



COMMENTAIRES DES MILIEUX - Visites prénatales et postnatales à domicile

Karen Wade, infirmière clinique spécialisée, et Jan Fordham, responsable de la planification et des politiques - Healthy Families and Communities, santé publique de Toronto

(Publication sur Internet le 18 novembre 2005)

Perspective service

Historiquement, les visites à domicile auprès de familles ayant de jeunes enfants ont marqué la pratique des soins infirmiers en santé publique destinés à améliorer la santé maternelle et infantile. Au cours des 20 dernières années, il y a eu de nombreuses recherches sur l'efficacité des programmes de visites à domicile fournis par divers professionnels, paraprofessionnels et autres conseillers non professionnels de la santé visant divers problèmes de santé maternelle et infantile. Plus récemment, les chercheurs ont résumé les résultats de ces recherches afin d'orienter les politiques, la pratique et la recherche future.

Comme chaque article¹⁻⁴ du CEDJE le souligne, les programmes de visites à domicile varient : leurs objectifs principaux, les bases théoriques, les populations desservies, le contexte, la formation et la supervision des intervenants, la durée et l'intensité des interventions sont différents. La plupart des programmes de visites à domicile tentent d'améliorer la santé et le développement des enfants ou de réduire la violence et la négligence envers les enfants en modifiant les comportements maternels reliés à la santé ou les interactions parent-enfant. Certains programmes sont universels, cependant, comme le souligne Kitzman,² la plupart s'adressent aux familles dont les enfants sont à risque d'être en mauvaise santé ou d'avoir des problèmes de développement.

Selon les articles du CEDJE,¹⁻⁴ les programmes de visites à domicile ont des effets inégaux sur les problèmes des mères et des enfants. Cependant, la recherche permet de tirer plusieurs leçons qui peuvent éclairer les prestataires de services et les décideurs politiques.

Les programmes ayant entraîné le plus de bienfaits pour la santé des enfants et pour leur développement ont certaines caractéristiques communes. Ils s'adressent aux familles et aux enfants à risque (c'est-à-dire aux adolescents, aux mères socialement défavorisées ayant un premier enfant, aux enfants à risque au plan médical ou développemental, aux familles qui courent des risques de violence ou de négligence). Ces programmes se fondent sur des théories sur la modification du développement et du comportement et utilisent un programme d'étude. Les programmes de visites à domicile qui emploient des

Intervenants très formés ont davantage d'impact sur les résultats et certaines preuves indiquent que les infirmières ont un impact particulièrement efficace sur la santé des enfants et des mères, comme le développement social et affectif des enfants, les soins maternels, la violence et la négligence, la fréquence des grossesses subséquentes ainsi que l'emploi futur et la dépendance envers l'aide sociale.

Selon la recherche, les programmes de visites à domicile ne devraient constituer qu'une des composantes d'un système de services coordonnés destinés aux familles ayant de jeunes enfants. Par exemple, Zercher et Spiker³ déclarent que certaines sous-populations d'enfants, surtout ceux qui vivent dans les familles les plus pauvres ou qui sont prématurés et qui ont un faible poids à la naissance, tirent profit des programmes complets d'intervention précoce qui combinent les visites à domicile avec des interventions centrées directement sur l'enfant en centres ou en cliniques. Ces programmes ont apporté des bienfaits à court et à long terme, comme de meilleures interactions parent-enfant, un meilleur développement cognitif et comportemental, une meilleure diplomation ainsi qu'une diminution des arrestations juvéniles. Bien que les services de visites à domicile et les programmes complets d'intervention précoce ne soient pas spécifiquement identifiés dans les articles du CEDJE,¹⁻⁴ ils doivent être enchâssés dans des politiques publiques saines qui traitent les causes systémiques de la pauvreté et le statut des familles défavorisées.

Les enfants de 0 à 6 ans composent 8,3 % de la population de Toronto (205 200 enfants).⁵ Une des fonctions du département de la planification et des politiques de la santé publique torontoise consiste à contribuer à l'élaboration de programmes fondés sur des preuves.

En Ontario, la programmation de la santé publique relève d'un mandat provincial. Certains programmes de santé publique sont entièrement financés par la province alors que pour d'autres, les coûts sont partagés entre la province et la municipalité. Le programme *Bébés en santé, enfants en santé* (BSES) relève entièrement d'un mandat et d'un financement provincial. C'est un programme de prévention et d'intervention précoce destiné à aider les familles à promouvoir un développement physique, cognitif, communicationnel et psychosocial optimal chez les enfants; et à aider ces derniers à atteindre leur plein potentiel. Les objectifs spécifiques sont : améliorer le soutien parental, promouvoir des interactions efficaces entre parent et enfant, augmenter la confiance, les connaissances et les compétences des parents et améliorer la santé et le développement de l'enfant.⁶ Le programme ne s'occupe pas spécifiquement des répercussions à long terme relatives à la trajectoire de vie des mères et au développement de l'enfant, comme la fréquence des grossesses subséquentes, l'emploi maternel futur, la dépendance de la mère envers l'aide sociale, la criminalité et le comportement antisocial des adolescents. Les chercheurs ont démontré que le programme *Nurse-Family Partnership*^{7,8} avait un impact positif sur ces répercussions à plus long terme.

Le programme BSES fournit un modèle fusionné de visites à domicile pour les familles à risque élevé, effectuées par des infirmières de santé publique, des pairs ou des non professionnels formés et supervisés. Ce visiteur non-spécialiste représente le contact

principal avec la famille, et la province a stipulé que le ratio des visites professionnelles et non professionnelles devait se situer entre 3:1 et 6:1, avec un ratio minimal de trois visites de non-spécialistes pour une de personnel professionnel.⁹ BSES n'utilise pas de programme normalisé et n'identifie pas d'interventions particulières. La fréquence et la durée des visites sont basées sur les besoins des familles. Les contraintes de financement excluent la densité ou la durée de l'intervention que l'on trouve dans les programmes de visites à domicile mis en lumière dans les articles du CEDJE.¹⁻⁴

La province a financé une évaluation de ce programme pendant les deux premières années de sa mise en place. Elle a découvert que les enfants qui se trouvaient dans des situations à risque élevé et qui recevaient ces services avaient obtenu de meilleurs résultats sur la plupart des mesures de développement des nourrissons, comme l'aide personnelle, les habiletés motrices brutes et fines et le développement du langage, que les enfants dans des situations similaires qui ne bénéficiaient pas de ces services.⁹ Cependant, l'impact à long terme et la rentabilité du programme n'ont pas encore été déterminés.

L'implantation du programme BSES a défini un certain nombre de questions qui doivent être traitées grâce à la recherche fondamentale. Plusieurs d'entre elles sont documentées, par exemple :

- Quel type d'intervenant est le plus approprié aux différents besoins et situations du client?
- Quelles sont la durée et l'intensité optimales requises pour que l'intervention atteigne les résultats escomptés?
- Quelles familles sont les plus susceptibles de profiter du programme?
- Comment amener les clients les plus à risque à participer au programme et à continuer à y participer?
- Quel est l'impact de la qualité de la relation entre l'intervenant et la famille sur la rétention au sein du programme et sur les répercussions sur le client?
- Les interventions doivent-elles être adaptées quand elles s'adressent à des populations de cultures différentes?

Comme il a été souligné antérieurement, d'après la recherche, les programmes de visites à domicile ne sont qu'une composante du système de services coordonnés destinés aux familles ayant de jeunes enfants. Le programme BSES sert de catalyseur à des services et du soutien coordonnés, efficaces et intégrés, visant le développement sain des enfants et le bien-être familial.⁹ La *Table ronde du maire sur les enfants, les jeunes et l'éducation* élabore une structure de planification et de prestation de services intégrés à Toronto. La santé publique torontoise continue à travailler avec d'autres acteurs, grâce à un réseau et à des alliances communautaires, afin d'améliorer le système ainsi que la coordination en ce qui a trait à la famille. Une des initiatives comprend un projet pilote portant sur la coordination des services pour les jeunes femmes enceintes vulnérables et sans domicile ou mal logées. Une autre initiative a consisté à élaborer un modèle de coordination de services pour les familles et à former les infirmières en santé publique et le personnel des organismes communautaires.

Zercher et Spiker³ précisent que certains enfants, particulièrement ceux qui vivent dans des familles économiquement défavorisées ou ceux qui sont nés prématurés et qui avaient un faible poids à la naissance, tirent profit de programmes d'intervention précoce complets qui combinent des visites à domicile avec des interventions dans des centres ou des cliniques, interventions qui sont centrées directement sur l'enfant.

Les engagements du gouvernement fédéral d'investir 700 millions de dollars lors de la prochaine année fiscale, et jusqu'à cinq milliards au cours des cinq prochaines années pour des programmes universels d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, attribués à l'Ontario dans le cadre de la stratégie *Meilleur départ*, est encourageant. Cependant, d'après la recherche, les programmes prévus ne suffiront pas à promouvoir le développement optimal des enfants le plus à risque. Il faut entreprendre des recherches canadiennes dans des environnements urbains à forte densité comme Toronto pour évaluer l'efficacité des programmes complets d'intervention précoces similaires à ceux que décrivent Zercher et Spiker.³

Ces programmes comportent plusieurs facettes et comprennent souvent une formation parentale, des visites à domicile, des conseils, des services de santé et de nutrition, et des orientations vers les organismes communautaires et de services sociaux, des services d'éducation précoce et des soins dans des centres. En plus d'être directement centrés sur l'enfant, les programmes s'adressent aux parents ou aux principaux donneurs de soins de l'enfant et à la famille en tant qu'unité, promeuvent la capacité à obtenir des revenus, l'éducation des adultes, la formation au travail, des conditions de logement sécuritaires, les capacités de gestion familiale et un style de vie sain.

Certaines preuves indiquent que les enfants canadiens qui vivent dans des familles à faibles revenus ou dans des quartiers défavorisés sont plus susceptibles : d'avoir un faible poids à la naissance, des maladies chroniques, des difficultés de vision, d'ouïe, de parole, de mobilité, de dextérité, de cognition, des problèmes émotifs, de souffrir de douleur et d'inconfort, et que leur taux de blessures et de mortalité est plus élevé.^{10,11,12,13} En 2000, presque trois enfants sur dix (29 %) vivant à Toronto, âgés de 0 à 5 ans (51 000 enfants) vivaient dans des foyers à faibles revenus (c'est-à-dire dont le revenu annuel du ménage était inférieur au seuil de faibles revenus avant taxes selon Statistique Canada).⁵

La Ville de Toronto reconnaît que la pauvreté est un déterminant clé de la santé des enfants; un comité interdépartemental comprenant des représentants de la santé publique a été constitué pour améliorer le bien-être des enfants vivant dans la pauvreté. La santé publique de Toronto élabore une déclaration de principes qui permettra de documenter l'impact de la pauvreté et des inconvénients associés sur la santé des enfants, ainsi que leurs répercussions sur leur santé à l'âge adulte. Cette déclaration de principes servira à documenter un plan d'action sur la pauvreté des enfants.

Les chercheurs ont découvert plusieurs caractéristiques sur les programmes de visites à domicile efficaces. Cependant, les orientations politiques actuelles constituent des défis à l'intégration de ces découvertes à la prestation de services. Il doit y avoir un dialogue entre les chercheurs, les décideurs politiques et les administrateurs afin de s'assurer que

VISITES À DOMICILE (PRÉNATALES ET POSTNATALES)

les programmes de visites à domicile et les autres programmes d'intervention précoce intègrent les meilleures pratiques.

Il est nécessaire d'allouer du financement pour que les recherches effectuées aux États-Unis sur les programmes exemplaires probants puissent être adaptées au contexte canadien.

Enfin, il est primordial de continuer à défendre les politiques de santé publique visant à soutenir les familles ayant de jeunes enfants. Sans ces politiques, tous les enfants canadiens n'auront pas l'occasion d'atteindre une santé optimale et un développement normal.

RÉFÉRENCES

1. 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 17 novembre 2005.
2. 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 17 novembre 2005.
3. 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 17 novembre 2005.
4. 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 31 octobre 2007.
5. Statistics Canada. *Census 2001*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2002. [Custom tabulations].
6. Applied Research Consultants. *Project report. Evaluation of the Healthy Babies, Healthy Children Program. The Healthy Babies, Healthy Children Program in the Toronto Public Health Department*. Toronto, Ontario: Integrated Services for Children Division, Ontario Ministry of Community and Social Services, Ontario Ministry of Health and Long Term Care; 2001.
7. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, 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: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
8. Olds DL, Henderson CR, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey DH, Pettitt LM, 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.
9. Early Years and Healthy Child Development Branch. *Healthy babies, healthy children consolidated guidelines*. Toronto, Ontario: Early Years and Healthy Child Development Branch, Integrated Services for Children Division, Ministry of Health and Long-Term Care, Ministry of Community, Family and Children's Services; 2003. Disponible sur le site: [http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/0/5476CB1C34C3E93B85256B19004E01AA/\\$file/HBHC%20CG%20final%20eng.pdf?openelement](http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/0/5476CB1C34C3E93B85256B19004E01AA/$file/HBHC%20CG%20final%20eng.pdf?openelement). Page consultée le 17 novembre 2005.
 10. Brownell M. Health status: injuries. In: Brownell M, Martens P, Kozyrskyj A, Fergusson P, Lurfald J, Mayer T, Derksen S, Friesen D. *Assessing the health of children in Manitoba: A population-based study*. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, University of Manitoba; 2001:101-119.
 11. Ross DP, Roberts P. *Income and child well-being: A new perspective on the poverty debate*. Ottawa, Ontario: Canadian Council on Social Development; 1999.
 12. Wilkins R, Houle C, Berthelot J-M, Ross N. The changing health status of Canada's children. *ISUMA* 2000;1(2):57-63. Disponible sur le site: http://www.isuma.net/v01n02/wilkins/wilkins_e.pdf. Page consultée le 17 novembre 2005.
 13. Willms JD. Socioeconomic gradients for childhood vulnerability. In: Willms JD, eds. *Vulnerable children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Edmonton, Alberta: University of Alberta Press; 2002:71-102.

Pour citer ce document :

Wade K, Fordham J. Commentaires des milieux - Visites prénatales et postnatales à domicile. 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; 2005:1-7. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Wade-FordhamFRps.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2005