ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

Programmes de soutien aux parents et comportement des jeunes enfants : Commentaires sur Goodson, Trivette et Dunst

Jane Drummond, Ph.D.

Faculty of Nursing, University of Alberta, Canada

Décembre 2014, 3e éd.

Introduction

Les décideurs politiques canadiens ont été encouragés à croire que le développement des jeunes enfants était un déterminant de la santé et de la richesse nationales.[1,2] Dans une recherche utilisant des données de l'Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), des chercheurs ont déterminé qu'environ un tiers des parents canadiens utilisaient des conduites parentales optimales[3] et qu'avec le temps, la sensibilité parentale envers les enfants diminuait. Au Canada, le style de comportements parentaux est hétérogène quel que soit le statut socioéconomique (SSE). Mais il y a un lien entre le faible SSE, les conduites parentales et les comportements problématiques des enfants. Les deux articles commentés ici proviennent de programmes de recherches centrées sur le développement de la famille et de l'enfant. Les

©2014-2026 ABILIO | HABILETÉS PARENTALES

chercheurs canadiens qui souscrivent à l'approche de santé populationnelle aimeraient que ces idées soient développées et rigoureusement implantées dans les programmes sociaux et de santé qui sont ensuite intégrés dans plusieurs secteurs.[4]

Trivette et Dunst ont consacré leurs carrières de chercheurs à la compréhension du soutien social auprès des jeunes familles et ont donc développé une tradition de focalisation sur la famille. Il n'est donc pas surprenant que la recherche présentée dans leur recension soit centrée sur la compréhension des caractéristiques particulières des pratiques de relation d'aide centrée sur la famille et sur les liens avec le développement socioaffectif des enfants. Le lien entre *ce qui est fait* et *la façon de le faire* est présenté comme étant important. Deux pratiques clés de relation d'aide centrée sur la famille sont examinées séparément.[5,6] On dit des pratiques relationnelles qu'elles comprennent les « comportements » associés à la compassion et à l'écoute active, ainsi qu'à un personnel qui considère positivement les capacités des participants, ce qui permet une collaboration et une confiance mutuelle. Les pratiques d'aide participative des programmes comprennent des « comportements » qui permettent aux participants de choisir et de décider des ressources et du soutien désiré.

Goodson entreprend d'informer le lecteur sur la contribution des programmes d'aide aux parents à la trajectoire causale reliant les attitudes et les comportements des enfants au développement de ces derniers. Elle explique clairement que la recension se situe dans un contexte de recherche où la qualité, mais pas la quantité, des évaluations est limitée, où l'évaluation porte généralement sur les gains cognitifs des enfants (non socioaffectifs) et où des suppositions sont émises quant à la rigueur de l'implantation du programme et la pertinence du maintien des familles dans les programmes.

Recherche et conclusions

Dans l'article de Trivette et Dunst, la capacité des parents à promouvoir le développement socioaffectif de l'enfant est opérationnalisée à partir des critères de confiance et de compétente. Ils rapportent quatre résultats principaux. Premièrement, les programmes de soutien aux parents améliorent la compétence et la confiance de ces derniers, ainsi que leur conviction qu'en matière d'interaction parent-enfant, celles que l'enfant entreprend sont très importantes.[7,8] Deuxièmement, bien que les programmes généraux de soutien aux parents soutiennent le développement socioaffectif des enfants, le soutien parental visant le développement affectif, éducatif et économique des parents a davantage d'impact sur le développement socioaffectif de

l'enfant.[9] Troisièmement, les pratiques d'aide participative sont celles qui contribuent le plus au jugement des parents sur la compétence affective de leurs enfants.[7] Quatrièmement, des approches de soutien en groupe ont un effet plus puissant sur la compétence socioaffective de l'enfant que les visites à domicile.[9]

Goodson fait référence à la même méta-analyse que celle utilisée par Trivette et Dunst dans leur article,[9] ainsi qu'aux études longitudinales de Reynolds et coll.[10,11] Elle mentionne quatre résultats. Premièrement, les programmes de soutien aux parents ont moins d'effet sur la compétence socioaffective que sur les gains cognitifs. Deuxièmement, les programmes ayant le plus d'effets sur cette compétence possèdent trois caractéristiques : ils ciblent les enfants ayant des besoins spéciaux, ils sont offerts par des professionnels, et les parents se rencontrent pour du soutien par les pairs. Troisièmement, les programmes qui offrent directement de l'éducation précoce et des services de soutien aux parents ont des effets supérieurs à la moyenne. Quatrièmement, le soutien familial a un effet plus fort que les gains cognitifs sur la délinquance juvénile (compétence socioaffective) et l'effet est pratiquement égal sur la diplomation au secondaire (compétence cognitive).

Je connais bien la littérature sur le soutien familial, les pratiques centrées sur la famille et le soutien aux parents, et je ne suis pas en désaccord avec les opinions des auteurs de ces deux articles. Mes collègues et moi avons centré notre programme de recherches sur le soutien aux parents appartenant à des groupes vulnérables et nous avons découvert, grâce à des essais aléatoires contrôlés, que les interventions systématiques ciblant les comportements parentaux amélioraient la contingence parentale chez les parents à faibles revenus et chez les mères adolescentes.[12,13] Nous avons aussi découvert que l'intervention systématique visant les comportements de résolution de problèmes familiaux, ce que Trivette et Dunst appellent pratique de relation d'aide participative, améliorait aussi la contingence des interactions parent-enfant.[14]

Selon moi, on a davantage besoin de recherches dans le domaine des hypothèses soulevées par Goodson, c'est-à-dire sur la rigueur de la mise en place des programmes de soutien aux parents et sur la pertinence du maintien des familles dans ces programmes. Tout comme pour les écarts entre les interventions contrôlées et les applications cliniques dans les psychothérapies destinées aux enfants et aux adolescents,[15,16] il est nécessaire d'effectuer une transition prudente entre les approches de soutien parental efficace et la pratique de programmes communautaires efficaces, et de la suivre attentivement.[17]

Implications pour les services, le développement et les politiques

Trivette et Dunst suggèrent que les pratiques de relation d'aide centrées sur la famille doivent former la base des interactions entre les intervenants offrant du soutien, et les familles. En revanche, Goodson aimerait que les chercheurs, les prestataires de services et les décideurs politiques se penchent sur la nécessité a) d'une mise en place rigoureuse de programmes de soutien aux parents qui ciblent le développement socioaffectif des enfants et b) d'une étude d'évaluation. Ces implications sont évidentes et découlent d'une revue de littérature dans ce dernier cas et de la focalisation de la carrière des chercheurs dans le premier cas.

Les intervenants canadiens en santé et en services sociaux doivent promouvoir la parentalité[3] de façon proactive et rentable. Il existe une association négative et constante entre la vulnérabilité familiale attribuable aux facteurs socioéconomiques et aux facteurs qui y sont reliés et le taux de participation et de maintien de ces familles dans les activités sociales, de santé, éducatives, de loisir et culturelles.[18,19,20,21] Parmi les obstacles, on trouve la fragmentation des services, l'étroitesse des mandats, l'écart de pouvoir créé par l'expertise de l'intervenant, et la difficulté d'accès en raison de la localisation des services, de la langue et des heures d'ouverture. À cause de l'ensemble des obstacles familiaux et propres aux services, les familles vulnérables ont moins d'occasions d'accéder efficacement aux programmes parentaux de prévention et utilisent davantage les services de deuxième ligne (par exemple, les services médicaux d'urgence, les services sociaux d'urgence destinés aux enfants, le service de police), ce qui entraîne évidemment une augmentation des coûts.

Comme les problèmes des familles vulnérables proviennent d'un ensemble de conditions sociales, économiques et politiques qui dépassent la portée d'un seul secteur de service, les systèmes gouvernementaux et communautaires doivent collaborer afin de coordonner les programmes. Des collaborations sont nécessaires quand les organismes partagent un objectif commun qui traite d'un problème à des métas niveaux,[22] comme les conduites parentales chez les familles vulnérables. La collaboration a lieu quand un groupe d'acteurs autonomes, qui travaillent dans le même domaine, interagissent en utilisant les mêmes règles, normes et structures.[23] La notion inhérente à la collaboration est que les résultats atteints sont plus efficaces, efficients ou continus qu'ils ne l'auraient été si les organismes travaillaient seuls.[24,25,26,27,28] Les chercheurs[28,29,30] ont découvert que la collaboration et l'intégration des services destinés aux populations vulnérables étaient plus efficaces, efficientes et rentables que les initiatives qui poursuivaient un objectif étroit. Des efforts concertés sont requis pour établir une

collaboration entre les secteurs dans le but d'améliorer le soutien parental aux familles canadiennes.

Références

1. Keating DP, Hertzman C, eds. *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological, and educational dynamics*. New York, NY: Guilford Press; 1999.
2. Raphael D, ed. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto, Ontario: Canadian Scholar's Press; 2004.
3. Willms JD, ed. *Vulnerable children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Edmonton, Alberta: University of Alberta Press; 2002.
4. Browne GB. Early childhood education and health. In: Raphael D, ed. *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto, Ontario: Canadian Scholar's Press; 2004:125-137.
5. Dunst CJ, Trivette CM. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Pediatric Nursing* 1996;22(4):334-337, 343.
6. Trivette CM, Dunst CJ. Family-centered helpgiving practices. Communication présentée à: 14th Annual Division for Early Childhood International Conference on Children with Special Needs; Décembre, 1998; Chicago, Ill.
7. Dunst CJ, Trivette CM. *Parenting supports and resources, helpgiving practices, and parenting competence*. Asheville, NC: Winterberry Press; 2001.
8. Walker TB, Rodriguez GG, Johnson DL, Cortez CP. Avance parent-child education program. In: Smith S, ed. *Two generation programs for families in poverty: A new intervention strategy*. Westport, Conn: Ablex Publishing; 1995:67-90. Advances in applied developmental psychology; vol 9.
9. Layzer JI, Goodson BD, Bernstein L, Price C. *National evaluation of family support programs: Final report*. Cambridge, Mass: Abt Associates; 2001.
10. Reynolds AJ, Mavrogenes NA, Bezruczko N, Hagemann M. Cognitive and family-support mediators of preschool effectiveness: A confirmatory analysis. *Child Development* 1996;67(3):1119-1140.
11. Reynolds AJ, Ou S-R, Topitzes JW. Paths of effects of early childhood intervention on educational attainment and delinquency: A confirmatory analysis of the Chicago Child-Parent Centers. *Child Development* 2004;75(5):1299-1328.
12. Fleming D, McDonald L, Drummond J, Kysela GM. Parent training: can intervention improve parent-child interactions? *Exceptionality Education Canada*. Sous presse.
13. Letourneau N, Drummond J, Fleming D, Kysela GM, McDonald L, Stewart M. Supporting parents: Can intervention improve parent-child relationships? *Journal of Family Nursing* 2001;7(2):159-187.
14. Drummond J, Fleming D, McDonald L, Kysela GM. Randomized controlled trial of a family problem-solving intervention. *Clinical Nursing Research* 2005;14(1):57-80.
15. Lonigan CJ, Elbert JC, Johnson SB. Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(2):138-145.
16. Weisz JR, Donenberg GR, Han SS, Weiss B. Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(5):688-701.
17. Hoagwood K, Hibbs E, Brent D, Jensen P. Introduction to the special section: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(5):683-687.
18. Bischoff RJ, Sprenkle DH. Dropping out of marriage and family therapy: a critical review research. *Family Process* 1993;32(3):353-375.

©2014-2026 ABILIO | HABILETÉS PARENTALES

19. Britton JA, Gammon MD, Kelsey JL, Brogan DJ, Coates RJ, Schoenberg JB, Potischman N, Swanson CA, Stanford JL, Brinton LA. Characteristics associated with recent recreational exercise among women 20 to 44 years of age. *Women and Health* 2000;31(2-3):81-96.

20. Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. What if we could eliminate child poverty? The theoretical effect on child psychosocial morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1996;31(5):303-307.

21. Ross DP, Roberts P. *Income and child well-being: A new perspective on the poverty debate*. Ottawa, Ontario: Canadian Council on Social Development; 1999. Disponible sur le site: http://www.ccsd.ca/pubs/inckids/index.htm. Page consultée le 19 janvier 2006.

22. Chisholm RF. On the meaning of networks. *Group and Organization Management* 1996;21(2):216-235.

23. Harris E, Wise M, Hawe P, Finlay P, Nutbeam D. *Working together: Intersectoral action for health*. Sydney, Australia: Commonwealth Department of Human Health and Services, Australian Centre for Health Promotion; 1995.

24. Browne G, Roberts J. *The Integration of Human Services Measure*. Hamilton, Ontario: McMaster University and Affiliated Health and Social Service Agencies; 2002.

25. Browne G, Byrne C, Roberts J, Gafni A, Watt S, Haldane S, et al. Benefiting all the beneficiaries of social assistance: The 2-year effects and expense of subsidized versus nonsubsidized quality child care and recreation. *National Academies of Practice Forum: Issues in Interdisciplinary Care* 1999;1(2):131-142.

26. Huxham C, Vangen S. Leadership in the shaping and implementation of collaboration agendas: How things happen in a (not quite) joined-up world. *Academy of Management Journal* 2000;43(6):1159-1175.

27. Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Milbank Quarterly* 2001;79(2):179-205.

28. Organization for Economic Cooperation and Development. *Strategic governance and policy-making: Building policy coherence*. Paris, France: OECD; 2000.

29. Browne G, Byrne C, Roberts J, Gafni A, Whittaker S. When the bough breaks: Provider-initiated comprehensive care is more effective and less expensive for sole-support parents on social assistance. *Social Science and Medicine* 2001;53(12):1697-1710.

30. Browne G, Roberts J, Byrne C, Gafni A, Weir R, Majumdar B. Translating research. The costs and effects of addressing the needs of vulnerable populations: Results of 10 years of research. *Canadian Journal of Nursing Research* 2001;33(1):65-76.