

L'ACCÈS À UN SUIVI MÉDICAL

Recherche et analyse : Elisabeth Martin, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Révision : Le comité de révision et la réviseure externe suivante :
Mylaine Breton, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke*

Quel est l'état de la situation au Québec ?

Au Québec, un enfant devrait rencontrer le médecin pour un rendez-vous de suivi au moins une dizaine de fois entre la naissance et l'âge de 5 ans. Cela ne comprend toutefois pas les visites dans une clinique sans rendez-vous ou à l'urgence si l'enfant est malade ou se blesse.



Le suivi médical d'un enfant s'effectue généralement lorsque l'enfant est âgé de 2, 4, 6, 9 et 18 mois. Il se fait ensuite tous les ans jusqu'à l'âge de 5 ans. De manière générale, lors de ces rendez-vous, le pédiatre ou le médecin de famille fait l'évaluation de ses cinq sens, de son état de santé et de son développement. Il donne aussi de nombreux conseils de prévention tant sur le plan alimentaire que de la sécurité.

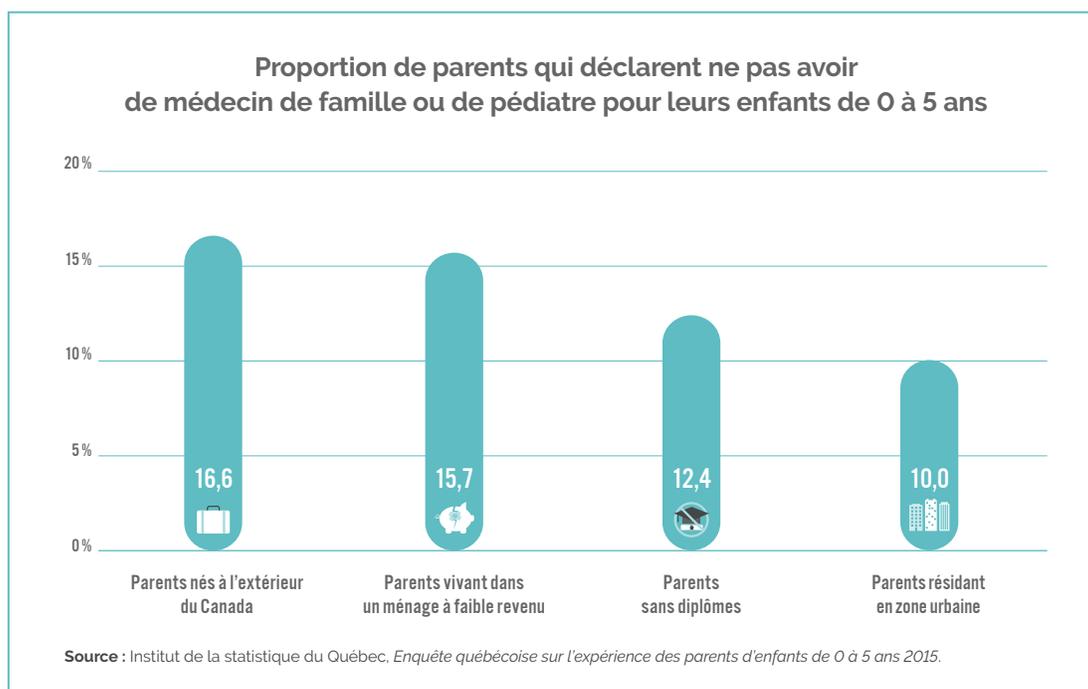
Ces rendez-vous sont donc indispensables pour sa vie future.

* Les membres du comité de révision sont présentés à la page 2 du Portrait.

En 2015, près de 1 parent sur 10 déclarait ne pas avoir de médecin de famille ou de pédiatre pour ses enfants de 0 à 5 ans¹⁵¹.

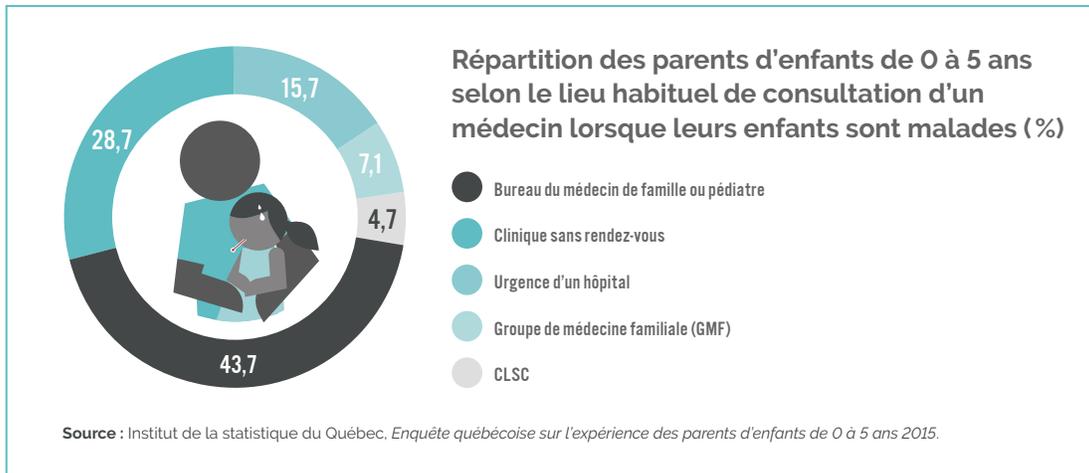


Cette situation touche davantage les familles immigrantes, sans diplôme, vivant en zone urbaine ou avec de faibles revenus.



Au Québec, la plupart des tout-petits ont droit à un suivi médical gratuit, à condition d'être assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ce n'est toutefois pas le cas de certains enfants issus de l'immigration. En effet, les tout-petits dont les parents ont un statut de résident temporaire ou sont en attente d'une décision concernant leur statut migratoire n'ont pas accès à des soins couverts par la RAMQ. À titre indicatif, en 2017-2018, 56 enfants sans carte de la RAMQ (carte soleil) se sont présentés à la clinique destinée aux migrants à statut précaire de Médecins du monde à Montréal. Parmi eux, 25 étaient nés au Québec¹⁵². En décembre 2020, la CAQ a déposé le projet de loi 83 visant à ce qu'un plus grand nombre d'enfants nés de parents au statut migratoire précaire et étant habituellement présents sur le territoire québécois puissent bénéficier d'une couverture d'assurance maladie et médicaments¹⁵³. Par contre, les femmes enceintes continueront de ne pas être couvertes.

LA CONSULTATION EN CAS DE MALADIE



Au Québec, en 2015,

- > **44 %** des parents voyaient habituellement à son bureau le médecin de famille ou le pédiatre de leurs enfants de 0 à 5 ans lorsqu'ils étaient malades ;
- > **29 %** se dirigeaient vers une clinique sans rendez-vous ;
- > environ **16 %** des parents se rendaient généralement à l'urgence d'un hôpital lorsque leurs enfants étaient malades, 7 % allaient dans un groupe de médecine familiale et près de **5 %** dans un CLSC¹⁵⁴.



40 % des parents d'enfants ayant un handicap ou une incapacité ont eu recours au réseau privé pour obtenir le rapport du professionnel exigé dans le cadre de la demande d'Allocation pour l'intégration d'un enfant handicapé, car ils ne parvenaient pas à avoir accès aux services dans le réseau public¹⁵⁵.

Quel est le lien entre l'accès à un suivi médical et le développement des tout-petits ?

Selon une étude américaine, le suivi médical permet de prévenir les maladies, les handicaps et les blessures chez les tout-petits¹⁵⁶. En effet, lors des rendez-vous de suivi, le professionnel de la santé vérifie la croissance de l'enfant (taille, poids, périmètre crânien), observe sa motricité et questionne les parents sur une foule de sujets (cinq sens, digestion, sommeil, jeu, apprentissage). Il peut aussi effectuer des tests de dépistage de l'anémie, des troubles de l'audition et de la tuberculose, entre autres¹⁵⁷.



Le professionnel s'assure aussi que les parents reçoivent l'information nécessaire concernant des enjeux de santé fréquemment rencontrés chez les tout-petits et que la vaccination de l'enfant est à jour¹⁵⁸. La continuité du suivi médical pendant la petite enfance et le respect du calendrier vaccinal favorisent d'ailleurs une meilleure immunisation contre les maladies infantiles¹⁵⁹.

Les rendez-vous médicaux pendant la petite enfance permettent également de faire un suivi plus serré du développement d'un tout-petit. Par exemple, le professionnel peut :

- évaluer ses habiletés physiques et mentales à faire les choses attendues pour son âge;
- évaluer la présence de retards de développement et de facteurs de risque de négligence ou de violence¹⁶⁰;
- diriger au besoin les parents vers un spécialiste, tel qu'un orthophoniste, un pédopsychologue ou un ergothérapeute pédiatrique.

Enfin, les enfants ayant un suivi médical adéquat auraient moins de difficulté d'accès aux services médicaux de première ligne lorsqu'ils sont blessés ou malades¹⁶¹.

Au contraire, les enfants avec un suivi médical absent, incomplet ou inadéquat se présentent plus souvent aux urgences et sont plus souvent hospitalisés.



Par exemple, les enfants dont le suivi médical est incomplet dans les 6 premiers mois de leur vie risquent davantage de se rendre plus tard à l'urgence en raison d'une infection respiratoire, d'une gastro-entérite ou d'asthme¹⁶².



Selon un rapport du Protecteur du citoyen publié en 2018, un enfant qui est exclu de la RAMQ ne reçoit pas les soins de santé de routine et de prévention dont il a besoin pour bien se développer. Sa santé pourrait aussi être mise en danger s'il ne reçoit pas les soins nécessaires en cas d'urgence¹⁶³. Des recherches ont démontré que les familles dont le statut d'immigration est précaire vivent généralement dans des conditions de vie difficiles : logements parfois insalubres, revenus faibles, conditions de travail difficiles. Les barrières d'accès aux soins de santé rendent d'ailleurs ces familles vulnérables encore plus vulnérables¹⁶⁴.

Quelles sont les principales politiques publiques en place au Québec ?

POLITIQUES	POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ Trois actions en particulier¹⁶⁵ : 1. Soutenir les travaux de la Table sectorielle mère-enfant des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) 2. Favoriser l'implantation, dans les groupes de médecine de famille (GMF), de services d'infirmières ou d'autres professionnels 3. Développer l'accès aux pédiatres pour soutenir les omnipraticiens	GUICHETS D'ACCÈS AUX MÉDECINS DE FAMILLE (GAMF)
GOUVERNEMENTS	Québec	Québec. Toutefois, chaque région sociosanitaire gère son GAMF selon ses propres critères ¹⁶⁶ .
OBJECTIFS	Favoriser la santé et le développement optimal de l'enfant, en prenant en considération l'entourage proche et éloigné de ce dernier ainsi que les facteurs influençant son bien-être ¹⁶⁷ . Sous-objectif : Assurer à tous les parents l'accessibilité aux soins médicaux pour leur enfant, au moyen d'une organisation de services favorisant le suivi par les services de première ligne avec le soutien des pédiatres ¹⁶⁸ .	Améliorer l'accès à un médecin de famille pour l'ensemble de la population, mais plus particulièrement pour les individus ayant les plus grands besoins, en centralisant les demandes et la recherche de médecins de famille dans tout le Québec ¹⁶⁹ .
CRÉATION ET MISES À JOUR	La politique a été en vigueur de 2008 à 2018 ¹⁷⁰ . La politique de périnatalité est présentement dans une phase de mise à jour.	Les GAMF ont été créés en 2008 et sont toujours actifs ¹⁷¹ .
PORTÉE	La politique s'adresse à l'ensemble des tout-petits et de leur famille, mais prévoit certaines mesures particulières adaptées au contexte de vulnérabilité, notamment pour les régions nordiques, les réalités ethnoculturelles et les situations particulières touchant certaines familles ¹⁷² .	Les GAMF sont ouverts à l'ensemble de la population assurée par la RAMQ, mais certains groupes de patients sont jugés prioritaires ¹⁷³ . Entre autres, une priorité est accordée aux enfants de 0 à 2 ans ¹⁷⁴ .



La pédiatrie sociale en communauté est un modèle de médecine centrée sur les besoins des enfants (0 à 20 ans) et de leur famille. Elle vise à dépister, à réduire ou à éliminer les « stresseurs » qui compromettent le développement et le bien-être de l'enfant. Le soutien au déploiement du réseau québécois de centres de pédiatrie sociale en communauté est sous la responsabilité du ministère de la Famille.

Une recherche menée de 2011 à 2014 dans cinq régions du Québec montre que la pédiatrie sociale en communauté facilite l'accès à des diagnostics et à des services de santé. Elle montre aussi que les centres de pédiatrie sociale se distinguent d'autres organisations par le fait qu'ils intègrent dans un même lieu des services médicaux, spécialisés, psychosociaux et parfois juridiques.

Cela permet une approche de santé globale qui répond aux besoins des enfants et des familles¹⁷⁵.

Une autre recherche montre que bien que leurs tâches puissent être différentes selon le milieu de pratique, les infirmières œuvrant en pédiatrie sociale se chargent généralement de la première évaluation de l'enfant et réalisent certains éléments du suivi pédiatrique comme le dépistage, la prévention et la promotion de la santé¹⁷⁶.



À quel point ces politiques publiques sont-elles efficaces ?

Selon les études scientifiques, un suivi médical rigoureux chez les tout-petits a plusieurs bienfaits¹⁷⁷. Toutefois, nous disposons de très peu de données pour déterminer si les politiques publiques québécoises mises en place pour favoriser l'accès à un suivi médical chez les tout-petits ont atteint leurs objectifs.

Du côté des guichets d'accès aux médecins de famille, certaines analyses se sont penchées sur l'efficacité de leur mise en place. Du 31 mars 2017 au 31 décembre 2019, le nombre de personnes sur la liste d'attente du GAMF serait passé de 423 215 à 597 484¹⁷⁸.



La vérificatrice générale du Québec constate d'ailleurs, dans le tome d'octobre 2020 de son rapport 2020-2021, que parmi les

597 484
personnes
en attente,



185 237 étaient considérées
comme **vulnérables**, une catégorie
qui inclut les **femmes enceintes**
et les **enfants de 0 à 2 ans**.

Le nombre de personnes considérées comme vulnérables est passé de **106 820** à **185 237**, soit une **augmentation de 73 %**. Le délai d'attente pour les personnes considérées comme vulnérables est passé de **237** à **367 jours**. Pour cette clientèle, **le délai souhaité est d'au maximum 3 semaines**¹⁷⁹.

Toutefois, puisque chaque région sociosanitaire gère son GAMF selon ses propres critères, l'accès à un médecin de famille pouvait varier selon les territoires¹⁸⁰.

L'évaluation de la performance des guichets d'accès aux médecins ne permet pas de savoir si le programme facilite l'accès à un médecin de famille pour les tout-petits.

Cependant, une étude révèle que les enfants de 0 à 17 ans auraient 61 % plus de chance de se voir attribuer un médecin plus rapidement qu'un adulte en santé.



Ce délai d'attribution plus rapide peut s'expliquer par le fait que les enfants ont une cote de priorité plus élevée qu'un adulte en santé¹⁸¹.

Comment pourrions-nous faire mieux ?

La collaboration entre les différentes disciplines de la santé et entre les professionnels est une approche qui permet de faciliter l'accès à un suivi médical pour les tout-petits. Différentes administrations ailleurs dans le monde ont notamment adopté cette stratégie.



Ontario

Dans le cadre du programme *Bébés en santé, enfants en santé*, des infirmières réalisent un suivi médical à domicile auprès des enfants de 6 ans ou moins¹⁸². Les familles jugées vulnérables ont droit à plus de temps et de ressources¹⁸³.



Australie

Le Service de santé maternelle et infantile est universel et gratuit. Les infirmières sont responsables de faire la promotion de la santé, la prévention et le dépistage des maladies chez les enfants, de la naissance à 3 ans et demi¹⁸⁴.



Suède

Le Programme de santé infantile est mené en collaboration avec des infirmières spécialisées en santé publique et des omnipraticiens. Les infirmières offrent du soutien et de l'information aux parents et surveillent l'état de santé des enfants¹⁸⁵.



États-Unis

Le programme *Healthy Steps* intègre un professionnel spécialiste du développement de l'enfant dans le suivi pédiatrique. Il peut s'agir d'une infirmière, d'un travailleur social, d'un éducateur spécialisé ou d'un psychologue¹⁸⁶. L'évaluation du programme américain a démontré que ce type d'initiative a des bienfaits sur la santé des tout-petits, leur nutrition et leur littératie, de même que sur les pratiques parentales. De plus, la participation au programme augmente les chances que l'enfant se présente aux visites de suivi recommandées et qu'il reçoive les vaccins et les tests de dépistage au bon moment¹⁸⁷.

Selon les experts ayant collaboré à la réalisation de ce Portrait, de tels programmes ou des équivalents existent au Québec en 2020, mais les ressources humaines sont parfois insuffisantes pour qu'ils soient déployés à l'échelle de toute la province.

Les conditions d'emploi des parents peuvent aussi permettre de faciliter le suivi médical des tout-petits. En effet, avoir un horaire flexible qui permet de s'absenter est associé à un meilleur suivi médical de l'enfant¹⁸⁸.



Le chapitre sur la **conciliation famille-travail-études** aborde la situation au Québec et des modèles ailleurs dans le monde qui pourraient nous inspirer.



Dans son rapport publié en 2018, le Protecteur du citoyen recommandait à la RAMQ de revoir son interprétation de la *Loi sur l'assurance maladie* et de son règlement d'application pour qu'un enfant soit considéré comme admissible s'il :

- est né au Québec ;
- y demeure de façon habituelle ;
- y est présent plus de 183 jours par année civile¹⁸⁹.

En décembre 2020, la CAQ a déposé le projet de loi 83 visant à ce qu'un plus grand nombre d'enfants nés de parents au statut migratoire précaire et étant habituellement présents sur le territoire québécois puissent bénéficier d'une couverture d'assurance maladie et médicaments. Le projet de loi est actuellement à l'étude.

