



Visites à domicile (prénatales et postnatales)

Table des matières

(Dernière mise à jour: 29-11-2010)

Synthèse sur les programmes de visites à domicile (prénatales et postnatales).....	i
Programmes de visites pré et post natales à domicile et impact sur le développement social et affectif des jeunes enfants (0-5 ans) <i>David Olds</i>	1-7
Programmes efficaces pour le développement des jeunes enfants de familles à faibles revenus : interventions lors de visites à domicile pendant la grossesse et la prime enfance <i>Harriet J. Kitzman</i>	1-8
Programmes de visites à domicile et leur impact sur les jeunes enfants <i>Craig Zercher et Donna Spiker</i>	1-9
Programmes de visites pré et post natales à domicile et leur impact sur le développement psychosocial des jeunes enfants (0-5 ans) : Commentaires sur Olds, Kitzman, Zercher et Spiker (<i>Édition révisée</i>) <i>Deborah Daro</i>	1-5

Pour lire les “Commentaires des milieux” sur ces articles, consultez l’Encyclopédie :
<http://www.enfant-encyclopedie.com/FR-CA/visites-prenatales-postnatales-domicile/perspectives.html?RId=CA>



Synthèse sur les programmes de visites à domicile (prénatales et postnatales)

(Publié sur Internet le 21 février 2008)

Est-ce important?

Les programmes de visites à domicile ont pour but [d'aider les familles](#) à soutenir la croissance et le développement sain de leurs enfants. Ces programmes peuvent cibler les familles ou les donneurs de soins qui sont particulièrement défavorisés quand vient le temps d'établir et de maintenir un environnement favorable, ou quand l'enfant est plus vulnérable parce qu'il a des problèmes de santé ou de développement.

De nombreux [programmes de visites à domicile au Canada](#) et ailleurs ont vu le jour parce qu'il était urgent d'élaborer des politiques de prévention de la maltraitance envers les enfants. Ces programmes peuvent dépister et traiter les problèmes de maltraitance de plusieurs façons: les visites à domicile aident les intervenants à évaluer la [sécurité](#) de l'environnement de vie de l'enfant et leur permettent aussi de travailler individuellement avec le parent pour améliorer les interactions parent-enfant.

Certains chercheurs indiquent que les programmes de visites à domicile permettent d'atteindre des familles et des donneurs de soins qui autrement ne chercheraient pas à obtenir des services de soutien. Ces programmes aident les clients à se sentir plus à l'aise et leur donnent l'occasion de parler de leur situation; les intervenants peuvent ainsi mieux adapter leur soutien et leurs conseils à la situation de vie réelle du client. Tout ceci se traduit par des relations plus satisfaisantes entre l'intervenant et le client.

Que savons-nous?

Les programmes de visites à domicile varient considérablement. Des différences existent en ce qui a trait aux modèles théoriques sous-jacents, aux caractéristiques des familles ciblées, au nombre et à l'intensité des visites, à leur durée, au curriculum, aux approches ainsi qu'au niveau auquel celles-ci sont spécifiquement décrites dans un manuel, à la fidélité d'exécution, à l'expérience et à la formation des intervenants qui font les visites.

Étant donné le nombre élevé de variables, il n'est pas surprenant que les effets des programmes de visites à domicile varient aussi. Plusieurs études ont conclu que les visites à domicile pouvaient constituer une [stratégie efficace](#) pour améliorer les résultats en matière de santé et de développement chez les enfants de familles socialement défavorisées, alors que d'autres études n'ont pas rapporté d'impact. On

ne constate pas toujours d'amélioration dans les résultats de l'enfant, même si le comportement parental est modifié.

La recherche disponible indique que les programmes de visites à domicile donnent de [meilleurs résultats](#) lorsqu'ils sont basés sur les théories de développement et de changement de comportement, lorsqu'ils ciblent les facteurs de risques empiriquement dérivés, lorsqu'ils font appel à des intervenants hautement qualifiés (comme les infirmières) et suivent un curriculum bien construit tout au long des différentes visites.

Pour des résultats encore meilleurs, une intervention plus intensive directement avec l'enfant peut s'avérer nécessaire.

Les [visites à domicile](#) n'ont pas des répercussions uniquement sur les résultats des enfants. On a démontré que certains programmes produisaient des résultats positifs sur :

- La planification des naissances – réduction des grossesses consécutives rapprochées et du nombre total de grossesses;
- Comportement relatif à la santé prénatale – amélioration du régime alimentaire et diminution de l'abus de tabac et d'autres substances;
- Fonctionnement maternel – diminution des déficiences reliées aux substances chez la mère; moins d'arrestations et de condamnations; une plus grande probabilité de relation stable pour la mère; un recours accru au soutien social officiel et non officiel;
- Autosuffisance familiale – plus grande participation au marché du travail et diminution de la durée d'inscription aux programmes d'aide gouvernementale;
- Habiletés parentales – attitudes reliées aux conduites parentales et à de meilleures interactions mère-enfant;
- Sécurité de l'enfant – moins de dangers et de visites à l'urgence; diminution du nombre d'hospitalisations de l'enfant pour des blessures, des ingestions et soins de première ligne pour des cas délicats; diminution de la violence et de la négligence envers l'enfant.

Un suivi de deux ans du *Early Head Start National Demonstration Project* confirme que les mères qui ont participé à l'étude offrent plus de soutien à leur enfant, sont plus sensibles, moins détachées et plus susceptibles de prolonger le jeu pour stimuler son développement cognitif, son langage et sa littératie. Elles ont aussi rapporté un recours moins fréquent à la fessée et l'utilisation de formes disciplinaires plus clémentes avec leurs enfants. Ces [résultats](#) étaient plus susceptibles de se produire chez les familles participant à des programmes qui offraient des visites à domicile que chez celles qui suivaient des programmes reposant exclusivement sur des services basés dans des centres. Cependant, la situation idéale semblait être des programmes qui combinaient les deux formes de services; ces programmes généraient les progrès les plus marquants.

La recherche indique également que les programmes de visites à domicile peuvent avoir des répercussions positives sur le comportement des jeunes. Une recherche sur le programme de [visites pré et post natales](#) à domicile a montré des différences à long terme en matière d'arrestations, de condamnations et de violations de probation, de début de consommation d'alcool et de tabac et de promiscuité sexuelle chez les adolescents de 15 ans dont les mères étaient identifiées comme étant plus à

risque en raison de leurs faibles revenus et de leur statut de femme non mariée au moment de l'inscription au programme.

Que peut-on faire?

Pour évaluer complètement l'efficacité et l'efficience des visites à domicile, il est important de recueillir suffisamment de renseignements sur les participants afin d'analyser les répercussions du programme sur divers types de sous-groupes. L'évaluation devrait aussi mesurer les multiples effets sur l'enfant et la famille à différentes périodes.

De plus, on a encore besoin de déterminer les [composantes des programmes](#) de visites à domicile qui sont essentielles et celles qui produisent le plus grand impact à long terme. Les données probantes indiquent que les programmes multidimensionnels de visites à domicile – ceux qui abordent la trajectoire de vie de la mère, la vie de famille, les soins à l'enfant et le développement global de ce dernier – ont des répercussions longtemps après la fin du programme.

[La mise en œuvre](#) des programmes de visites à domicile présente sa propre série de difficultés. Les familles n'acceptent pas toujours de s'inscrire au programme ou elles l'abandonnent avant la fin et ne bénéficient donc pas du nombre total de visites prévues. Les recherches récentes indiquent que l'intégration des programmes de visites à domicile dans un système diversifié et élargi augmente considérablement les taux de participation. Quand les services intensifs de visites à domicile sont offerts en partenariat avec un groupe ou un programme de services communautaires, la proportion de nouveaux parents qui utilisent les services de prévention peut augmenter de façon spectaculaire.

Comme pour tout service financé par des fonds publics, le coût est un aspect important de ces programmes. Même si le niveau professionnel de services offerts varie énormément d'un programme de visites à domicile à l'autre, le coût du programme en soi varie peu. Cependant, le ratio coût-avantage diffère d'un programme à l'autre en fonction de la durée de l'impact. Les programmes qui ont un impact tout au long de la vie ont un ratio coût-avantage plus élevé que ceux qui ont un impact limité et à court terme.

Il ne faut pas minimiser le coût social des importants problèmes de société. La violence envers les enfants coûte environ 15 milliards de dollars par an au Canada. Considérés sous cet angle, les investissements publics actuels dans les programmes de visites à domicile et les autres programmes de développement des jeunes enfants (DJE) sont relativement mineurs.

Lorsqu'on parle de [développement de politiques](#), on constate un déséquilibre entre l'offre et la demande. Il n'y aura jamais assez d'intervenants disponibles pour offrir à chaque famille en difficulté des programmes de visites à domicile individualisés. Les programmes ciblés ne peuvent atteindre toutes les familles à risque de maltraitance envers l'enfant. Ce constat souligne la nécessité de réduire la taille de la population qui a besoin de services cliniques individuels en instaurant des programmes efficaces universels et ciblés qui atteignent des groupes de familles plus importants à l'échelle de la population.

L'opinion est de plus en plus répandue que le Canada a besoin d'un système complet de DJE. Il est nécessaire d'[évaluer les politiques publiques](#) à l'échelle du système, et

Synthèse sur les programmes de visites à domicile (prénatales et postnatales)

de considérer l'efficacité des programmes de visites à domicile dans le contexte plus large des autres programmes de DJE. On reconnaît aussi la nécessité d'établir un réseau national de ressources pour soutenir l'évaluation longitudinale rigoureuse des investissements en DJE.



Programmes de visites pré et post natales à domicile et impact sur le développement social et affectif des jeunes enfants (0-5 ans)

DAVID OLDS, Ph. D.

University of Colorado Health Sciences Center, États-Unis

(Publication sur Internet le 5 août, 2004)

Thème

Visites à domicile (prénatales et postnatales)

Introduction

Les problèmes sociaux et affectifs des jeunes enfants ont pour origine la santé prénatale^{1,2} de la mère, les soins donnés par les parents^{3,4} et leur parcours de vie (comme le rythme des grossesses subséquentes, l'emploi et la dépendance envers les services sociaux^{5,6}). Les programmes de visites à domicile qui prennent ces risques et ces facteurs protecteurs antécédents en compte peuvent réduire les problèmes sociaux et affectifs chez les enfants.

Sujet

Dans les sociétés occidentales, depuis longtemps, on a recours aux visites à domicile pour offrir des services aux populations vulnérables. Dans beaucoup de pays européens, les visites à domicile font partie de la routine des soins maternels et à l'enfant, bien que cette pratique soit moins établie au Canada et aux États-Unis.⁷

Les programmes de visites à domicile ciblent différentes populations, ont différents modèles et sont offerts par différentes personnes. Cependant, la plupart des programmes présupposent que les comportements parentaux prénatals, les soins des enfants et le parcours de vie affectent le développement social, affectif et cognitif des enfants.⁸

Problèmes

L'exposition prénatale au tabac et les complications obstétriques sont toutes deux impliquées dans le développement de problèmes d'externalisation du comportement chez l'enfant.^{1,2} Il y a désormais des preuves indiquant que l'impact de l'exposition prénatale au tabac est plus élevé en présence d'une vulnérabilité génétique particulière.⁹

Les abus et la négligence ainsi que les traitements excessivement sévères envers les enfants sont associés à des problèmes de comportement d'internalisation et d'externalisation et plus tard, à des comportements violents,^{3,4,10} mais là encore, l'impact de la maltraitance envers les enfants sur le comportement antisocial grave semble être plus élevé en présence de vulnérabilité génétique.¹¹

La dépendance des familles envers les services sociaux, les familles nombreuses avec des grossesses peu espacées et la monoparentalité sont associées à un développement social et affectif compromis chez l'enfant.^{5,6}

Contexte de la recherche

Alors que certaines méta analyses des programmes de visites à domicile suggèrent que plusieurs de ces types de programmes peuvent faire une différence en ce qui concerne la diminution des résultats négatifs comme la maltraitance envers les enfants et les blessures pendant l'enfance,^{12,13} les méta analyses peuvent produire des résultats trompeurs si le nombre d'essais de programmes représentés dans la classification croisée des populations ciblées par les visites à domicile, des programmes et des origines professionnelles des visiteurs ne sont pas suffisants.

Lorsque l'on prend des décisions politiques sur les types de programmes de visites à domicile qui sont les plus prometteurs, il est logique de se concentrer sur ceux qui ont produit des effets reproductibles sur des résultats socialement et cliniquement significatifs dans au moins deux essais randomisés avec différentes populations,^{14,15} puisque cela procure les preuves les plus solides sur lesquelles baser les pratiques et les politiques sociales.

Questions clés pour la recherche

Étant donné que peu d'essais sur les programmes de visites à domicile ont examiné le développement social et affectif des enfants avec une série de résultats constants,¹⁶ il est logique de se demander si les programmes ont affecté les facteurs de risque et de protection antécédents en plus des résultats sociaux et affectifs en soi. Particulièrement, quels modèles de programmes de visites à domicile sont les plus prometteurs pour améliorer les conditions associées à la grossesse, réduire la négligence et les abus envers les enfants, améliorer le parcours de vie des parents et le développement social et affectif des enfants?

Récents résultats de recherche

Amélioration des conditions associées à la grossesse

La plupart des essais sur les visites prénatales à domicile ont produit des effets décevants sur les conditions associées à la grossesse,^{16,17} bien que deux essais aient démontré qu'un programme de visites prénatales et postnatales effectuées par des infirmières a réduit la consommation maternelle de tabac durant la période prénatale^{18,19} et l'hypertension induite par la grossesse chez un échantillon important d'afro-américaines,²⁰ un effet qui a été vaguement corroboré par une réduction non significative de l'hypertension induite par la grossesse dans le premier essai du programme avec des Américaines d'origine européenne.¹⁹

Réduire les abus, la négligence et les blessures chez les enfants

Le programme de visites à domicile prénatales et postnatales effectuées par des infirmières, testé auprès d'un échantillon composé de Blanches, a produit une différence de 46 % chez le groupe expérimental par rapport au groupe témoin pour les taux généraux d'abus et de négligence envers les enfants (sans tenir compte du risque) et une

différence de 80 % chez les familles où les mères avaient des faibles revenus et n'étaient pas mariées au moment de l'inscription au programme.²¹ Dans d'autres essais du programme de visites à domicile auprès d'un grand échantillon de Noires habitant en milieu urbain, les taux correspondants de maltraitance envers les enfants étaient trop faibles pour être considérés comme un résultat solide.²⁰ Cependant, les effets du programme sur les visites médicales des enfants pour des blessures graves et pour des ingestions étaient cohérents avec la prévention de l'abus et de la négligence.

Parcours de vie maternelle

L'effet des programmes de visites à domicile sur le parcours de vie des mères (grossesses suivantes, éducation, emploi et recours au bien-être social) est décevant dans son ensemble.⁸

Dans l'essai du programme de visites à domicile effectuées par des infirmières et décrit plus tôt, les effets sur le parcours maternel ont persisté 15 ans après la naissance du premier enfant (par exemple, intervalle entre les grossesses, recours au bien-être social, problèmes de comportement dus à la consommation d'alcool et de drogue, et arrestations chez les femmes à faibles revenus et non mariées au moment de l'inscription au programme).²¹ Les effets de ce programme sur le parcours de vie maternelle ont été reproduits dans des essais séparés auprès de Noires habitant en milieu urbain^{20,22} et d'Hispaniques.¹⁸

Problèmes sociaux et affectifs des enfants

Un nombre croissant de programmes de visites à domicile a découvert des effets bénéfiques sur les comportements d'attachement des bébés et sur la classification de la sécurité de l'attachement.²³⁻²⁸ La sécurité de l'attachement est considérée comme le reflet de la qualité des soins parentaux et est associée à l'adaptation sociale subséquente des enfants.²⁹

Le programme de visites pré et post natales à domicile effectuées par des infirmières et décrit plus tôt a produit des différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin en matière d'arrestations, de condamnations et de violations de probation chez les jeunes de 15 ans, et en matière d'apparition de la consommation d'alcool et de tabac et de la promiscuité sexuelle chez les jeunes dont les mères étaient à plus grand risque en vertu de leurs faibles revenus et de leur statut de femme non mariée au moment de l'inscription au programme.³⁰ Ces résultats n'ont pas été reproduits dans des essais subséquents parce que les enfants n'avaient pas encore atteint les âges auxquels ces problèmes apparaissent. Cependant, selon certaines indications, le programme peut influencer le développement social et affectif précoce.

Dans le troisième essai du programme de visites à domicile effectuées par des infirmières, les enfants de six mois dont la mère disposait de peu de ressources psychologiques et qui avaient été vus par les infirmières manifestaient moins d'expressions émotives aberrantes (par exemple, faible niveau d'affect et manque de référence sociale de la mère) associées à la maltraitance envers les enfants.¹⁸

Un essai finlandais de programmes de visites à domicile universelles effectuées par des infirmières a découvert des effets significatifs sur un nombre de problèmes de comportements importants chez les enfants.³¹

Conclusions

Peu de programmes à domicile ont amélioré les conditions associées à la grossesse, les parcours de vie des parents, ni réduit l'abus et la négligence envers les enfants, la compromission des soins ni les problèmes sociaux et affectifs des enfants. Les programmes les plus prometteurs pour réduire ces problèmes ont eu recours à des visiteurs professionnels, et les preuves les plus solides proviennent d'essais sur des programmes recourant à des infirmières. Dans un essai comprenant des groupes séparés, avec des visites à domicile effectuées par des infirmières et d'autres par des paraprofessionnels, les infirmières ont produit des effets deux fois plus importants que ces derniers.¹⁸

Le programme de visites prénatales et postnatales à domicile effectuées par des infirmières a produit des résultats significatifs sur le plan clinique. Les résultats furent cohérents dans trois essais séparés avec des populations différentes vivant dans des contextes différents et à divers moments de l'histoire sociale et économique des États-Unis. Ceci augmente les probabilités selon lesquelles ces résultats seront applicables à une large gamme de populations différentes du contexte actuel des États-Unis. Le défi important pour les programmes fondés sur la recherche est de trouver des moyens de transposer efficacement ces programmes du contexte de la recherche à la pratique communautaire.

Implications

Si les décideurs politiques et les praticiens décidaient d'investir dans les services de visite à domicile pendant la grossesse et la prime enfance, ils devraient examiner soigneusement les preuves qui servent de base au programme dans lequel ils investissent. Les programmes varient considérablement selon leur fondation théorique et empirique, la qualité des lignes directrices et leurs probabilités de succès. Avant d'investir dans un programme de visites prénatales et postnatales à domicile effectuées par des infirmières à l'extérieur des États-Unis, on devrait évaluer ce programme dans des essais séparés dans ces milieux afin de déterminer s'il produit des effets équivalents quand les systèmes de santé et de services sociaux, les cultures et les populations sont différentes de celles examinées aux États-Unis. Les investissements dans les essais risquent de représenter des coûts modestes comparés aux ressources publiques consacrées à des programmes relativement coûteux qui peuvent avoir des impacts limités en dehors des milieux dans lesquels ils ont été évalués à l'origine.

RÉFÉRENCES

1. Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B, Saucier JF. Obstetrical complications and violent delinquency: testing two developmental pathways. *Child Development* 2002;73(2):496-508.
2. Wakschlag LS, Pickett KE, Cook E Jr, Benowitz NL, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: a review. *American Journal of Public Health* 2002;92(6):966-974.
3. Widom CS. Child abuse, neglect, and adult behavior: research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry* 1989;59(3):355-367.
4. Widom CS. The cycle of violence. *Science* 1989;244(4901):160-166.
5. Furstenberg FF, Brooks-Gunn J, Morgan SP. *Adolescent mothers in later life*. Cambridge Cambridgeshire, NY: Cambridge University Press; 1987.
6. Yeung WJ, Linver MR, Brooks-Gunn J. How money matters for young children's development: Parental investment and family processes. *Child Development* 2002;73(6):1861-1879.
7. Wasik BH, Bryant DM, Lyons CM. *Home visiting procedures for helping families*. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1990.
8. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home-visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
9. Kahn RS, Khoury J, Nichols WC, Lanphear BP. Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors. *Journal of Pediatrics* 2003;143(1):104-110.
10. Toth SL, Cicchetti D, Kim J. Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002;30(5):487-501.
11. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297(5582):851-854.
12. Guterman NB. *Stopping child maltreatment before it starts emerging horizons in early home visitation services*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2001.
13. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ - British Medical Journal* 1996;312(7022):29-33.
14. Coalition for Evidence-Based Policy. *Bringing evidence-driven progress to crime and substance-abuse policy: a recommended federal strategy*. Washington, DC: Council for Excellence in Government; 2003.
15. Elliott DS. *Blueprints for violence prevention*. vols. 1-11. Boulder, Colo: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado; 1997.
16. Olds D, Hill P, Robinson J, Song N, Little C. Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Current Problems in Pediatrics and Adolescent Health Care* 2000;30(4):107-141.

17. Olds D, Kitzman H. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children* 1993;3(3):51-92.
18. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR, Ng RK, Sheff KL, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002;110(3):486-496.
19. Olds DL, Henderson CR Jr, Tatelbaum R, Chamberlin R. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation.[Erratum Appears in *Pediatrics* 1986 Jul;78(1):138]. *Pediatrics* 1986;77(1):16-28.
20. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, McConnochie KM, Sidora K, Luckey DW, Shaver D, Engelhardt K, James D, Barnard K. Of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):644-652.
21. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
22. Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2000;283(15):1983-1989.
23. Heinicke C, Fienman N, Recchia G, Gurthrie D, Rodning C. Relationship based intervention with at-risk mothers: outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(4):349-374.
24. Jacobson S, Frye K. Effect of maternal social support on attachment: experimental evidence. *Child Development* 1991;62(3):572-582.
25. Juffer F, Hoksbergen RA, Riksen-Walraven JM, Kohnstamm GA. Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1997;38(8):1039-1050.
26. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development* 1991;62(1):199-209.
27. van den Boom DC. Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of dutch irritable infants. *Child Development* 1995;66(6):1798-1816.
28. van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. [Erratum Appears in *Child Dev* 1994 Dec;65(6):Followi]. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.
29. Sroufe A, Carlson E. Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D, eds. *Developmental Psychopathology Vol.1: Theory and Methods*. New York, NY: John Wiley and Sons Inc.; 1995:581-617.
30. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L,

VISITES À DOMICILE (PRÉNATALES ET POSTNATALES)

- Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
31. Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry & Allied Disciplines* 1996;35(12):1665-1672.

Pour citer ce document :

Olds D. Programmes de visites pré et post natales à domicile et impact sur le développement social et affectif des jeunes enfants (0-5 ans). 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; 2004:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/OldsFRxp.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



Programmes efficaces pour le développement des jeunes enfants de familles à faibles revenus : interventions lors de visites à domicile pendant la grossesse et la prime enfance

HARRIET J. KITZMAN, RN, Ph. D.

University of Rochester, ÉTATS-UNIS

(Publication sur Internet le 1er mars 2004)

Thème

Pauvreté et grossesse

Visites à domicile (prénatales et postnatales)

Introduction

Les préoccupations concernant la santé et le bien-être des jeunes enfants, particulièrement ceux de familles socialement défavorisées et à faibles revenus, se sont traduites par l'exploration d'approches alternatives de prestations de services aux jeunes familles. Les visites à domicile représentent une occasion pour dispenser divers services. Dans cet article, nous nous concentrons sur l'impact des programmes de visites à domicile sur les familles à faibles revenus et qui ont des enfants de moins de 5 ans.

Sujet

Malgré l'insistance sur la prévention des services traditionnels de soins primaires et des services à la famille, les soins individuels dans des cabinets ou dans ces centres exigent du client qu'il prenne l'initiative de chercher lui-même des services. Généralement, les services fournis se limitent aux conseils en matière de santé, au traitement de problèmes de santé et de maladies reliés à l'état et aux préoccupations que le client révèle, d'une façon ou d'une autre, au prestataire. On a suggéré que les visites à domicile pouvaient :

- a) atteindre ceux qui ne recherchent pas de services
- b) améliorer l'aisance des clients et leurs capacités à révéler leur état
- c) fournir des occasions pour les prestataires d'adapter leur soutien et leurs conseils aux situations de la vie réelle du client
- d) se traduire par des relations prestataire-client satisfaisantes.

Malgré une large gamme de services, on s'attend davantage à ce que les services de visites à domicile augmentent les services centrés sur le contact humain et basés dans des centres plutôt qu'ils ne les remplacent. Les visites aux familles commencent pendant la grossesse ou pendant la période entourant la naissance et durent jusqu'à ce que les enfants atteignent 2 à 5 ans. Les programmes de visites à domicile varient considérablement. Des différences existent en matière de modèles sous-jacents, de caractéristiques des familles ciblées, du nombre et de l'intensité des visites, de la durée,

du curriculum, des approches, des diplômes de la main-d'œuvre, de la fidélité d'exécution, du contexte et de la formation des visiteurs.

Problèmes

Bien que l'histoire des visites à domicile s'étende sur plus d'un siècle, elle a émergé avec une force renouvelée dans les années 70 en tant que stratégie prometteuse pour promouvoir la santé et le développement des enfants et pour réduire les abus et la négligence chez les familles vulnérables et à risque. Certains des programmes de visites à domicile récemment développés ont proliféré, encouragés par le soutien fédéral, provincial, local et privé. Malgré ces encouragements, on a cherché des subventions générales pour ces programmes dans des budgets où les fonds n'avaient pas été alloués antérieurement. En conséquence, les décideurs politiques se sont tournés vers les chercheurs pour trouver des réponses aux questions concernant les mérites relatifs des programmes de visites à domicile et leur impact sur les résultats. On s'est particulièrement intéressé aux résultats des programmes qui ciblent les familles à risque en raison de leurs faibles niveaux de revenus et d'autres circonstances sociales défavorables.

Contexte de la recherche

Jusqu'à présent, la plus grande partie de la recherche a été conçue dans le but de déterminer si les services à domicile amélioreraient la santé des enfants et de leur famille. Les rapports de recherche ont fourni des informations limitées sur les programmes et sur leur application. Mais à quelques exceptions près,¹ les chercheurs n'ont généralement pas essayé de varier les caractéristiques des programmes et de les étudier systématiquement.

Questions clés pour la recherche

Cette recension des écrits a pour but de répondre à 2 questions clés :

- 1) quels sont les résultats des programmes de visites à domicile pour les familles à faibles revenus ?
- 2) est-ce que les résultats des programmes diffèrent en fonction des caractéristiques des programmes ?

Récents résultats de recherche

1) Quels sont les effets des programmes de visites à domicile ?

Plusieurs recensions des écrits ont conclu que les visites à domicile pouvaient constituer une stratégie efficace pour améliorer les résultats en matière de santé et de développement chez les enfants de familles socialement défavorisées.²⁻⁴ Cependant, ces effets n'ont pas été repérés de façon cohérente, et certaines études n'ont rapporté aucun impact. Les effets découverts n'étaient généralement pas aussi importants que ceux prédits à l'origine. De plus, les effets n'ont pas été établis de façon cohérente dans les mêmes domaines de résultats. Comme on pouvait s'y attendre, différents programmes et différents niveaux d'application de programmes se sont traduits par des résultats différents. Certains programmes produisent des effets lorsque ces programmes sont opérationnels, mais ces effets se dissipent à la fin du programme, alors que d'autres ont rapporté des effets différés des années après la fin du programme. Dans certains cas, les effets sont apparents au début et se maintiennent pendant plusieurs années après la fin du programme.⁵

- Résultats maternels

Certains programmes qui ont inclus des stratégies de développement maternel et familial ont montré des réductions d'espace des grossesses consécutives et du nombre total de grossesses. On a rapporté des comportements de santé prénatale, y compris des réductions de consommation de tabac et d'abus d'autres substances, sans toutefois les associer de façon cohérente avec de meilleurs résultats en matière de grossesse. On a découvert des attitudes de parentage et des interactions mère-enfant plus positives. Les femmes qui avaient reçu des visites à domicile ont rapporté moins de déficiences liées aux substances que celles qui n'avaient pas reçu de visites. Une étude de suivi à long terme a démontré moins d'arrestations et de condamnations dans le groupe qui avait reçu des visites à domicile 15 ans après la naissance d'un enfant.⁶ On a également découvert que les mères qui avaient reçu des visites à domicile étaient plus susceptibles de vivre des relations stables.

- Santé et développement de l'enfant

Bien que certaines études aient démontré une amélioration des taux de vaccination, d'autres n'en ont découvert aucune, pas plus que pour d'autres services de prévention. Sur les deux études importantes qui ont rapporté une diminution des abus et de la négligence comme résultat majeur, une a découvert des diminutions, mais l'autre n'en a trouvé aucune. Bien que les résultats ne soient pas cohérents, certaines études ont identifié des diminutions de cas d'hospitalisation des enfants pour blessures et pour des cas d'ingestion de matières ou de substances dangereuses ainsi que pour des soins primaires destinés à des états délicats. Les tests cognitifs se sont traduits par des résultats non cohérents d'une étude à l'autre. Les différences entre les enfants des familles qui avaient reçu des visites à domicile et celles qui n'en avaient pas bénéficié ont tendance à être minimales ou non prolongées.

2) Les résultats des programmes diffèrent-ils en fonction des caractéristiques des programmes ?

- Caractéristiques des participants

Le débat sur les services universels par rapport aux services ciblés se poursuit.⁷ Cependant, à ce jour, la plupart des programmes visent les personnes à risque. Les programmes sont souvent centrés sur les adolescents, sur les mères socialement défavorisées et sur leur premier enfant, sur les enfants à risque en matière médicale ou de développement, ou sur les familles dont les caractéristiques les placent à risque d'abus ou de négligence. Les preuves s'accumulent et démontrent que les mères qui ont le moins de ressources personnelles et sociales, y compris de faibles revenus, profitent davantage du service que celles qui ont plus de ressources, du moins en ce qui a trait aux domaines évalués.²

- Intensité du programme

Indépendamment du nombre de visites suggérées dans les manuels des programmes, seulement la moitié des visites recommandées ont effectivement lieu. Bien que l'on n'ait pas déterminé le nombre optimal de visites, il y a des preuves selon lesquelles un nombre

plus élevé de visites a davantage d'effets, et un seuil pourrait être requis pour produire des effets. En plus d'un taux de visite moins élevé que ce à quoi on s'attendrait, les programmes rapportent des taux d'abandon plus élevés que prévus.⁸ Les taux varient de moins de la moitié des familles qui restent actives après un an à presque toutes qui le restent deux ans après.⁹ La raison de l'attrition reste souvent inconnue. Néanmoins, il existe désormais des preuves préliminaires qui démontrent les raisons pour lesquelles les familles continuent à s'investir et à s'engager dans le programme de visites.

- Importance de la relation visiteur-famille

La plupart des programmes soulignent l'importance d'une relation visiteur-famille positive, puisque la participation aux programmes se fait sur une base volontaire et dépend de la volonté de la famille à investir.¹⁰ En effet, les preuves suggèrent que la qualité de la relation est un prédicteur de résultat du programme. Cependant, les programmes varient quant aux critères de définition d'une relation satisfaisante : certains se concentrent sur la construction d'une amitié, d'autres sur une relation enseignant-élève et d'autres encore sur une alliance thérapeutique. De plus en plus, les preuves suggèrent qu'une amitié n'est pas suffisante en soi pour produire les résultats attendus. Une telle amitié peut fournir un répit temporaire face à l'isolement et au désespoir, mais n'est pas nécessairement suffisante pour développer de façon efficace les ressources nécessaires à des résultats durables pour la famille, la mère ou l'enfant.

- Programmes unidimensionnels par opposition à multidimensionnels

Certains programmes se concentrent principalement sur l'enseignement de stratégies du développement de l'enfant et de l'interaction parent-enfant, d'autres s'intéressent à l'amitié et à fournir une présence qui apporte du soutien, d'autres encore se centrent sur les activités suggérées par la famille. Certains programmes sont multidimensionnels et abordent la trajectoire de vie de la mère, la vie de famille, les soins à l'enfant et l'encouragement du développement général.¹¹ Ces programmes, qui prennent en compte les objectifs du programme et du client, tentent d'équilibrer la gestion des tensions et la construction de forces dans les multiples domaines nécessaires pour relever les défis futurs. On assiste à l'émergence de preuves à l'effet que les impacts des programmes multidimensionnels de visites à domicile durent longtemps après la fin de l'intervention. Les familles établissent des trajectoires de vie différentes : les naissances sont plus espacées, les familles dépendent moins de l'aide publique et la santé des enfants et leur bien-être sont meilleurs.¹² Nous savons peu de chose sur la façon dont ces programmes produisent des impacts à long terme. Par exemple, on n'a pas clairement déterminé si les enfants ont de meilleurs résultats parce qu'ils obtiennent de meilleurs soins, à cause de l'augmentation des ressources maternelles, de l'amélioration du fonctionnement familial, de meilleures ressources économiques ou pour toutes ces raisons.

Conclusions

Une large gamme d'études ont confirmé que dans les foyers qui recevaient des visites à domicile, on observait une meilleure santé et un meilleur développement chez les enfants, ainsi que des environnements plus positifs. Ceci nous donne une raison d'espérer que les visites à domicile constituent une stratégie qui peut améliorer la vie des enfants à risque.

Tous les services de visites à domicile destinés à promouvoir la santé des familles avec de petits et de jeunes enfants ne produisent pas des résultats comparables pour tous les enfants. Bien que certains programmes aient fourni des preuves de résultats persistants à long terme pour les enfants, les familles et les mères, d'autres programmes largement dispensés n'ont pas démontré d'effets décelables. Des preuves démontrent que parmi tous les programmes, les personnes les plus à risque profitent davantage des visites à domicile que celles qui sont moins à risque. La différence de résultat ne devrait pas surprendre, étant donné que les programmes sont très différents en matière de profil de clientèle, de la formation du prestataire, de modèles théoriques implicites et explicites et de la façon dont ces modèles ont été traduits en contenus et en processus avec plus ou moins de succès et ensuite implantés. On a encore besoin de déterminer les composantes des programmes de visites à domicile qui sont essentielles et celles qui produisent le plus grand impact à long terme. Les coûts annuels des programmes varient peu, indépendamment du niveau professionnel du prestataire.¹³ Cependant, les programmes qui ont un impact tout au long de la vie ont un ratio coûts-bénéfices plus élevé que ceux qui ont un impact limité et à court terme.

Implications

Les programmes sont différents et leurs résultats varient aussi. Bien qu'une partie de l'enthousiasme concernant les visites à domicile ait diminué au cours des dernières décennies quand les rapports d'importantes études à répartition aléatoire des sujets n'ont pas réussi à démontrer les effets des programmes, des preuves provenant d'autres programmes ciblés vers les familles à risque (par exemple les familles à faibles revenus) se sont montrés assez prometteurs pour créer des circonstances favorables au développement de programmes. Gomby et ses collègues ont salué l'examen rigoureux auquel les visites à domicile ont été soumises en tant que stratégie de service basé sur le contact humain. Ils ont conclu que la nouvelle expansion des programmes de visites à domicile devrait profiter de ce que l'on a appris à ce jour. Ils recommandent particulièrement d'améliorer la qualité et la mise en place de services et de projeter une vision modeste des effets des programmes.⁴

Les interventions qui ont démontré une importante variation d'effets ont besoin de ressources substantielles et la pression visant à utiliser les modèles de programmes établis tout en réduisant les ressources impliquées dans leur mise en oeuvre ira en augmentant. On devrait être prudent dans ce domaine. Les preuves préliminaires des études descriptives dans les programmes et les méta-analyses d'essais répartition aléatoire des sujets (comparant des programmes avec différentes caractéristiques) suggèrent qu'il est important d'adhérer à des modèles de programmes établis jusqu'à ce que les preuves soient suffisantes pour soutenir des révisions.¹⁴ Bien que les écrits scientifiques fournissent certaines comparaisons des effets des programmes avec différentes constellations de caractéristiques, le domaine des visites à domicile en est encore à la prime enfance quand il s'agit de déterminer l'importance relative de chaque caractéristique spécifique.

RÉFÉRENCES

1. Korfmacher J, O'Brien R, Hiatt S, Olds D. Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy: A randomized trial. *American Journal of Public Health* 1999;89(12):1847-1851.
2. Olds D, Kitzman HJ. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children* 1993;3(3):52-92.
3. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robeinson J, Williams D, Brummell K. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*. 2000;82(6):443-451.
4. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home visiting: Recent program evaluations – analysis and recommendations. *Future of Children* 1999;9(1):5-25.
5. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman HJ, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt L, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
6. Olds DL, Henderson, CR, Cole, R., Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L., Sidora, K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
7. Guterman, NB. Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "Universal versus targeted" debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse & Neglect* 1999;23(9):863-890.
8. McGuigan WM, Katzev, AR, Pratt CC. Multi-level determinants of retention in a home visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect* 2003;27(4):363-380.
9. 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.
10. Kitzman HJ, Cole R, Yoos HL, Olds, DL. Challenges experienced by home visitors: A qualitative study of program implementation. *Journal of Community Psychology* 1997;25(1):95-109.
11. Olds DL, Henderson C, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *Future of Children* 1999;9(1):44-65.
12. Kitzman HJ, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Hanks C, Cole R, Luckey DW, Bondy J, Cole K, Glazner J. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 2000;283(15):1983-1989.

VISITES À DOMICILE (PRÉNATALES ET POSTNATALES)

13. Barnet B, Duggan AK, Devoe M, Burrell L. The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2002;156(12):1216-1222.
14. Daro AK, Harding, KA. Healthy Families America: Using research to enhance practice. *Future of Children* 1999;9(1):152-176.

Pour citer ce document :

Kitzman HJ. Programmes efficaces pour le développement des jeunes enfants de familles à faibles revenus : interventions lors de visites à domicile pendant la grossesse et la prime enfance. 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; 2004:1-7 Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KitzmanFRxp-Visites.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004



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 (HIPHY). *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



Programmes de visites pré et post natales à domicile et leur impact sur le développement psychosocial des jeunes enfants (0-5 ans) : Commentaires sur Olds, Kitzman, Zercher et Spiker

DEBORAH DARO, Ph. D.

*Chapin Hall Center for Children
University of Chicago, ÉTATS-UNIS*

*(Publication sur Internet le 29 septembre 2004)
(Révisé le 25 août 2006)*

Thème

Visites à domicile (prénatales et postnatales)

Introduction

Aux États-Unis, plusieurs analystes politiques et défenseurs citent les visites à domicile comme offrant une approche de prestation de services prometteuse pour éduquer les parents et réduire le potentiel d'abus.^{1,2,3} Ceci est particulièrement vrai si les services sont offerts au début du développement de l'enfant. La prestation de services pendant la grossesse ou à la naissance facilitent le développement d'un attachement positif et solide entre le parent et l'enfant et pose la pierre angulaire du développement futur.⁴ Le fait d'offrir ce type de services au domicile d'un parent présente de nombreux avantages supplémentaires. De tels services offrent à l'intervenant une excellente occasion d'évaluer la sécurité de l'environnement de vie de l'enfant et de travailler individuellement avec le parent pour améliorer les interactions parent-enfant. La méthode procure aussi au participant un certain degré d'intimité et à l'intervenant un certain degré de flexibilité qui sont difficiles à atteindre dans des programmes de groupes.

Malgré l'attrait théorique et populaire de la stratégie, les évaluations rigoureuses de programmes de visites pré et post natales à domicile confirment des niveaux de réussite inégaux, tel que souligné dans les trois articles soumis au CEDJE traitant de ce sujet. Zercher et Spiker considèrent les preuves empiriques à la lumière d'un ensemble plus large de questions de recherches et cherchent un soutien empirique pour l'efficacité et l'efficacité de la méthode. En revanche, Kitzman met l'accent sur la capacité des programmes de visites à domicile à rejoindre efficacement les familles socialement défavorisées et porte une attention spéciale à la façon dont les différents éléments et structures de programmes influencent les taux d'inscription ainsi que les résultats individuels. Olds examine les preuves selon lesquelles ces types d'interventions peuvent traiter trois prédicteurs centraux de problèmes socio-affectifs chez les jeunes enfants (par exemple, la santé prénatale de la mère, le parcours de vie maternel et les soins parentaux). Les trois articles soulignent la grande variabilité des divers programmes regroupés sous le large titre de visites pré et post natales à domicile et le nombre limité de ce qui peut être

qualifié d'études d'évaluation de « haute qualité » (c'est-à-dire celles qui utilisent des essais cliniques aléatoires).

Recherche et conclusions

En dépit de la popularité de l'innovation, les données évaluatives sur les programmes de visites à domicile recensées par les trois auteurs indiquent que les résultats positifs ne sont ni universels pour tous les modèles ni cohérents d'une population à l'autre. Les trois auteurs s'entendent sur le fait que de grands essais aléatoires concluent généralement que les services de visites à domicile produisent « une gamme limitée d'effets notables et que ces derniers sont souvent faibles ». Ces auteurs sont également d'accord sur le fait que les effets sont plus susceptibles de se produire chez les populations les plus défavorisées. Dans l'ensemble, se basant sur leurs propres travaux, Kitzman et Olds rejettent un peu moins l'intervention que Zercher et Spiker. Ils soulignent que des impacts importants et positifs ont été observés en matière de comportement de santé prénatale chez les mères, d'abus et de négligence envers les enfants et de relations mère-nourrisson, et que des impacts positifs peuvent être maintenus et améliorés avec le temps. Au moins une des études longitudinales citée dans les trois articles a démontré une réduction de la dépendance envers l'aide sociale et une diminution du comportement criminel dans le groupe traité comparé au groupe témoin.⁵

Lorsqu'ils tirent leurs conclusions, Zercher et Spiker se basent presque exclusivement sur une source principale de données évaluatives, un résumé produit par la Packard Foundation à partir de données compilées il y a plus de 10 ans.⁶ Kitzman et Olds se réfèrent abondamment à leurs propres travaux. Pour être juste, la recherche de Kitzman et Olds constitue un ensemble impressionnant d'études. Le développement de leur programme *Nurse Family Partnership (NFP)* et son évaluation cohérente lors d'une série de tests aléatoires soigneusement conçus et de recherches longitudinales sont sans précédent dans le domaine de la planification des services sociaux. Le NFP reste un des programmes de visites à domicile les plus reconnus et systématiquement implantés aux États-Unis.

Cependant, depuis la publication du *Packard Report*, la base de la recherche sur les programmes de visites pré et post natales à domicile s'est élargie et s'est nuancée. Les méta analyses de cette base de recherche étendue confirment les impacts du modèle sur une série de facteurs de protection et de risque associés à la maltraitance des enfants.^{7,8,9} De plus, Tous les modèles principaux de programmes de visites à domicile aux États-Unis prennent part à plusieurs activités de recherche, dont beaucoup ont des modèles mieux définis et portent une attention plus rigoureuse à la question clé de l'inscription et de la rétention des participants, de la formation du personnel et des normes d'assurance de qualité.¹⁰ Par exemple, les récents résultats qui se dégagent du premier suivi de deux ans du *Early Head Start National Demonstration Project* confirment l'efficacité des programmes de visites à domicile auprès des nouveaux parents. Plus particulièrement, dans cet essai aléatoire à grande échelle, les mères qui ont participé à *Early Head Start* étaient plus encourageantes, plus sensibles, moins détachées et plus susceptibles de prolonger le jeu pour stimuler le développement cognitif, le langage et l'alphabetisation que les mères assignées au groupe témoin.

Les mères qui ont participé à *Early Head Start* ont aussi rapporté un recours moins fréquent à la fessée, et en général, ont décrit avoir utilisé des formes plus douces de discipline pour gérer leur enfant de deux ans.¹¹ Ces impacts étaient plus susceptibles de se produire chez les bénéficiaires de *Early Head Start* qui se sont inscrits aux programmes mettant en place les programmes de visites à domicile que chez ceux inscrits dans des programmes reposant exclusivement sur des services basés dans des centres, bien que les programmes qui combinaient les deux formes de services aient obtenu les gains les plus solides.

Plutôt que de considérer le manque de résultats cohérents comme une indication d'échec du programme, on pourrait dire de ces modèles qu'ils soulignent l'inévitable limite de toute intervention isolée, peu importe si elle est bien conçue et bien offerte.¹² L'amélioration des résultats des enfants et de la capacité parentale ne demande pas simplement un programme solide, mais aussi des systèmes de soins de grande qualité. En effet, des recherches plus récentes suggèrent que l'association entre ces types d'interventions intensives à domicile et un programme de groupe ou basé dans la communauté peut augmenter de façon spectaculaire la proportion des nouveaux parents qui utiliseront les services de prévention.^{13,14,15} Davantage de recherches sont nécessaires en cette matière pour identifier le rôle unique joué par les visites à domicile dans le contexte d'un système large et diversifié de soutien et d'éducation parentale.

Implications pour le développement des politiques

Les trois articles offrent des perspectives différentes sur l'utilité d'étendre les services de visites à domicile. Kitzman suggère que pour renforcer la base de connaissances, les programmes de visites à domicile devront conserver l'intégrité et l'engagement envers un modèle donné afin de déterminer l'efficacité générale ainsi que l'utilité spécifique des divers éléments structurels. Zercher et Spiker soutiennent que l'on devrait utiliser l'intervention uniquement comme stratégie de prévention secondaire. Ils font aussi remarquer qu'il n'existe aucune preuve empirique pour une stratégie de prestation de service universel. Olds nous avertit que l'application du modèle à une nouvelle culture ou à une nouvelle population devrait se faire uniquement après avoir investi dans des essais cliniques aléatoires.

Alors que les programmes individuels de visites à domicile sont de mieux en mieux définis et de plus en plus soigneusement mis en place, la meilleure méthode d'évaluation rigoureuse de leur efficacité est moins claire. La diversité des besoins familiaux et des trajectoires d'amélioration du développement de l'enfant suggère que les programmes de visites à domicile les plus efficaces seront ceux qui sont non seulement bien implantés, mais aussi bien informés sur les défis et les forces uniques de leurs communautés locales.¹⁶ La compréhension complète des impacts des programmes de visites à domicile requiert donc diverses méthodes d'évaluation. Les meilleures politiques et programmes peuvent émerger quand nous considérons les leçons collectives d'un grand ensemble de recherches qui utilisent divers modèles théoriques et différentes méthodologies.¹⁷

RÉFÉRENCES

1. U.S. Government Accounting Office (GAO). *Home visiting: A promising early intervention strategy for at-risk families*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1990. GAO/HRD-90-83.
2. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. *Creating caring communities: Blueprint for an effective federal policy for child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1991.
3. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, Snyder S, Tuma F, Schofield A, Corso PS, Briss P. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: Early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003;52(RR-14):1-9.
4. Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children. *Starting points: Meeting the needs of our youngest children*. New York, NY: Carnegie Corporation of New York; 1994. Version abrégée disponible sur le site: http://www.carnegie.org/starting_points/. Page consultée le 12 février 2007.
5. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
6. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home visiting: Recent program evaluations - Analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
7. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
8. Geeraert L, Van den Noortgate W, Grietens H, Onghena P. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment* 2004;9(3): 277-291.
9. Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development* 2004;75(5):1435-1456.
10. Daro D. *Home Visitation: Assessing Progress, Managing Expectations*. Chicago, Ill: Chapin Hall Center for Children. Disponible sur le site: <http://www.chapinhall.org>. Page consultée le 12 février 2007.
11. U.S. Department of Health and Human Services. *Building Their Futures: How Early Head Start Program are Enhancing the Lives of Infants and Toddlers in Low Income Families. Summary Report*. Washington D.C.: Commissioner's Office of Research and Evaluation, Head Start Bureau; 2001. Disponible sur le site: <http://www.mathematica-mpr.com/publications/PDFs/buildsumm.pdf>. Page consultée le 12 février 2007.

12. Weiss HB. Home visits: necessary but not sufficient. *The Future of Children* 1993;3(3):113-128.
13. Anisfeld E, Sandy J, Guterman NB. *Best Beginnings: A Randomized Controlled Trial of a Paraprofessional Home Visiting Program*. New York, NY: Columbia University School of Social Work; 2004. Disponible sur le site: http://www.healthyfamiliesamerica.org/downloads/eval_NY_bb_2004.pdf. Page consultée le 12 février 2007.
14. Constantino JN, Hasemi, N, Solis E, Alon T, Haley S, McClure S, Nordlicht N, Constantino MA, Elmen J, Carlson VK. Supplementation of urban home visitation with a series of group meetings for parents and infants: results of a “real world” randomized, controlled trial. *Child Abuse and Neglect* 2001;25(12):1571-1581.
15. Klagholz D. *Starting Early Starting Smart: Final Report*. Great Falls, Mont: Donna D. Klagholz & Associates, LLC; 2005. Disponible sur le site: <http://www.healthyfamiliesamerica.org/research/index.shtml>. Page consultée le 12 février 2007.
16. Daro D, Cohn-Donnelly A. Child abuse prevention: Accomplishments and challenges. In: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix T, Jenny C, Reid T, eds. *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002:431-448.
17. McCall RB, Green BL. Beyond the methodological gold standards of behavioral research: Considerations for practice and policy. *Social Policy Report* 2004;18(2):3-19. Disponible sur le site: <http://www.srpd.org/Documents/Publications/SPR/spr18-2.pdf>. Page consultée le 12 février 2007.

Pour citer ce document :

Daro D. Programmes de visites pré et post natales à domicile et leur impact sur le développement psychosocial des jeunes enfants (0-5 ans) : Commentaires sur Olds, Kitzman, Zercher et Spiker. Ed rev. 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; 2006:1-6. Disponible sur le site: http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DaroFRxp_rev.pdf. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2004-2006