



*La Maison Bleue*

*Comment nourrir la passion de soigner pour atteindre les objectifs de la loi 20.  
L'exemple d'une pratique clinique réussie en périnatalité et petite enfance.*

**Mémoire sur la première partie du projet de loi 20 : loi favorisant l'accès aux services  
de médecine de famille et de médecine spécialisée.  
Présenté à l'Assemblée Nationale le 25 mars 2015**

**Auteurs :**

Vania Jimenez  
Isabelle Brabant  
Amélie Sigouin



## Table des matières

1.	<b>Sommaire</b> .....	3
2.	<b>Contexte</b> .....	4
3.	<b>Proposition</b> .....	5
4.	<b>Le modèle de La Maison Bleue</b> .....	5
	<i>La genèse de la MB, et le recours à une OSBL</i> .....	5
	<i>Que propose La Maison Bleue?</i> .....	6
	<i>Quelle est la clientèle de La Maison Bleue?</i> .....	7
	<i>Effets sur l'offre de services de santé et services sociaux</i> .....	8
	<i>Effets sur la santé et le bien-être des familles et le développement de l'enfant</i> .....	8
	<i>Valeur économique : Coûts et efficacité de l'intervention</i> .....	9
5.	<b>La Maison Bleue et le Projet de loi 20</b> .....	11
	<i>Capacité et Productivité des médecins de famille dans le modèle de la Maison Bleue.</i> .....	11
6.	<b>Conclusion</b> .....	14
7.	<b>Bibliographie</b> .....	15
8.	<b>Annexe</b> .....	18
	<i>Synthèse du rapport de recherche</i>	

**Note** : Les auteures se sont appuyées sur le rapport de recherche :

Nathalie Dubois, Astrid Brousselle, Ghayda Hassan, Isabelle Laurin, Marc Lemire et Éric Tchouaket,

« Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue », 2015<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Voir la synthèse du rapport de recherche évaluative en annexe



## SOMMAIRE

Depuis 2007, dans le quartier Côte-des-Neiges, et depuis 2011 à Parc-Extension, La Maison Bleue a pour mission d'aider les familles vivant en contexte de vulnérabilité à accueillir leur bébé et à l'accompagner dans son développement. Elle offre des services de santé et psycho-sociaux intégrés, interdisciplinaires, intensifs, dans un environnement de proximité, à taille humaine. Une étude évaluative s'est avérée nécessaire face aux nombreuses demandes pour reproduire le projet dans d'autres quartiers et régions du Québec afin d'offrir des services mieux adaptés à une population que les services actuels peinent à rejoindre. L'étude arrive à ces constats :

- Le modèle de la Maison Bleue est efficace et efficient pour aider les familles vulnérables à accueillir leur bébé et à l'accompagner dans son développement.
- Son modèle d'intervention est novateur et répliquable, à condition de respecter les critères essentiels à son intégrité et à son arrimage avec le système public de santé.

Grâce à l'intégration des services, l'amélioration marquée de l'efficacité des médecins impliqués au sein de l'équipe et de l'accessibilité aux soins et services pour une population vulnérable rejoint complètement les objectifs de la future Loi 20. Forte de ces conclusions, La Maison Bleue s'engage résolument dans le déploiement d'un réseau à Montréal d'abord, puis à la grandeur du Québec. Notre plan de développement s'arrime avec la réorganisation du système de santé et propose une solution concrète pour répondre aux besoins de la clientèle vulnérable en périnatalité et petite enfance, en respectant les objectifs de la future Loi 20.

Nous y sommes arrivés en laissant place à la passion de soigner.



## CONTEXTE

Cela fait plusieurs mois qu'on discute et débat du Projet de Loi 20. Des scénarios ont été soumis, de partout. Nous proposons aujourd'hui un scénario concret pour l'inscription, la prise en charge et le suivi d'une clientèle vulnérable en périnatalité et petite enfance.

- Nous voulons croire, et croyons, que la vision politique est celle de la préservation de l'universalité des soins et services. Dans le contexte du projet de loi 20, il y a une inquiétude et un souci général d'éviter le dérapage de la désaffiliation des médecins vers le privé lucratif. Ceci serait un désastre pour le système.
- Oui, il y a des problèmes d'accès aux services, surtout pour les plus vulnérables. À notre avis, un cadre pour réguler la pratique est désirable. La création des GMF/UMF est une amorce de cadre et nous rend optimistes. Mais à notre avis, ce n'est pas suffisant. Le problème d'accès à un médecin de famille accoucheur (qui après l'accouchement prendra soin de la famille) est encore criant. Des articles de presse en faisaient déjà état en 2012, un comité ministériel a été institué. Le problème est encore plus important pour les femmes vulnérables qui reçoivent trop souvent des services cloisonnés et sans continuité, alors que leurs besoins sont complexes et multiples.
- Les valeurs: D'abord, l'importance en médecine familiale de la relation patient-médecin. Ceci devrait rester une valeur sacrée, non sacrifiée à une solution chiffrée. Cependant, dans le paradigme de sa responsabilité sociale et populationnelle, le médecin doit également être partenaire de l'obligation du gouvernement d'assurer l'accès aux services de santé à tous les citoyens. La valeur en question ici est la justice distributive.
- Le mémoire de M. Damien Contandriopoulos, présenté devant cette Commission en février dernier, a trouvé un écho particulier chez nous. Après avoir fait état des déficiences actuelles du système, (accès en temps opportun, arrimage des services de première ligne aux services diagnostics et spécialisés, le financement), après avoir évoqué l'autonomie clinique, l'imputabilité et la régulation de la pratique médicale, M. Contandriopoulos propose des pistes de solution, dont plusieurs sont déjà mises en œuvre par la Maison Bleue. Au sujet des règlements prévus dans la loi 20, M. Contandriopoulos écrit : « Une quantité plus importante de soins n'est pas forcément associée à un meilleur état de santé de la population... Il est essentiel que l'intervention publique proposée dans le PL20 comprenne des dispositions visant à aider les médecins à faire de meilleurs choix... Sur le plan logique, si le processus de production est collectif, les cibles doivent alors être collectives et les équipes collectivement imputables de les atteindre. »

C'est exactement ce que propose le modèle de la Maison Bleue.



## PROPOSITION

Nous croyons que la majorité des médecins de famille est consciente de sa responsabilité sociale. Nous allons même jusqu'à avancer que même ceux qui ne le sont pas ont cette graine enfouie dans leur subconscient. Cette conscience est dans l'ADN des médecins. Il suffit de mettre une allumette et de rallumer le feu. Qu'est-ce qui rallume ce feu, et ce faisant, mobilise ? Qu'est-ce qui fait que la médecine est une profession et non un simple métier ?

**Notre réponse est la suivante : une pratique interdisciplinaire, dans un lieu chaleureux à taille humaine, gérée par une OSBL.** Bref le modèle de la Maison Bleue. Le rapport d'évaluation nous permet d'affirmer que chacun y donne le meilleur de lui-même, tout en satisfaisant amplement aux critères et quotas proposés dans le projet de loi 20.

La proposition de la Maison Bleue :

**Pour répondre aux objectifs du PL20, les familles vivant en contexte de vulnérabilité devraient être suivies par une Maison Bleue, elle-même en GMF et en partenariat avec un CISSS ou un CIUSSS, avec une sage-femme, un travailleur social, une infirmière et un éducateur spécialisé durant la période – 9 mois jusqu'à 5 ans. Le tout géré par une OSBL. Selon la recherche évaluative, c'est le modèle dans son intégralité qui fonctionne. Qui sauve des coûts dans l'immédiat et surtout, dans le futur. Qui rendrait le système plus efficace, avec accessibilité pour tous, en particulier pour les jeunes familles vulnérables.**

**L'équipe de l'OSBL est prête à déployer ce modèle à Montréal, puis dans tout le Québec.**

## LE MODÈLE DE LA MAISON BLEUE

### ***LA GENÈSE DE LA MAISON BLEUE, ET LE RECOURS À UNE OSBL***

À partir de la frustration de notre groupe de médecins de famille accoucheurs qui avaient l'impression de ne pas avoir un impact réel sur la vie des familles vulnérables que nous servions, nous avons fait un constat d'échec : l'interdisciplinarité tant souhaitée entre médecins et autres professionnels et la collectivisation de la responsabilité pour une population spécifique très vulnérable, n'étaient, pour le dire simplement, pas réussies dans le système actuel, tel que nous l'expérimentions.

Nous nous sommes donc servis du privé non lucratif pour faire fonctionner ces services publics auxquels nous tenons mordicus, et insuffler de l'oxygène dans des services que nous trouvions à la fois sclérosés, pas toujours centrés sur les besoins des patients et ne rejoignant pas de façon adéquate les plus vulnérables parmi les familles visées.



Nous nous sommes basés sur La Politique de périnatalité du MSSS, les données probantes en épigénétique, (dont les travaux de Michael Meaney) et sur l'importance de l'interdisciplinarité intégrée<sup>2</sup>

### L'histoire de la Maison Bleue



### QUE PROPOSE LA MAISON BLEUE?

La Maison Bleue offre des services en périnatalité et petite enfance aux familles vivant en contexte de vulnérabilité : un accès à un médecin et une sage-femme ainsi qu'une prise en charge globale et intégrée de la santé physique et psychosociale des femmes et familles (enfant à naître, fratrie et autres membres de la famille). L'équipe offre une intervention préventive, adaptée aux besoins des familles, dans la continuité, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans.

Le suivi est partagé et soutenu par une équipe multidisciplinaire composée de médecin, sage-femme, infirmière, travailleur social, psychoéducateur et éducateur spécialisé. Au quotidien, les intervenants pratiquent en interdisciplinarité, dans une approche ancrée dans le portage et l'*empowerment* des familles, deux fondements du modèle.

Depuis la fondation de la Maison Bleue, les services qui y sont dispensés sont intégrés et fournis entièrement par le système de santé public, dans un environnement à taille humaine. Ne se substituant pas au système

<sup>2</sup> Voir la bibliographie



public, les services rejoignent une population que le système peine à rejoindre et à retenir. Cependant, ces services sont gérés par une OSBL, que nous appelons « la coquille », qui finance les immobilisations, le secrétariat, la coordination et la direction.

### **COMMENT LA MAISON BLEUE RÉUSSIT-ELLE À CONCRÉTISER SON PROJET?**

Cinq éléments constituent le cœur du modèle d'intervention de la Maison Bleue.

- La structure hybride, produit d'un arrimage entre trois entités : l'organisme sans but lucratif (OSBL), un CSSS et un GMF, ce qui permet de compter sur une équipe de professionnels et intervenants issue du système public ainsi qu'une équipe de gestion indépendante employée par l'OSBL. Cette structure hybride permet d'aller chercher la liberté d'action et la flexibilité qu'un CSSS ne peut donner, aux dires mêmes de gestionnaires du CSSS.
- Un fonctionnement organisationnel bien structuré mais souple, grâce à la composante OSBL. Les gestionnaires priorisent la planification des services en réponse aux besoins formulés par les familles. Les services médicaux et professionnels sont fréquents et soutenus : chaque semaine la Maison Bleue offre des consultations médicales, des suivis individuels, des rencontres de groupe quotidiennes, des activités parents-enfants, sans compter les « sans rendez-vous ».
- L'engagement et la stabilité des ressources humaines investies. Au-delà des compétences et des qualités personnelles, les professionnels démontrent une capacité d'adaptation élevée et une ouverture à une définition non traditionnelle des rôles et tâches. L'équipe de gestion de la composante OSBL assure la qualité de l'intervention interdisciplinaire, le soutien à l'équipe, la formation continue et l'organisation des ressources bénévoles et stagiaires, dans le cadre d'une gestion participative.
- Le processus d'évaluation et d'accueil des familles. Les références viennent de sources multiples, tant institutionnelles, communautaires que des familles elles-mêmes. La porte d'entrée est la grossesse et les demandes sont évaluées par l'équipe selon une grille de critères de vulnérabilité.
- L'identification des partenaires avec qui l'organisation collabore dans le cadre de ses interventions et l'établissement de passerelles de références pour les familles.

### **QUELLE EST LA CLIENTÈLE DE LA MAISON BLEUE?**

La Maison Bleue dessert des familles qui présentent de multiples facteurs de vulnérabilité, dont la violence conjugale, l'isolement, les problèmes liés au processus migratoire, l'implication de la DPJ, la toxicomanie, les problèmes de santé mentale, une situation économique précaire, la présence d'un autre enfant en difficulté, la jeunesse des parents, etc.

***EFFETS SUR L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX***

Par sa présence, La Maison Bleue a diversifié et facilité l'offre de services préventifs en périnatalité et en petite enfance sur le territoire d'un CSSS par :

- L'offre de sites de consultation externes à un CSSS d'un type nouveau, dans un environnement physique à dimension humaine, plus convivial que la structure institutionnelle classique.
- La réduction des délais associés à la consultation d'un médecin et à la réponse aux besoins urgents, ce qui permet d'identifier les problèmes plus rapidement et de démarrer une prise en charge visant une résolution du problème par l'adoption d'une solution convenue avec la famille.
- L'optimisation de la participation des médecins du GMF. Ainsi, on réduit la nécessité de recourir aux médecins spécialistes, par exemple pour les suivis de grossesse à bas risque, favorisant du même coup une meilleure utilisation des ressources médicales.
- L'intégration des sages-femmes à l'offre de services en périnatalité auprès de la population vulnérable. Le suivi conjoint sage-femme/médecin permet l'accès aux services d'une sage-femme, alors qu'au Québec, la demande dépasse largement les possibilités d'obtenir un suivi. À la Maison Bleue, 9,5 % des femmes ont choisi d'accoucher avec une sage-femme, une proportion supérieure à celle observée pour la population générale (2 % selon l'OSFQ 2010)
- La création de passerelles facilitant les références aux services spécialisés pour la prise en charge des familles (ex : service de santé mentale du CSSS, hôpital, DPJ, etc.)
- L'amélioration des compétences et l'engagement des intervenants. L'adhésion à *l'empowerment* et au portage comme fondements de la pratique crée au sein de l'équipe un cadre de travail favorisant un climat d'entraide et de reconnaissance des forces de chacun. L'innovation est également assurée par le dynamisme du milieu de formation et de stage que constitue La Maison Bleue.

***EFFETS SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES FAMILLES ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT***

La recherche évaluative a démontré que la Maison Bleue avait des effets sur le développement de réseaux de soutien et d'entraide, ainsi que sur l'expérience de grossesse, d'accouchement et de parentalité, grâce à :

- Un suivi adapté et intensif touchant à la fois la santé physique et psychosociale.
- Une continuité de services à long terme grâce à la composante GMF.
- Une pratique interdisciplinaire et la stabilité du personnel qui favorisent la continuité des services et la rétention des familles.
- La précocité de l'intervention : la grossesse constitue un moment privilégié pour accueillir les familles, alors qu'elles recherchent un suivi prénatal et des ressources autour de la venue du bébé.
- La durée du suivi, généralement proportionnelle au degré de vulnérabilité des familles.
- La mobilisation de diverses stratégies dont l'offre d'une panoplie d'activités de stimulation et de services psychosociaux.



Le modèle d'intervention de La Maison Bleue vise la consolidation du lien affectif parent-enfant. Les femmes affirment mieux apprécier les forces et qualités de leur enfant, avoir amélioré leur relation avec lui et se sentir mieux outillées pour en prendre soin.

Chez les familles suivies à La Maison Bleue:

- La proportion des bébés de petit poids à la naissance est de 3,9 % contre 5.7% pour le Québec
- Les naissances prématurées comptent pour 5.7% contre 6,3% pour le Québec
- Le taux d'allaitement est de 94,9 % à la sortie de l'hôpital, contre 82,8 % au Québec (2010).
- Près de 60% des enfants bénéficient d'un suivi à la Maison Bleue au-delà de l'âge de 2 ans, ce qui permet de dépister et d'atténuer des difficultés ou retards potentiels plus tôt, avant leur entrée à l'école.

#### ***VALEUR ÉCONOMIQUE : COÛTS ET EFFICIENCE DE L'INTERVENTION***

L'étude montre que la Maison Bleue est un modèle efficient de périnatalité sociale par son large spectre d'effets sur tous les membres de la famille, son modèle de pratique qui repose sur le principe de subsidiarité et par les économies anticipées reliées aux effets positifs qui découlent de son intervention préventive et précoce. Même si, du fait du caractère unique du programme et de la particularité de la clientèle visée des comparaisons sont impossibles, il semble raisonnable de dire que le modèle de la Maison Bleue pourrait engendrer des économies substantielles en petite enfance et sur le long terme.

L'équipe de l'OSBL est prête à déployer ce modèle à Montréal, puis dans tout le Québec. Le lecteur trouvera en annexe la synthèse de cette recherche, incluant l'intérêt du déploiement de ce modèle d'intervention, et les critères de répliquabilité.



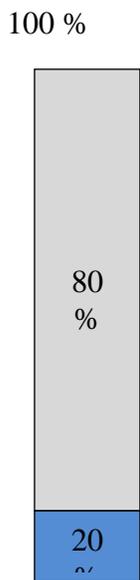
## L'impact de la Maison Bleue est significatif



	La Maison Bleue ...	Exemple
Santé et bien-être	A un impact quantifiable positif sur la santé et le bien-être des familles vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moyenne des bébés de petit poids inférieure à la moyenne québécoise - 3,9% (MB) vs 5,7% (Qc)</li> <li>Moyenne des naissances prématurées inférieure à la moyenne québécoise - 6,3% (MB) vs 7,1% (Qc)</li> </ul>
Clientèle laissée pour compte	Rejoint et retient une clientèle peu desservie par les programmes existant	<ul style="list-style-type: none"> <li>Au moins 60% des femmes de la Maison Bleue ne se qualifient pas pour le programme SIPPE</li> <li>60% des enfants bénéficient d'un suivi à la Maison Bleue au-delà de l'âge de 2 ans</li> </ul>
Offre de services	Optimise les ressources existantes pour augmenter l'accessibilité et réduire les coûts	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 ETP médecin suit 1250 patients</li> <li>Intégration des sages-femmes dans l'offre de service: 100% suivi conjoint et 9,5% accouchements avec sage-femme vs 2% OFSQ 2010</li> </ul>

## La Maison Bleue permet à un CSSS de faire plus avec moins

- Financement public
- Financement privé



Une Maison Bleue coûte  
250 000\$/année

+

- ½ médecin
- 1 Sage-femme
- 1 Travailleuse sociale
- 1 éducateur spécialisé
- 1 infirmière
- ½ psychoéducatrice

**Bien que les comparaisons ne sont pas parfaites, une Maison Bleue fait plus d'interventions que d'autres programmes avec une clientèle similaire et dépasse les exigences de la Loi 20 (inscriptions médicales)**

**Modèle de  
Financement**



Doit être reproduit dans son intégralité



## LA MAISON BLEUE ET LE PROJET DE LOI 20

La Maison Bleue applique les principes de la pratique de l'obstétrique en médecine familiale en interdisciplinarité, élargissant la responsabilité du médecin à la famille et à la communauté, encourageant le principe de hiérarchisation, soit de garder en première ligne le suivi d'une femme enceinte sans risque obstétrical majeur et prenant en charge toute la famille. Avec une infirmière, une sage-femme, une travailleuse sociale, un éducateur et un psychoéducateur, ce médecin connaît la famille dont il s'occupe (de – 9 mois à son décès) mieux que quiconque et empêche des visites inutiles ailleurs.

### ***Capacité et Productivité des médecins de famille dans le modèle de la Maison Bleue.***

Il s'agit ici de la collectivisation de la responsabilité, médecins et autres professionnels ensemble.

La Maison Bleue a toujours été dans le système de santé. Les professionnels viennent du système de santé, sont encadrés par des ordres professionnels, reçoivent de la supervision clinique, de la formation continue et connaissent les programmes déjà existants.

#### 1- Spécificité des médecins :

À la Maison Bleue, le médecin fait de la médecine. Il est là pour suivre des grossesses psychosocialement vulnérables (et cela allant souvent ensemble médicalement problématiques), et pour soigner des personnes malades. La Maison Bleue étant un site d'un GMF/UMF, la femme enceinte vulnérable et toute sa famille sont inscrites à un MD de famille. Il n'y a aucune ambiguïté. Ce ne sont pas des spécialistes qui font le travail des



généralistes, qui eux-mêmes ne font pas le travail d'infirmières ou de travailleurs sociaux ou de travailleurs de rue.

Tout en jouant leur rôle, vu la complexité des cas, les médecins discutent des cas en interdisciplinarité avec toute l'équipe. Chaque clinique est précédée d'une courte réunion d'équipe. S'il en était autrement, rapidement les médecins se sentiraient utilisés par le reste de l'équipe comme de simples technologues.

2- La capitation (évoquée par M. Damien Contandriopoulos dans son mémoire).

La Maison Bleue applique une forme de « capitation » en ce que :

- a. Elle fait partie d'un GMF et doit rendre des comptes en termes de patients inscrits.
- b. Pour avoir sa subvention annuelle, qui constitue, pour le moment, un financement partiel de l'OSBL, la Maison Bleue a un contrat clair avec un CSSS et rend des comptes à ce CSSS.

Sans en être une, c'est une amorce de capitation : nombre et assiduité, imputabilité au GMF et entente avec un CSSS, portée par l'équipe et l'OSBL. M. Contandriopoulos posait la question de l'incitatif aux médecins pour la capitation. Nous proposons qu'à la Maison Bleue, indirectement, c'est l'existence même de la « coquille » (l'OSBL et son style de gestion de l'équipe) qui est une forme de capitation. Les professionnels savent que pour que « la coquille » continue à exister, ils n'ont de choix que d'arriver à des chiffres préétablis. C'est une forme d'imputabilité systémique, acceptée dans l'entente de service avec le CSSS. Si l'OSBL gère mal, ou n'arrive pas aux quotas établis pour les médecins et les autres professionnels avec le CSSS, son existence est en péril. C'est elle qui se porte ainsi garante du respect de l'entente, révisée systématiquement aux trois ans par les trois parties : OSBL, CSSS et GMF.

L'OSBL existe financièrement par un montage comprenant :

- a. des levées de fond (fondations, compagnies privées, individus)
- b. une subvention de base du CSSS

Cette gestion privée sans but lucratif est tout à la fois l'incitatif pour les médecins et le reste de l'équipe, l'oxygène et l'espace de liberté et de créativité, libérant chacun des contraintes bureaucratiques parfois lourdes qui démotivent les équipes et les sclérosent.

3- Résultats :

À la Maison Bleue nous avons déjà un nombre de dossiers actifs qui répond aux exigences projetées de la loi 20. Avec moins de 1 ETP (Équivalent Temps Plein) MD, 160 femmes y sont suivies (et accouchées soit à l'hôpital, soit à la Maison de Naissances), 1251 dossiers sont actifs, (vulnérables non pondérés). Selon le dernier rapport d'activités, 2157 cas ont déjà été suivis depuis l'ouverture, (dont certains ont été transférés au GMF, lorsqu'ils sortent des critères de vulnérabilité pour un suivi à la Maison Bleue. Nous n'arrivons à ces chiffres que dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire grâce à la subsidiarité dont fait état le rapport de recherche.



Pour la première fois, en plus de faire état des effets positifs<sup>3</sup>, une recherche évaluative donne des chiffres précis sur le coût exact de chaque intervention. Le suivi d'une famille pendant 18 mois incluant les services médicaux et professionnels (mais excluant l'accouchement), coûte en moyenne 1 736,5\$. Les coûts totaux de fonctionnement (immobilisations, gestion et secrétariat) d'une Maison Bleue sont estimés annuellement à environ 240 000\$.

La recherche a souligné une tendance qui, en termes de santé publique nous enchante. Par souci de rigueur, nous disons bien « tendance », puisqu'on ne peut à ce stade parler encore de signification statistique : les bébés de petits poids, et la prématurité :

- La proportion des bébés de petit poids à la naissance est de 3,9 % contre 5,7% pour le Québec
- Les naissances prématurées comptent pour 5,7% contre 6,3% pour le Québec.

#### 4- L'assiduité :

À la Maison Bleue, grâce à la présence d'une équipe multidisciplinaire qui fait partie d'un GMF, il n'y a aucun problème d'assiduité. Lorsque malade, tout le monde est soigné. L'assiduité d'équipe à la Maison Bleue est de 100%. Elle est vraie : on y inscrit et on y suit les familles. Comme les cibles et les quotas, cette assiduité est cependant calculée sur une équipe, pas sur un seul médecin.

On comprendra qu'il est nécessaire, lorsque la vulnérabilité est moindre de référer les familles au GMF principal, simple question de place. Il arrive souvent que, même si elles conservent leur médecin de famille, les familles ne veulent pas quitter la Maison Bleue, pour retourner dans le système général, nommément au GMF principal et ses services, auxquels elles ont droit. Leur isolement rompu, il arrive également que les familles proposent bénévolement leurs services à l'une ou l'autre des Maison Bleue (entretien, peinture, cuisine, accompagnement d'une autre famille).

---

<sup>3</sup> Voir la bibliographie et la synthèse de la recherche en annexe.



## CONCLUSION

Nous suggérons qu'une majorité des médecins de famille est consciente de sa responsabilité sociale. C'est dans l'ADN des médecins. La désintégration des services arrive souvent à éteindre les passions. Qu'est-ce qui la rallume ? Une pratique interdisciplinaire, dans un lieu chaleureux à taille humaine, géré par une OSBL. Hors d'une certaine lourdeur bureaucratique, la Maison Bleue fait que chacun (médecins et autres professionnels) donne le meilleur de lui-même.

Pour répandre cette passion de la responsabilité sociale à la Maison Bleue (site d'une UMF affiliée à l'Université McGill) nous comptons aussi sur la formation. En 2013, 53 stagiaires en médecine, étudiants, externes et résidents, de McGill et de l'Université de Montréal, sont passés par la Maison Bleue, bénéficiant ainsi d'une expérience de formation interdisciplinaire transversale, ainsi que 19 stagiaires en santé et sciences sociales (infirmières, sages-femmes, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et psycho éducateurs).

La réforme vise à assurer un meilleur accès, et elle peut être un succès. Mais à une condition : il faut mobiliser les médecins, en cherchant ce qui rallume leur flamme, en les considérant comme faisant partie de la solution, non comme le problème. Pour nous, les médecins des Maison Bleue, ce fut la grossesse vulnérable. Rappelons que nous ne faisons cela qu'à temps partiel chacun. Le reste du temps, portés par la flamme rallumée, nous nous occupons de clientèles plus générales au GMF/UMF.

D'autres populations vulnérables (itinérance, toxicomanie, gériatrie, problèmes de santé mentale) pourraient bénéficier de ce modèle.

Tout bon médecin, et tout autre professionnel de la santé et des services sociaux veut, a besoin, de se sentir utile. À la Maison Bleue, nous travaillons chaque jour à l'*empowerment* de la clientèle. Ce faisant nous avons réussi l'*empowerment* des médecins eux-mêmes et des autres professionnels.

On dit qu'on ne peut changer une personne. Mais on peut changer une culture. C'est notre proposition, sans coercition, pour le système de santé publique au Québec.



## BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2014). Des enfants qui naissent et se développent en santé CSSS de la Montagne. Chiffres clés. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Arama, D., & Bordeleau, L. (2005). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Recommandation du Comité de réflexion sur la notion d'intervenante privilégiée*. Longueuil : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Barker, D. J. P.(1997). "Foetal nutrition and cardiovascular disease in later life". *British Medical Bulletin*, v.53, # 1, pp.96-108.
- Bradley, R.H., Mundfrom, D.J., Whiteside, L., Casey, P.H. et al. (1994) "A factor analytic study of infant – Toddler and Early childhood version of the HOME Inventory Administred to White, Black and Hispanic American Parents of Children Born Preterm". *Child Development*, v.65 #3, pp. 880-88.
- Capuano, F. (1995) *Évaluation d'une intervention dans le milieu familial auprès de mères dont les enfants d'âge préscolaire sont anxieux et isolés*. Thèse de Doctorat. Université de Montréal.
- Clapperton, I., Kishchuk, N., & Legault, M.-J. (2012). *Portrait de l'accessibilité et de la continuité des services de maternité et des services de soins primaires pédiatriques (de 0 à 5 ans) pour la population de Montréal. Volet groupe de discussion auprès des professionnels et des gestionnaires de la santé*. Montréal: Secteur Tout-petits-Jeunes, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2012) Consultation réalisée dans le cadre du rapport d'appréciation de la performance des soins et services en périnatalité en petite enfance. La parole d'enfants 0-5 ans: regard sur les soins de santé et les services sociaux à travers leurs expériences. Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- Coutu, S., Tardif, G., & Pelletier, D. (2003). « Les problèmes de comportement chez les enfants d'âge préscolaire : quelques pistes pour l'évaluation, la prévention et l'intervention » dans N. Royer (Dir.), *Le monde du préscolaire*. Boucherville, Gaétan Morin, p. 168 à 170.
- Dubois, N., Brousselle, A., Hassan, G., Laurin I., Lemire, M., Tchouaket, É. « Évaluation de la mise en œuvre des effets de la valeur économique de la Maison Bleue. 148 pages
- Glazier, Richard H., Kopp, Alexander., Schultz, Susan., et al... ( 2012)All the interventions but few of the desired results: lessons on access to Primary care from Ontario's Patient enrolment Models. *Health care Quarterly*, 15(3), 17-21
- Jimenez, V. (2004) "Combining the biologic with the psychosocial: Why family physicians conducting research should be interested". *Canadian Family Physician*, Janvier 2004.
- Jimenez, V., Klein, M. C., Hivon, M., & Mason, C. (2010). A Mirage of Change : Family-Centered Maternity Care in Practice. *Birth. Issues in Perinatal Care*, 37, 160-167.



- Kramer, M., Meaney, M., et al (2013). **Maternal stress/distress, hormonal pathways and spontaneous preterm birth**, *Paediatr Perinat Epidemiol*, 27(3), 237-46.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21963914>
- Laurin, I., Samson, I., Lavoie, S., Durand, D., & Boucheron, L. (2009). Les Sommets sur la maturité scolaire. Document synthèse de la démarche effectuée en 2008-2009. Montréal : Secteur Tout-petits-Jeunes, Direction de santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal.
- Lepage, M.-C., & Schoonbroodt, C. (2005). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec: Direction régionale de la santé publique Agence de développement des réseaux locaux de santé et des services sociaux de la Capitale Nationale.
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. **The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, 6(3), 1-14.  
Récupéré de [http://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/1992/12000/Vulnerability\\_A\\_conceptual\\_model\\_applied\\_to.3.aspx](http://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/1992/12000/Vulnerability_A_conceptual_model_applied_to.3.aspx)
- Meaney, Michael Ferguson-Smith A. C. (2010). **Epigenetic regulation of the neural transcriptome: the meaning of the marks**, *Nat Neurosci*, 13(11), 1313-8.,
- Ministère de la Santé et des services sociaux (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des services sociaux (2010). *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012. Un projet porteur de vie*. Québec: Direction des services généraux, préhospitaliers et de traumatologie, Ministère de la Santé et des services sociaux
- Mintzberg, Henry (1979). *The structuring of organizations: a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, New Jersey; Prentice Hall
- Pineault, R et al (2008) Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population. Longueuil : Centre de recherche de l'hôpital Charles Lemoyne
- Paquin, C. (2006) Quelques caractéristiques des naissances 2004-2006. CSSS de la Montagne. Communication lors d'une réunion de travail du CSSS de la Montagne, février 2006.
- Qiu, A., Meaney, M. et al (2012). **Birth weight and gestation influence striatal morphology and motor response in normal six-year-old boys**, *NeuroImage*, 59(2), 1065-70.
- Rapport du coroner : Me Cathérine Rudel-Tessier « Causes et circonstances du décès de Raphaël Leclerc », janvier 2014, 19 pages
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27, 237-242.  
doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Rodriguez, C., & des Rivières-Pigeon, C. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care*, 7, 1-15.



Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.

Shonkoff, J. P., et Phillips, D. A. (2000). *From Neurons to Neighborhoods – The Science of Early Childhood Development*, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, IOM, Washington, D.C., National Academy Press, 588 p.

Shortell, S., Waters, T., Clarke, K., Budetti, P. (1998) Physicians as double agents. Maintaining trust in an era of Multiple Accountabilities. *JAMA* September 23/30\_Vol 280, No12

Sicotte, Champagne et Contandriopoulos (1998) La performance organisationnelle des systèmes publics de santé. *Ruptures*, 6(1), 34–46.



## ANNEXE

### *Document de synthèse de l'évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue*

16 mars 2015

Auteure du sommaire : Isabelle Brabant

Basé sur le rapport de recherche :

Nathalie Dubois, Astrid Brousselle, Ghayda Hassan, Isabelle Laurin, Marc Lemire et Éric Tchouaket, « Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue <sup>1</sup> », 2015



## Messages clés

La recherche demandée par la Maison Bleue en 2011 visait à répondre à des questions importantes pour sa pérennité et son développement. Son modèle de pratique est-il efficace? Quels en sont les éléments essentiels? Est-il possible de le reproduire? Cette étude apporte un éclairage sur les caractéristiques du modèle d'intervention de La Maison Bleue et de sa clientèle. Elle s'appuie sur un devis de type étude de cas et a utilisé différentes stratégies de collecte et d'analyse de données quantitatives et qualitatives. Trois principaux constats ressortent de l'étude :

### Efficacité

Par son modèle, la Maison Bleue réussit à accueillir et retenir dans ses services des femmes et familles vivant dans une situation de grande vulnérabilité, ce que le système actuel peine à accomplir. Elle offre des services en périnatalité et petite enfance adaptés aux besoins des familles, dans un lieu chaleureux, à échelle humaine. La précocité de l'intervention, le dépistage en continu, l'intensité, la globalité et la durée du suivi sont essentiels à l'efficacité du modèle de la Maison Bleue, ainsi que la cohésion de l'équipe et son engagement envers les fondements de l'intervention que sont le portage et l'*empowerment*.

### Efficience

Le mode d'intervention à la Maison Bleue réussit à concrétiser une pratique interdisciplinaire permettant une accessibilité accrue aux services de santé physique et psychosociale, une coordination fine d'un suivi global, continu et intensif en périnatalité et en petite enfance auprès de familles vulnérables. Le principe de subsidiarité mis en œuvre permet des gains d'efficience importants : l'intervention s'appuie sur une équipe multidisciplinaire incluant des médecins mais où un transfert de ressources peut s'opérer vers d'autres professionnels de la santé permettant ainsi une offre accrue de services à coût égal. Même si des comparaisons ne peuvent être faites vu le caractère unique du programme, il semble raisonnable de dire que le modèle de la Maison Bleue pourrait engendrer des économies substantielles en petite enfance et à long terme.

### Répliquabilité

La Maison Bleue apparaît comme un modèle d'intervention novateur et répliquable à certaines conditions. Ses caractéristiques incontournables incluent:

- Un lieu de petite taille situé au cœur du milieu de vie des familles
- Une structure hybride puisant dans les forces de l'OSBL, du GMF et du CSSS
- Une équipe expérimentée et engagée, travaillant en interdisciplinarité
- Une organisation souple de la prise en charge des familles
- Un financement récurrent et suffisant
- Un bon arrimage avec les organismes du territoire œuvrant en périnatalité et petite enfance

Vouloir créer d'autres Maisons Bleues impliquera, vraisemblablement de reproduire le modèle dans son intégralité incluant sa structure hybride et de financer autant les coûts d'investissements que les coûts de fonctionnement puisqu'ils sont indissociables de son efficacité.



---

## Synthèse

### Contexte

Depuis 2007, dans le quartier Côte-des-Neiges, et depuis 2011 à Parc-Extension, La Maison Bleue a pour mission d'aider les familles vivant en contexte de vulnérabilité à accueillir leur bébé et à l'accompagner dans son développement. Elle offre des services de santé et psycho-sociaux intégrés, interdisciplinaires, intensifs dans un environnement de proximité, à taille humaine. Une étude évaluative s'est avérée nécessaire face aux nombreuses demandes pour reproduire le projet dans d'autres quartiers et régions du Québec afin d'offrir des services mieux adaptés à une population que les services actuels peinent à rejoindre.

### Objectif

L'étude a comme objectifs principaux d'appréhender le modèle de la Maison Bleue, d'analyser sa mise en œuvre, d'évaluer les effets désirés par le modèle d'intervention et d'estimer sa valeur économique. De ce fait, l'étude permet d'étendre les connaissances relatives aux pratiques en périnatalité et petite enfance auprès de familles vulnérables et d'améliorer l'offre publique de services.

### Méthodologie

L'étude s'appuie sur un devis de type étude de cas et utilise diverses stratégies de collecte et d'analyse conçues pour : 1) examiner la mise en œuvre du modèle Maison Bleue, ses caractéristiques et sa clientèle; 2) évaluer les effets de l'intervention Maison Bleue par rapport aux objectifs visés; et 3) analyser sa valeur économique selon une analyse de type coût-conséquences. Les données quantitatives sont issues des banques de données administratives, de la banque de données I-CLSC et des documents administratifs et financiers. Les données qualitatives ont été collectées par l'entremise d'entrevues individuelles et de groupe réalisées auprès d'intervenants (professionnels, médecins et gestionnaires de La Maison Bleue et du CSSS), de partenaires ainsi que de femmes ayant fréquenté l'organisation entre janvier 2009 et mai 2013. Des questionnaires auto-administrés ont aussi été complétés par les intervenants de La Maison Bleue et des membres de l'équipe Enfance-Famille du CSSS.

### Résultats

#### 4.1 Évaluation de la mise en œuvre

##### *Que propose La Maison Bleue?*

La Maison Bleue offre des services en périnatalité et petite enfance aux familles vivant en contexte de vulnérabilité : un accès privilégié à un médecin et une prise en charge globale et intégrée de la santé physique et psychosociale des femmes et familles (enfant à naître, fratrie et autres membres de la famille). L'équipe offre une intervention préventive, adaptée aux besoins des familles, dans la continuité, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans. Le suivi est partagé et soutenu par une équipe multidisciplinaire composée de médecin, sage-femme, infirmière, travailleur social, psychoéducateur et éducateur spécialisé. Au quotidien, les intervenants pratiquent en interdisciplinarité, dans une approche ancrée dans le portage et l'*empowerment* des familles, deux fondements du modèle.



### *Comment La Maison Bleue réussit-elle à concrétiser son projet?*

Cinq éléments constituent le cœur du modèle d'intervention de la Maison Bleue.

- La structure hybride, produit d'un arrimage entre trois entités : l'organisme sans but lucratif (OSBL), le CSSS de la Montagne et le GMF Côte-des-Neiges, ce qui permet de compter sur une équipe de professionnels et intervenants issue du système public ainsi qu'une équipe de gestion indépendante employée par l'OSBL. Cette structure hybride permet d'aller chercher la liberté d'action et la flexibilité qu'un CSSS ne peut donner, aux dires mêmes de gestionnaires du CSSS.
- Un fonctionnement organisationnel bien structuré mais souple, grâce à la composante OSBL. Les gestionnaires priorisent la planification des services en réponse aux besoins formulés par les familles. Les services médicaux et professionnels sont fréquents et soutenus : chaque semaine la Maison Bleue offre des consultations médicales, des suivis individuels, des rencontres de groupe quotidiennes, des activités parents-enfants, sans compter les « sans rendez-vous ».
- L'engagement et la stabilité des ressources humaines investies. Au-delà des compétences et des qualités personnelles, les professionnels démontrent une capacité d'adaptation élevée et une ouverture à une définition non traditionnelle des rôles et tâches. L'équipe de gestion de la composante OSBL assure la qualité de l'intervention interdisciplinaire, le soutien à l'équipe, la formation continue et l'organisation des ressources bénévoles et stagiaires, dans le cadre d'une gestion participative.
- Le processus d'évaluation et d'accueil des familles. Les références viennent de sources multiples, tant institutionnelles, communautaires que des familles elles-mêmes. La porte d'entrée est la grossesse et les demandes sont évaluées par l'équipe selon une grille de critères de vulnérabilité.
- L'identification des partenaires avec qui l'organisation collabore dans le cadre de ses interventions et l'établissement de passerelles de références pour les familles.

### *Quelle est la clientèle de La Maison Bleue?*

La Maison Bleue dessert des familles qui présentent de multiples facteurs de vulnérabilité dont la violence conjugale, l'isolement, les problèmes liés au processus migratoire, l'implication de la DPJ, la toxicomanie, les problèmes de santé mentale, une situation économique précaire, la présence d'un autre enfant en difficulté, la jeunesse des parents, etc. Près de 60% des femmes de la Maison Bleue ont un niveau de scolarité équivalent ou plus élevé que le secondaire 5 et le quart ne vivent pas sous le seuil de faible revenu, ce qui les exclut du programme SIPPE parce qu'elles ne correspondent pas à ses critères d'admissibilité.

## **4.2 Évaluation des effets**

### *Effets sur l'offre de services de santé et services sociaux*

Par sa présence, La Maison Bleue a diversifié et facilité l'offre de services préventifs en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS par :

- L'offre de sites de consultation externes au CSSS d'un type nouveau, dans un environnement physique à dimension humaine, plus convivial que la structure institutionnelle classique.



- La réduction des délais associés à la consultation d'un médecin et à la réponse aux besoins urgents, ce qui permet d'identifier les problèmes plus rapidement et de démarrer une prise en charge visant une résolution du problème par l'adoption d'une solution convenue avec la famille.
- L'optimisation de la participation des médecins du GMF. Ainsi, on réduit la nécessité de recourir aux médecins spécialistes pour les suivis de grossesse à bas risque, favorisant du même coup une meilleure utilisation des ressources médicales.
- L'intégration des sages-femmes à l'offre de services en périnatalité auprès de la population vulnérable. Le suivi conjoint sage-femme/médecin permet l'accès aux services d'une sage-femme, alors qu'au Québec, la demande dépasse largement les possibilités d'obtenir un suivi. À la Maison Bleue, 9, 5 % des femmes ont choisi d'accoucher avec une sage-femme, une proportion supérieure à celle observée pour la population générale (2 % selon l'OSFQ 2010)
- La création de passerelles facilitant les références aux services spécialisés pour la prise en charge des familles (ex : service de santé mentale du CSSS, hôpital, DPJ, etc.)
- L'amélioration des compétences et l'engagement des intervenants. L'adhésion à l'*empowerment* et au portage comme fondements de la pratique crée au sein de l'équipe un cadre de travail favorisant un climat d'entraide et de reconnaissance des forces de chacun. L'innovation est également assurée par le dynamisme du milieu de formation et de stage que constitue La Maison Bleue.

#### *Effet sur le développement de réseaux de soutien et d'entraide*

La Maison Bleue met en place un ensemble d'actions concrètes dans le but d'améliorer les conditions de vie et diminuer l'impact de l'exclusion sur les familles et les enfants. Les rencontres de groupe réduisent l'isolement social et favorisent le développement de réseaux. L'accompagnement auprès de services gouvernementaux divers, dans les processus d'immigration, auprès d'organismes communautaires et la référence à des services professionnels externes et aux ressources du territoire (banque alimentaire, etc.) contribuent à réduire le stress et à faciliter le quotidien.

#### *Effets sur l'expérience de grossesse, d'accouchement et de parentalité*

La Maison Bleue améliore l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de la parentalité grâce à :

- Un suivi adapté et intensif touchant à la fois la santé physique et psychosociale.
- Une continuité de services à long terme grâce à la composante GMF. La pratique interdisciplinaire et la stabilité du personnel favorisent la rétention des familles et la continuité des services.
- La précocité de l'intervention : la grossesse constitue un moment privilégié pour accueillir les familles, alors qu'elles recherchent un suivi prénatal et des ressources autour de la venue du bébé.
- La durée du suivi, généralement proportionnelle au degré de vulnérabilité des familles. L'équipe veille à offrir une variété d'activités et à encourager une assiduité dans la participation. Tout au long du suivi, les interventions habituelles de vaccination, consultations médicales, activités de groupe sont autant d'occasions de dépistage et d'actions concertées avec les familles.



### *Effets sur le développement des habiletés parentales et le développement de l'enfant*

Le modèle d'intervention de La Maison Bleue vise la consolidation du lien affectif parent-enfant. Les intervenants mobilisent diverses stratégies dont l'encouragement à la proximité physique et psychologique avec le bébé, le soutien à l'allaitement et la création d'ateliers « parents-enfants ». Les femmes affirment mieux apprécier les forces et qualités de leur enfant, avoir amélioré leur relation avec lui et se sentir mieux outillées pour en prendre soin. La Maison Bleue contribue à l'amélioration de la santé de l'enfant tant à la naissance que durant son développement 0-5 ans, en offrant une panoplie d'activités de stimulation et de services psychosociaux.

Chez les familles suivies à La Maison Bleue:

La proportion des bébés de petit poids à la naissance est de 3,9 % contre 5,7% pour le Québec

Les naissances prématurées comptent pour 5,7% contre 6,3% pour le Québec

Le taux d'allaitement est de 94,9 % à la sortie de l'hôpital, contre 82,8 % au Québec (2010).

Près de 60% des enfants bénéficient d'un suivi à la Maison Bleue au-delà de l'âge de 2 ans, ce qui permet d'évaluer des difficultés ou retards potentiels plus tôt, avant leur entrée à l'école.

### **Évaluation de la valeur économique**

#### *Coûts et efficacité de l'intervention*

Le suivi d'une famille pendant 18 mois, incluant les services médicaux et professionnels (mais excluant l'accouchement), coûte en moyenne 1 736,50\$. Les coûts d'infrastructure (investissement, charges fixes et charges variables) sont estimés annuellement à environ 240 000\$.

L'étude montre que la Maison Bleue est un modèle efficace de périnatalité sociale par son large spectre d'effets sur tous les membres de la famille, son modèle de pratique qui repose sur le principe de subsidiarité et par les économies anticipées reliées aux effets positifs qui découlent de son intervention préventive et précoce. Même si des comparaisons sont impossibles du fait du caractère unique du programme et de la particularité de la clientèle visée, il semble raisonnable de dire que le modèle de la Maison Bleue pourrait engendrer des économies substantielles en petite enfance sur le long terme.

### **Discussion/conclusion**

#### *L'intérêt de la mise en œuvre du modèle d'intervention*

Les objectifs d'intervention de la Maison Bleue sont pertinents et réalistes, en forte convergence avec les orientations soutenues par le MSSS (2008), l'ASSS de Montréal (2010) et le CSBE (2012).

Son modèle d'intervention est robuste et se démarque par :

- l'intégration des médecins de famille du GMF qui assure l'accès à un médecin dès le premier trimestre de grossesse et tout au long de la vie de l'enfant par la suite.
- l'intégration des sages-femmes qui permet aux familles vulnérables de profiter de leur contribution dans la prévention, l'éducation et l'accompagnement, comme le recommande d'ailleurs le MSSS dans sa politique de périnatalité (2008-2018).
- la précocité de l'intervention auprès des femmes et de leur famille
- le travail en équipe interdisciplinaire



- L'intensité dans l'accompagnement et la création de liens significatifs avec les familles, ce qui permet une incidence positive sur leur trajectoire de vie et le développement des enfants.

L'étude permet de témoigner de la qualité opérationnelle du modèle d'intervention proposé par La Maison Bleue, de la diversité et de l'adéquation de son offre de services, de la valeur ajoutée de sa pratique interdisciplinaire et de l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé physique et psychosociale. Depuis son ouverture, 2 157 personnes ont bénéficié des services de la Maison Bleue et la demande augmente au fil des années, démontrant sa capacité à rejoindre ces populations vulnérables et à les retenir dans ses services. L'étude de la mise en œuvre a d'ailleurs permis d'apprécier la satisfaction des familles relativement à la qualité des relations interpersonnelles avec les intervenants de la Maison Bleue.

Pour sa part, l'équipe de gestion assure la coordination globale des services, participe au développement des compétences de l'équipe, à la pratique quotidienne de l'interdisciplinarité, au maintien des liens avec les différents partenaires clés, au recrutement et à la formation de la relève, en plus des activités habituelles d'entretien, fonctionnement, promotion et financement. Elle contribue de façon significative à la cohérence au sein de La Maison Bleue en favorisant entre autres une forte cohésion d'équipe, l'engagement et la stabilité des ressources humaines ainsi qu'une amélioration continue des pratiques. Enfin, la composante OSBL de la structure hybride permet de fines et multiples adaptations du modèle d'intervention pour accroître l'efficacité des services offerts aux familles.

#### Les critères de répliquabilité de La Maison Bleue

La Maison Bleue propose un modèle novateur qui peut être répliqué ailleurs en l'adaptant aux réalités locales et aux besoins spécifiques des populations ciblées. Toutefois, il importe d'en respecter l'intégrité car c'est le modèle dans son ensemble qui lui confère son efficacité. En voici les principaux éléments :

- Un lieu de petite taille situé au cœur du milieu de vie des familles
- Une structure hybride OSBL /système public de santé
- Une équipe de travail expérimentée et engagée, travaillant en interdisciplinarité
- Une organisation souple de la prise en charge des familles
- Un financement récurrent et suffisant
- Un bon arrimage avec les organismes du territoire œuvrant en périnatalité et petite enfance

Même si le système de santé au Québec est universel, des iniquités d'accès à la santé et aux soins de santé persistent. L'intervention Maison Bleue démontre sa capacité à rejoindre les femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité à un moment de leur vie qui aura des impacts importants sur la santé et le développement de leurs enfants.

Auteure du sommaire : Isabelle Brabant 16 mars 2015

Basé sur le rapport de recherche de Nathalie Dubois, Astrid Brousselle, Ghayda Hassan, Isabelle Laurin, Marc Lemire et Éric Tchouaket, « Évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue », 2015

