

PAUVRETÉ ET GROSSESSE

Les obstacles aux services favorisant la santé émotionnelle, comportementale et sociale des enfants

Ellen L. Lipman, M.D., Michael H. Boyle, Ph.D.

Chedoke Child and Family Centre, Canada

Août 2007, 2e éd.

Introduction

Dans cet article sur les obstacles aux services, nous commencerons par définir les paramètres de notre travail. Par obstacle, nous entendons à la fois les obstacles réels et perçus qui empêchent ou gênent l'accès aux services. On définit les services ainsi : interventions spécifiques ou stratégies de prévention visant à réduire les problèmes émotionnels, comportementaux et sociaux des enfants. Nous définissons généralement les problèmes émotionnels, comportementaux et sociaux comme faisant partie du domaine de la santé mentale des enfants ; les opinions sur les causes et sur les définitions des problèmes varient considérablement.¹

Notre attention se porte sur les enfants âgés de 0 à 5 ans qui vivent dans des familles à faibles revenus. Cependant, la pauvreté de la documentation sur ce type de population nous a conduits à élargir notre étude aux services destinés à réduire les problèmes émotionnels, comportementaux et sociaux des enfants. En conséquence, les conclusions et les implications présentées ici

s'appliquent au-delà de cette population spécifique.

Contexte

Il a plus de 1,2 million d'enfants pauvres au Canada.² De nombreuses études transversales qui donnent un aperçu de l'état des enfants à un moment donné dans le temps ont révélé un lien entre la pauvreté et une variété de morbidités infantiles,³⁻⁶ incluant des difficultés d'ordre émotif, comportemental et social. Les études longitudinales qui permettent d'étudier l'impact de la pauvreté sur le développement des enfants dans le temps démontrent aussi que plus la pauvreté est profonde et durable pendant les premières années de l'enfance (âge préscolaire et début de l'âge scolaire), plus l'impact sur les problèmes des enfants sera élevé.⁶⁻⁷ Cet article est centré sur les jeunes enfants pauvres jusqu'à l'âge de 5 ans - une population à haut risque de développer des difficultés émotives, comportementales et sociales.

Questions-clés

Le cadre d'identification des obstacles aux services destinés à diminuer les problèmes émotifs, comportementaux et sociaux des familles à faibles revenus avec des enfants en bas âge comprend quatre questions spécifiques :

1. Les services sont-ils efficaces?
2. Les services sont-ils disponibles?
3. Est-ce que les personnes qui en ont besoin cherchent des références à ces services?
4. Les services sont-ils accessibles?

Recherche

Les services sont-ils efficaces ?

Un certain nombre de services destinés aux familles à faibles revenus avec des jeunes enfants ont été rigoureusement évalués et semblent être efficaces. Ces services individuels particuliers consistent en certains programmes préscolaires et de garde,⁸ en des programmes de parentage,⁹ et en des services de visite à domicile par des infirmières.¹⁰ La recension complète de ces services dépasse la portée de cet article. D'autres services destinés à des familles à faibles revenus avec des jeunes enfants sont actuellement soigneusement évalués (par exemple des groupes de soutien et d'éducation pour les mères qui élèvent seules leurs jeunes enfants et qui ont de faibles

revenus).¹¹ Les résultats préliminaires sont positifs, mais l'évaluation de ces services demeure incomplète.

Il est inquiétant de constater le faible nombre de programmes destinés aux familles à faibles revenus et qui ont des enfants qui ont été rigoureusement évalués. De façon plus générale, il en va de même pour la gamme de services visant à diminuer les problèmes émotifs et comportementaux des enfants.

En plus du besoin d'effectuer davantage d'évaluations, il est important de considérer la méthode d'évaluation adoptée. Les stratégies de recherche visant à évaluer les services vont de la recherche sur l'efficacité (l'étude de la façon dont un service fonctionne dans des conditions idéales), à la recherche sur l'efficience (l'étude sur la façon dont un service fonctionne dans la réalité). L'évaluation des services dans la réalité est importante puisque d'une part les participants aux recherches sur l'efficacité ne sont pas nécessairement représentatifs de ceux qui fréquentent les services cliniques traditionnels ou les services basés dans la communauté, et d'autre part, les services fournis dans les études sur l'efficacité peuvent être très contrôlés et ne représentent pas nécessairement fidèlement les services réellement fournis.^{12,13,14} Un cadre d'évaluation portant sur l'efficience est donc plus approprié à l'évaluation des services.

Les services sont-ils disponibles?

La disponibilité des services visant à diminuer les problèmes émotifs et comportementaux des enfants varie selon le lieu où vivent les familles. En conséquence, les services ne sont disponibles ni pour toutes les familles à faibles revenus avec des jeunes enfants, ni pour d'autres populations d'enfants et de familles au Canada. En général, les services sont plus disponibles dans les environnements urbains (par opposition aux environnements ruraux), et dans les régions du sud du Canada (par opposition au nord). En effet, la recherche suggère que seule une proportion relativement petite des enfants aux prises avec des problèmes émotifs et comportementaux reçoivent une aide professionnelle.^{15,16} Bien que tous les enfants aux prises avec des problèmes émotifs et comportementaux n'aient pas nécessairement besoin de ressources professionnelles, le fait d'augmenter la disponibilité des services en en créant de nouveaux, en embauchant du nouveau personnel et en redistribuant les ressources¹⁷ constituerait un pas important vers la disparition des obstacles aux services pour plusieurs familles, incluant celles qui ont de faibles revenus et de jeunes enfants.

Est-ce que les personnes qui en ont besoin cherchent des références aux services?

Il se peut que les familles ne cherchent pas à obtenir des services si le problème pour lequel ce service est recherché est mal compris (problème de reconnaissance), ou si leur compréhension du service disponible n'est pas claire ou est défavorable (perception du service). Les difficultés avec le problème de la reconnaissance incluent l'incapacité des parents, des enseignants ou des prestataires de soins à identifier le besoin de services,¹ le déni de la gravité du problème,¹ et la croyance que le problème peut être résolu sans intervention^{1,18} où que la situation s'améliorera d'elle-même avec le temps.¹⁸ De plus, la famille doit être d'une certaine façon prête au changement¹⁹ avant de chercher des services.¹¹ Les difficultés inhérentes à la perception des services incluent un manque de confiance ou des expériences négatives avec les prestataires de services, une absence de souhait de la part de l'enfant de recevoir des services et les stigmates liés aux problèmes de santé mentale.¹¹ L'éducation sur les normes et sur les déviations du développement émotif, comportemental et social des enfants de 0 à 5 ans et sur les approches aidantes envers certains problèmes particuliers des enfants et des familles pourrait aider les familles et d'autres personnes à décider de façon mieux informée si les services sont nécessaires. Le fait de rendre la communauté consciente des problèmes de santé mentale des enfants, de recevoir des commentaires positifs de la part des leaders de la communauté ou d'autres personnes qui ont utilisé les services, et de faire des efforts pour diminuer les stigmates pourrait aussi aider.²⁰

Les services sont-ils accessibles ?

Un service efficace, disponible et reconnu comme nécessaire pour les familles et pour les jeunes enfants est peu utile si les familles ne peuvent y accéder. Les obstacles à l'accessibilité incluent les listes d'attente, les coûts, le transport, des horaires ou des lieux inopportuns, les services de garde pour l'enfant, l'humeur des parents, les problèmes de langue et de culture et la capacité à lire et à écrire.^{1,11,21} Les familles à faibles revenus peuvent préférer des interventions qui ne se déroulent pas en clinique,^{21,22} bien que toutes les recherches ne partagent pas invariablement ce point de vue.²³ Les recherches sur l'abandon progressif de l'intervention ont démontré que les familles socioéconomiquement défavorisées dans lesquelles les parents ont peu d'éducation, qui présentent des psychopathologies et qui vivent de hauts niveaux de stress sont plus susceptibles d'abandonner les services et les programmes.^{24,25} Beaucoup de familles à faibles revenus présentent ces caractéristiques.

Les obstacles identifiés ont fourni des paramètres logiques pour les méthodes utilisées afin d'augmenter l'accessibilité aux services. Ces méthodes comprennent la fourniture de services de

garde, une aide au transport, des horaires et des lieux variés de dispense de programmes, des programmes gratuits ou à faibles coûts et des efforts pour accommoder les différences en terme de langue, de culture et de capacités à lire et à écrire. Une autre approche pour augmenter l'accessibilité consiste à demander aux familles leurs préférences. La recherche sur les techniques de marketing auprès des consommateurs a été appliquée à différentes familles, incluant celles à faibles revenus, afin d'identifier les préférences en matière de programmes.^{26,27,28} Les questions du moment choisi, de la formation de l'instructeur et des bases de recherche du programme ont été identifiées comme des caractéristiques importantes.

Conclusions

Notre cadre d'analyse des obstacles aux services destinés à aider les enfants aux prises avec des problèmes émotifs et de comportement est basé sur quatre questions précises : 1) Les services sont-ils efficaces ? 2) Les services sont-ils disponibles ? 3) Est-ce que les personnes qui en ont besoin cherchent des références à ces services ? 4) Les services sont-ils accessibles? Des obstacles au traitement ont été identifiés dans tous ces domaines. Premièrement, en ce qui concerne l'efficacité des services, l'évaluation de certains services destinés à cette population de familles a révélé qu'ils étaient utiles. Cependant, plusieurs services n'ont pas été évalués adéquatement. Deuxièmement, la disponibilité des services varie en fonction du lieu où se trouvent les bénéficiaires, soit les régions urbaines et rurales, au sud ou au nord. Troisièmement, des difficultés associées au problème de la reconnaissance ou de la perception des services peuvent exister, ce qui crée des obstacles à l'utilisation des services par les familles à faibles revenus avec des jeunes enfants. Enfin, de nombreux obstacles à l'accessibilité des services ont été identifiés.

Implications

L'élimination des obstacles aux services destinés aux familles à faibles revenus avec des jeunes enfants (ainsi qu'à de nombreuses autres familles canadiennes) est une tâche qui varie selon les obstacles à surmonter. Les recommandations doivent donc refléter cette spécificité. Les interventions dont on a démontré l'efficacité devraient être largement disponibles. Celles pour lesquelles cette démonstration n'a pas été faite devraient faire l'objet d'une évaluation. On devrait faire très attention au fardeau imposé aux répondants quand on demande aux familles de répondre à des questions d'évaluation.¹⁵ De plus, il est important de noter que les obstacles à l'accessibilité des services sont reliés à des questions générales comme la planification fédérale et provinciale en matière de santé, particulièrement en ce qui concerne le recrutement et le

financement des professionnels de la santé qui travaillent auprès des jeunes enfants et des familles. Il est nécessaire de planifier pour s'assurer que les ressources appropriées sont disponibles pour desservir les populations de jeunes enfants et de familles à risque. Les difficultés relatives à la reconnaissance du problème et à la perception des services peuvent être surmontées par de l'éducation appropriée sur les comportements normaux et déviants des enfants et par l'acceptation des services par la communauté. Les obstacles à l'accessibilité des services sont bien documentés et une planification soigneuse du lieu et du moment où le service est dispensé, des services de garde et de l'aide au transport peuvent aussi être très utiles pour aider à réduire ces obstacles. Toutes ces questions devraient donc faire systématiquement partie de la planification des services et des budgets y afférant.

Références

1. Owens PL, Hoagwood K, Horwitz SM, Leaf PJ, Poduska JM, Kellam SG, Jalongo NS. Barriers to children's mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(6):731-738.
2. Statistics Canada. Persons in low-income before tax: 1996-2000. Disponible sur le site: <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/famil41a.htm>. Page consultée le 06 août 2003.
3. Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *Canadian Medical Association Journal* 1994;151(4):431-437.
4. Lipman EL, Offord DR. Psychosocial morbidity among poor children in Ontario. In: Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997:239-287.
5. Lipman EL, Offord DR, Dooley MD. What do we know about children from single-mother families? Questions and answers from the National Longitudinal Survey of Children and Youth. In: Human Resources Development Canada, Statistics Canada, eds. *Growing Up in Canada: National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Ottawa, Canada: Human Resources Development Canada, Statistics Canada; 1996:119-126. Catalogue No. 89-550-MPE, no. 1.
6. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.
7. Duncan GJ, Brooks-Gunn J. Income effects across the life span: integration and interpretation. In: Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997:596-610.
8. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;4.
9. Barlow J, Parsons J. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;4.
10. Olds DL, Henderson CR Jr., Chamberlain R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78(1):65-78.
11. Lipman EL, Secord M, Boyle MH. Moving from the clinic to the community: The Alone Mothers Together Program. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue canadienne de psychiatrie* 2001;46(7):657.
12. Streiner DL. The 2 "Es" of research: efficacy and effectiveness trials. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue canadienne de psychiatrie* 2002;47(6):552-556.
13. Weisz JR, Donenberg GR, Han SS, Kauneckis D. Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology* 1995;23(1):83-106.

14. Jensen PS, Hoagwood K, Petti T. Outcomes of mental health care for children and adolescents: II: Literature review and application of a comprehensive model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35(8):1064-1077.
15. Boyle MH, Offord DR. Prevalence of childhood disorder, perceived need for help, family dysfunction and resource allocation for child welfare and children's mental health services in Ontario. *Canadian Journal of Behavioural Science* 1988;20(4):374-388.
16. Boyle MH. Children's mental health issues: prevention and treatment. In: Johnson LC, Barnhorst D, eds. *Children, families and public policy in the 90s*. Toronto, Ontario: Thompson Educational Publishing; 1991:73-104.
17. Canadian Academy of Child Psychiatry. Physician Resource Committee. Child Psychiatry in Canada. Position Statement; January 2002.
18. Pavuluri MN, Luk SL, McGee R. Help-seeking for behavior problems by parents of preschool children: A community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35(2):215-222.
19. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D, Rossi SR. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994;13(1):39-46.
20. Lovato LC, Hill K, Hertert S, Hunninghake DB, Probstfield JL. Recruitment for controlled clinical trials: Literature summary and annotated bibliography. *Controlled Clinical Trials* 1997;18(4):328-352.
21. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programmes for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: utilization, cost effectiveness and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(7):1141-1159.
22. Hazell PL, Tarren-Sweeny M, Vimpani GV, Keatinge D, Callan K. Children with disruptive behaviours II: Clinical and community service needs. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2002;38(1):32-40.
23. Harrington R, Peters S, Green J, Byford S, Woods J, McGowan R. Randomised comparison of the effectiveness and costs of community and hospital based mental health services for children with behavioural disorders. *British Medical Journal* 2000;321(7268):1047-1050A.
24. Spoth R, Goldberg C, Redmond C. Engaging families in longitudinal preventive intervention research: Discrete-time survival analysis of socioeconomic and social-emotional risk factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(1):157-163.
25. Kazdin AE, Mazurick JL. Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62(5):1069-1074.
26. Spoth R, Redmond C. Identifying program preferences through conjoint analysis: Illustrative results from a parent sample. *American Journal of Health Promotion* 1993;8(2):124-133.
27. Buchanan D, Cunningham C, Miller H. Factors affecting parent participation in courses and groups. Communication présentée au: Children's Mental Health Ontario Annual Meeting; May, 2002; Ottawa, Ontario.
28. Rohrer JE, Vaughn T, Westermann J. Mission-driven marketing: a rural example. *Journal of Healthcare Management* 1999;44(2):103-116.