Collaboration entre les centres de pédiatrie sociale en communauté et les réseaux des services sociaux public et communautaire pour venir en aide aux familles : quelle place et quels enjeux pour les acteurs?

Marie-Ève Clément, Ph.D.¹, Chantal Lavergne, Ph.D.², Geneviève Turcotte, M.A.², Sylvie Gendron, Ph.D.³, Sophie Léveillé, M.A.⁴, Jacques Moreau, Ph.D.⁴

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Depuis vingt ans, de nombreux centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) ont vu le jour au Québec. Considérant la complexité des besoins des enfants suivis, la collaboration avec les organisations des réseaux de services sociaux et de santé public et communautaire est primordiale. Cette étude vise à documenter le niveau d'intégration des CPSC avec ces réseaux ainsi que les enjeux et défis des collaborations.

MÉTHODE : Des sondages téléphoniques ont été effectués auprès de 75 répondants issus des réseaux public et communautaire et des représentants des CPSC implantés depuis au moins un an. Deux questionnaires ont permis de documenter la profondeur et la qualité des liens et une question ouverte a permis d'identifier certains enjeux et défis propres aux collaborations.

RÉSULTATS : Le niveau de collaboration est perçu comme plus élevé par les CPSC avec le réseau des services sociaux et de santé public comparativement à ce qui est perçu par le réseau communautaire. De même, les CPSC aspirent à collaborer davantage avec le réseau public que communautaire. En ce qui concerne la qualité des collaborations, le climat est plus positif et la coordination conjointe plus élevée entre les CPSC et le réseau public. Bien que similaires, les enjeux de collaboration se traduisent différemment en termes de défis selon le réseau des acteurs.

CONCLUSION : Les résultats sont discutés à la lumière des défis qui caractérisent les collaborations entre les CPSC et les réseaux, dont la reconnaissance de leur identité et le financement des organisations.

MOTS CLÉS : pédiatrie sociale en communauté; collaboration; réseaux des services

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Can J Public Health 2015;106(7)(Suppl. 2):eS66–eS73
doi: 10.17269/CJPH.106.4822

Issue d'une initiative européenne¹, la pédiatrie sociale s'est progressivement implantée en Europe puis au Canada en vue de réduire les inégalités sociales en matière de santé et de bien-être des enfants et de leurs familles²⁻⁴. Au Québec, la pédiatrie sociale en communauté a pris naissance dans des quartiers défavorisés afin d'offrir des services de proximité qui visent à promouvoir de saines habitudes de vie, à valoriser la prise en charge de l'éducation par le milieu naturel, à renforcer le pouvoir d'agir des parents ainsi qu'à accompagner les familles vers une responsabilisation dans la reconnaissance de leurs différences culturelles^{3,4}. Depuis vingt ans, à l'initiative du docteur Gilles Julien, de nombreux centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) ont ainsi vu le jour au Québec, chacun offrant des services adaptés aux besoins spécifiques des familles et de leur communauté. Aux plans clinique et organisationnel, les principes de médecine sociale intégrée sur lesquels repose l'approche des CPSC¹⁻³ sont de plus en plus reconnus comme prometteurs ou efficaces pour prévenir divers problèmes psychosociaux tels que la maltraitance envers les enfants⁵⁻⁸. Pensons notamment à l'approche participative et consensuelle préconisée auprès des enfants et des parents, à l'action intersectorielle et interdisciplinaire et au processus d'intervention axé sur le pouvoir d'agir. En plus de reposer sur

des principes reconnus, les CPSC misent sur l'intégration de leurs services et la mise en place de collaborations avec les autres organisations des communautés où ils s'implantent. Il s'agit d'ailleurs de l'un des principaux enjeux actuels de ces centres, en plus du respect de leur spécificité². En effet, les CPSC se distinguent des autres organisations du réseau de la santé et des services sociaux, entre autres au regard de l'accessibilité à des diagnostics et à des services de santé globale (services médicaux, spécialisés, psychosociaux et juridiques) offerts aux enfants de quartiers défavorisés ainsi que par la proximité géographique et relationnelle qu'entretiennent les intervenants avec les familles desservies^{9,10}.

Affiliations des auteurs

1. Département de psychoéducation et de psychologie, Chaire de recherche du Canada sur la violence faite aux enfants, Université du Québec en Outaouais, Saint-Jérôme (Québec)
2. Centre de recherche Jeunes en difficulté, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-est-de-l'Île-de-Montréal, Montréal (Québec)
3. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal (Québec)
4. École de service social, Université de Montréal, Montréal (Québec)

Correspondance : Marie-Ève Clément, Département de psychoéducation et de psychologie, Chaire de recherche du Canada sur la violence faite aux enfants, Université du Québec en Outaouais, campus de Saint-Jérôme, 5 rue Saint-Joseph, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 0B7, Tél : ☎450-530-7616, poste 2339, Courriel : Marie-Eve.Clement@uqo.ca

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

De manière générale, Browne et ses collègues définissent la notion d'intégration des services comme l'ensemble des collaborations, partenariats et réseautage qui s'actualisent lorsque plusieurs services issus d'organisations autonomes œuvrent en commun pour répondre aux besoins d'une communauté donnée. Pour eux, l'intégration est le niveau de collaboration optimal qui permet aux partenaires d'œuvrer ensemble pour planifier une offre de services conjointe menant à des ajustements mutuels de leurs propres services. Elle se mesure à la fois par son étendue (le nombre de secteurs d'intervention représentés par les partenaires) et la profondeur des liens de collaboration entretenus^{11,12}.

À partir d'une analyse des écrits scientifiques sur l'intégration des services, Fleury a identifié différentes stratégies (structurelles, fonctionnelles ou cliniques) pouvant mener à la mise en place d'un réseau intégré de services dans une communauté^{13,14}. L'intégration au plan clinique se distingue de l'intégration structurelle et fonctionnelle, qui fait appel à un système de gouvernance plus formel et à un changement au niveau des structures plutôt que des processus proximaux. Au plan structurel, l'intégration vise la réorganisation des frontières organisationnelles, pouvant ainsi mener à une fusion ou à un regroupement d'organisations alors qu'au plan fonctionnel, elle vise une réorganisation des processus et des ressources en soutien à l'intégration clinique. L'intégration fonctionnelle peut s'actualiser, par exemple, par la modification du système de gouvernance ou d'allocation des ressources ou par la mise en place d'ententes ou de politiques de collaboration. Enfin, au plan clinique, l'intégration vise un meilleur suivi auprès des clientèles et une continuité des services, par exemple par la mise en place de suivis systématiques et de plans de services¹⁴. Cette perspective rejoint King et Myer pour qui l'intégration des services vise à mieux coordonner les actions, c'est-à-dire à les rendre plus accessibles et mieux adaptées aux familles aux prises avec des besoins complexes et diversifiés¹⁵. En outre, elle permet d'éviter la fragmentation, la discontinuité et la duplication des services offerts à une même clientèle.

L'intégration des services sociaux et de santé destinés aux familles nécessite la mise en place de mécanismes de collaboration entre les organisations d'une même communauté, qu'elles soient issues du réseau public ou communautaire. Or, des études ont mis en lumière les difficultés liées aux collaborations entre ces deux réseaux et aux défis qu'elles suscitent dans les organisations et chez les intervenants; difficultés qui reposent à la fois sur des facteurs humains (p. ex. qualité des rapports) et organisationnels (p. ex. culture organisationnelle et philosophie d'intervention)^{16,17}. Plus récemment, Savard et coll.^{18,19} ont montré que différents types de relations relient le réseau communautaire (tiers secteur) au réseau public dans l'offre de services sociaux au Québec. Ces relations reposent notamment sur l'ouverture de l'État aux missions et modes de gestion du réseau communautaire, ainsi que sur l'intensité, la symétrie et la formalisation des rapports entre les acteurs. Les auteurs montrent que les relations entre les deux réseaux tentent à être plus égalitaires que ce qui était observé il y a dix ans. Les organismes communautaires jouissent d'une plus grande reconnaissance du réseau public; leurs relations, maintenant plus formelles, étant passées d'un rapport de coexistence à un rapport de suppléance,

puisque'ils sont perçus comme une réponse complémentaire à celle de l'État en regard des besoins de services de la population¹⁸.

Considérant que les CPSC occupent désormais une place importante dans l'offre de services destinés aux enfants et aux familles en situation de vulnérabilité psychosociale, la présente étude vise à documenter le niveau de collaboration entre ces centres et d'autres organisations des services sociaux et de santé des réseaux public et communautaire, ainsi que les enjeux et défis inhérents à leur mise en place.

MÉTHODE

Cette étude s'intègre dans le cadre d'une vaste recherche financée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture dans le cadre du programme des actions concertées qui visait à documenter les collaborations, particularités et retombées des centres de pédiatrie sociale en communauté¹⁰. Elle a reçu l'aval du Comité d'éthique et de la recherche de l'université d'appartenance des chercheurs ainsi que d'un comité reconnu par le Ministère de la Santé et des Services sociaux dans le domaine de la jeunesse. Elle a été réalisée dans neuf communautés du Québec (réparties dans cinq régions administratives) ayant un CPSC implanté depuis au moins un an. Elle a été conduite par le biais de sondages téléphoniques auprès des représentants de chacun des CPSC et d'un échantillon de leurs partenaires des réseaux de services sociaux et de santé public et communautaire choisis selon la méthode des informateurs clés.

Participants

La sélection des partenaires répondants s'est opérée en plusieurs étapes. En premier lieu, les représentants des neuf CPSC ont dressé la liste des organismes, services et ressources avec lesquels leur centre a entretenu des liens au cours de la dernière année. Ces listes ont ensuite été analysées afin de documenter l'étendue des liens et les partenaires ont été classés selon divers critères tels que les secteurs d'intervention (public et communautaire), les niveaux d'action (local, régional, provincial), les problématiques ou clientèles visées, et la durée des collaborations antérieures avec le CPSC. Ces critères ont ensuite servi pour échantillonner les répondants au sondage. Pour chaque CPSC, un nombre maximum de 10 partenaires issus du réseau des services sociaux et de santé était visé. De ce nombre, l'étude visait au moins un partenaire de niveau régional ou provincial; puis un nombre de partenaires publics et communautaires proportionnel à celui soumis par chaque CPSC pour chaque réseau. Les partenaires étaient alors sélectionnés afin d'offrir une diversité au plan des problématiques ou clientèles visées ainsi que la durée des collaborations antérieures avec les CPSC.

L'étude a ainsi permis de rejoindre 75 partenaires dont 9 sont issus du réseau médical (hôpitaux, cliniques spécialisées). En raison des particularités propres aux défis de collaboration entre le réseau communautaire et public des services sociaux et de santé¹⁶, la présente étude porte uniquement sur les répondants issus de ces réseaux; les 9 partenaires issus du secteur médical ont donc été retirés. Au total, ce sont ainsi 66 partenaires qui ont été rejoints. De ce nombre, 36 répondants d'organismes communautaires (OC) et 30 répondants issus des services sociaux et de santé publics (Centre de services sociaux et de santé – CSSS, Centre jeunesse – CJ, Centre de réadaptation en déficience

physique – CRDP) ont participé au sondage ainsi que 9 représentants issus des CPSC.

Mesures

Deux versions des questionnaires ont été élaborées : l'une destinée aux répondants des neuf CPSC qui devaient y répondre en fonction des liens établis avec chacun des partenaires préalablement identifiés et l'autre destinée aux partenaires qui devaient y répondre en fonction des liens entretenus avec le CPSC de leur quartier. Le sondage téléphonique a permis aux répondants de compléter deux questionnaires validés, l'un portant sur le niveau de collaboration et l'autre sur la qualité des liens entretenus, en plus de répondre à une question ouverte sur les enjeux et défis liés aux collaborations avec des partenaires. Le sondage se complétait en une heure environ.

Le niveau de collaboration a été documenté à l'aide de la Mesure d'intégration des services (MIS), questionnaire traduit selon la méthode parallèle inversée de l'*Integration of Human Services Measure* développé et validé par Brown et coll.^{11,12} et utilisé dans plusieurs recherches canadiennes^{20,21}. Ce questionnaire permet de rendre compte de plusieurs dimensions de l'intégration des services, dont l'étendue, la profondeur, la congruence et la réciprocité des liens de collaboration. L'étendue réfère au nombre de secteurs d'intervention représentés par l'ensemble des partenaires d'une organisation (entre autres, services médicaux, services sociaux et de santé publics, services sociaux communautaires, éducation, loisirs)¹¹. Le niveau de profondeur des liens, ou des mécanismes de collaboration mis en place, est évalué par le biais de deux questions posées à l'ensemble des CPSC et de leurs partenaires échantillonnés (« *Jusqu'à quel point votre organisation est-elle en lien actuellement (au cours de la dernière année) avec (autre organisation nommée)?* » et « *Jusqu'à quel point votre organisation devrait-elle être en lien avec (autre organisation nommée)?* »). Le choix de réponse varie sur un continuum allant de 0 = aucune connaissance de l'organisme; 1 = connaissance (mais absence d'activité conjointe); 2 = communication (protocole de partage d'information et de communication); 3 = coopération (orientation et ajustement de la planification de services pour améliorer l'arrimage); à 4 = collaboration (planification conjointe d'une offre de service conjointe). Ce questionnaire permet également de documenter la congruence des liens, c'est-à-dire l'écart entre les liens de collaboration actuels et souhaités ainsi que la réciprocité des liens, c'est-à-dire l'écart entre le point de vue du CPSC et celui de leurs partenaires sondés du réseau public ou communautaire. Pour ces deux dimensions, l'écart doit être minimal; lorsqu'il est supérieur à 1, il est jugé trop grand¹³.

La qualité des liens a été documentée à l'aide de l'Échelle montréalaise de collaboration (ÉMC), un questionnaire de 27 items portant sur les modalités partenariales et le climat des relations (échelle de 1–jamais à 4–très souvent)²². Une analyse factorielle, réalisée à partir des réponses obtenues dans le cadre de la présente étude, a montré la présence de cinq dimensions qualifiant les collaborations dont l'indice de cohérence interne s'est révélé satisfaisant. Il s'agit de l'absence d'un climat négatif entre les partenaires ($\alpha = 0,77$), du climat positif ($\alpha = 0,88$), du partage des ressources ($\alpha = 0,83$), du partage des responsabilités ($\alpha = 0,83$) et de la coordination conjointe ($\alpha = 0,86$). À quelques

différences près, ces sous-échelles rejoignent les dimensions trouvées dans l'étude de Cormier²².

Enfin, une question ouverte a été posée aux répondants afin de connaître leur perception des défis et des enjeux liés aux collaborations entre le CPSC et leurs partenaires.

Analyses

Des analyses de variance (ANOVA) avec des tests de comparaison post-hoc de Bonferroni ont été réalisées afin de comparer les différences de perception des liens (actuels et souhaités) ainsi que des dimensions de la collaboration selon le réseau d'appartenance des répondants. Ces analyses ont été réalisées en fonction des dyades constituées par le réseau d'appartenance des répondants de manière à constituer 4 groupes indépendants : 1) les répondants des CPSC qui répondent en fonction de leurs liens avec le réseau communautaire (CPSC-Com.); 2) les répondants des CPSC qui répondent en fonction de leurs liens avec le réseau public (CPSC-Pub); 3) les répondants du réseau communautaire qui répondent en fonction de leurs liens avec le CPSC de leur territoire (Com-CPSC); et 4) les répondants du réseau communautaire qui répondent en fonction de leurs liens avec le CPSC de leur territoire (Pub-CPSC).

La question ouverte a, pour sa part, fait l'objet d'une analyse de contenu afin de distinguer les propos selon le réseau d'appartenance des répondants (CPSC, réseau des services sociaux et de santé public et communautaire) et d'enrichir les constats issus des résultats quantitatifs.

RÉSULTATS

Étendue des liens

Dans chacune de leurs communautés respectives, les CPSC entretiennent des liens avec un nombre important d'organismes, de services et de ressources. Les secteurs les plus souvent concernés sont ceux de l'éducation (39 %) (écoles, CPE, commissions scolaires), des services sociaux et de santé communautaires (31 %) ou publics (16 %) (CSSS, CJ, CRP) et des services médicaux (14 %) (hôpitaux, cliniques médicales et soins spécialisés). Outre ces secteurs, les CPSC indiquent avoir développé des liens avec le secteur de défense des droits et de la justice, du logement, des loisirs, de la sécurité publique, des communautés religieuses, des corporations et des fondations privés ainsi que des commerces, restaurants et universités avec lesquels ils offrent des services de dépannage aux familles (entre autres, dons de vêtements, nourriture, jouets) et de services paramédicaux à moindre prix (médecine dentaire, optométrie, ergothérapie).

Profondeur des liens

De manière générale, on note que les CPSC tendent à évaluer plus positivement que leurs partenaires la profondeur des liens de collaboration entretenus (Tableau 1). Les analyses de variance (ANOVAS) montrent que le niveau d'intégration actuel est perçu plus élevé de la part des CPSC avec le réseau public que de la part du réseau communautaire avec les CPSC. Dans le premier cas, il est clairement de l'ordre de la coopération (3,17), mais est légèrement plus élevé que la communication dans le second cas (2,11). Pour ce qui est des liens souhaités, on note que les CPSC

Tableau 1. Perception des liens actuels et des liens souhaités entre les partenaires selon leur réseau d'appartenance

	CPSC-Com. (n = 36)	CPSC-Pub. (n = 30)	Com.-CPSC (n = 36)	Pub.-CPSC (n = 30)	F	Post-hoc	p
Liens actuels	2,58	3,17	2,11	2,73	4,86***	CPSC-Pub.> Com.-CPSC	0,001
Liens souhaités	3,06	3,67	3,11	3,70	4,67**	CPSC-Pub.>CPSC-Com. Pub.-CPSC > Com.-CPSC	0,040 0,027
Congruence [†]	0,48	0,50	1,00	0,97			

[†] La congruence désigne l'écart entre les liens de collaboration actuels et les liens souhaités.*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$.

désirent davantage collaborer avec le secteur public (3,67) qu'avec le secteur communautaire (3,06). On note aussi que le réseau public souhaite collaborer davantage avec les CPSC (3,70) que ne le souhaite le réseau communautaire (3,11).

Réciprocité et congruence des liens

L'analyse de la congruence entre les liens de collaboration actuels et ceux souhaités montre que les partenaires sondés issus du réseau public et communautaire aimeraient voir leurs services davantage intégrés à ceux des CPSC (congruence de 0,97 et 1) que vice versa (tableau 1). En effet, les CPSC sont relativement satisfaits de leurs liens avec leurs partenaires de ces deux réseaux (congruence respective de 0,5 et de 0,48).

Par ailleurs, au plan de la réciprocité (figure 1), on note que la perception de part et d'autre des liens actuels ou souhaités est

relativement faible peu importe le réseau de provenance des acteurs. En effet, la perception des liens de collaboration est assez similaire du point de vue des CPSC que de celui de leurs partenaires, c'est-à-dire qu'ils s'accordent pour juger de la profondeur de leur collaboration actuelle et de celle qu'ils souhaiteraient entretenir (écart de perception inférieur à 0,5).

Qualité des liens de collaboration

Les résultats obtenus à l'ÉMC (tableau 2) appuient ceux relatifs à la mesure d'intégration des services. D'abord, on observe que de manière générale, les résultats sont assez faibles au regard des dimensions « partage des responsabilités », « coordination conjointe » et « partage des ressources » entre les partenaires, bien que les deux dernières dimensions soient un peu plus élevées entre les CPSC et le réseau des services sociaux et de santé public. Les analyses de variances révèlent que les CPSC évaluent moins négativement le climat existant entre les intervenants du secteur communautaire (3,78) que leurs partenaires, qu'ils soient issus du secteur public (3,47) ou communautaire (3,44). De plus, ils jugent que ce climat est plus positif avec leurs partenaires du réseau public (3,17) que ne le jugent ces derniers (2,70) et ceux du secteur communautaire (2,49). Enfin, le niveau de coordination conjointe est jugé plus élevé entre le CPSC et leurs partenaires du réseau public (2,13) que de la part des organismes communautaires avec les CPSC (1,72).

Enjeux et défis de la collaboration

Une analyse de contenu a été réalisée à partir des réponses données par les répondants au sondage à la question ouverte portant sur les principaux enjeux et défis liés aux relations entretenues entre les CPSC et le réseau public et communautaire. L'analyse a permis de faire émerger des différences de perception selon que les répondants proviennent des CPSC ou des organisations partenaires (désignés OC, CSSS, CJ). Dans cette analyse, les enjeux sont définis comme un intérêt, matériel ou moral, à perdre ou à gagner dans le cadre des collaborations alors que les défis désignent des situations qui relèvent des enjeux et qui se présentent comme un obstacle concret à surmonter.

Tout d'abord, on note que les enjeux et défis identifiés par les répondants, peu importe de quel réseau ils sont issus, sont de nature organisationnelle et ne renvoient pas aux problématiques vécues par les enfants et les parents. Plus particulièrement, du point de vue des CPSC, les deux principaux enjeux de collaboration concernent la reconnaissance et le respect de leur identité (leur légitimité) et l'assurance du maintien de leur existence (leur pérennité) (tableau 3). De leur point de vue, il importe de faire connaître leur mission spécifique auprès des partenaires du réseau, de connaître les ressources de leur communauté dans un contexte de roulement de

Figure 1. Écart de perception (réciprocité) des liens actuels et des liens souhaités entre les CPSC et leurs partenaires du réseau communautaire et du réseau public

Tableau 2. Dimensions de la collaboration entre partenaires selon leur réseau d'appartenance

	CPSC-Com. (n = 36)	CPSC-Pub. (n = 30)	Com.-CPSC (n = 36)	Pub.-CPSC (n = 30)	F	Post-hoc	p
Absence de climat négatif	3,78	3,66	3,44	3,47	3,95**	CPSC-Com.>Pub.-CPSC	0,047
Climat positif	2,85	3,17	2,49	2,70	6,59***	CPSC-Com.>Com.-CPSC	0,015
Partage des ressources	1,56	1,94	1,56	1,91	2,43	CPSC-Pub.>Pub.-CPSC	0,035
Partage des responsabilités	1,70	1,75	1,61	1,70	0,21	CPSC-Pub.>Com.-CPSC	0,001
Coordination conjointe	1,77	2,13	1,72	1,97	3,18*	CPSC-Pub. >Com.-CPSC	0,040

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.**Tableau 3.** Principaux enjeux et défis de la collaboration du point de vue des CPSC sondés

Principaux enjeux	Principaux défis
Légitimité Reconnaissance et respect des missions et des mandats de chacun	<ul style="list-style-type: none"> • Faire comprendre sa mission spécifique « Au début quand le CPSC a ouvert, [...] les gens ne comprenaient pas trop notre action, notre implication, notre mission. » • Connaître les autres ressources (malgré le roulement de personnel et les changements organisationnels) « Améliorer le niveau de connaissance mutuelle avec tous les autres organismes. » • Trouver le temps de communiquer avec les partenaires « Le défi actuel, c'est vraiment de se parler, de trouver le temps et les modalités pour se parler, faire des ententes communes, pour les mettre en place, pour respecter des projets, je pense que c'est ça le défi. Ça prend quand même beaucoup de temps, puis les gens changent, quittent, partent alors, ça c'est tout un défi toujours garder ça à jour pour assurer de meilleurs services aux familles et aux enfants. » • Les sources de financement limitées « Le plus grand défi en fait, c'est le financement. » • Présence de compétition entre les ressources d'un territoire « [Un autre enjeu] est le manque de fonds : le CPSC et d'autres organismes n'ont pas de financement de base, alors le CPSC survit par les subventions et des activités de financement. Par conséquent, cela amène à une compétition pour les subventions qui sont rares dans le quartier. » • Une certaine précarité des prêts de services « Les défis sont aussi du côté des finances. En ce moment, on nous a coupé un prêt de service d'une travailleuse sociale [...] C'est sûr que ça nous touche le fait qu'on a coupé le prêt de service. Vraiment ça a provoqué beaucoup de changement au sein de notre organisme aussi. »

personnel et de changement organisationnel et de réserver du temps pour approfondir et assurer la pérennité des liens avec leurs partenaires; liens qui passent notamment par les prêts de services avec le réseau public.

Sur le plan de la légitimité, des enjeux similaires se dégagent du discours des partenaires, qu'ils soient issus du réseau public (CJ, CSS) ou communautaire (OC) (tableau 4). En effet, la légitimité de leurs actions nécessite pour eux une reconnaissance de leur mission et mandat ainsi que de leurs pratiques d'intervention. Selon eux, il faut viser une meilleure connaissance mutuelle entre les organisations et une conciliation des mandats respectifs. La pérennité liée au financement est un autre enjeu important, bien qu'il s'articule différemment selon le réseau d'appartenance des répondants. Les partenaires du réseau public y perçoivent plus particulièrement des enjeux liés aux prêts de services avec les CPSC qui fragilisent leur propre offre de services, alors que ceux du réseau communautaire y perçoivent des enjeux liés au sentiment de compétition qu'ils vivent avec les CPSC pour les sources de financement.

DISCUSSION

Cette étude a permis de rendre compte du niveau de collaboration des CPSC avec certaines organisations du réseau des services sociaux et de santé issus des secteurs public et communautaire ainsi que des enjeux qui en découlent. D'une part, les répondants des CPSC rapportent des niveaux de collaboration actuels plus élevés avec les partenaires du réseau public comparativement aux organismes communautaires qui perçoivent des liens moins forts avec les CPSC. De fait, la nature des liens de collaboration avec le réseau communautaire, telle que perçue de part et d'autre, est davantage de l'ordre de la communication et du partage d'informations. Par ailleurs, du point de vue des CPSC, les liens souhaités sont plus élevés avec les établissements publics qu'avec ceux du réseau communautaire. Avec le réseau public, les CPSC partagent des liens qui s'apparentent davantage à la coopération, où chacun des partenaires ajuste sa propre planification pour améliorer l'arrimage et la coordination des services aux familles. En outre, les relations entretenues entre les

Tableau 4. Principaux enjeux et défis de la collaboration du point de vue des partenaires sondés

Principaux enjeux	Principaux défis
<p>Légitimité Reconnaissance des missions et des mandats respectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se connaître et se comprendre malgré les changements organisationnels « Il n'y a pas d'espèces de mécanismes officiels qui ont été mis en place pour justement permettre de connaître ce que chacun fait pour justement éviter de travailler en parallèle. » (CSSS) « Je pense que le défi c'est de prendre le temps. Il y a beaucoup, il y a un roulement de personnel, fait que c'est difficile, la minute qu'on crée un lien avec quelqu'un, bien la personne quitte. C'est beaucoup de personnel jeune. » (OC) • Trouver le temps de communiquer « Je pense que le plus grand défi, ça serait (...) d'avoir du temps pour s'asseoir ensemble puis de planifier des activités conjointes. C'est un peu ce qu'on s'est donné en tout cas avec [les intervenantes du CPSC] (...). Mais ce n'est pas toujours évident, parce qu'on est pris chacun de notre côté-là. » (OC) • Clarifier les rôles et responsabilités de chacun (trouver chacun sa niche) « Je dirais l'enjeu qui existe aussi c'est la répartition des rôles, c'est-à-dire, que ici, au niveau de la DPJ, il va y avoir un intervenant social, et au niveau [du CPSC], il va avoir un intervenant social, alors les rôles ne sont pas toujours clairs. Ce qui fait que ça amène des ambiguïtés qui peuvent amener des incompréhensions chez la clientèle. » (CJ) « Bien on a de la misère des fois à voir la différence entre ce que nous autres on fait puis eux autres font. C'est sûr qu'il y a un travail à faire dans le continuum de services pour qu'on soit plus complémentaire. Je pense qu'il y a de la volonté des deux côtés. [...] Il y a de l'ouverture en tout cas pour qu'on puisse trouver chacun nos niches. » (CSSS) « Le principal défi est vraiment [...] une question d'apprendre à se connaître et comprendre le rôle de chacun et puis faire de la référence. » (OC) « D'éviter de dédoubler des services. Ça, par contre, je pense que c'est beaucoup à travailler. On prend tous nos responsabilités là-dedans, mais je pense que c'est un beau défi à surmonter pour les années à venir. » (OC) • Assurer la stabilité des ressources dans les milieux, y incluant les CPSC « Donc, l'enjeu majeur, c'est le financement (...). C'est sûr que pour chaque établissement [dont nous], ce sont des prêts de services qu'on prend à même notre budget qui nous est alloué. C'est un employé de moins sur le terrain. Donc, je pense qu'un des enjeux, c'est que ça perdure dans le temps. Idéalement, ça devrait être quelque chose qui n'est pas en prêt de services puis qui est réévalué à chaque année. Il faudrait que ça perdure dans le temps. » (CJ) « Alors c'est sûr que ça me pose des questions quand un CSSS, par exemple comme le nôtre, paie une ressource et que cette ressource-là se retrouve en pédiatrie sociale, alors que nous-mêmes on manque de ressources. » (CSSS) « L'enjeu, c'est l'argent, c'est sûr. C'est le financement. Mettons que l'[organisme régional] a tant d'argent à donner dans la région pour présenter des projets, par exemple. Qui va avoir le meilleur projet pour avoir l'argent? On est en compétition au niveau du financement. C'est pour ça que j'ai dit qu'on ne s'entraide pas au niveau du financement, parce que c'est chacun son cheval de guerre. Pour survivre, on a tous besoin de subventions. » (OC)
<p>Pérennité liée au financement:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fragilise l'offre de services • répartition inégale du financement • compétition entre les ressources d'un territoire 	

intervenants du réseau public et les CPSC sont assez positives. Les CPSC partagent notamment avec ce réseau des prêts de services, ce qui représente à la fois un avantage et un enjeu, comme le soulignent d'autres chercheurs²³. En effet, pour les CPSC, ces prêts de services, bien que précaires, sont nécessaires à leur pérennité et à la stabilité de leurs équipes. Du point de vue des partenaires, ils sont cependant perçus comme une perte dans un

contexte de ressources humaines limitées. Étonnement, les résultats obtenus à l'ÉMC en ce qui concerne le partage de ressources entre les CPSC et le réseau public sont relativement faibles, ce qui ne concorde pas avec le discours des intervenants au regard des prêts de services. Cela pourrait être dû au fait que la dimension « partage des ressources » telle que mesurée par l'instrument inclut divers items qui concernent non seulement

le partage de ressources humaines, mais aussi de ressources matérielles, financières et d'espaces physiques²².

En ce qui concerne les relations entretenues entre les CPSC et le réseau communautaire, celles-ci semblent plus difficiles, et plus particulièrement du point de vue des organismes communautaires. Ces derniers déclarent un niveau de collaboration de l'ordre de la communication avec les CPSC, bien qu'ils aspirent à coopérer davantage; constat appuyé par la mesure de l'ÉMC à l'effet d'une plus faible coordination conjointe et d'un climat moins positif entre les intervenants de ce réseau et les CPSC.

Bien que l'approche des CPSC en termes de proximité dans les communautés et d'accueil des familles rejoigne davantage celle des organismes communautaires, les résultats suggèrent que le niveau de collaboration avec le réseau public est plus positif. Avec le réseau communautaire, les relations semblent s'apparenter à ce qui était vécu entre le réseau public et communautaire il y a quelques décennies, où les relations étaient tendues et caractérisées par des rapports asymétriques et hiérarchiques¹⁸. À cet effet, l'étude de Savard et Proulx a bien montré que ces rapports de coexistence entre le réseau public et le réseau communautaire ont évolué depuis la dernière décennie au Québec vers des rapports plus équilibrés, notamment grâce à une meilleure connaissance et reconnaissance des mandats et des approches de chacun¹⁹.

D'un autre côté, avec le réseau public, il semble que les relations soient perçues plus avantageuses du point de vue des partenaires sondés. Il est possible ici que les partenaires de ce réseau perçoivent les bénéfices d'une collaboration avec les CPSC qui, par leur offre de services médicaux, spécialisés et psychosociaux aux enfants et à leurs familles, permettent de réguler la forte demande de services du réseau public. En agissant directement dans les quartiers défavorisés et en proposant des services interdisciplinaires, les CPSC diminuent ainsi le fardeau des services de première et de deuxième ligne. En outre, ils sont désormais perçus comme une organisation de référence de choix par les établissements du réseau des services sociaux et de santé public. En retour, les CPSC y voient l'avantage de la collaboration avec ces derniers afin d'assurer une stabilité de leur équipe; ils ne vivent pas de sentiment de compétition pour les ressources financières comme cela peut être le cas pour le réseau communautaire. Pour les CPSC et les CSSS ou CJ, il s'agit d'assurer une certaine stabilité alors que pour le réseau communautaire, l'enjeu du financement demeure central puisqu'il s'agit d'assurer leur survie dans un contexte de ressources limitées.

Les enjeux de légitimité, bien que similaires, s'articulent différemment en terme de défis selon le réseau des partenaires sondés. Pour les CPSC, la légitimité se traduit par le besoin de reconnaissance de la spécificité de leur mission et de leur approche pour assurer leur existence alors que pour les partenaires, elle se traduit par un besoin de reconnaissance de leurs mandats pour mieux arrimer les services. De fait, tout comme c'était le cas pour le réseau communautaire il y a dix ans^{16,18}, les CPSC sont à la recherche d'une reconnaissance de leur identité propre. On peut se demander si ces deux organisations ne voient pas réciproquement l'intérêt de collaborer davantage en raison de la similitude de leurs enjeux.

Travailler ensemble de manière intégrée présente des difficultés et des défis importants. Les écrits sur les facteurs de succès de cette forme de travail conjointe soulignent notamment l'importance pour les partenaires d'arrimer leur philosophie d'intervention et de développer un climat positif de collaboration entre les intervenants^{8,15,20}. Il s'avère tout aussi important que les partenaires locaux acceptent de réfléchir ensemble sur le niveau de collaboration souhaitable pour venir en aide aux familles et sur les moyens nécessaires pour les renforcer et les soutenir. La complexité des besoins des enfants et des familles devrait servir de levier vers une plus grande collaboration avec le réseau communautaire, à condition que chacun des partenaires y voie la reconnaissance de leur contribution respective²³.

Cette recherche comporte certaines limites. En premier lieu, rappelons que les partenaires sondés ne représentent qu'une partie de l'ensemble des partenaires identifiés par les CPSC. De plus, cette étude n'a pas permis de sonder des partenaires issus d'autres secteurs d'intervention auprès des enfants, dont ceux du secteur de l'éducation qui représente une proportion importante des partenaires. Enfin, cette étude présente des constats généraux qui ne rendent pas compte des particularités de chacun des neuf CPSC sondés. Des travaux en cours montrent en effet que les CPSC se distinguent selon divers critères, tels que leur durée d'implantation dans les quartiers, leur historique de collaboration avec le réseau des services sociaux et de santé, leur infrastructure et l'organisation de leur services¹⁹. En somme, une analyse complète des collaborations nécessiterait d'intégrer les autres secteurs d'intervention identifiés par les CPSC pour venir en aide aux familles (entre autres, éducation, loisirs, juridique) et de considérer les particularités propres à chacun des CPSC.

RÉFÉRENCES

- Kohler L. ESSOP - 25 years: Personal reflections from one who started the European Society for Social Paediatrics. *Child: Care, Health Dev* 2003;29(5):321-28. PMID: 12904239. doi: 10.1046/j.1365-2214.2003.00350.x.
- Julien G, Trudel H. *Tous responsables de nos enfants : Un appel à l'action*. Montréal, QC: Bayard, 2009.
- Julien G. *Soigner différemment les enfants : L'approche de la pédiatrie sociale*. Montréal, QC: Les Éditions Logiques, 2004.
- Lynam MJ, Loock C, Scott L, Wong SM, Munroe V, Palmer B. Social pediatrics: Creating organizational processes and practices to foster health care access for children "at risk". *J Res Nurs* 2010;15:331-47. doi: 10.1177/1744987109360651.
- McLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2000;24:1127-49. PMID: 11057701. doi: 10.1016/S0145-2134(00)00178-2.
- Weisz JR, Sandler IN, Durlak JA, Anton BS. Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *Am Psychol* 2005;60(6):628-48. PMID: 16173895.
- Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW. Do early childhood interventions prevent child maltreatment? *Child Maltreat* 2009;14(2):182-206. PMID: 19240245. doi: 10.1177/1077559508326223.
- Éthier LS, Couture G, Lacharité C, Gagnier JP. Impact of a multidimensional intervention programme applied to families at risk for child neglect. *Child Abuse Rev* 2000;9:19-36. doi: 10.1002/(SICI)1099-0852(200001/02)9:1<19::AID-CAR584>3.0.CO;2-4.
- Clément ME, Bérubé A, Fallu D, Gosselin C. Les paroles de parents sur l'accès et l'adhésion aux services de la pédiatrie sociale en communauté. Dans : Lacharité C, Sellenet C (Réd.), « Ce que parler veut dire » en protection de l'enfance : la voix des parents et des enfants. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2015 : 187-204.
- Clément ME, Moreau J, Gendron S, Laverne C, Turcotte G, Piché AM, et coll. *Regard mixte sur certaines particularités et retombées de l'approche de la pédiatrie sociale telle qu'implantée au Québec et de son intégration dans le système actuel des services sociaux et de santé. Rapport de recherche final*. Québec : MSSS et Fonds de recherche du Québec – Société et culture (actions concertées), 2014; 195 p.

11. Browne G, Robert J, Gafni A, Byrne C, Kertyzia J, Loney P. Conceptualizing and validating the human services integration measure. *Int J Integr Care* 2004;4:e03. PMID: 16773145.
12. Browne G, Kingston D, Grdisa V, Markle-Reid M. Conceptualization and measurement of integrated human service networks for evaluation. *Int J Integr Care* 2007;7:e51. PMID: 19503735.
13. Fleury MJ. Integrated service networks: The Quebec case. *Health Serv Manage Res* 2006;19:153–65. PMID: 16848956. doi: 10.1258/09514840677888080.
14. Fleury MJ, Grenier G, Ouadahi Y. Les réseaux intégrés de services: notion, modélisations et mise en œuvre. Dans : Fleury M-J, Tremblay M, Nguyen H, Bilodeau L (Réd.), *Le système sociosanitaire au Québec*. Montréal, QC : Gaetan Morin Editeur, Chenière Éducation; 2007: 159-78.
15. King G, Meyer K. Service integration and co-ordination: A framework of approaches for the delivery of co-ordinated care to children with disabilities and their families. *Child Care, Health Dev* 2006;32:477–92. PMID: 16784503. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00610.x.
16. Savard S, Turcotte D, Beaudoin A. Le partenariat et les organisations sociosanitaires du secteur de l'enfance, de la famille et de la jeunesse : une analyse stratégique. *Nouvelles pratiques sociales* 2003;16(2):160–77. doi: 10.7202/009849ar.
17. Clément MÈ, Tourigny M, Doyon M. Facteurs liés à l'échec d'un partenariat entre un organisme communautaire et un CLSC : une étude exploratoire. *Nouvelles pratiques sociales* 1999;12(2):45–64. doi: 10.7202/000053ar.
18. Savard S, Proulx J. Les organismes communautaires au Québec : De la coexistence à la complémentarité. *Revue can de recherche sur les OSBL et l'économie sociale* 2012;3(2):24–42.
19. Proulx J, Bourque D, Savard S. The government-third sector interface in Quebec. *Voluntas* 2007;18:293–307. doi: 10.1007/s11266-007-9045-5.
20. Ye C, Browne G, Beyene J, Thabane L. A sensitivity analysis of the Children's Treatment Network trial: A randomized controlled trial of integrated services versus usual care for children with special health care needs. *Clin Epidemiol* 2013;5:373–80. PMID: 24098089. doi: 10.2147/CLEP.S48870.
21. Thurston S, Paul L, Chenglin Y, Loney P, Browne D, Browne G, et coll. System integration and its influence on the quality of life of children with complex needs. *Int J Pediatr* 2010;x:1–12. PMID: 20976132. doi: 10.1155/2010/570209.
22. Cormier N. L'initiative communautaire 1, 2, 3 GO! pour tout-petits : analyse d'impacts sur le partenariat perçu et activé par des intervenants, thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal; 2006.
23. Larivière C. L'amplification obligée des relations partenariales : l'interdépendance est-elle une menace à l'autonomie? *Nouvelles pratiques sociales* 2001;14(1):64–80. doi: 10.7202/008325ar.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Over the past twenty years, numerous community social pediatrics centres (CSPCs) have been established in Quebec. Because the needs of the children followed are so complex, collaboration with organizations in social services and public and community health networks is paramount. The purpose of this study is to document CSPCs' level of integration into these networks and the issues and challenges involved in such collaborations.

METHOD: Telephone surveys were conducted with 75 respondents from public and community networks and with representatives from CSPCs that have been open for at least one year. Two questionnaires were used to document the depth and quality of connections and an open question helped identify certain collaboration-related issues and challenges.

RESULTS: CSPCs perceive a higher level of collaboration with the social services and public health network than with the community network. Similarly, CSPCs want to collaborate more with the public network than with the community network. With respect to the quality of collaborations, the climate is more positive and the level of joint coordination is higher between CSPCs and the public network. Although they are similar, the issues related to collaboration can be seen differently in terms of challenges, depending on the stakeholders' network.

CONCLUSION: Results are discussed in light of challenges that characterize the collaborations between CSPCs and the networks, which include the recognition of their identity and the funding of the organizations.

KEY WORDS: Community social pediatrics; collaboration; service networks