[Archived] 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

Mars 2004

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

©2004-2026 ABILIO | VISITES À DOMICILE

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 amélioraient 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'espacement 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 reliées 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 minimes 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 visteur-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.

Réferences

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, Behrmann 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.

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. F*uture of Children* 1999;9(1):152-176.