



# L'engagement, le soin et la santé à la croisée du social et du médical. Entretien avec le Dr Gilles Julien

---

Marie-Ève Carle  
Université de Montréal

*Pour moi, tous les enfants sont les mêmes dès le départ. Ils ont tous le même potentiel, il faut simplement l'actualiser. Gilles Julien*

*Au Québec, le Dr Gilles Julien est reconnu en tant que fondateur de la pédiatrie sociale, une approche dépassant largement l'aspect biomédical des soins aux enfants qui propose une vision holistique combinant à la fois les aspects médicaux et sociaux de la maladie afin de prendre soin des enfants et des familles plus vulnérables. Novatrice à bien des égards, cette approche implique, entre autres, la mise sur pied d'une équipe interdisciplinaire offrant, d'une part, une prise en charge globale des enfants et de leurs familles et, d'autre part, un espace de parole et d'action pour les parents. Ce virage radical dans le domaine de la pédiatrie et son engagement soutenu envers le bien-être des enfants ont donné lieu à la création de deux organismes incarnant cette vision de la pédiatrie sociale : l'Assistance d'enfants en difficultés (AED) dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve<sup>1</sup> et le Centre de services préventifs à l'enfance de Côte-des-Neiges (CSPE)<sup>2</sup>. Ces deux Centres sont implantés au sein de quartiers défavorisés de Montréal et travaillent en collaboration avec la communauté locale (milieu communautaire et scolaire) et les institutions provinciales œuvrant au bien-être des enfants.*

---

<sup>1</sup> Hochelaga-Maisonneuve est un quartier bordé de deux voies ferrées, à l'est et à l'ouest. En 2005, sa population était de 48 117 personnes. Dans ce secteur, la moitié de la population vit de l'aide sociale; 60 % des familles sont monoparentales. Plus de la moitié des enfants ne finissent pas leurs études secondaires. Violence, prostitution, drogue et alcool sont des problématiques endémiques dans le quartier (Déharnais et Le Breton 2008).

<sup>2</sup> La population immigrante de ce quartier, dont la provenance est extrêmement diverse, vit dans des conditions très modestes. Le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de faible revenu est de 13 % supérieur au taux enregistré dans la région de Montréal. Le taux de chômage y est également le plus élevé de la région montréalaise (CLSC Côte-des-Neiges 2009).

*Homme de terrain, le Dr Julien ancre sa pratique dans le quotidien de ses petits patients en sortant des cadres prescrits par la pédiatrie « traditionnelle », de la norme imposée. Il se bat corps et âme depuis des dizaines d'années pour venir en aide aux enfants les plus vulnérables – que ce soit à travers les différents postes qu'il a occupés en santé communautaire et en santé publique au Québec, en tant que consultant international pour plusieurs organismes, dont la Banque mondiale, ou à travers les nombreux ouvrages<sup>3</sup> et articles qu'il a rédigés visant à promouvoir sa vision des soins et la défense des droits des enfants.*

*L'objectif de la pédiatrie du Dr Julien est principalement de cibler, au départ, les déterminants sociaux, économiques et politiques de la santé des enfants. Dans le cadre de ce numéro thématique d'Altérités, il a semblé qu'il était d'autant plus important de présenter cette approche puisqu'il s'agit d'un exemple concret d'action réagissant à une pratique de la médecine que l'anthropologie médicale, notamment l'anthropologie médicale critique, tente depuis plusieurs années de dénoncer.*

*Au travers de cet entretien, le Dr Julien nous explique en quoi consiste plus précisément la pédiatrie sociale en nous montrant comment cette approche s'articule dans les pratiques quotidiennes. Les trois axes principaux de son approche se trouvent ici explicités : le caractère global de la santé et de la prise en charge, l'importance de l'interdisciplinarité et l'« empowerment » des familles. Dans un deuxième temps, il est apparu important d'insister sur les contributions possibles des sciences sociales à cette forme singulière de la pédiatrie.*

\*\*\*

*Dr Julien, pourriez-vous nous décrire brièvement ce qu'est la pédiatrie sociale?*

**Gilles Julien :** La pédiatrie sociale, c'est la pratique des soins des enfants. Elle fait référence à la pédiatrie, qui n'est pas pratiquée uniquement par des médecins, mais par toutes sortes de gens qui s'occupent d'enfants. Le sens dans lequel j'utilise le mot pédiatrie est beaucoup plus large et ne se limite pas au pédiatre. Elle est « sociale », en ce sens que je voulais développer une pratique qui était beaucoup plus près des causes et des problématiques de santé des enfants. À la suite de plusieurs insatisfactions datant du début de ma pratique, qui m'amenaient toujours à me butter aux déterminants de la santé, à des phénomènes sociaux ou encore à des droits d'enfants bafoués influençant la santé des enfants, je trouvais que la terminologie **pédiatrie sociale** était plus indiquée pour ce que je voulais faire. Ce qui en a résulté, c'est une pratique en communauté visant à intégrer tous les services qui correspondent à l'ensemble des besoins des enfants et même aux droits des enfants – qui sont inclus dans ce type d'approche de pédiatrie sociale en communauté. C'est ce que nous faisons dans les deux centres.

D'une façon caricaturale, dans les deux centres, les bureaux que nous appelons d'« évaluation-orientation » sont organisés en conséquence. Ils sont grands, il y a des divans et souvent des plats de fruits. Ils sont faits pour inviter le plus de personnes possible à l'évaluation-orientation, c'est-à-dire à la

<sup>3</sup> Voir, entre autres, Julien (1987, 2004[1999], 2004a, 2004b, 2004c, 2005).

première visite. Et le coin « médical » représente à peu près 10 % de l'ensemble, ce qui correspond à la réalité. Il est nécessaire, il est là, mais les grands enjeux sont loin de la médecine physique.

*Vous proposez donc une approche globale qui s'articule non seulement autour du médecin, mais aussi autour de plusieurs personnes pouvant travailler pour la santé des enfants. Il me semble qu'il y a là un élément primordial. Pouvez-vous me parler de l'importance de l'interdisciplinarité en pédiatrie sociale?*

**Gilles Julien :** En pédiatrie sociale, on fait référence au Dr Julien en tant que « Père de la pédiatrie sociale », donc au médecin. Toutefois, si au début cela était vrai, progressivement et maintenant de façon très élaborée, cette approche est devenue bien plus interdisciplinaire. Tout le monde est en parité, c'est-à-dire que lorsque nous faisons une évaluation lors du suivi des cas, tout le monde (travailleurs sociaux, éducateurs, psychoéducateurs, psychologues, arts-thérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, etc.) contribue à cerner les problématiques, mais aussi les priorités sur lesquelles nous devons travailler avec l'enfant et la famille. Chacun apporte une contribution, mais de façon paritaire; chaque personne a le même pouvoir, le même droit; ce ne sera pas le médecin qui décidera de tout. C'est plutôt l'équipe qui prendra la décision par consensus.

Cette parité inclut également les familles, ce qui implique qu'elles ont le même droit qu'un intervenant de se prononcer, d'émettre des hypothèses, de partager l'information et de définir un plan d'intervention et de suivi. Toute l'approche interdisciplinaire est intégrée ici. C'est parfois difficile, car nous travaillons avec plusieurs professionnels et nous avons chacun notre formation, nos valeurs, notre pouvoir; les familles aussi ont leurs valeurs et leur agenda dont il faut absolument tenir compte. Je pense que nous avons réussi dans les centres de pédiatrie sociale à mettre sur pied une approche interdisciplinaire incluant les familles mieux que tout ce que j'ai vu actuellement dans d'autres institutions, où il est encore très difficile de l'implanter pour toutes sortes de raisons. Dans notre cas, c'est l'équipe qui prédomine et qui fait le travail. Par exemple, comme médecin je vais souvent voir l'enfant une fois au début de sa consultation et je participe au plan d'intervention. Par contre, il est possible que je ne le revoie que quatre mois ou un an plus tard. Le travail a continué, s'est réajusté, mais sans nécessairement avoir eu besoin de l'apport médical. Ceci nous permet d'utiliser nos connaissances et nos énergies de façon beaucoup plus appropriée. Il y a moins de temps perdu et les ajustements se font plus facilement, au jour le jour.

*Le fait de concentrer toutes les ressources dans un même centre doit inévitablement faciliter le travail de l'ensemble des intervenants et des familles. Quels en sont les principaux avantages?*

**Gilles Julien :** Si nous avons besoin de l'orthophoniste, elle est à côté et elle vient tout de suite. C'est la même chose pour la psychoéducatrice ou encore l'art-thérapeute. Nous pouvons aller beaucoup plus loin, parce que nous avons réussi à amener nos consultants avec nous, dans nos locaux, au sein même de la communauté. Cela veut dire par exemple que l'évaluation d'enfants autistes par le pédopsychiatre, au lieu de prendre deux ou trois ans, comme il arrive parfois en milieu hospitalier, se fait dans nos centres de façon

beaucoup plus rapide et dans un climat plus familial. Nous avons trois pédopsychiatres qui circulent dans nos centres. Des médecins de famille et des neurologues sont également présents. L'objectif est d'engendrer de la mobilité entre les centres tertiaires et la communauté. La Direction de la protection de la jeunesse<sup>4</sup> accepte fréquemment de venir faire les plans d'intervention avec nous, ce qui est, pour les familles, beaucoup plus crédible et facile. Nous leur donnons la garantie que nous allons toujours être là pour défendre leurs droits.

*Vous avez mentionné précédemment que les phénomènes sociaux se répercutent sur la santé des enfants... Mais, selon vous, ces phénomènes ne dépassent-ils pas le cadre de la communauté, ne sont-ils pas aussi de l'ordre du macro?*

**Gilles Julien** : Il est évident que les causes sociales des problèmes de santé des enfants ont des origines souvent macro sociétales et nous en sommes bien conscients. Mais l'idée était de commencer par outiller la base, c'est-à-dire le milieu de vie des enfants, pour prouver que ça pouvait fonctionner. L'étape suivante sera certainement plus large, il faudra influencer les politiques ou encore provoquer des changements majeurs au niveau de la société afin de mieux intervenir auprès des enfants. C'est ce que nous voulons maintenant expérimenter. Nous le faisons un peu au jour le jour à travers des publications, des conférences publiques et dans divers médias. Mais jusqu'à présent nous avons surtout mis l'accent sur le micro, qui nous occupe encore grandement d'ailleurs.

Actuellement, nous sommes en période de maturation rapide, étant donné que nos deux centres sont des centres de formation universitaire pour différentes disciplines médicales et autres. Nous proposons des stages d'un an en travail social, en psychoéducation, en art-thérapie, etc., et nous avons beaucoup de stagiaires. Nous sommes sur le point d'étendre le modèle au Québec. Nous recevons présentement des demandes de gens qui veulent développer des centres de pédiatrie sociale, nous les analysons et sommes prêts à les appuyer. Nous sommes en train de nous donner les moyens pour que la pédiatrie sociale devienne, au Québec, un véritable mouvement social, médical et politique autour des enfants.

Depuis quatre ans, l'adhésion à ce modèle est grande, tant auprès du public que des médias. Les gens y croient, c'est remarquable. Je pensais que c'était une mode, mais cela dure et ce n'est pas pour me piéger, mais plutôt pour me donner la parole. En soi, c'est un phénomène de société qui est intéressant.

---

<sup>4</sup> Le directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) est un organisme gouvernemental québécois qui a pour mandat d'intervenir pour faire cesser la situation qui compromet la sécurité ou le développement d'un enfant et pour éviter qu'elle ne se reproduise. Il a la responsabilité de recevoir et évaluer les signalements. Il doit prendre en charge la situation de l'enfant dont la sécurité ou le développement est compromis et à cette fin, il peut proposer l'application de mesures volontaires ou saisir le tribunal compétent, la Chambre de la jeunesse de la Cour du Québec. Il doit également réviser périodiquement la situation de l'enfant. Le DPJ exerce par ailleurs des responsabilités en matière d'adoption et de tutelle. Finalement, le DPJ intervient à l'égard des adolescents de 12 à 17 ans dans le cadre de l'application de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*. Il porte alors le titre de directeur provincial et exerce les fonctions conférées par cette loi (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse 2009).

*Comment expliquez-vous cette popularité?*

**Gilles Julien** : Les gens me disent que ce que nous faisons a du sens et que c'est ce qu'il faut faire. Il n'y a pas de meilleure explication. Par exemple dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, où les problématiques sont beaucoup plus lourdes, les gens viennent nous voir pour la première fois et sont en grosse colère ou peinés. Ils ne croient plus en personne, plus à rien. Ils me disent souvent qu'ils viennent parce que le voisin, une amie ou une parente leur a dit : « vas-y, il va pouvoir t'aider, inquiète-toi pas ». Ils arrivent un peu sceptiques et repartent avec le sourire et plus mobilisés.

Dans notre approche, nous sommes proches d'eux. Je m'adresse d'abord à l'enfant et souvent je vais jouer avec lui, je l'invite à dessiner ou encore à me courir après pour m'en approcher et l'apprivoiser. Pendant ce temps, la travailleuse sociale continue l'évaluation avec la famille et les autres invités. Par la suite, nous partagerons nos informations avec tous les participants. Nous les mettons à l'aise et ils nous disent que c'est parfois la première fois qu'ils se sentent écoutés. C'est une méthode différente qui est très liée à l'humain. Nous sommes à l'écoute. Je n'arrive pas en disant : « tu fais ceci ou cela... ». Je leur amène des hypothèses. Nous en discutons et parfois ils me disent que ce que je dis n'a aucun sens! Ils peuvent le faire et cela crée un climat de confiance. Si la mère pleure, je vais me lever, je vais aller la prendre dans mes bras. Il n'y a aucune distance. Je m'assois sur le divan avec les familles. Avec les enfants, je me place à leur niveau pour leur parler. Je m'installe sur le sol ou je vais m'asseoir sur de petites chaises. Ce sont des choses très simples, mais qui créent un climat de confiance. Toute l'équipe fonctionne de cette manière.

En ouvrant le centre dans le quartier Côte-des-Neiges, je ne savais pas trop si cette approche allait fonctionner. Mais oui, cela s'applique à toutes les cultures. Quand on travaille avec l'humain, on se comporte en personne humaine, on peut toucher, consoler, encourager et mobiliser toute personne de toute culture pour la cause des enfants.

*Puisque vous le mentionnez, l'un de vos centres, le CSPE, travaille avec la population majoritairement immigrante du quartier Côte-des-Neiges. Ne croyez-vous pas que la langue pourrait constituer une sorte de barrière entre vous et les familles que vous rencontrez?*

**Gilles Julien** : C'est étonnant! De l'extérieur cela peut sembler assez embêtant, car il y a une cinquantaine de langues et de cultures différentes auxquelles nous devons faire face quotidiennement, mais la barrière de la langue ne représente pas un problème, parce qu'il y a une grande proximité entre le centre et la communauté. Le fait que les gens sont plus détendus ici fait en sorte que nous pouvons communiquer par d'autres moyens qu'uniquement avec le langage. Nous essayons en même temps de comprendre les cultures et de leur donner de la place. Nous nous occupons des besoins, des **bobos** des enfants, mais cela inclut aussi les besoins culturels et spirituels. Nous sommes donc très ouverts à échanger sur les valeurs et à respecter ces valeurs, même dans le diagnostic. Cette ouverture est présente dans les centres de pédiatrie sociale et elle favorise l'échange qui est nécessaire au travail ou aux actions subséquentes, tout aussi nécessaires pour aider l'enfant.

*En somme, ce que vous dites c'est que même si le quartier Côte-des-Neiges est effectivement très multiethnique et très diversifié, une mère inquiète, c'est une mère inquiète! Il y a des points qui sont communs à tous les êtres humains, n'est-ce pas? Au-delà des cultures, le langage de la souffrance semble être le même...*

**Gilles Julien** : La peur, c'est la peur. Ils veulent que leur enfant aille bien. Ils ont de la peine. À partir de là, nous sommes semblables, la souffrance n'a pas de frontière et ne tolère pas de frontière quand il s'agit d'entraide essentielle. Le reste, c'est comme l'oignon et ses pelures. Il y a des pelures, mais nous n'avons pas de problèmes avec cela. Le noyau, lui, est pareil. Nous travaillons le noyau. Je n'irais pas aussi loin dans la proximité que dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, car là c'est ma culture, j'en connais les balises et les limites et peux parler leur langue. Mon approche est donc adaptée selon le milieu. Il y a un protocole différent à chaque endroit. Il faut simplement le respecter dans une perspective éthique.

*Votre approche accorde une importance de tout premier ordre aux parents dans la prise en charge de certaines problématiques. Vous leur redonnez du pouvoir, en quelque sorte. Je me demande s'il y a encore une place aujourd'hui, dans notre société, pour le savoir parental ou si le savoir expert occupe dorénavant toute la place?*

**Gilles Julien** : Nous sommes devenus très dogmatiques. Par exemple, l'école s'attend à XYZ du parent. Pour être un bon parent, il faut être réceptif lorsque l'école appelle, il faut répondre même si tu es au travail ou n'importe où. Si tu ne fais pas cela, tu peux passer pour un moins bon parent. Pour les Centres Jeunesse<sup>5</sup>, c'est un peu la même chose. Pour être un bon parent, il faut répondre à certains critères et à des normes établies par la loi du pays, auxquelles nous adhérons tous, d'ailleurs. Le problème vient de l'application de ces normes et concepts qui de toute façon sont susceptibles de changer dans le temps et peuvent même varier selon les individus chargés de les appliquer, d'où la possibilité réelle de dérapage. Le plus grand risque découle d'attitudes rigides et de formules trop ethnocentriques de la part d'individus chargés de pouvoir par nos lois ou règlements. Par exemple, on recommande souvent aux parents dits « incompetents » de prendre des « cours de parent ». Les parents sont obligés d'aller à deux ou trois cours différents, souvent sous l'ordonnance du tribunal; ils peuvent s'y perdre totalement, car ces cours sont donnés par des personnes ayant des visions parfois complètement opposées et dans un contexte d'autorité qui sied mal à la compréhension et à l'adhésion à des concepts nouveaux pour eux.

Nous en sommes arrivés là à cause de notre façon de fonctionner en silos. Notre société est devenue trop normative. Nous avons soustrait complètement la contribution du savoir parental pour le redonner entièrement aux institutions étatiques. Au niveau transculturel, c'est la même chose. Quelle est la contribution des différentes cultures familiales dans la progression de la connaissance sur le soin aux enfants? Il n'y a personne qui se pose cette question, mais elle est fondamentale. Dans le quartier Côte-

---

<sup>5</sup> Le Centre jeunesse de Québec dispense des services à des jeunes confrontés à des réalités sociales et familiales difficiles. Le Centre jeunesse de Québec offre des interventions professionnelles du personnel en matière de protection des enfants et de réadaptation des jeunes, d'hébergement, d'adoption, de retrouvailles, de médiation et d'expertise familiales ou encore en matière d'aide et de support aux mères en difficulté d'adaptation (Centre jeunesse de Québec 2009).

des-Neiges, nous sommes chanceux, nous sommes confrontés à plusieurs cultures et, à chaque fois, nous demandons aux familles quelle est la contribution de leur culture. Que pense la grand-mère en Afrique de la problématique que nous sommes en train d'évaluer? J'ai besoin de savoir cela. Parfois, je leur demande : « appelle-la, demande-lui ce qu'elle en pense ». C'est une contribution fantastique. C'est vrai aussi dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, dans une monoculture de souche... Les familles ont leur propre culture, leur propre façon de faire et la zone de normalité devrait être très grande. Il y a des écarts dans cette zone, mais il faut laisser la place aux familles afin qu'elles puissent jouer de créativité et prendre leurs valeurs en considération, sans nécessairement vouloir intervenir à tout prix. Malheureusement, nous ne le faisons pas et encore une fois, nous jugeons rapidement et nous nous privons d'une contribution extraordinaire.

Il est évident que pour nous, l'*empowerment* des personnes, qui inclut l'enfant, sa famille, sa famille élargie et compagnie, est fondamentale, et constitue notre approche de base. Un des grands projets que nous avons mis sur pied dans le cadre de « l'Alliance Droit-santé »<sup>6</sup>, s'appelle le « Cercle protecteur de l'enfant »<sup>7</sup>. Nous évaluons actuellement, en collaboration avec l'Université McGill, la formule d'un cercle qui remet complètement le pouvoir aux familles autour de différentes problématiques que vivent les enfants et les familles, même quand il s'agit d'enjeux de protection. On le fait en lien avec les différentes institutions dans la perspective de respecter le savoir et l'autorité parentale et de s'assurer du respect intégral des droits des enfants. Il peut s'agir de déterminants de la santé comme ceux liés à l'environnement, d'enjeux de réussite ou d'adaptation scolaire, de garde ou de négligence d'enfants. La famille va créer son cercle avec la famille élargie, les amis, les intervenants, l'enfant se situant au centre. C'est la famille qui va recueillir les préoccupations des gens, qui va les analyser et qui va essayer de faire un consensus à la fin de la séance autour de ce qu'il faut faire, avec l'aide d'un avocat-médiateur qui sert de facilitateur.

Le cercle est une source de pouvoir pour les parents qui n'en auraient pas autrement et qui seraient normalement défavorablement jugés. Nous leur donnons la chance de s'exprimer et cette contribution est immense. Dans pratiquement tous les cercles, nous invitons la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) qui est souvent impliquée dans les cas. Les intervenants de la DPJ contribuent, au même titre que les autres invités de la famille, comme associés pour le mieux-être de l'enfant. Cela se fait sous forme de consensus, donc avec une autorité partagée avec le réseau familial. Avec nous, l'implication des familles est totale.

*La diversité des professionnels travaillant au sein de vos équipes et l'importance de l'interdisciplinarité sont au cœur de la pédiatrie sociale. En partant de ce constat, j'aimerais vous amener ailleurs et aborder la question de la contribution possible des sciences sociales à la pédiatrie sociale. Est-ce qu'il y a des gens des sciences sociales qui travaillent ou collaborent avec*

---

<sup>6</sup> L'« Alliance Droit-Santé » propose un modèle qui nécessite l'établissement d'un véritable partenariat entre la médecine et le droit et qui contribue à réduire les impacts négatifs des déterminants de la santé en faisant respecter les droits fondamentaux des enfants (Fondation pour la promotion de la pédiatrie sociale 2009).

<sup>7</sup> Le cercle protecteur de l'enfant consiste en une mobilisation de la famille afin de trouver des solutions lui donnant ainsi le pouvoir de se prendre en main avec l'aide des professionnels et de partenaires tel que l'école, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), les voisins, la famille élargie, etc.

vous?

**Gilles Julien :** Il y a des travailleurs sociaux. C'est intéressant dans l'évolution du concept de pédiatrie sociale, car au début il était impensable d'avoir de travailleurs sociaux, parce qu'ils sont souvent associés à la protection et au déplacement des enfants. Tranquillement, nous avons accepté dans l'équipe des travailleurs sociaux. Ils sont devenus des adjoints cliniques qui prennent beaucoup de place au niveau des problématiques sociales. Ils ne sont pas là pour décoder de grands enjeux sociaux, mais ils contribuent à arrimer à nos préoccupations les grands déficits sociaux, que représentent par exemple, l'exclusion ou les inégalités.

Au cours des années, cette contribution « sociale » a amené, par exemple, le projet « Alliance Droit-Santé ». Nous avons une avocate à plein temps dans les centres de pédiatrie sociale afin de travailler toute la question des iniquités relatives aux droits des enfants et des familles. Donc, notre système évolue tout le temps. Nous n'avons pas encore été jusqu'à intégrer l'anthropologie, mais nous nous acheminons vers cette perspective qui pourrait effectivement nous mener à des questionnements sociétaux plus vastes. Par contre, l'absence d'un anthropologue ne nous empêche pas de nous questionner sur les grandes problématiques sociales ou politiques. Nous le faisons, mais pas comme peuvent le faire les gens en sciences sociales. Je crois que cela s'explique par le fait que le « focus » a, dans un premier temps, été mis au service des enfants. Dans un second temps, nous avons mis l'accent sur la communauté et finalement sur la société. Ce matin à la radio, on m'a demandé :

– « Est-ce que vous êtes en train de changer la façon dont nous donnons les services aux enfants au Québec? »

– « Oui, c'est sûr! », leur ai-je répondu.

Notre entreprise « sociale » est de plus en plus orientée vers une perspective de diffusion à l'ensemble du Québec. Nous avons deux grands projets qui sont susceptibles de s'universaliser dans un proche avenir, soit « Accès à l'école »<sup>8</sup> et « Alliance Droit-Santé », qui devraient changer les façons de faire et assurer une meilleure préparation à l'entrée à l'école pour l'un et un meilleur respect des droits globaux des enfants pour l'autre.

*Il existe une certaine collaboration, principalement au niveau de la recherche, entre médecins, personnel soignant et chercheurs en sciences sociales – je pense plus particulièrement à un groupe de recherche du CHU Sainte-Justine, l'Unité de pédiatrie interculturelle, auquel je suis affiliée. Selon vous, quelle place pourrait prendre, par exemple, un anthropologue ou un sociologue au sein d'une équipe comme la vôtre?*

**Gilles Julien :** M. Jacques Rhéaume, sociologue à l'Université du Québec à Montréal et jusqu'à récemment directeur de la recherche au CLSC Côte-des-

---

<sup>8</sup> « Le projet « Accès à l'école » est un projet réalisé en partenariat entre le Centre de service préventif à l'enfance et 5 écoles de la Commission scolaire de Montréal situées dans le quartier multiethnique de Côte-des-Neiges à Montréal. Il vise une entrée à l'école réussie pour les enfants vulnérables de ce quartier. Avant la fréquentation scolaire, enfants et parents participent à des activités visant à les familiariser avec l'école, à repérer des enfants qui auraient des difficultés pour leur offrir des services et à les soutenir dès le début de leur scolarisation » (GRAVE-ARDEC 2009).



Neiges<sup>9</sup>, a fait une évaluation de nos services il y a quelques années<sup>10</sup>. C'était très intéressant et il l'a fait dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve également. En fait, depuis le début nos bailleurs de fonds nous demandent de préciser l'impact de nos actions. Nous avons toujours été d'accord avec cela, mais nous n'avons jamais trouvé une formule d'évaluation de recherche-action pouvant satisfaire nos perspectives par rapport à l'action que nous menons. Nous ne voulons pas que les évaluateurs essaient de décortiquer notre approche, car elle est trop globale. En pédiatrie sociale nous nous efforçons d'enlever les « petites cases », les « silos » qui justement décortiquent et empêchent une vision globale du service aux enfants. M. Rhéaume a réussi à cerner des indices intéressants d'impacts et de mobilisation. Sa recherche était qualitative et cernait le partenariat et la satisfaction de la population. Nous sommes ouverts à une formule d'évaluation qui ciblerait une approche globale, son impact sur la communauté, sur les familles et sur la société.

Nos familles nous disent : « si vous n'étiez pas là, nous serions complètement démunis ». Pour nous, c'est une évaluation suffisante pour continuer, mais pas pour nos bailleurs de fonds. Nous pourrions penser à une implication des chercheurs plus qualitatifs (intégrant sociologie, anthropologie et beaucoup d'autres sciences), mais qui ne viendraient pas uniquement regarder et mesurer ce que nous faisons d'une manière classique et cloisonnée. Pour ce type de collaboration, oui, il y a une ouverture et j'attends avec impatience que quelqu'un nous présente quelque chose d'aussi intégré que cela en recherche évaluative<sup>11</sup>.

*La collaboration avec les sciences sociales consiste-t-elle uniquement en de la recherche évaluative?*

**Gilles Julien :** Pour le moment, c'est notre principal besoin. À plus long terme ce pourrait être différent.

*En sciences sociales, notamment en anthropologie, il y a pourtant des projets qui ne se limitent pas à la recherche évaluative. Il s'agit de recherches qualitatives abordant, par exemple, les enjeux de la médecine actuelle, les trajectoires de soins ou encore le vécu des familles. Est-ce que ce type de recherche est envisageable?*

**Gilles Julien :** J'ai peut-être encore de vieilles « bibittes » par rapport à l'anthropologie. À l'époque où l'on étudiait les autochtones, par exemple, on faisait des descriptions détaillées et des analyses poussées qui n'ont pas à ma connaissance d'impacts assez puissants sur la santé de ces populations. Je suis un homme d'action et ce qui peut éclairer mon action m'intéresse. Pas

---

<sup>9</sup> Au Québec, les centres locaux de services communautaires (ou CLSC) « ont pour mission d'offrir, en première ligne, à la population du territoire qu'ils desservent, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion » (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2009).

<sup>10</sup> Voir Rhéaume et al. (2005).

<sup>11</sup> L'évaluation de programme, d'impact, etc. est souvent un outil important pour la direction politique et administrative ainsi que pour les intervenants et participants qui aspirent à une reconnaissance publique. L'évaluation permet de faire un retour sur les objectifs initiaux, le budget, les acquis d'apprentissage, etc. En santé la recherche évaluative permet, par exemple, d'optimiser les résultats thérapeutiques par l'évaluation des interventions, des systèmes et des politiques en matière de santé.

le reste. C'est sûr que ça pourrait m'intéresser si on privilégiait une approche moins descriptive et plus dynamique incluant des perspectives historiques. Encore une fois, l'interdisciplinarité m'intéresse davantage qu'une approche limitative et on ne peut se limiter qu'à la description; la contribution doit être concrète, constituer un réel bénéfice pour une population donnée.

D'ailleurs, nous réfléchissons à cette question actuellement, parce que nous voulons développer des outils visuels, cinématographiques, pour décrire des situations réelles ou pour interpeller les gens. En fait, notre objectif est surtout d'interpeller la société face aux inégalités. Pourquoi un enfant (ou une famille) qui est dans une situation X est « victimisé » et non pas soutenu par la société? C'est une préoccupation majeure, parce que c'est comme cela que notre société a évolué avec nos grands systèmes.

Dans tous nos grands systèmes sociaux – soit le système médical, scolaire ou à la protection de la jeunesse –, nous avons développé un mécanisme de jugement rapide, de délation jusqu'à un certain point. Pourquoi? Je ne le sais pas. Il serait intéressant de fouiller une telle problématique. Parce que nous, nous sommes en réaction. Le début de la pédiatrie sociale était en surréaction à ce genre de système qui n'avait aucun sens et qui pénalisait les victimes, surtout les enfants. Par exemple, notre système de protection de la jeunesse est très bon, mais souvent il ne considère que le besoin de protection et, faute de moyens, il met de côté d'autres besoins complémentaires et essentiels, comme l'identité et l'attachement au milieu naturel. La question est plus de se demander comment protéger un enfant dans son meilleur intérêt, c'est-à-dire en respectant en même temps l'intégralité de ses droits et de ses besoins. Présentement, pour le protéger nous nous contentons trop souvent de l'isoler, de le déraciner de sa famille, de ses amis, de son école, de son milieu! Nous ne ferions même pas cela à un animal, car nous savons que ce serait désastreux et qu'il ne s'en remettrait pas. Par contre, nous le faisons à un enfant.

Or, nous sommes tous responsables. Comme société, nous avons validé ce système et nous continuons de croire qu'il est le meilleur au monde... Peut-être que l'anthropologie pourrait nous aider à décoder pourquoi la société en est arrivée à faire de telles choses? Cela m'intéresse beaucoup. Je pense qu'il faut réfléchir à comment, ensemble, nous répondrons à ces grands enjeux à l'avenir.

## Références

Centre jeunesse de Québec

2009 Site Web officiel du Centre Jeunesse de Québec. Document électronique, <http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca/Afficher.aspx>, consulté le 20 février 2009.

Centre local de services communautaires (CLSC) Côte-des-Neiges

2009 Site Web officiel du Centre local de services communautaires Côte-des-Neiges. Document électronique, <http://www.clscote-des-neiges.qc.ca/>, consulté le 20 février 2009.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

2009 Site Web officiel de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Document électronique, <http://www.cdpdj.qc.ca/fr/protection-droits-jeunesse/enfants-difficultes-dpj.asp?noeud1=1&noeud2=5&cle=31#qui-directeur>, consulté le 20 février 2009.

Desharnais, Julie et Marie-Agnès Le Breton

2008 L'approche concertée de la pédiatrie sociale. Présentation dans le cadre du colloque du CTREQ, Québec, 18 avril 2008. Document électronique, [http://www.innovons.qc.ca/documents/V-2-02\\_Lebr-Desh.pdf](http://www.innovons.qc.ca/documents/V-2-02_Lebr-Desh.pdf), consulté le 20 février 2009.

Fondation pour la promotion de la pédiatrie sociale

2009 Site Web officiel de la Fondation pour la promotion de la pédiatrie sociale. Document électronique, <http://www.pediatriesociale.org/Communiquepresse.html>, consulté le 20 février 2009.

Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants et l'Alliance de recherche sur le développement des enfants dans leur communauté (GRAVE-ARDEC)

2009 Site Web officiel du Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants et l'Alliance de recherche sur le développement des enfants dans leur communauté. Document électronique, <http://www.graveardec.symposium2008.uqam.ca/pages/programme/>, consulté le 20 février 2009.

Julien, Gilles

1987 *Votre enfant au jour le jour. De la naissance à 6 ans.* Québec: Les Publications du Québec.

2004[1999] *Soigner différemment les enfants. L'approche de la pédiatrie sociale.* Réédition revue et augmentée. Montréal: Les Éditions Logiques.

2004a *Soigner différemment les enfants. Méthodes et approches.* Montréal: Les Éditions Logiques.

2004b *Aide-moi à te parler! La communication parents-enfants.* Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

2004c *A Different Kind of Care. The Social Pediatrics Approach.* Montréal: McGill-Queen University Press.

2005 *Enfance blessée, sociétés appauvries*. Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

2009 Site Web officiel du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Document électronique, <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02Lexique.asp>, consulté le 20 février 2009.

Rhéaume, Jacques, Marianne Giguère, Julie Paquette, Denise Roy et Louise Tremblay

2005 *Action communautaire, empowerment et construction identitaire : ethnicité et pauvreté*. Rapport de recherche. Montréal: Publication du Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne.

*Marie-Ève Carle*  
*Doctorante*  
*Département d'anthropologie*  
*Université de Montréal*  
*marie-eve.carle@umontreal.ca*