Leçons tirées du programme américain Early Head Start

Cheri A. Vogel, Ph.D., Yange Xue, Ph.D.

Mathematica Policy Research, États-Unis

Octobre 2018, Éd. rév.

Introduction

Early Head Start (EHS) est un programme fédéral qui est dit « bigénérationnel » parce qu'il vise à la fois les enfants et leurs parents. Il a pour but de favoriser le développement des enfants et d'améliorer le fonctionnement des familles. Il s'adresse aux femmes enceintes et aux familles ayant des enfants de trois ans et moins provenant de milieux à faible revenu aux États-Unis. Le programme EHS a été lancé en 1995, et, une somme de 1,1 milliard de dollars américains lui a été allouée en 2010 en vertu de l'American Reinvestment and Recovery Act de 2009, ce qui a permis de créer 50 000 nouvelles places au cours de l'année financière 2009-2010.[1] En 2014, le Congrès a alloué environ 500 millions de dollars à l'ouverture de places en EHS (Early Head Start) grâce aux subventions allouées à Early Head Start—Child Care Partnerships (EHS-CCP). En 2017, le nombre de places subventionnées en EHS a augmenté de plus de 150 000.[2] Malgré cela, EHS dessert moins de 10 pour cent des enfants admissibles.[2]

Les programmes sont chargés de fournir des services exhaustifs de grande qualité, stimulants sur le plan du développement prodigués aux enfants et des services offerts aux parents pour les soutenir dans leur rôle de prestataires principaux de soins et favoriser l'autosuffisance. Ces

services complets comprennent l'éducation des jeunes enfants et les services essentiels dédiés aux enfants en développement, santé générale, santé buccale, santé mentale, nutrition, soutien familial et engagement communautaire et auprès des familles (conformément aux normes de rendement du programme Head Start révisé3). Les programmes permettent de garantir que les familles reçoivent les services nécessaires en servant de pont entre les familles et les services communautaires. L'intégration des services est indissociable du modèle puisque le programme est axé sur l'offre de services bigénérationnels complets. Les programmes doivent tendre vers l'établissement de rapports de collaboration permanents entre les divers organismes de la collectivité en vue de faciliter l'accès aux services.[3]

Sujet

Il est convenu que les familles requièrent plus de soutien que celui qui est offert par l'intermédiaire des visites à domicile et des centres de la petite enfance et qu'il n'existe aucun programme pouvant, à lui seul, répondre à tous les besoins. Il faut donc, pour créer des services exhaustifs intégrés, suivre les normes de rendement, qui précisent que les programmes doivent faciliter la communication et la collaboration entre les prestataires de services de la collectivité et que chacun doit noter tous les efforts qu'il déploie pour établir des partenariats.[3] Ces partenariats ont pour objectif de favoriser l'intégration et la coordination des services et d'offrir un accès direct à ces services.

Problèmes

Les programmes ont de nombreuses difficultés à surmonter avant de pouvoir offrir des services exhaustifs intégrés. Bien qu'il soit essentiel de faciliter l'accès aux services, cela ne suffit pas : il peut être nécessaire d'effectuer un suivi pour s'assurer que les clients vont à leurs rendez-vous ou pour leur fournir d'autres formes de soutien (p. ex., du transport). Il peut être difficile d'offrir des services spécialisés si les prestataires sont peu nombreux dans la collectivité. Sans compter que les programmes qui collaborent avec des fournisseurs de services communautaires doivent aussi s'assurer que les partenaires satisfont les normes de qualité du programme Early Head Start. Une autre difficulté associée aux prestations de services est la prévalence des langues autres que l'anglais et l'espagnol dans de nombreux programmes, ce qui peut compliquer la prestation de services dans la langue parlée par la famille. De plus, la politique d'immigration actuelle présente des barrières pour certains programmes dont bénéficient les immigrés. Ces programmes doivent lutter contre le manque de confiance susceptible d'empêcher les familles

d’accepter les services nécessaires.

Lorsqu’un enfant atteint deux ans et demi, les programmes Early Head Start commencent à préparer la transition. La planification de cette transition favorise l’intégration des services, car il faut d’abord choisir les placements adéquats et ensuite, établir des liens avec le nouveau prestataire de services, lui faire suivre le dossier et lui faire part des progrès et des besoins de l’enfant et de la famille. Idéalement, ces derniers continuent à bénéficier des autres services après la transition, bien entendu à condition que ceux-ci soient encore disponibles et que la famille y ait encore droit (elle doit de nouveau prouver qu’elle est admissible au programme Head Start en raison de ses moyens financiers, ce qui peut constituer un obstacle à l’accès aux services).

Contexte de la recherche

Le programme Early Head Start a fait l’objet de nombreuses études qui portaient entre autres sur sa mise en œuvre et son incidence sur les enfants et leur famille. Les premiers travaux de l’Early Head Start Research and Evaluation Project (EHSREP) ont montré que les enfants et les familles participant aux 17 programmes de recherche originaux ont tiré profit du programme EHS dans de nombreux domaines, et que les bienfaits notés dans certains domaines (sur le développement socioaffectif de l'enfant, par exemple) à deux ans étaient encore présents à trois et à cinq ans, deux ans après que les enfants eurent cessé d’être admissibles au programme.[4,5,6] Les études axées sur la mise en œuvre du programme à ses débuts ont montré qu’il y avait eu des progrès dans l’établissement de partenariats communautaires, ce qui a eu pour effet d’accroître la disponibilité des services offerts aux familles. Comme on pouvait s’y attendre, l’incidence des programmes était beaucoup plus notable pour ceux qui étaient complètement mis en place tôt dans l’étude.[5,7]

Le groupe chargé du Survey of Early Head Start Programs (SEHSP)[8] a mené une enquête nationale auprès des directeurs des programmes pour voir comment ils étaient organisés (le recours aux partenariats étant aussi pris en compte). Récemment, une étude d’un échantillon représentatif des programmes EHS à l’échelle nationale l’enquête Early Head Start Family and Child Experiences Survey (Baby FACES, 2009)[a] comportait un recensement d’environ 1 000 enfants de deux groupes d’âge (prénatals/nouveau-nés ou environ 1 an) et a suivi les enfants et leurs familles jusqu’à ce qu’ils atteignent l’âge de 3 ans ou qu’ils quittent le programme. L’étude a recueilli des données sur le partenariat, la réception et l’orientation documentées vers les

services, le suivi de la sortie du programme et l'évaluation de la qualité du programme et de l'implication des parents.[9,10] Dans le cadre de Baby FACES 2009, la prestation et la réception des services de base dédiés au développement de l'enfant en maison familiale ou en centre ont fait l'objet d'un suivi sur une base hebdomadaire par le personnel du programme. Une autre étude descriptive de EHS à l'échelle nationale (Baby FACES 2018) est en cours et vise à approfondir les enseignements tirés de Baby FACES 2009. Elle cible les processus impliqués dans les programmes EHS (dans les salles de cours, en particulier) qui stimulent la croissance et le développement des nourrissons/tout petits dans un contexte de relations pleines d'attention. L'étude Early Head Start—Child Care Partnerships (EHS-CCP) est également en cours et documente les caractéristiques des partenariats et des activités de l'EHS-CCP.[b]

Questions clés pour la recherche

Les services offerts par les programmes et ceux que les familles reçoivent sont bien connus, mais nous en savons moins au sujet de l'ampleur de l'engagement des programmes EHS avec des partenaires communautaires pour la prestation de services et de l'intégration des programmes dans les services. La compréhension du fonctionnement des partenariats en pratique et des obstacles à la pleine collaboration pourrait déclencher un travail similaire visant à aider à faire des programmes des partenaires et des meneurs plus efficaces. Une autre confusion réside dans la façon dont les programmes soutiennent les relations pleines d'attention entre : enseignant et enfant, enseignant/intervenant à domicile et parents, et parents et enfant qui altèrent les résultats obtenus sur l'enfant et la famille. L'analyse de la boîte noire que constituent les processus du programme aiderait à soutenir les enseignants et les intervenants à domicile et à améliorer le développement professionnel ainsi que la qualité des services pour mieux répondre aux besoins des familles.

Résultats récents de la recherche

Au sujet des services fournis par l'entremise des partenariats, Baby FACES 2009 a conduit aux résultats suivants :

1. Presque tous les programmes (98 à 100 %) offraient différents services de soutien à l'autosuffisance des familles, généralement par orientation, y compris des conseils financiers, des études ou une formation professionnelle et une aide à l'emploi.

2. Presque tous les programmes (95 à 98 %) offraient des services de santé pour enfant et adulte, majoritairement par orientation.
3. La majorité des programmes (77 %) offraient aux familles des dépistages en santé mentale et des services thérapeutiques par orientation ou par l'intermédiaire d'un partenaire communautaire sur place.
4. Les programmes ont conclu, pour 93 % d'entre eux, une entente officielle écrite de partenariat avec un prestataire des plans Medicare Advantage.[c]
5. Plus du tiers des programmes entretenaient au moins un partenariat officiel avec un prestataire de services de garde d'enfants, et environ 25 % des enfants participant à ces programmes étaient servis par ces partenaires.

Au sujet des services reçus par les familles, Baby FACES 2009 a révélé ce qui suit :

1. Le taux de participation aux services de base dédiés au développement de l'enfant (exécution des visites à domicile et présentation au centre) est assez élevé en moyenne. Les familles ayant opté pour des services à domicile pour une année complète ont reçu environ les trois quarts des visites à domicile offertes. Les enfants bénéficiant de l'option composée de services de garde en centre pendant une année complète se sont présentés à 85 % des jours de garde offerts.
2. Les mères de nouveau-nés (80 %) ont déclaré recevoir les services fournis par EHS pendant leur grossesse; la plupart recevaient de l'information sur la grossesse de manière fréquente (notamment sur l'allaitement, la nutrition, le soin de soi ou du bébé).
3. En dehors des services spécifiquement reliés à la grossesse, les familles ont déclaré recevoir un éventail de services du programme EHS ou d'organismes communautaires recommandés par EHS, y compris des services sanitaires, une aide à trouver des services de garde de qualité, une assistance dans la recherche d'emploi ou de formation professionnelle, avec plus de 10 à 20 % des familles recevant ces services. Assez peu de familles ont reçu une aide au transport, une aide à la recherche d'emploi ou de formation professionnelle, des soutiens financiers, des services en santé mentale ou d'autres services de tous types.
4. Environ 70 % des familles ont bénéficié d'au moins une orientation sur une période d'un an, selon une moyenne de six par an. Les familles n'ayant reçu aucune orientation étaient

majoritairement afro-américaines, avec un parent célibataire au foyer ou une mère avec emploi, mais rarement un enfant apprenant deux langues.

En résumé, nous avons beaucoup d'information concernant les types de services les plus communs et les caractéristiques de base des partenariats, et sur la façon dont ces services sont utilisés, mais beaucoup moins au sujet du réel fonctionnement du programme pour soutenir et favoriser les relations empreintes d'attention (par exemple, par l'entremise du développement professionnel, l'utilisation de données, la coordination des services et les orientations vers des services).

Lacunes de la recherche

Il existe peu d'études visant à savoir comment les services s'intègrent et s'ils correspondent vraiment aux besoins des familles. Dans le Baby FACES 2009, on note que 35 % des familles ont abandonné le programme alors qu'elles y étaient encore admissibles.[11] Les familles dont le niveau de risque était supérieur étaient moins susceptibles d'être identifiées comme hautement impliquées dans le programme par rapport aux familles aux risques inférieurs. La réception des services, en cours de participation, était variable et leur utilisation était également associée au niveau de risques. Les familles inscrites au programme ne recevaient pas toutes le même type ni la même quantité de services. De plus, l'utilisation qu'elles en faisaient était liée à leur niveau de risque. Les familles à risque élevé recevaient moins de services, probablement parce qu'elles s'impliquaient moins facilement et qu'il était plus difficile de les servir.[5,7,11] Mis à part le niveau de risque, la participation des familles au programme peut aider à prédire le moment où elles cesseront d'utiliser les services. Néanmoins, même en disposant des données obtenues par Baby FACES 2009, nous ne sommes toujours pas en mesure de comprendre complètement les circonstances associées à la sortie précoce d'un programme et quels programmes peuvent prolonger la participation des enfants. Nos connaissances au sujet de l'utilisation des services, autres que les services de base dédiés au développement de l'enfant et aux familles, sont réduites.

Baby FACES 2018 cible les processus et le fonctionnement des programmes, les caractéristiques en salle de classe et les pratiques qui y sont exercées, et les procédures relatives aux visites à domicile. Ces résultats nous permettent de mieux comprendre comment les programmes EHS soutiennent les relations pleines d'attention afin de stimuler la croissance et le développement des nourrissons/tout-petits.

Conclusions

On constate que le programme Early Head Start a un effet positif sur les familles et les enfants qui y prennent part. Il semble exister un rapport entre l'intégration des services et les effets positifs du programme puisque des bienfaits ont été notés à la fois pour les programmes dont la mise en œuvre était complète (et qui comprenaient l'établissement de partenariats favorisant l'intégration des services) et pour ceux qui offraient des services dans leurs locaux aussi bien qu'à domicile (de sorte que les familles pouvaient recevoir ceux qui convenaient le mieux à leurs besoins).[5,6]

Les normes de rendement du programme Head Start révisé constituent des lignes directrices précises en matière de pratiques pour les programmes, et les données semblent indiquer que ces derniers réussissent à établir des partenariats communautaires qui leur permettent d'offrir une liste considérable de services. De nombreux programmes facilitent l'accès aux services en les regroupant sous un même toit. De plus, la plupart des familles ont reçu non seulement des services de base dédiés au développement de l'enfant, mais aussi un large éventail d'autres services offerts par EHS ou d'autres organismes communautaires par orientations. Toutefois, nous en savons peu sur la compatibilité des services avec les besoins des familles et sur les lacunes relatives à la prestation de service. Celles-ci ne sont pas nécessairement attribuables au programme EHS mais peuvent être dues à la faible disponibilité des services dans la collectivité. De plus, le fait que les programmes ne se servent pas tous du même système de gestion de l'information pour consigner les données sur l'utilisation des services[8] nuit à la compréhension. Même si près de 90 % des programmes ont dit se servir d'un système de gestion de l'information,[8] il reste que, d'un programme à l'autre, le type de données recueillies et les compétences techniques du personnel qui doit les consigner dans le système varient grandement. Par conséquent, il n'y a pas pour le moment d'information facilement accessible sur les familles dans l'ensemble du pays, même si Baby FACES 2018 et un Baby FACES 2020 planifié commenceront à traiter cette lacune.

Implications

Des recherches visant à trouver des moyens de collecter des données normalisées sur l'utilisation des services permettraient aux programmes de déceler les lacunes et d'identifier les familles auxquelles un soutien supplémentaire serait nécessaire pour les aider à utiliser les services dont elles ont besoin. Les programmes qui recueillent déjà cette information pourraient

aussi avoir besoin d'aide pour l'utiliser efficacement.

Les données provenant de Baby FACES 2009 sur l'utilisation des services par famille à l'échelle nationale ont permis d'identifier les caractéristiques des familles et des programmes qui sont associées à une moins grande ou à une plus grande utilisation des services (et de certains types de services). De telles données pourraient fournir des pistes quant aux stratégies à employer pour aider les familles à accéder aux services plus tôt et d'une manière plus efficace. Avec plus de résultats obtenus grâce à Baby FACES 2018, il serait utile d'identifier des moyens d'enrichir nos connaissances et de rendre ces résultats accessibles à un public plus large, afin qu'ils puissent servir aux praticiens et à la communauté scientifique.

Références

1. U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families. *Justification of estimates for appropriations committees. Fiscal year 2011*. Washington, DC: Administration for Children and Families. U.S. Department of Health and Human Services; 2010.
2. National Head Start Association. *2017 national Head Start profile*. https://www.nhsa.org/files/resources/2017-fact-sheet_national.pdf. Published 2017. Accessed May 1, 2018.
3. Administration for Children and Families. *Head Start Program Performance Standards*. Washington, DC: Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2016. https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/hspps-appendix.pdf. Accessed May 1, 2018
4. U.S. Department of Health and Human Services. Administration on Children, Youth and Families. *Building their futures: How Early Head Start programs are enhancing the lives of infants and toddlers in low-income families. Vol I: Technical report*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2001.
5. U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families. *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: The impacts of Early Head Start. Vol I: Technical Report*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2002.
6. Vogel C, Brooks-Gunn J, Martin A, Klute MM. What makes a difference: Early Head Start evaluation findings in a developmental context: III. Impacts of Early Head Start participation on child and parent outcomes at ages 2, 3, and 5. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 2013;78(1):36-63.
7. U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families. *Pathways to quality and full implementation in Early Head Start programs*. Washington, DC: Administration for Children and Families. U.S. Department of Health and Human Services; 2002.
8. Vogel C, Aikens N, Burwick A, Hawkinson L, Richardson A, Mendenko L, Chazan-Cohen R. *Findings from the Survey of Early Head Start Programs: Communities, programs and families*. Washington, DC: Administration for Children and Families. U.S. Department of Health and Human Services; 2006.
9. Vogel C, Boller K, Xue Y, Blair R, Aikens N, Burwick A, Shrago Y, Carlson B, Kalb L, Mendenko L, Cannon J, Harrington S, and Stein J. *Learning As We Go: A First Snapshot of Early Head Start Programs, Staff, Families, and Children. OPRE report no. 2011-7*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation, 2011.

10. Vogel C, Caronongan P, Thomas J, Bandel E, Xue Y, Henke J, Aikens N, Boller K, Murphy L. *Toddlers in Early Head Start: A Portrait of 2-Year-Olds, Their Families, and the Programs Serving Them. OPRE report 2015-10*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation, 2015.

11. Caronongan P, Moiduddin E, West J, and Vogel C. *Children in Early Head Start and Head Start: A Profile of Early Leavers. Baby FACES and FACES 2009 Research Brief. OPRE Report 2014-54*. Washington, DC. Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services, 2014.

Notes:

[a] See Early Head Start Family and Child Experiences Study (Baby FACES), 2007-2020. Office of Planning, Research and Evaluation Web Site. https://www.acf.hhs.gov/opre/research/project/early-head-start-family-and-child-experiences-study-baby-faces. Accessed May 1, 2018.

[b] See the Study of Early Head Start-Child Care Partnerships, 2013-2018. Office of Planning, Research and Evaluation Web Site. https://www.acf.hhs.gov/opre/research/project/early-head-start-child-care-partnerships-study. Accessed May 1, 2018.

[c] Part C of the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) is a federal grant program. It provides funds to help states operate comprehensive statewide early intervention services for infants and toddlers with disabilities from birth through age 2 and for their families.