



Programmes de visites à domicile et leur impact sur les jeunes enfants

CRAIG ZERCHER, MA

DONNA SPIKER, Ph. D.

SRI International Center for Education and Human Services, ÉTATS-UNIS

(Publication sur Internet le 4 octobre 2004)

Thème

Visites à domicile (prénatales et postnatales)

Introduction

L'environnement familial constitue le contexte principal du développement des bébés et des jeunes enfants. Dans cet environnement, les personnes qui prennent soin de l'enfant l'éduquent, le supervisent et permettent des interactions avec le monde social et physique dont le bébé et le jeune enfant ont besoin pour grandir et bien se développer. Plusieurs facteurs peuvent influencer la capacité des personnes qui prennent soin de l'enfant à répondre à ces besoins de base. L'âge et la maturité de ces personnes, leur santé mentale et physique, leur niveau de scolarité et leur statut économique façonneront l'environnement de l'enfant. Parfois, la santé ou le développement de l'enfant représente un défi – par exemple quand l'enfant a des problèmes de santé sérieux ou une histoire de naissance compromise (comme un petit poids à la naissance) ou un retard ou encore un handicap développemental. Les programmes de visites à domicile sont conçus et mis en place afin d'aider les familles à procurer un environnement qui favorise la croissance et le développement sains de leurs enfants. Les programmes peuvent cibler les familles et les personnes qui prennent soin de l'enfant et qui sont particulièrement défavorisées lorsqu'il s'agit de mettre en place et de maintenir un tel environnement. Ils peuvent aussi se centrer sur les familles dans lesquelles l'enfant est plus vulnérable que l'enfant normal à cause de questions de santé ou de développement.

Sujet

Les visites à domicile sont un type de modèle de prestation de service qui peut être utilisé pour procurer plusieurs sortes d'interventions différentes aux participants ciblés.¹ Les programmes de visites à domicile peuvent varier considérablement en matière d'objectifs, de clients, d'intervenants, d'activités, d'horaires et de structures administratives. Cependant, ils ont plusieurs éléments en commun. Les programmes de visites à domicile fournissent des services structurés : 1) dans un environnement familial; 2) par un intervenant formé; 3) dans le but de modifier les connaissances, les croyances et les comportements des enfants, des personnes qui prennent soin d'eux ou des autres personnes dans l'environnement de soins et de procurer du soutien parental.²

Les visites à domicile sont structurées de façon à fournir une uniformité d'un participant à l'autre, d'un intervenant à l'autre et d'une visite à l'autre afin de relier les pratiques des programmes avec les résultats escomptés. Un protocole de visite, un curriculum formel, un plan de service individualisé ou un cadre théorique particulier peuvent constituer la base des activités qui se produisent pendant les visites à domicile. Les services sont dispensés dans l'espace de vie de la famille participante, avec ses routines et ses activités quotidiennes actuelles. Les intervenants peuvent posséder des titres de compétence ou être des professionnels certifiés, des para professionnels ou des bénévoles, mais en général, ils ont reçu une formation sur les méthodes et sur les contenus du programme afin de pouvoir agir comme personne ressource auprès des personnes qui prennent soin de l'enfant.³ Enfin, les programmes de visites à domicile tentent de créer des changements chez les familles participantes – dans leur compréhension (croyances sur la façon d'éduquer un enfant, connaissances sur le développement de l'enfant) et dans les actions (leur façon d'interagir avec l'enfant ou de structurer l'environnement – ou chez l'enfant (changement en matière de rythme de développement, d'état de santé, etc.). Les visites à domicile peuvent aussi être utilisées comme une façon de gérer les cas, d'orienter les familles vers des services communautaires ou d'apporter de l'information aux parents ou aux personnes qui prennent soin des enfants pour soutenir leur capacité à procurer un environnement familial positif aux enfants.⁴

Problèmes

Les données sur l'efficacité des programmes de visites à domicile s'accumulent depuis les 20 dernières années. Plusieurs projets de visites à domicile à grande échelle ont eu recours à des devis aléatoires, avec des sources de données et des mesures de résultats multiples ainsi qu'un suivi longitudinal. Ces études ont généralement permis de découvrir que les programmes de visites à domicile produisent une variété limitée d'effets considérables et que ces effets sont souvent de faible ampleur.^{5,6} Cependant, des analyses détaillées révèlent parfois des effets importants.⁷ Par exemple, certains sous-groupes de participants peuvent ressentir des résultats positifs à long terme sur des variables particulières.^{8,9} Ces résultats, ainsi que d'autres, suggèrent que lorsque l'on évalue l'efficacité de programmes de visites à domicile, il est important d'inclure des mesures multiples de résultats des enfants et des familles à différents moments dans le temps et de recueillir suffisamment d'information sur les participants pour permettre l'analyse des effets du programme sur les différents types de sous-groupes.

Les autres difficultés à considérer lorsque l'on procède à des recherches ou à l'évaluation des recherches dans ce domaine sont : d'assurer l'équivalence des groupes témoins et expérimentaux dans les essais aléatoires,¹⁰ de contrôler l'attrition des participants (qui peut affecter la validité des résultats en réduisant l'équivalence des groupes) et les visites manquées (qui peuvent affecter la validité en diminuant l'intensité du programme),¹¹ de documenter le fait que le programme a été complètement et fidèlement mis en place et de déterminer si les théories de changement du programme relient de façon logique les activités du programme aux résultats escomptés.

Contexte de la recherche

Comme les programmes de visites à domicile ont différents buts et contenus, la recherche sur leur efficacité doit être adaptée aux objectifs particuliers des programmes, aux

pratiques et aux participants. En général, les programmes de visites à domicile peuvent être regroupés ainsi : ceux qui cherchent à atteindre des résultats en matière de santé physique et médicale et ceux qui visent les résultats sur l'interaction parent-enfant. La population visée peut être identifiée au niveau de la personne qui prend soin de l'enfant (par exemple les mères adolescentes, les familles à faibles revenus) ou de l'enfant (par exemple les enfants handicapés). Certains programmes peuvent avoir des objectifs larges et variés, comme l'amélioration de la santé prénatale et périnatale, de la nutrition, de la sécurité et du parentage. D'autres programmes peuvent avoir des objectifs plus précis, comme de réduire l'incidence des abus et de la négligence envers les enfants. Les résultats des programmes peuvent être axés sur les adultes ou sur les enfants; les intervenants citent souvent des objectifs multiples (par exemple, améliorer le développement de l'enfant, le soutien socio-affectif offert par les parents ou la scolarisation des parents).¹² Les chercheurs doivent s'assurer d'identifier les résultats visés par le programme ainsi que les résultats potentiels non ciblés. Le modèle de programme doit aussi être compris afin que sa mise en place puisse être mesurée avec exactitude.¹³ La tendance récente dans la recherche sur les programmes de visites à domicile efficaces est d'essayer de découvrir « l'ingrédient actif » en analysant l'engagement parental.^{14,15}

Questions clés pour la recherche

Les questions clés pour la recherche sur les programmes de visites à domicile comprennent les suivantes : 1) À quel point le programme atteint-il ses buts et objectifs déclarés pour ce qui est des familles et des enfants qui y participent? 2) Le programme modifie-t-il l'incidence et le nombre de cas de la condition ciblée dans la communauté? 3) Peut-on identifier et reproduire les éléments efficaces du programme? 4) Quels facteurs influencent la participation et la non-participation au programme? 5) Quels facteurs influencent la mise en place complète et appropriée du programme? 6) Quels sont les bienfaits à court et à long terme sur les familles participantes comparées aux familles non participantes? 7) Quels sont les coûts du programme par rapport aux bienfaits qu'il procure aux familles, aux communautés et à la société?

Résultats de la recherche

Une revue récente de la documentation sur les programmes de visites à domicile à grande échelle qui comprenait des composantes d'évaluation rigoureuse concluait :

« Ces résultats font réfléchir. Dans la plupart des études décrites, les programmes avaient des difficultés à inscrire des familles, à les faire participer et à les retenir. Quand les bienfaits des programmes étaient démontrés, ils pouvaient généralement être attribués uniquement à un sous-groupe de familles déjà inscrites aux programmes, ils se produisaient rarement pour tous les objectifs du programme et les bienfaits étaient souvent d'une ampleur plutôt modeste. »¹⁶

La recherche sur la mise en place de programmes de visites à domicile a documenté une série de difficultés communes à tous les programmes pour ce qui est de procurer les services de la façon voulue. Premièrement, les familles ciblées peuvent ne pas accepter de s'inscrire au programme. Deux études qui ont colligé des données sur cet aspect de la

mise en place ont découvert qu'entre un dixième et un quart des familles ont décliné l'invitation à participer aux programmes de visites à domicile.^{17,18} Dans une autre étude, 20 % des familles qui avaient accepté de participer au programme de visites à domicile n'avaient pas commencé le programme en recevant une visite initiale.¹⁹ Deuxièmement, les familles peuvent ne pas recevoir toutes les visites planifiées. L'évaluation du *Nurse Home Visitation Project* a révélé que les familles avaient reçu uniquement la moitié des visites prévues.²⁰ Les évaluations des programmes *Healthy Start* à Hawaï et *Parents as Teachers* ont révélé que 42 % et entre 38 et 56 % des visites prévues avaient effectivement été effectuées.^{21,22} Même lorsque les visites ont lieu, le curriculum et les activités planifiées peuvent ne pas être présentés conformément au modèle de programme, et les familles peuvent ne pas continuer les activités en dehors de la visite à domicile.^{23,24} Enfin, dans une recension de la recherche importante sur les visites à domicile, Gomby, Culross et Berman (1999) ont découvert qu'entre 20 et 67 % des familles inscrites avaient abandonné le programme avant la date de fin prévue.

Ce qui est peut-être le plus remarquable, c'est que le lien supposé entre le changement de comportement des parents et les améliorations de résultats des enfants n'a pas reçu de soutien général dans la recherche effectuée à ce jour. En d'autres termes, même lorsque les programmes de visites à domicile réussissent leur objectif de modifier les comportements des parents, ces changements ne semblent pas produire de résultats significativement meilleurs chez les enfants.

Un certain nombre de programmes modèles ont été incapables de documenter les impacts du programme grâce à des devis incluant des groupes témoins. Une évaluation du programme *Healthy Start* à Hawaï n'a trouvé aucune différence entre les groupes expérimentaux et témoins pour ce qui est du parcours de vie maternelle (atteinte d'objectifs de vie et en matière de scolarisation), de l'abus de substance, de la violence du partenaire, de symptômes dépressifs, de l'environnement familial comme lieu d'apprentissage, d'interaction parent-enfant, de stress parental et pour les indicateurs de résultats au niveau du développement et de la santé de l'enfant.²⁵ Cependant, la participation au programme a été associée à une réduction du nombre de cas d'abus envers l'enfant.

Une évaluation du programme *Parents as Teachers* n'a pas non plus réussi à découvrir de différences entre les groupes sur les indicateurs de résultats au niveau des connaissances et du comportement de parentage ni sur le plan de la santé et du développement de l'enfant.²⁶ De petites différences positives ont été découvertes pour les mères adolescentes et celles d'origine latine concernant certains de ces indicateurs de résultats.

L'évaluation du programme *Home Instruction Program for Preschool Youngsters* a obtenu des résultats variés quant à l'efficacité du programme. Dans certaines cohortes, les participants au programme avaient de meilleurs résultats que les non-participants en matière d'adaptation scolaire et de réussite jusqu'en 2^e année, mais ces résultats n'ont pas été reproduits avec d'autres cohortes sur des sites différents.

Les recherches disponibles indiquent que les programmes de visites à domicile produisent de meilleurs résultats lorsqu'ils ont recours à des visiteurs mieux formés (comme des

infirmières), lorsque les recherches sont basées sur les théories de développement et de changement du comportement, lorsqu'elles ciblent les facteurs de risques empiriquement dérivés et suivent un curriculum bien construit tout au long des visites.²⁷ Lorsque ces conditions étaient réunies, on a démontré que les programmes de visites à domicile conduisaient à des résultats positifs. Un essai aléatoire sur le *Nurse Home Visitation Program* a montré des gains pour le groupe expérimental dans les domaines suivants.²⁸ En matière de sécurité de l'enfant, les maisons des familles visitées présentaient moins de dangers et les enfants avaient effectué moins de visites à l'urgence, avaient eu moins de blessures et d'ingestions. La participation au programme a aussi affecté le parcours de vie parentale. Les familles visitées avaient moins de grossesses subséquentes, un plus grand écart entre chaque grossesse, participaient davantage au marché du travail et passaient moins de temps à dépendre des programmes d'aide gouvernementale. Le programme a réduit les abus et la négligence envers les enfants – l'évaluation a révélé des taux réduits d'abus et de négligence envers les enfants au moment de quitter le programme et lors d'un suivi 15 ans plus tard. Enfin, en ce qui concerne les comportements parentaux, les familles visitées ont réduit leur consommation de tabac, ont amélioré leur alimentation et ont davantage utilisé les soutiens sociaux formels et informels.

Les essais cliniques aléatoires ont aussi montré que les programmes sont plus susceptibles d'avoir des effets positifs lorsqu'ils ciblent les sous-groupes les plus nécessiteux de la population. Par exemple, en plus des effets de l'ensemble de l'échantillon notés plus haut, on trouvait moins de bébés nés prématurément chez les fumeuses qui avaient participé au programme *Home Visitation Program*, et les mères célibataires adolescentes à faibles revenus utilisaient moins la punition avec leurs enfants et leur fournissaient des jouets plus appropriés. Lors d'un suivi 15 ans plus tard, les enfants de mères célibataires adolescentes à faibles revenus avaient subi moins d'arrestations, de condamnations et présentaient moins de problèmes de comportement. Une analyse coûts-bénéfices du programme n'a trouvé aucune économie nette résultant du programme. Cependant, le programme a produit des économies nettes quatre fois supérieures aux coûts si l'on considère uniquement les mères non mariées et à faibles revenus.²⁹

L'étude randomisée la plus importante portant sur le *Infant Health and Development Program*, une intervention complète, intensive et précoce destinée aux enfants de petit poids et aux prématurés (de la naissance à trois ans), comprenait une composante de visites à domicile ainsi qu'un programme éducatif basé dans un centre.³⁰ À l'âge de trois ans, le groupe d'enfants qui avaient reçu l'intervention avaient des résultats significativement meilleurs en matière cognitive et comportementale, ainsi que de meilleures interactions parent-enfant. Les résultats positifs étaient plus prononcés dans le groupe d'enfants et de familles socioéconomiquement plus pauvres et chez ceux qui participaient le plus à l'intervention. Le *Chicago Parent-Child Center Program* a aussi combiné un programme préscolaire structuré avec une composante de visites à domicile. Ce programme a trouvé des différences à long terme entre les participants au programme et les témoins appariés individuellement. Les enfants participants avaient de meilleurs taux de diplomation au secondaire, de plus faibles taux de redoublement, de placement en éducation spécialisée et d'arrestations juvéniles.³¹ Ces études suggèrent qu'une

intervention plus intensive faisant participer l'enfant directement peut être requise afin de produire de meilleurs résultats.

Conclusions

La recherche sur les programmes de visites à domicile n'a pas été capable de démontrer que ces programmes ont des effets solides et cohérents sur les enfants et les familles qui y participent, mais des effets modestes ont été rapportés à plusieurs reprises. Les programmes conçus et mis en place avec une plus grande rigueur semblent procurer de meilleurs résultats. Ces résultats peuvent inclure des changements en matière de santé parentale et de comportements de sécurité, de parentage, de discipline et de parcours de vie parentale. Les programmes de visites à domicile semblent aussi offrir de plus grands bénéfices à certains sous-groupes de familles comme les mères célibataires à faibles revenus. Dans l'ensemble, les programmes de visites à domicile n'ont pas démontré de grands changements dans les résultats importants pour les enfants comme le poids à la naissance, le développement cognitif ou les problèmes de comportement.

Implications

« Un des messages les plus clairs qui est apparu dans ce programme de recherche est que les bienfaits fonctionnels et économiques du programme de visites à domicile par des infirmières sont plus élevés pour les familles le plus à risque ». ³² Ce résultat suggère que les programmes de visites à domicile universels peuvent être inefficaces et qu'ils utilisent des ressources non nécessaires qui pourraient être mieux dépensées si elles s'adressaient à des familles plus susceptibles d'en tirer des bénéfices. Les programmes qui ont du succès auprès des familles à risque élevé en matière de problèmes de développement chez l'enfant ont tendance à offrir des services complets – ciblant les besoins multiples des familles – et peuvent donc coûter plus cher à développer, à mettre en place et à maintenir. Dans leur état actuel de développement, les programmes de visites à domicile ne semblent pas représenter la solution à faible coût que les décideurs politiques et le public espéraient en matière de santé des enfants et de problèmes développementaux. ³³ Cependant, l'information qui s'accumule sur les effets à long terme et les pratiques efficaces pourrait conduire au développement de programmes reproductibles qui sont capables de produire des résultats positifs modestes mais consistants pour les familles ciblées qui y participent.

RÉFÉRENCES

1. Roberts RN, Wasik BH. Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early Intervention* 1990;14(3):274-284.
2. Wasik BH, Bryant DM. *Home visiting: Procedures for helping families*. 2nd Edition. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2000.
3. Behrman RE, ed. *The Future of Children: Home visiting: Recent program evaluations* 1999;9(1):4-223.
4. Halpern R. Early childhood intervention for low-income children and families. In: Shonkoff JP Meisels SJ, eds. *Handbook of early childhood intervention*. 2nd Edition. New York, NY: Cambridge University Press; 2000:361-386.
5. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home-visiting: Recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
6. Wagner M, Spiker D, Linn, MI. The effectiveness of the Parents as Teachers Program with low-income parents and children. *Topics in Early Childhood Special Education* 2002;(22):67-81.
7. Gross RT, Spiker D, Haynes C. *Helping low birth weight, premature babies: The Infant Health and Development Program*. Stanford, Calif: Stanford University Press; 1997.
8. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Hoube J, Kilburn MR, Rydell CP, Sander M, Chicsa J. *Investing in our children: What we know and what we don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, Calif: The RAND Corporation; 1998.
9. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettit LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
10. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):153-172.
11. Wagner M, Spiker D, Linn M, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education* 2003;23(4):171-183.
12. Roberts RN, Wasik BN, Casto G, Ramey CT. Family support in the home: Programs, policy, and social change. *American Psychologist* 1991;46(2):131-137.
13. Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG. Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly* 2002;17(1):28-51.
14. Wagner M, Spiker D, Linn M, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education* 2003;23(4):171-183.
15. Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C. Hawaii's Healthy Start Program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000;105(1):250-259.

16. Gomby DS, Cuboss PL, Behrman RE. Home-visiting: Recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
17. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children* 1999;9(1):66-90.
18. Olds DL, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children* 1999;9(1):44-65.
19. Wagner M, Spiker D, Linn M, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education* 2003;23(4):171-183.
20. Korfmacher J, Kitzman H, Olds DL. Intervention processes as predictors of outcomes in a preventative home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 1998;26(1):49-64.
21. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children* 1999;9(1):66-90.
22. Wagner MM, Clayton SL. The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children* 1999;9(1):91-115.
23. Baker AJL, Piotrowski CS, Brooks-Gunn J. The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPI). *The Future of Children* 1999;9(1):116-133.
24. Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG. Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly* 2002;17(1):28-51.
25. Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C. Hawaii's Healthy Start Program of home visiting for high-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000;105(1):250-259.
26. Wagner MM, Clayton SL. The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children*. 1999;9(1):91-115
27. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):153-172.
28. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics* 1994;93(1):89-98.
29. Karoly LA, Greenwood PW, Evernham SS, Hoube J, Kilburn MR, Rydell CP, Sanders M, Chiesa J. *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, Calif: RAND; 1998.
30. Gross RT, Spiker D, Haynes C. *Helping low birth weight, premature babies: The Infant Health and Development Program*. Stanford, Calif: Stanford University Press; 1997.
31. Reynolds AJ, Temple JA, Robertson DL, Mann EA. Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest. *Journal of the American Medical Association* 2001;285(18):2339-2346.

VISITES À DOMICILE (PRÉNATALES ET POSTNATALES)

32. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):168.
33. Gomby DS, Cuboss PL, Behrman RE. Home-visiting: Recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.

Pour citer ce document :

Zercher C, Spiker D. Programmes de visites à domicile et leur impact sur les jeunes enfants. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-9. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Zercher-SpikerFRxp.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004