme et ses activités. C'est un mécanisme pour bien répartir le pouvoir et la responsabilisation entre les parties prenantes, le conseil et la direction. Un bon système de gouvernance aide l'organisme à se concentrer sur les activités qui contribuent le plus à l'atteinte de ses objectifs généraux, à utiliser ses ressources efficacement et à veiller à ce qu'il soit géré pour le bien des parties prenantes.

- **Secteur de l'entreprise, produits ou services, clientèle cible :** Indiquez précisément qui sont vos clients, le secteur d'activité, ce que vous offrez comme produits et services, et vos projets de croissance. De plus, décrivez l'utilité sociale du projet et les liens avec les priorités locales ou régionales. Il est pertinent de préciser comment le projet permet de mettre en valeur des ressources locales, s'il répond à un besoin exprimé par une démarche collective, ou s'il s'inscrit dans une démarche de planification locale ou régionale.
- **Vision :** Un énoncé de vision décrit la situation que vous souhaitez pour votre centre de pédiatrie sociale en communauté au cours des prochaines années, généralement les trois ou cinq années à venir. Il décrit à quoi ressemblera votre centre s'il atteint ses objectifs.
- **Mission :** Un énoncé de mission décrit qui vous êtes en tant que centre, ce pour quoi vous existez, ce que vous faites, comment et où vous le faites, et qui sont vos principaux clients. Il doit être clair et concis, et idéalement, se limiter à une ou deux phrases. Il change rarement, à moins que votre entreprise n'ajoute un nouveau secteur d'activité ou ne change fondamentalement de direction.
- **Description de la pédiatrie sociale en communauté :** voir la section 1 de ce document.
- **Siège social du centre :** Cette section peut aussi comprendre des précisions sur les locaux, les biens d'équipement (matériel, outillage technologique), la localisation géographique, le degré de mobilisation de la communauté et des partenaires à la mise en place du centre, etc.

L'analyse ou l'étude du marché du territoire desservi

Cette section peut comprendre les informations suivantes :

- population totale;
- population âgée entre 0 à 19 ans;
- proportion de la population parlant le français à la maison;
- proportion de la population immigrante.

Des données sur les indicateurs de la santé des 0 à 19 ans telles que :

- taux de faible poids à la naissance;
- taux de mortinatalité;
- taux des enfants ayant reçu l'évaluation du trottineur en santé;
- taux de déficit de l'attention, trouble du langage, trouble d'apprentissage;
- taux de confiance des jeunes à l'égard de leur avenir;
- taux de diplomation d'études secondaires et postsecondaires;
- taux de défi de conscience de soi et environnement, habiletés cognitives, en langage et communication, en motricité fine et globale;
- taux d'obésité ou taux d'indice de masse corporelle;
- taux de consommation d'alcool et de drogues;
- taux d'insécurité alimentaire;
- taux de santé psychologique;
- taux de symptômes de dépression et d'anxiété;
- taux de confiance dans l'avenir;
- taux de décès précoce par blessures auto-infligées et suicide.

Structure organisationnelle

Dans cette section, indiquez clairement les rôles des personnes clés et engagées. Indiquez comment vous comptez recruter et retenir vos employés. Précisez les informations suivantes:

- comité de démarrage (le cas échéant);
- conseil d'administration (structure);
- équipe clinique;
- équipe recherche;
- équipe administrative;
- bénévoles (leurs rôles);
- rôle du médecin;
- rôle de la travailleuse sociale;
- rôle de la personne à l'accueil.

Stratégie de développement

Dans cette section, vous décrivez tous les leviers à actionner afin de développer l'activité du centre efficacement. Cette section peut aussi comprendre une description des informations suivantes :

- proximité des services (les services locaux qui sont à la disposition d'une communauté dans un territoire donné);
- gratuité des services (la gratuité du service public est l'absence de prix payé par l'usager);
- complémentarité des services (les services ne sont pas dupliqués. Ici, on favorise le partenariat, la collaboration et l'utilisation des ressources entre les fournisseurs de services déjà en place);
- stratégie de communication (choisissez les voies de communication qui conviennent le mieux à votre clientèle cible);
- alliance droit/santé (le respect de la Convention relative aux droits des enfants et le mandat de sensibilisation que se donne le centre à cet égard);
- développement de partenariats (faire état de l'ancrage du projet dans le milieu et des partenariats envisagés ou conclus, d'en préciser la nature et l'impact sur la réalisation du projet, en matière de financement, d'expertise ou de toute autre forme de soutien).

Mobilisation de connaissances

Dans cette section, et si cela est applicable, vous décrivez le ou les projets de mobilisation des connaissances que vous souhaitez mettre en place et qui visent à favoriser l'acquisition de capacités par les professionnels, les intervenants et les membres de la communauté sur le développement des enfants issus d'un milieu vulnérable. À titre d'exemple, cela peut être la génération de connaissances, le transfert de connaissances par un continuum de formation, ou de l'absorption et l'intégration de connaissances dans la pratique d'un savoir-faire et savoir-être.

Financement, retombées économiques et sociales

Dans cette section, vous fournissez des détails quant à la façon dont vous réaliserez votre projet. De plus, vous devez décrire votre modèle de financement (financement privé, financement public, contribution des partenaires, etc.). Il importe donc de préciser ici les sources sur lesquelles le centre pourra compter en distinguant le démarrage du projet de l'exploitation de l'entreprise en vitesse de croisière. Cette distinction est très importante, car les sources de financement ne sont pas forcément les mêmes dans les deux cas.

Le plan d'affaires doit préciser le type et l'ampleur des effets bénéfiques attendus pour le milieu, en se référant au contexte local pour montrer dans quelles perspectives d'amélioration il s'inscrit et en expliquant comment la réalisation de l'initiative contribue au développement social et économique de la communauté. Ces retombées peuvent être soit directes lorsqu'elles sont liées aux objectifs de départ, soit indirectes par les effets à terme de l'initiative.

Les prévisions financières

Elles doivent démontrer la faisabilité et la viabilité financières du projet. Les partenaires financiers sont sensibles à des prévisions financières réalistes et complètes. En général, on établit les prévisions pour les trois premières années d'opération. Deux outils prévisionnels sont privilégiés :

- l'état financier;
- le budget de caisse.

Exemples des annexes au plan d'affaires :

- la charte;
- les règlements généraux;
- les curriculum vitae des principales ressources du centre;
- liste des partenaires communautaires.

Sources : plan d'affaires du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est - 2017, Banque de développement du Canada (BDC), @Fondation Dr Julien et Modèle de plan d'affaires d'une entreprise d'économie sociale (@Passerelles Québec).

ANNEXE

6

PLANIFICATION STRATÉGIQUE - ÉTAPES À SUIVRE

La planification stratégique comprend habituellement les étapes suivantes :

Étape 1

La déclaration de **vision** : définissez vos objectifs, vos valeurs et vos principes. Votre vision doit être facile à comprendre et doit être un reflet de ce que vous considérez comme les conditions idéales pour votre centre de pédiatrie sociale en communauté, ou de la façon dont votre centre affecte la communauté.

Étape 2

L'énoncé de **mission** : décrivez ce que vous planifiez d'accomplir et comment vous comptez y parvenir. Considérez la situation dans son ensemble; soyez concis, orienté vers les résultats et couvrez bien tous les aspects.

Étape 3

L'énoncé de valeurs : définissez les **valeurs** qui guident les choix et les conduites de l'équipe du centre. Ces valeurs

permettent de préciser une façon d'être et d'agir valorisée au sein d'une équipe de travail de manière à bâtir une orientation collective. Un tel idéal partagé vient soutenir les individus dans leur pratique professionnelle et dans les défis éthiques qu'elle implique.

Étape 4

L'analyse : réalisez une **analyse** stratégique de l'environnement interne et externe ainsi qu'une analyse FFOM (forces, faiblesses, opportunités et menaces).

Étape 5

Les objectifs : formulez vos **objectifs** selon les résultats que vous souhaitez obtenir à moyen ou long terme et les attentes des parties prenantes clés.

Étape 6

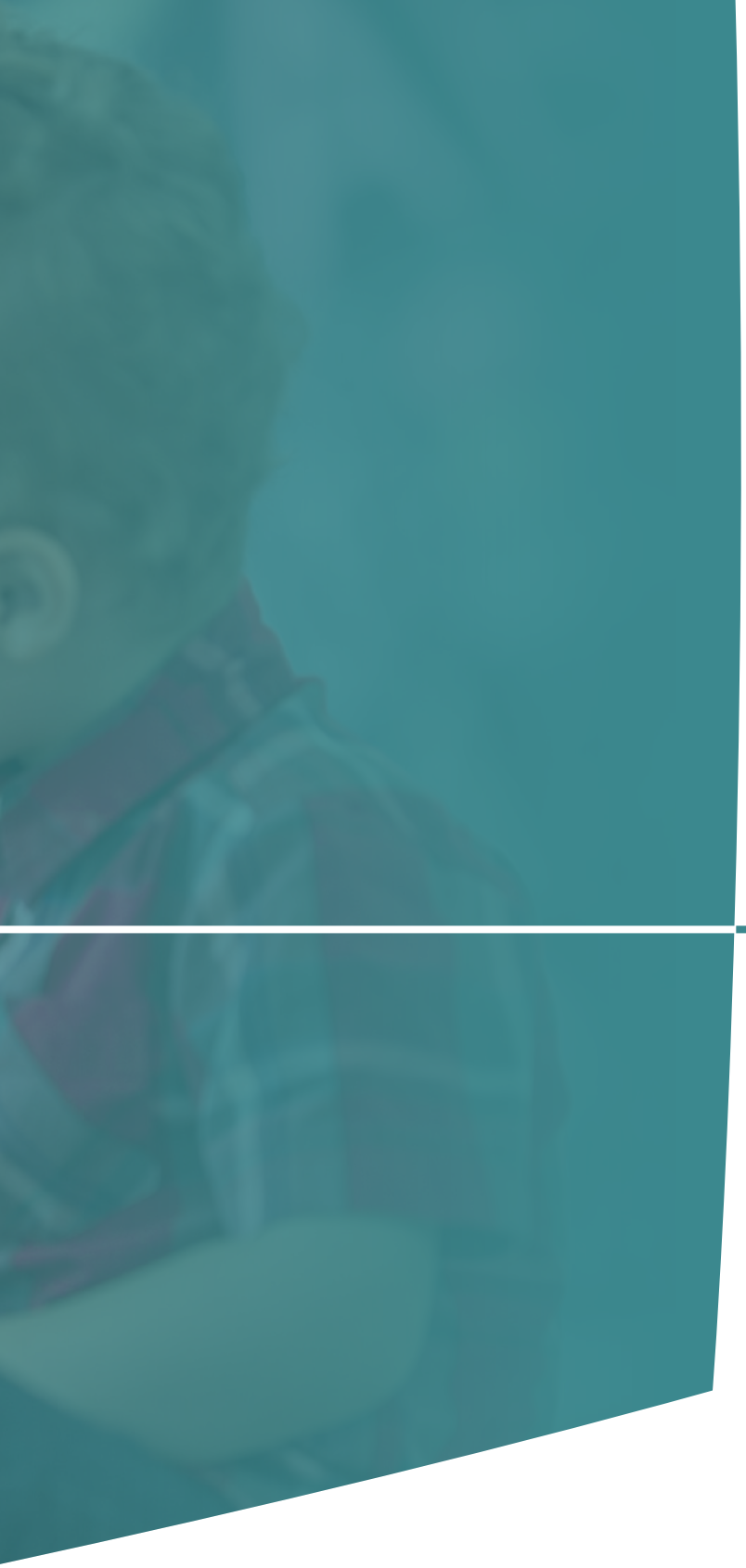
Le processus : développez le **processus** et examinez les étapes requises pour atteindre vos objectifs et votre énoncé de mission.

Étape 7

Les résultats : identifiez les **mesures** intérimaires ou finales, quantifiables, cohérentes et réalistes, liées à des critères de temps, qui vous aident à atteindre vos objectifs.

Étape 8

Le programme : mettez en place un **plan d'action** sur 12 mois qui énumère les initiatives précises et qui les réalisera dans l'équipe, un échéancier et des indicateurs de rendement clé pour suivre les progrès.



ANNEXE

7

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

À titre d'exemple, voici la structure organisationnelle du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est. Comme le Centre est établi depuis plusieurs années, ceci se reflète dans la structure organisationnelle qui est présentée. Le Centre est divisé en équipes pour assurer un travail efficace. Ces équipes ont différentes tâches telles que le soutien à l'enfant et aux familles, la recherche, l'administration, la gouvernance, les bénévoles, etc.

Équipe clinique	
Médecin pédiatre	Obtention de prêts de services en provenance du ministère de la Santé (Réseau de santé Vitalité) Le pédiatre agit également comme président fondateur et directeur clinique du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est ainsi que comme mentor pour le développement de nouveaux centres.
Médecin de famille	Obtention de prêts de services en provenance du ministère de la Santé (Réseau de santé Vitalité)
Travailleurs sociaux/ Travailleuses sociales	L'un des postes comblés par le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance au District scolaire francophone Sud.

Équipe recherche	
Groupe de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants et des jeunes (GRISMEJ)	Une équipe du GRISMEJ a été formée pour procéder à l'évaluation de l'initiative de la pédiatrie sociale en communauté à Memramcook et dans deux communautés du comté de Kent. Cette équipe regroupe des expertises en évaluation de programmes, d'intervention familiale, de promotion de la santé et prévention, de l'éducation, de la nutrition, du droit des enfants ainsi que de la justice et délinquance.

Équipe administrative	
Directeur général/directrice générale (administrateur) du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est	Idéalement financé par le secteur privé et la communauté par l'entremise de levées de fonds et de dons ou de programmes de financement gouvernementaux.
Responsable de l'accueil du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est	Idéalement financé par le secteur privé et la communauté par l'entremise de levées de fonds et de dons ou de programmes de financement gouvernementaux .

Comité de démarrage et conseil d'administration	
Comité de démarrage	Le comité de démarrage agit à titre de conseil d'administration temporaire du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est jusqu'à la première assemblée générale annuelle ou les membres du CA sont élus en vertu des Lois du Nouveau-Brunswick.
Conseil d'administration	Président Vice-président Trésorier Secrétaire et six directeurs

Équipe de bénévoles	
Bénévoles	Le recrutement d'un minimum de 50 bénévoles est nécessaire pour appuyer les initiatives du Centre de pédiatrie sociale en communauté Sud-Est .

EXEMPLES DE DESCRIPTIF DE POSTES DE L'ÉQUIPE CLINIQUE

Poste de médecin pédiatre

Supérieur immédiat : xxx

Rôle

Le médecin en pédiatrie sociale en communauté dispense des soins à l'enfant selon une approche globale de la santé, en co-intervention avec une équipe interprofessionnelle et intersectorielle. Il intervient dans les milieux auprès d'enfants et de familles en situation de vulnérabilité afin d'assurer le bien-être et le développement optimal des enfants, dans le respect de leurs droits et de leurs intérêts. Il centre son intervention sur les besoins de l'enfant, sur ses forces et sur celles de la famille et de la communauté. Il participe aux grands enjeux de société touchant la santé et le bien-être des enfants.

- Comprendre les principaux problèmes générés par les déterminants sociaux de la santé et les effets du stress toxique sur le développement de l'enfant.
- Agir sur les principaux problèmes de santé de l'enfant (problèmes physiques, troubles fonctionnels, d'attachement, d'adaptation, de développement, d'apprentissage et du comportement) en mettant l'accent sur :
  - le lien d'attachement;
  - la capacité de résilience;
  - la construction de l'identité de l'enfant;
  - le pouvoir d'agir («autonomisation») de l'enfant et de la famille;
  - la connaissance des parents sur le développement de leur enfant;
  - le filet de sécurité autour de l'enfant;
  - la capacité autonome de la famille à accéder à d'autres ressources pour la santé et le bien-être de leur enfant.
- Soutenir l'état de santé global des enfants (anamnèse complète, histoire médico-sociale et développementale, examen neurodéveloppemental) et évaluer l'état développemental physique, social et mental de façon systématique.
- Connaître la méthode APCA («Apprivoisement, Partage, Compréhension, Action») propre à la pédiatrie sociale en communauté. Intégrer les notions de prévention-promotion de la santé aux soins de l'enfant et intervenir en proximité et en lien avec son milieu de vie naturel.
- Offrir un appui chaleureux par un lien de confiance privilégié et continu. Agir avec un savoir-faire et un savoir-être adapté à la pratique de la pédiatrie sociale en communauté.
- Agir à titre de référence clinique concernant les diagnostics des enfants en offrant une expertise-conseil à l'équipe autour de l'enfant.
- Accompagner le développement de l'enfant en guidant et en conseillant la famille vers des ressources adéquates et adaptées aux besoins de l'enfant.
- Offrir une formation et supervision clinique aux étudiants et résidents en médecine.
- Participer et collaborer aux activités de formation et d'orientation favorisant la mise à jour et l'échange des connaissances entre collègues.
- Se tenir au courant des avancées scientifiques internationales en matière de développement et de bien-être de l'enfant et veiller à la transmission et l'appropriation de ces savoirs au sein de l'équipe.
- Travailler selon une approche de co-intervention égalitaire au sein d'une équipe interprofessionnelle.
- Être en mesure de prendre des risques calculés pour faire avancer le dossier de l'enfant.

- Faire preuve de leadership partagé et d'une grande crédibilité pour tout ce qui touche le respect des droits des enfants.
- Savoir créer un bon climat de confiance et être capable d'écouter et de communiquer attentivement et efficacement.
- Préconiser le changement et être perçu en tant qu'agent de changement positif au sein de la communauté.
- Agir comme entrepreneur social, c'est-à-dire comme un professionnel qui, par le biais de sa profession, crée de la valeur et fait avancer le milieu social avec pour gain, le bien-être des enfants.
- Tisser, entretenir et maintenir des liens dynamiques et complices avec tous les acteurs communautaires pour le bien-être des enfants. Mobiliser les communautés.
- Se veut la voix publique de la philosophie qu'offre ce type de soin.
- Puisqu'ici il s'agit de l'implantation du concept dans la province, beaucoup de temps sera consacré au développement soit près de 50% dans les premières années.
- La vision est d'instaurer cette forme de soins à l'échelle provinciale et que le Centre de Memramcook se positionne comme le Centre référence en pédiatrie sociale au Nouveau-Brunswick; ainsi des tâches de développement, de formation et de supervision, de soutien aux communautés sont attendues en moment opportun.
- Veiller à maintenir l'expertise médicale en pédiatrie sociale en communauté à l'échelle internationale.

Poste de direction clinique

Supérieur immédiat : xxx

Rôle

Dans un contexte de création, d'innovation et de développement, sous l'autorité du CA, le ou la titulaire du poste a comme mandat principal d'agir à titre de responsable de la qualité de la pratique clinique, d'être le promoteur de la pratique interdisciplinaire, le responsable des enjeux d'éthique clinique et d'être la personne-ressource du CPSC en termes de formation et rôle-conseil en recherche.

Défis

- Évoluer dans un contexte d'innovation et de développement, en jouant un rôle d'entrepreneur social.
- Savoir déceler et analyser les opportunités cliniques de développement tout comme les risques, et les faire cheminer dans l'organisation.
- Faire preuve d'ingéniosité et de créativité pour soutenir le CPSC dans la mise en place, le maintien et l'amélioration des pratiques cliniques.

Responsabilités principales

- Assurer la gestion des affaires médicales (exemples pour clarifier ce point);
- Assurer la gestion professionnelle des ressources médicales et infirmières;
- Planifier, organiser, diriger, contrôler et évaluer la prestation des services des soins de santé offerts par le CPSC;
- Consulter le conseil d'administration et les cadres supérieurs afin de maintenir et de formuler des normes pour la prestation des soins et services aux enfants;
- Élaborer des systèmes d'évaluation afin de surveiller la qualité des soins et services donnés aux familles;
- S'assurer que les ressources sont utilisées avec efficacité et efficience;
- En collaboration avec le directeur ou la directrice du CPSC, représenter le centre lors de réunions avec des représentants du gouvernement, le grand public, les médias et autres organismes;
- Au besoin, collaborer au recrutement du personnel médical du CPSC.

Qualifications

- Diplômes de médecin spécialiste;
- Xxx années d'expérience comme médecin et xxx années d'expérience en supervision clinique, sont exigées;Les directeurs doivent être agréés dans la profession concernée;
- Expérience clinique auprès des enfants en situation de vulnérabilité (un atout);
- Connaissance du milieu autochtone (un atout);
- Expérience éprouvée dans des contextes de développement;
- Bonnes connaissances des milieux dans lesquels œuvre l'organisation: médecine, travail social, droit, économie et entrepreneuriat social, services aux enfants en situation de vulnérabilité;
- Excellente vision stratégique;
- Leadership mobilisateur afin de contribuer au développement des équipes;
- Esprit d'entrepreneuriat et d'initiative menant à des actions orientées vers des résultats tangibles;
- Solides aptitudes relationnelles et bon esprit d'équipe;
- Sens poussé de la planification et de l'organisation;
- Éthique, jugement, créativité et dynamisme;
- Fortes aptitudes à la communication orale et écrite, en français et en anglais.

Poste de travailleur social/travailleuse sociale

Supérieur immédiat : directeur général/directrice générale

Rôle

Le ou la titulaire du poste participe à différentes interventions auprès d'enfants et de familles vulnérables de la communauté afin d'assurer le développement de leur plein potentiel. Il ou elle offre des services de consultation, de soutien et de référence, en collaboration avec une équipe interdisciplinaire du centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) ainsi qu'en partenariat avec les autres services de soutien social de la communauté.

Responsabilités principales

Élaboration et mise en oeuvre des plans d'intervention

- Réaliser une pré-évaluation des demandes d'aide et de soutien particulières de familles;
- Participer activement à la détermination des besoins et des services appropriés lors des rencontres d'évaluation/orientation, en co-intervention avec le médecin;
- Fournir des services psychosociaux;
- Mobiliser le réseau familial, social et institutionnel afin d'accompagner les enfants et de leur offrir des soins et des services continus, cohérents et intégrés à leurs besoins et à leurs intérêts.

Intervention et suivis

- Établir une relation d'aide et de collaboration tout au long de la trajectoire de vie de l'enfant;
- Planifier les actions appropriées selon l'approche de la pédiatrie sociale en communauté (PSC);
- Assumer la responsabilité de l'évaluation psychosociale, de l'élaboration du plan d'intervention (PI) et du plan de services individualisé (PSI);
- Effectuer les suivis psychosociaux et les suivis de trajectoire (incluant les activités d'accompagnement, de défense des droits tribunaux et de représentation) et les suivis de participation aux différents processus d'intervention (révisions en présence, tables d'accès, et autres);
- Jouer un rôle de concertation en servant de lien entre :
  - le médecin et l'équipe,
  - le médecin, l'enfant et sa famille,
  - le médecin, la famille et le réseau familial,
  - le médecin et le réseau social;
  - Effectuer des visites à domicile ou dans un autre milieu de l'enfant;
  - Répondre rapidement à des situations de crise.

Transmission d'informations concernant le dossier des enfants

- Rédiger les rapports psychosociaux tel que recommandé par l'Ordre des travailleuses et travailleurs sociaux du Québec pour chacun des dossiers physiques des enfants;
- Transmettre des informations pertinentes à tous les intervenants internes par l'entremise de la base de données;
- Participer aux rencontres scolaires avec les écoles afin de s'assurer de la cohérence des interventions.

Collaboration avec les différents partenaires

- Assurer des suivis dans un contexte d'intervention interdisciplinaire et s'assurer d'une concertation sur les interventions à effectuer auprès des enfants;
- Travailler en étroite collaboration avec les réseaux familial, social et institutionnel;
- Participer aux discussions de groupe en équipes interdisciplinaires;

- Participer aux réunions d'équipe.

Autres tâches

- Offrir une supervision clinique aux stagiaires en travail social;
- Participer et collaborer aux activités de formation et d'orientation favorisant la mise à jour et l'échange des connaissances entre collègues;
- Participer à des activités de représentation et de vulgarisation de la PSC.

Qualifications

Scolarité

- Baccalauréat en travail social;
- Membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

Expérience de travail

- Expérience d'au moins 3 ans en intervention auprès d'enfants et de jeunes en difficulté et de leurs parents.

Connaissances spécialisées

- Connaissance de l'intervention auprès des enfants vulnérables et des familles;
- Connaissance des caractéristiques du développement de l'enfant;
- Connaissance de la pédiatrie sociale en communauté;
- Utilisation d'outils cliniques informatisés.

Compétences et aptitudes

- Sens de l'observation et de l'analyse;
- Attitude d'écoute et de non-jugement, empathie, patience (rythme de chaque famille);
- Rigueur professionnelle;
- Sens de l'engagement;
- Grande autonomie professionnelle;
- Fortes habiletés relationnelles;
- Habileté à travailler en co-intervention au sein d'une équipe interdisciplinaire;
- Sens de l'initiative, dynamisme, créativité;
- Bonne capacité d'adaptation;
- Sensibilité aux réalités interculturelles;
- Maîtrise du français et de l'anglais (écrit et parlé);
- Maîtrise des logiciels de la suite Microsoft Office.

EXEMPLES DE DESCRIPTIF DE POSTE DE L'ÉQUIPE ADMINISTRATIVE

Poste de directeur général/directrice générale

Supérieur immédiat : conseil d'administration

Rôle

Sous l'autorité du conseil d'administration, le directeur général ou la directrice générale est responsable de planifier, d'organiser, de diriger et de contrôler l'ensemble des activités du centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC), en vue d'assurer à la fois sa stabilité et son développement. Il ou elle a le devoir d'articuler les objectifs de gestion et de communication, les stratégies et les priorités de la planification stratégique au moyen d'une démarche participative.

Responsabilités principales

Planification et leadership

- Être porteur de la mission, de la vision, des valeurs et des orientations du CPSC;
- Contribuer directement à la conduite des affaires de l'organisation (prévisions, prises de décisions, plans d'action), dans un souci constant d'imputabilité;
- Assurer le développement clinique du CPSC; travailler étroitement avec la direction clinique et les coleaders cliniques pour le développement du CPSC, des partenariats et des services;
- Définir et proposer des projets de développement et d'innovation cliniques et des partenariats stratégiques, le cas échéant;
- Assurer la promotion du CPSC dans son milieu;
- Accompagner le CA dans le développement d'une orientation stratégique à long terme;
- Maintenir une communication constante avec les membres du CA afin de les informer des faits pertinents à la gestion du CPSC et de l'évolution des projets;
- Mettre en place une structure et une culture pour impliquer les membres du personnel ainsi que les enfants et leurs familles;
- Assurer la représentation du CPSC auprès des instances gouvernementales locales et participer à différents comités ou tables de concertation dans son milieu.

Gestion opérationnelle et administrative

- Encadrer la pratique clinique, tout en étant imputable de la qualité et de la cohésion des suivis et des activités cliniques auprès des enfants et de leurs familles ainsi que du respect des normes de pratique de la pédiatrie sociale;
- Assurer la mise en place de la révision des procédures et des processus en conformité avec le continuum de services et les bonnes pratiques en pédiatrie sociale;
- Assurer la reddition de comptes auprès du conseil d'administration et de ses partenaires/bailleurs de fonds;
- Mettre en place les conditions favorables pour que les membres de l'équipe évoluent dans un milieu stimulant et valorisant;
- Maintenir une relation de confiance avec le personnel et les différents partenaires du Consortium en favorisant la collaboration et une saine communication;
- Assurer une gestion efficace des ressources matérielles et financières;
- Soutenir la pérennité de l'organisme en développant des sources de financement locales variées (subventions, commandites privées, collectes de fonds).

Qualifications

Scolarité

Formation universitaire de premier cycle en gestion, administration ou sciences humaines (une combinaison d'études et d'expériences solides de gestion pourra être considérée).

Expériences de travail

Expérience pertinente d'au moins cinq ans dans un poste de gestion dans le milieu communautaire, des services sociaux ou de la santé.

Connaissances spécialisées

Connaissance de la réalité des milieux vulnérables et adhésion aux principes de l'approche de la pédiatrie sociale.

Compétences

- Posséder une vision stratégique et une vue d'ensemble de l'organisation;
- Savoir influencer, rallier et créer un bon climat de confiance;
- Travailler selon une approche de co-intervention au sein d'une équipe interprofessionnelle;
- Démontrer des habiletés marquées pour le leadership, les relations interpersonnelles, l'innovation et la négociation;
- Posséder une vision stratégique et des qualités de leader, mobilisateur et rassembleur;
- Excellente maîtrise du français parlé et écrit;
- Excellente maîtrise des logiciels de la suite Office;
- Bilinguisme à l'oral et à l'écrit sont considérés comme des atouts.

Poste de responsable de l'accueil

Supérieur immédiat : xxx

Rôle

Dans une ambiance de travail chaleureuse, solidaire et stimulante, le CPSC XXX est à la recherche d'une personne compétente et dynamique pour occuper le poste de préposé(e) à l'accueil à temps partiel/plein.

Responsabilités principales

- Accueillir chaleureusement et de manière attentionnée les enfants, les jeunes et les visiteurs qui se présentent au CPSC;
- Répondre aux appels téléphoniques, acheminer les messages et répondre aux demandes de renseignements;
- Effectuer, au besoin, certaines tâches administratives : traitement de textes, entrée de données, photocopies, etc.;
- Participer aux séances d'inscription en début de trimestre;
- Assurer le rangement et le bon ordre de l'espace d'accueil.

Qualifications

- Aimer travailler avec les enfants et les jeunes (0 à 20 ans);
- Bonnes qualités interpersonnelles et habiletés à communiquer;
- Écoute et empathie;
- Esprit d'initiative;
- Sens de l'organisation;
- Études de niveau collégial (terminées ou en cours);
- Expérience en service à la clientèle;
- Bonne connaissance des logiciels de la suite MS Office;
- Bonne maîtrise du français et de l'anglais.

Conditions de travail

- Poste à durée indéterminée, à temps partiel/plein, à compter du xxx
- Horaire de travail (xxx heures/semaine):
- Possibilité de révision de l'horaire selon les besoins opérationnels
- Salaire : xxx $ / heure
- Lieu de travail :

Veuillez faire parvenir votre candidature par courriel à xxx au plus tard le xxx. Nous remercions tous les candidats de leur intérêt, mais nous ne communiquerons qu'avec les personnes retenues pour une entrevue.

ANNEXE

8

LE RÉFÉRENTIEL DE CERTIFICATION ET SES CRITÈRES[9]

9 - Référentiel de certification des centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC), Fondation Dr Julien, version 15.1 (2017-09-18), préparé par le Bureau de normalisation du Québec.

Référentiel de certification	Définitions des critères
1 SERVICE D'ACCÈS	**1.1. Disposer d'un portrait de la communauté :** L'équipe de pédiatrie sociale possède une bonne connaissance de sa communauté (besoins des enfants, ressources existantes, contexte socio-économique). L'équipe de pédiatrie sociale fait connaître le portrait de sa communauté. **1.2. Disposer d'un portrait de la clientèle :** Le CPSC identifie les enfants en situation de vulnérabilité de sa communauté. Le CPSC rejoint les enfants en situation de vulnérabilité de sa communauté. **1.3. Être ancré dans la communauté :** L'équipe de pédiatrie sociale est présente dans la communauté pour construire une relation de confiance avec l'enfant, la famille et les réseaux familial, social et institutionnel (agent intégrateur). L'équipe de pédiatrie sociale met en place des activités récurrentes et/ou des activités conjointes avec des partenaires au sein de la communauté. **1.4. Être un milieu de vie :** Le CPSC offre une proximité physique. L'équipe de pédiatrie sociale offre une approche de proximité relationnelle. **1.5. Mettre en place un système de référencement efficace et personnalisé :** Le CPSC dispose d'un processus de pré-évaluation des enfants en situation de vulnérabilité. L'équipe de pédiatrie sociale met en place des corridors de services avec les partenaires du milieu.
2 ÉVALUATION/ ORIENTATION	**2.1. Mettre en œuvre une co-intervention égalitaire basée sur la collaboration :** L'enfant et les personnes significatives pour l'enfant participent tout au long de la rencontre d'évaluation/orientation. Le médecin mène la rencontre d'évaluation/ orientation en assurant un leadership partagé. L'adjointe-clinique mène la rencontre d'évaluation/orientation en assurant un leadership partagé. L'équipe du cœur du modèle dispose d'un savoir-faire collectif visant à identifier les sources de stress toxique de l'enfant dans son contexte éco-bio développemental. L'équipe du cœur du modèle décode les émotions et les comportements de l'enfant, de la famille et des participants. **2.2. Apprivoiser l'ensemble des participants :** L'équipe du cœur du modèle accueille l'enfant, la famille et les participants de manière à créer un climat favorable à la création du lien de confiance. L'équipe du cœur du modèle ouvre la rencontre d'évaluation/ orientation en créant une ambiance informelle et décontractée. **2.3. Partager l'information au sein de la rencontre :** L'équipe du cœur du modèle a un savoir-faire qui permet de faire circuler l'information. L'équipe du cœur du modèle met en lumière les besoins et les forces de l'enfant, de la famille et du milieu. **2.4. Comprendre le cadre éco-bio développemental de l'enfant :** Le médecin fait l'examen physique de l'enfant selon l'approche de la pédiatrie sociale. L'adjointe-clinique complète le portrait psychosocial selon l'approche de la pédiatrie sociale. L'équipe du cœur du modèle utilise la discussion à deux voix. L'équipe ducœur du modèle utilise une démarche participative et circulaire permettant la co-construction des hypothèses et des pistes de solutions. **2.5. Agir sur les enjeux relatifs au développement et au bien-être de l'enfant :** L'équipe du cœur du modèle définit, en mode consensuel, un plan d'action thérapeutique et préventif afin d'agir sur la santé globale de l'enfant. L'équipe du cœur du modèle s'assure que les actions de suivi du plan d'action thérapeutique et préventif sont mises en œuvre.

3 **SUIVI/ ACCOMPAGNEMENT**	**3.1. Assurer le déploiement du plan d'action préventif et thérapeuthique :** Le CPSC développe des soins et des services de suivi/accompagnement flexibles et cohérents en complémentarité avec sa communauté. Le CPSC a des mécanismes d'accompagnement et de référencement à l'interne et à l'externe pour agir sur les enjeux relatifs au bien-être de l'enfant. L'équipe clinique met en place des services de suivi/accompagnement tout au long de la trajectoire de développement de l'enfant. **3.2. Mettre en place une culture de co-intervention basée sur une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle :** Le CPSC met en place des conditions facilitantes à la création d'une intelligence collective propre à la PSC. L'équipe clinique s'assure d'une circulation harmonieuse des informations concernant l'enfant dans le respect des règles de confidentialité. L'équipe clinique gère les situations à risque ou de crises. **3.3. Apprivoiser pour créer une alliance significative :** L'équipe clinique construit et maintient une relation de confiance avec l'enfant et la famille. **3.4. Partager avec l'enfant et la famille :** L'équipe clinique favorise et encourage les moments de vécus partagés avec les enfants et les familles. L'équipe clinique utilise les moments de vécus partagés pour faire évoluer le plan d'action thérapeutique et préventif et les plans d'intervention. **3.5. Comprendre l'enfant dans ses systèmes pour faciliter le changement :** L'équipe clinique saisit la demande de l'enfant et de la famille. L'équipe clinique prend en compte les différentes sphères du développement de l'enfant pour faire l'analyse clinique. L'équipe clinique cherche à décoder et soulager les effets des stress toxiques de l'enfant.
4 **INNOVATION/ CHANGEMENT DE PRATIQUES**	**4.1. Incorporer une démarche réflexive et critique dans la pratique :** L'équipe de pédiatrie sociale analyse et évalue ses propres actions, en continu, en se référant à son répertoire de savoirs scientifiques et professionnels. L'équipe de pédiatrie sociale met en place une culture apprenante. **4.2. Mobiliser les connaissances et les capacités pour favoriser un changement durable :** L'équipe de pédiatrie sociale dispose d'un esprit critique et d'une démarche proactive de recherche de solutions.
5 **DROIT DE L'ENFANT ET PLAIDOYER**	**5.1. Connaître et promouvoir les droits de l'enfant :** L'équipe du cœur du modèle identifie les besoins en lien avec les droits bafoués des enfants au sein de leur communauté. **5.2. Favoriser l'accès à la justice et prévenir la judiciarisation des cas :** L'équipe du cœur du modèle identifie des partenaires juridiques potentiels afin de favoriser l'accès à la justice. L'équipe du cœur du modèle favorise les approches non litigieuses. **5.3. Mobiliser les réseaux à promouvoir et à défendre les droits de l'enfant :** L'équipe de pédiatrie sociale est proactive afin de promouvoir et défendre les droits de l'enfant.
6 **CAPITAL HUMAIN**	**6.1. Construire une équipe solide en pédiatrie sociale :** Le CPSC dispose des ressources humaines en adéquation avec les besoins identifiés des enfants en situation de vulnérabilité. Le CPSC met en place un processus de sélection, d'embauche et de rétention du personnel composant l'équipe de pédiatrie sociale. L'équipe de pédiatrie sociale suit le programme de formation et d'accompagnement en pédiatrie sociale en communauté de la Fondation du Dr Julien. **6.2. Mobiliser la communauté pour les activités de PSC :** L'équipe de pédiatrie sociale met en place une culture d'inclusion des bénévoles.

7 **GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE**	**7.1. Gérer l'information financière de manière transparente :** Le responsable de la gestion s'assure que l'information financière est à jour et fiable afin d'avoir un portrait financier adéquat du CPSC. Le responsablede la gestion s'assure que l'information financière est accessible et divulguée aux parties prenantes du CPSC. **7.2. Assurer une planification financière favorisant la pérennité** : Le CPSC dispose de sources de financement permettant d'en assurer sa pérennité. Le CPSC met en place un mode d'attribution des dépenses qui favorise sa pérennité. Le responsable de la gestion gère la trésorerie pour permettre au CPSC de répondre à ses obligations financières. Le CPSC entretient de bonnes relations avec ses partenaires financiers. **7.3. Gérer les dons et l'information concernant les donateurs :** Le responsable de la gestion met en place les mécanismes et les procédures requises pour encadrer les collectes de fonds. **7.4. Établir des procédures et des mesures de saine gestion administrative :** Le CPSC a un souci de saine gestion administrative. Le responsable de la gestion s'assure que des procédures et des mesures de contrôle financier sont mises en place et sont respectées pour diminuer les risques de fraude. Le CPSC fait preuve d'éthique dans sa gestion administrative. **7.5. Respecter les obligations légales de l'organisme :** Le CPSC est en règle devant ses obligations légales. **7.6. Protéger les actifs de l'organisme :** Le CPSC protège les actifs de l'organisation (actifs matériels et financiers).
8 **GOUVERNANCE DE L'ENTREPRISE SOCIALE**	**8.1. S'assurer que la forme juridique est en cohérence avec sa mission :** Le CPSC se dote d'une structure juridique et fiscale conforme aux lois et règlements. **8.2. Respecter les obligations légales de l'organisme :** Le CPSC est en règle devant ses obligations légales d'OBNL et d'OBE. **8.3. Assurer une saine gouvernance :** Le conseil d'administration est formé de membres à valeur ajoutée qui assurent la pérennité de l'organisation. Les administrateurs agissent avec prudence et diligence. Les administrateurs agissent comme gardiens de la mission.

« Il faut tout un village pour élever un enfant. »

proverbe africain

Société
Santé et Mieux-être en français
du Nouveau-Brunswick

Centre de pédiatrie sociale du Sud-Est | South East Social Pediatric Centre

Société Santé en français

Santé Canada Health Canada