ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

Pauvreté et grossesse

Mise à jour : Février 2017

Table des matières

Synthèse 4

L’impact du faible revenu (ou de la pauvreté) en période prénatale et en début de période postnatale sur le développement psychosocial des enfants 7
GREG J. DUNCAN, PH.D., KATHERINE A. MAGNUSON, PH.D., AOÛT 2007

L'impact du faible revenu sur le développement psychosocial des enfants 13
[1]MICHAEL WEITZMAN, M.D., [2]LILY LEE, FÉVRIER 2017

L’impact du faible revenu sur le développement psychosocial de l'enfant. Commentaires sur Duncan et Magnuson, et de Weitzman 23
JULIUS RICHMOND, PH.D., AOÛT 2007

Interventions visant à promouvoir le développement social et émotif sain des enfants de familles à faibles revenus 26
JANE KNITZER, ED.D., AOÛT 2007

Les obstacles aux services favorisant la santé émotive, comportementale et sociale des enfants 32
ELLEN L. LIPMAN, M.D., MICHAEL H. BOYLE, PH.D., AOÛT 2007

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 39
HARRIET J. KITZMAN, RN, PH.D., AOÛT 2007

Évaluation des programmes d’intervention précoce destinés aux jeunes enfants : commentaires sur Kitzman, Knitzer, et Lipman et Boyle 47
PAMELA KATO KLEBANOV, PH.D., AOÛT 2007

Services destinés aux enfants et aux familles à faibles revenus : commentaires sur Lipman et Boyle, Kitzman, et Knitzer 53
TAMA LEVENTHAL, PH.D., AOÛT 2007

Synthèse

Est-ce important?

Près de 12 % des enfants canadiens vivent sous le seuil du faible revenu selon les statistiques fédérales de 2005. Cela représente 788 000 enfants.[1] Les faibles revenus sont particulièrement prévalents chez les familles monoparentales dirigées par une femme. Selon les statistiques de 2005, 33,4 % des personnes appartenant à cette catégorie vivent sous le seuil du faible revenu. Les chercheurs s'entendent sur le fait que la pauvreté aggrave le stress des familles et peut avoir des répercussions négatives sur le développement des enfants. Les risques de problèmes pour les enfants et la probabilité de mauvaises conditions de vie sont remarquablement plus élevés pour les enfants qui vivent dans une famille dont le revenu annuel est inférieur à 30 000 $.[2]

Que savons-nous?

Étant donné que les revenus familiaux peuvent changer avec le temps, les chercheurs reconnaissent deux types de faibles revenus, le type transitoire et le type constant. Les faibles revenus constants,ou simplement la pauvreté à long terme, sont plus nuisibles que la pauvreté à court terme. La pauvreté est aussi plus nuisible pendant la prime enfance que plus tard au cours de l'enfance.

Les chercheurs associent systématiquement le faible revenu familial à un faible QI chez l'enfant et à l'échec scolaire en début de scolarisation. Il est aussi lié à plusieurs problèmes pendant l'enfance, y compris l'attachement précaire, l'humeur négative et l'inattention, ainsi que d'autres problèmes comportementaux. Plusieurs facteurs associés à la pauvreté peuvent exercer une influence négative sur le développement social et affectif de l'enfant : le manque de soutien de la part de la communauté, la monoparentalité, le faible niveau d'études des parents, la dépression maternelle, la nutrition, le faible poids à la naissance et la mauvaise santé du nourrisson ne sont que quelques-unes des variables. En réalité, quand les chercheurs tiennent compte de ces facteurs associés, le faible revenu familial en soi semble avoir peu de répercussions sur le développement social et comportemental précoce.

Que peut-on faire?

Ainsi, bien que l’amélioration du statut économique des familles favorise de meilleurs résultats en ce qui a trait au développement cognitif de l'enfant et à sa réussite scolaire, les services directs et les interventions thérapeutiques constituent un choix plus prometteur pour améliorer le développement psychosocial des enfants et diminuer leurs problèmes de comportement. La solution semble être l’intervention précoce. Les visites à domicile sont une façon d’offrir divers services aux familles à faibles revenus. De nouvelles données probantes indiquent que l’impact des programmes multidimensionnels de visites à domicile de grande qualité dure plus longtemps après la fin de l’intervention que celui des autres programmes. Les familles adoptent une trajectoire de vie différente, elles dépendent moins de l’aide publique, les grossesses sont moins rapprochées, et on constate une amélioration de la santé et du bien-être des enfants. Les visites à domicile, surtout lorsqu’elles sont combinées aux soins offerts dans des centres, réussissent à diminuer les problèmes de comportement des enfants. Les deux programmes remarquables offerts dans ces centres et qui ont eu des répercussions à long terme sur le comportement des enfants sont le Perry Preschool et Head Start. Davantage de recherches sont nécessaires pour déterminer les composantes essentielles des programmes qui ont les meilleures répercussions à long terme. Dans le même ordre d’idées, il faut plus de recherches pour évaluer pourquoi les programmes ont un impact à long terme, à savoir si cet impact est dû à de meilleurs soins, à davantage de ressources économiques et personnelles pour la mère, améliore le fonctionnement familial, ou à toutes les raisons mentionnées ci-dessus.

Les autres services et politiques susceptibles d’avoir des répercussions positives sur l’environnement et le développement de l'enfant sont les programmes de suppléments alimentaires pour les femmes enceintes et les programmes de subventions au logement. Malgré ces résultats de recherche prometteurs, les services d’intervention ne sont pas toujours disponibles dans la pratique. Par exemple, au Canada, ils ne sont pas aussi disponibles en région rurale que dans les villes ou dans le nord que dans le sud du pays. D’après les chercheurs, il est important d’améliorer la compréhension que les parents ou les donneurs de soins ont du développement normal et problématique, la perception du service ou leurs croyances et leurs attentes envers les services sociaux, pour s’assurer que les familles qui ont besoin de services vont chercher à les obtenir. Ils suggèrent aussi de réduire les obstacles à l’accessibilité des services en offrant des services de garde, de l’aide en matière de frais de transport, des horaires et des lieux variés, des programmes à faible coût ou gratuits, et de s’efforcer de s’adapter au niveau d’alphabétisation, à la langue et aux différences culturelles des personnes desservies.

Les chercheurs demandent davantage de financement pour les interventions qui aideraient les enfants à faible revenu dont le développement peut être compromis par des facteurs de risques familiaux ou environnementaux. De plus, ils demandent davantage d'évaluation des services d'intervention, surtout parce qu'ils sont offerts dans des milieux réels qui sont loin d'être idéaux. Les évaluations de programmes devraient être axées sur la théorie, utiliser des méthodes rigoureuses et porter sur les résultats affectifs, sociaux et comportementaux des enfants.

Références

1. Statistique Canada. *Le revenu au Canada en 2005*. No 75-202-XIF au catalogue. Disponible sur le site : http://www.statcan.ca/francais/freepub/75-202-XIF/75-202-XIF2005000.pdf Page consultée le 22 août 2007.
2. Ross DP, Roberts P. *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial*. Ottawa : Conseil canadien de développement social ; 1999.

L’impact du faible revenu (ou de la pauvreté) en période prénatale et en début de période postnatale sur le développement psychosocial des enfants

Greg J. Duncan, Ph.D., Katherine A. Magnuson, Ph.D.

Northwestern University, États-Unis

Août 2007, 2e éd.

Introduction

Un grand nombre de femmes enceintes et de mères qui viennent d’accoucher ne disposent que d’un revenu familial faible. Leurs enfants tendent à avoir plus de problèmes de comportement et à se livrer à moins de comportements prosociaux que ceux nés de mères dont les revenus familiaux sont plus élevés.[1-13] Il est donc essentiel, tant du point de vue scientifique que politique, que l’on cherche à déterminer dans quelle mesure et de quelles manières les écarts de revenu peuvent causer ce genre de difficultés chez les enfants.

Objet

Les problèmes de comportement chez les enfants sont coûteux pour les familles et pour la société. Comme les politiques fiscales et les programmes de transfert de revenus (c.-à-d. les allocations familiales) constituent des moyens efficaces de modifier le revenu familial, il est important de déterminer si la faiblesse du revenu familial est en soi une cause des problèmes psychosociaux des enfants.

Problèmes

Parmi les problèmes méthodologiques des études sur cette question, mentionnons :

1. la distinction entre le revenu familial et d’autres aspects du statut socioéconomique des familles, tel que le niveau de scolarité des parents;
2. la détermination du degré de causalité qui peut exister dans l’association entre le revenu familial et les issues du développement psychosocial chez les enfants ; et

3. la détermination des mécanismes d’action du revenu sur les impacts psychosociaux.

Ce domaine de recherche soulève une question politique clé, à savoir si les mesures de redistribution des revenus des familles les plus riches vers les moins riches offrent un meilleur rapport coût-efficacité que les programmes d’intervention visant à prévenir ou à traiter les problèmes psychosociaux.

Contexte de la recherche

Les liens entre le revenu familial et ses impacts sur le comportement des enfants ont été examinés à l’aide de données transversales et longitudinales.[1-13] Comme il peut varier d’une année à l’autre,[14] les données *longitudinales* sur le revenu familial pendant la période prénatale ou au début de la période postnatale et ses impacts psychosociaux sur les enfants constituent une base considérablement plus solide pour la formulation d’inférences causales que les études *transversales*, qui font le lien entre les revenus familiaux concomitants et les impacts psychosociaux chez les enfants. De plus, les études qui comportent des contrôles statistiques des facteurs de confusion familiaux (tels que la structure familiale) donnent de meilleures estimations causales que les autres. Enfin, on a, dans un nombre restreint d’études expérimentales, manipulé les facteurs économiques familiaux en procédant à une répartition aléatoire des familles selon divers régimes d’aide sociale.[15]

Principales questions d’intérêt pour la recherche

1. Le revenu familial en période prénatale ou en début de période postnatale a-t-il des impacts psychosociaux sur les enfants?
2. Si tel est le cas, quelles sont les mécanismes d’action de tels impacts?

Résultats des études récentes

Lorsqu’on définit la pauvreté en fonction du revenu, on compare le revenu total d’un ménage (provenant du travail, des prestations d’aide sociale, des parents et de toute autre source) à un niveau-seuil qui varie selon la taille de la famille, l’inflation, et, dans certaines définitions à des critères généraux qui déterminent, dans une société, les différents niveaux de vie. Une importante minorité de familles entrent et sortent de la catégorie des familles pauvres chaque année. Le chômage, le divorce et d’autres situations fâcheuses font diminuer les revenus et plongent les familles dans la pauvreté. La ré-embauche, le mariage et d’autres événements

positifs font augmenter les revenus familiaux et font basculer les familles de l'autre côté du seuil de la pauvreté.[16] En raison de son instabilité, le revenu est un élément particulier de la situation socioéconomique d'un ménage; il s'agit d'une réalité qui n'est pas bien représentée dans les mesures basées sur la profession ou sur le niveau de scolarité qui sont souvent employées dans les études psychologiques. Malheureusement, on dispose de très peu d'études longitudinales sur le développement des jeunes enfants qui comportent des mesures du revenu familial de bonne qualité.

a) Études corrélationnelles

Les études sur les jeunes enfants indiquent que le faible revenu familial et la pauvreté sont associés à un éventail d'impacts psychosociaux.[1-13] Jusqu'à maintenant, la majorité des études se sont intéressées aux incidences du revenu sur les comportements problématiques[1-3,5-13] plutôt que sur les comportements positifs.[2,4-5,8] Certaines données laissent supposer, toutefois, que le revenu est associé aux deux types de comportement chez les jeunes enfants.[2,4-5]

Le faible revenu familial pendant la jeune enfance a été associé à un attachement comparativement moins sécurisant,[4] à de plus hauts niveaux d'humeur négative et d'inattention,[5] et à de plus petits indices de comportements prosociaux chez les enfants.[2] Le lien entre le faible revenu familial et les problèmes de comportement chez les jeunes enfants a été répliqué dans plusieurs ensembles de données avec des mesures de résultats différentes, dont des rapports parentaux sur les comportements d'externalisation et d'internalisation des enfants,[1-3,7-9,11-12] des rapports des enseignants sur leurs problèmes de comportement[10] de même que des évaluations basées sur des entrevues diagnostiques.

Les preuves d'une association entre le faible revenu de la famille et les problèmes de comportement des enfants sont généralement minces. Par exemple, une étude a conclu qu'un enfant dont la famille dispose de faibles revenus entre le moment de sa naissance et sa cinquième année de vie a 30 % plus de chances d'avoir des problèmes de comportement signalés par les parents que celui issu d'une famille dont les revenus n'ont jamais été faibles.[7] Les études ont mis en lumière des liens un peu plus forts entre les impacts psychosociaux chez les enfants et la pauvreté persistante— par opposition à la pauvreté temporaire.[3,6]

b) Modélisation de la causalité

Un nombre très restreint d'études des impacts chez les enfants ont cherché à distinguer l'effet du revenu familial des effets des autres aspects de la vie familiale — tels que le niveau de scolarité des parents — qui peuvent différer entre les familles pauvres et celles qui ne le sont pas.[2-3, 8, 11-13] Dans l'ensemble, les contrôles statistiques portant sur les aspects corrélés du statut socio-économique familial ne produisent que peu ou pas d'associations significatives nettes entre le revenu familial et les problèmes de comportement chez les enfants. Les contrôles statistiques visant à tenir compte de problèmes de comportement antérieurs chez les enfants réduisent à peu près de moitié les effets du revenu familial faible sur les problèmes de comportement des enfants.[3-8]

Les études expérimentales qui manipulent les revenus familiaux conviennent mieux à l'établissement d'associations causales entre le revenu du ménage et le bien-être des enfants parce que les différences de revenu ne sont pas associées aux caractéristiques des enfants ou des parents. Les études randomisées réalisées dans les années 1990 ont attribué aux familles à faible revenu diverses conditions, dont certaines augmentaient l'emploi maternel mais non le revenu familial, tandis que d'autres augmentaient aussi bien l'emploi maternel que le revenu familial.[15] Comparativement aux témoins, les enfants des familles affectées aux conditions qui ne faisaient augmenter que l'emploi différaient peu sur le plan des problèmes d'externalisation ou d'internalisation. Les enfants des familles affectées aux conditions qui augmentaient également le revenu familial étaient avantagés sur le plan de certains impacts psychosociaux comparativement aux témoins. Malheureusement, les études étaient surtout centrées sur des enfants d'âge scolaire; par conséquent, leurs résultats n'éclairent pas la question de savoir si des augmentations de revenu pendant les premières années de la vie auraient des incidences positives sur le développement psychosocial des enfants.

Conclusions

En moyenne, les enfants élevés au sein de familles à faible revenu ont davantage de problèmes psychosociaux que les enfants de familles à revenu élevé. Mais la recherche n'est pas parvenue à établir des *liens causaux* substantiels entre le faible revenu familial et les impacts psychosociaux des enfants; en effet, d'autres caractéristiques des familles à faible revenu semblent plus importantes. La structure familiale — en particulier la monoparentalité féminine — ressort dans plusieurs des études comme un corrélat important de l'adaptation comportementale et sociale des enfants.[18] La consommation abusive d'alcool et d'autres drogues,[19] les différences génétiques [20] et l'exposition à un traumatisme à un jeune âge[21] sont d'autres facteurs qui pourraient élucider

le lien entre les revenus familiaux faibles et les problèmes de comportement des enfants.

Il faudra de nombreuses autres études pour déterminer lesquels des corrélats du revenu familial faible sont les plus susceptibles d'être modifiés par des efforts d'intervention. Par ailleurs, étant donné que les études antérieures ont surtout cherché à déterminer si la pauvreté a des incidences sur les problèmes de comportement chez les jeunes enfants, il faudra également examiner les liens entre le faible revenu familial et d'autres impacts psychosociaux chez les enfants.

Implications pour l'élaboration des politiques et le développement des services

Les études actuelles ne semblent pas indiquer que l'amélioration de la condition économique des familles à faible revenu suffirait en soi à améliorer le développement psychosocial des enfants ou à réduire leurs problèmes de comportement; le revenu familial semble avoir un effet causal beaucoup plus important sur le développement cognitif et la réussite scolaire des enfants.[2-3,15,17] Par conséquent, même si les transferts de revenus influent positivement sur le développement cognitif des enfants, il est peu probable qu'ils puissent améliorer leur adaptation sociale et comportementale. Tout compte fait, il est possible que les services directs et les interventions thérapeutiques représentent une solution de rechange comparativement plus prometteuse.

Références

1. McLeod JD, Shanahan MJ. Poverty, parenting, and children's mental health. *American SociologicalReview* 1993;58(3):351-366.
2. Dearing E, McCartney K, Taylor BA. Change in family income-to-needs matters more for children with less. *Child Development* 2001;72(6):1779-1793.
3. Duncan, GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development* 1994;65(2):296-318.
4. NICHD Early Child Care Research Network. The effects of infant child care on infant-mother attachment security : Results of the NICHD study of early child care. *Child Development* 1997;68(5):860-879.
5. NICHD Early Child Care Research Network. Early child care and self control, compliance, and problem behavior at twenty-four and thirty-six months. *Child Development* 1998;69(4):1145-1170.
6. Velez CN, Johnson J, Cohen P. A longitudinal analysis of selected risk factor for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28(6):861-864.
7. Bor W, Najman JM, Andersen MJ, O'Callaghan M, Williams GM, Behrens BC. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children : An Australian longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997;31(5):664-675.
8. Elder GH, Liker JK, Cross CE. Parent-child behavior in the Great Depression : Life course and inter-generational influences. In : Baltes PB, Brim OJ, eds. *Life-span development and behavior*. Vol 6. New York, NY : Academic Press; 1984:109-158.

9. Anderson DR. Prevalence of behavioral and emotional disturbance and specific problem types in a sample of disadvantaged preschool-aged children. *Journal of Clinical Child Psychology* 1983;12(2):130-136.

10. Adams CD, Hillman N, Gaydos GR. Behavioral difficulties in toddlers : Impact of sociocultural and biological risk factors. *Journal of Clinical Child Psychology* 1994;23(4):373-381.

11. Blau, DM. The effect of income on child development. *The Review of Economics and Statistics* 1999;81(2):261-276.

12. Yeung WJ, Linver MR, Brooks-Gunn J. How money matters for young children's development: Parental investment and family processes. *Child Development* 2002;73(6):1861-1879.

13. Mayer SE. *Family Income and Children's Life Chances.* Cambridge, MA : Harvard University Press; 1997.

14. Duncan GJ. The volatility of family income over the life course. In : Baltes PB, Featherman DL, Lerner RM, eds. *Life-span Development and Behavior*. Vol 8. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum; 1988:317-358.

15. Morris PA, Huston AC, Duncan GJ, Crosby DA, Bos JM. *How welfare and work policies affect children : A synthesis of research*. New York, NY : Manpower Research Demonstration Corporation; 2001.

16. Duncan GJ, Magnuson KA. Off with Hollingshead: Socioeconomic Resources, Parenting, and Child Development. In: Bornstein MH, Bradley RH, eds. *Socioeconomic status, parenting, and child development*. Mahwah, NJ; Lawrence Erlbaum; 2003:83-106.

17. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up Poor*. New York, NY : Russell Sage Foundation; 1997.

18. McLanahan S. Parent absence or poverty : Which matters more ? In : Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY : Russell Sage Foundation; 1997:35-48.

19. Mayes LC. Substance abuse and parenting. In : Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting.* Vol 2. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum; 1995:101-125.

20. Rowe D, Rodgers JL. Poverty and behavior : Are environmental measures nature and nurture ? *Developmental Review* 1997;17:358-375.

21. Hertzig ME. Mental health and developmental problems of children in poverty. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1992;68:25-31.

L'impact du faible revenu sur le développement psychosocial des enfants

[1]Michael Weitzman, M.D., [2]Lily Lee

[1,2]New York University School of Medicine et College of Global Public Health, États-Unis & [2] Brooklyn College, États-Unis

Février 2017, 2e éd. rév.

Introduction

La théorie voulant que la pauvreté familiale ait des incidences négatives sur la santé, les capacités intellectuelles, la réussite scolaire et le comportement des enfants est corroborée par un grand nombre d'études.[1-32] Parallèlement, un nombre toujours croissant d'études montrent de quelles façons diverses politiques et interventions peuvent atténuer l'influence négative de la pauvreté sur le développement des enfants.[33-58]

Sujet

La plupart des études dans ce domaine ont été centrées sur :

a. l'examen des liens statistiques entre la pauvreté familiale et le développement psychosocial des enfants;
b. l'ajustement de ces liens pour tenir compte des variables confondantes;
c. la caractérisation des mécanismes par le biais desquels la pauvreté exerce son influence négative; et
d. la détermination des interventions cliniques et des politiques publiques les plus susceptibles d'atténuer les effets néfastes de la pauvreté sur le développement psychosocial des enfants.

Problèmes

Les problèmes clés dans ce domaine sont :

a. la détermination des mécanismes et des trajectoires par le biais desquels la pauvreté entraîne des effets négatifs;

b. la distinction des effets de la pauvreté familiale des effets de la vie en milieu défavorisé;
c. la distinction des effets de la pauvreté et des nombreuses variables confondantes associées à la pauvreté;
d. la détermination des incidences respectives de l'intensité et de la durée de la pauvreté sur le développement psychosocial des enfants; et
e. la détermination des effets bénéfiques à long terme des politiques et des programmes destinés à atténuer les effets négatifs de la pauvreté sur les enfants.

Contexte de la recherche

La recherche dans ce domaine comprend des études par observation transversales et longitudinales des effets de la pauvreté de même que des études d'intervention randomisées dont les résultats sont examinés à court et à long terme (les résultats à long erme étant plus importants mais aussi plus difficiles à évaluer). Il va sans dire que la nature du problème interdit l'affectation aléatoire des groupes de sujets à des conditions de pauvreté et à des conditions de non-pauvreté; par ailleurs, les études sur des animaux ne peuvent servir à corroborer, à développer ou à expliquer les résultats des études épidémiologiques.

Principales questions d'intérêt pour la recherche

Les principales questions d'intérêt pour la recherche dans ce domaine peuvent se formuler comme suit :

a. Quels sont les mécanismes et les trajectoires par le biais desquels la pauvreté exerce une influence négative sur le développement psychosocial des enfants?
b. Quels programmes et quelles politiques atténuent les effets négatifs de la pauvreté sur le développement psychosocial des enfants?

Résultats récents de la recherche

La liste des variables confondantes et des trajectoires principales par le biais desquelles la pauvreté exerce une influence négative sur le développement psychosocial des enfants comprend :

- des facteurs au niveau communautaire, dont les écoles, les quartiers, les influences des pairs, le manque de possibilités d'emploi, le coût des aliments et d'autres produits essentiels et l'exposition au stress et à la violence;[16,36,38]
- la monoparentalité (la féminisation de la pauvreté ainsi que les effets psychosociaux négatifs du divorce et du fait qu'une seule personne adulte surveille les activités jour après jour);
- le jeune âge des mères lors de la naissance des enfants;
- le faible niveau d'instruction de la mère;[2,3,7,15]
- la taille plus grande des familles;
- l'allaitement;
- la dépression maternelle;[17,22,51]
- la dépression paternelle;[31,32]
- l'obésité;[30]
- le tabagisme[21] et l'exposition à la fumée secondaire;[57]
- un style d'éducation parentale autoritaire;
- l'empoisonnement au plomb chez les enfants;[54,55]
- les déménagements fréquents des familles ou l'itinérance;
- le faible poids à la naissance,[2,3,7,10,13,14] ses complications et ses traitements, y compris la prise de corticostéroïdes pour prévenir la dysplasie broncho-pulmonaire;[5]
- la malnutrition (ou, plus généralement, l'insécurité alimentaire),[9,24,27,28] le retard staturo-pondéral (prise de poids inférieure au rythme normal pendant les deux premières années de la vie) et la carence en fer;[11,24,27,28]
- la prévalence et la gravité accrues des problèmes de santé chroniques tels que l'asthme;[19,20]
- l'incarcération d'un parent ou de l'adolescent;[29]
- l'utilisation de drogues psychoactives, comme les opioïdes;[26]
- le trouble de stress post-traumatique.[25,58]

Les effets neurocognitifs de l'empoisonnement au plomb, du retard staturo-pondéral et éventuellement de la carence de fer et d'autres problèmes de santé chez les jeunes enfants semblent être largement sinon totalement irréversibles. Tous ces facteurs militent fortement en faveur de l'adoption de stratégies de prévention primaire efficaces. Qui plus est, les enfants défavorisés qui ont un faible poids à la naissance[18] et souffrent d'un empoisonnement au plomb [54,55] semblent présenter de plus grandes déficiences intellectuelles que les enfants ayant un faible poids à la naissance et empoisonnés au plomb de familles économiquement privilégiées. Il est d'ailleurs possible qu'on observera la même tendance en examinant les effets d'autres affections chroniques.

La pauvreté a été associée de façon indépendante à de plus faibles quotients intellectuels,[2] à l'échec scolaire précoce, à des mesures disciplinaires (retenue après l'école, suspension) et à l'abandon scolaire,[3] à des taux plus élevés de problèmes de comportement[7] et au manque d'accès aux services de santé mentale en cas de problèmes de comportement. Jusqu'à maintenant, les associations entre la pauvreté, une diminution des capacités intellectuelles et le rendement scolaire sont plus robustes que les associations entre la pauvreté et des taux plus élevés de problèmes de comportement et de santé mentale.[2] Par ailleurs, la pauvreté à long terme est plus néfaste que la pauvreté à court terme, et la pauvreté pendant la petite enfance et les années préscolaires semble plus néfaste que la pauvreté vécue plus tard dans la vie.[2] Des études récentes indiquent que le fait de grandir dans la pauvreté conduit à des changements systématiques dans le développement du cerveau. Ces changements touchent le cortex préfrontal et les fonctions dites exécutives telles que l’auto-régulation, la planification et la maîtrise des émotions.[51]

Des données semblent indiquer que de nombreuses politiques cliniques et publiques agissent efficacement sur les facteurs associés à la pauvreté qui nuisent au développement des enfants, dont des politiques visant à fournir des programmes d'intervention précoce,[33-37,40,41,50] plus particulièrement les programmes publics intégrés de développement des jeunes enfants offerts par l'intermédiaire de centres. Ce type de programme s'est révélé efficace dans la prévention des retards de développement, la diminution du redoublement et l'accélération du placement dans les classes adaptées. Il a été démontré que les programmes de soutien nutritionnels comme les programmes d'aide alimentaire pour femmes enceintes et nourrissons et les programmes nutritionnels à l'école tels que le programme des petits déjeuners à l'école réduisent les taux de faible poids à la naissance,[39] de carence en fer[48,49,52] et d'échec scolaire.[42] Les visites d'infirmières à domicile sont également associées à des retombées positives selon diverses mesures de la

qualité du milieu de vie et du développement des enfants.[44] On a démontré qu'elles réduisent les comportements maternels néfastes liés à la santé et l'incidence du petit poids de naissance et améliorent le statut développemental des enfants et les interactions des parents avec leurs enfants.[52] Le programme Bright Future, créé par l'American Academy of Pediatrics (Académie américaine de pédiatrie), propose aux cliniciens des lignes directrices et des recommandations pour offrir des soins préventifs de qualité à tous les stades de l'enfance.[53,56] Les programmes de subvention au logement pour familles à faible revenu qui distribuent des bons de loyer utilisables sur le marché privé de l'habitation laissent les familles plus libres de choisir où elles veulent vivre et leur permettent donc de chercher des quartiers plus sûrs où elles sont moins exposées à la violence.[36]

Conclusion

De nombreuses études ont documenté les effets néfastes de la pauvreté des familles sur les multiples aspects du développement psychosocial des enfants. Un certain nombre de mécanismes et de variables confondantes quant à l'influence de la pauvreté sur le développement des enfants ont été mis en évidence, mais il reste beaucoup d'inconnus. Les études mettent également en lumière les bienfaits probables ou avérés des politiques publiques et cliniques sur le développement psychosocial des enfants qui grandissent dans la pauvreté.

Implications pour l'élaboration des politiques et le développement des services

On note, parmi les interventions dont l'efficacité à l'égard des enfants vivant dans la pauvreté a été démontrée :

a. les programmes *Head Start* et d'intervention précoce à l'intention des enfants nés prématurément et des enfants d'âge préscolaire qui sont physiquement en santé et proviennent de familles à faible revenu (aux États-Unis). Les politiques qui favorisent la participation à de tels services et leur qualité sont susceptibles d'avoir des effets bénéfiques sur le développement des enfants;

b. les programmes de supplémentation alimentaire tels que le *Women, Infants and Children's Program* (WIC) (aux États-Unis), dont on sait qu'ils combattent le faible poids à la naissance et la carence en fer, et les programmes nutritionnels scolaires comme le programmes des petits déjeuners à l'école, qui ont permis d'améliorer les notes obtenues par les élèves lors de tests normalisés de rendement scolaire;

c. les programmes de visites d'infirmières à domicile, qui ont des effets positifs démontrés sur de multiples mesures de la qualité des milieux de vie; et

d. les programmes de subvention au logement, qui permettent aux enfants de vivre dans des quartiers plus sécuritaires et réduisent l'exposition à la violence.

e. les politiques visant à réduire l'exposition à la poussière contaminée au plomb dans les habitations, qui favorisent le développement sain des enfants.

Même si nous n'avons trouvé aucune étude qui corrobore l'efficacité des services et des politiques qui suivent quant à l'amélioration du fonctionnement psychosocial des enfants, nous croyons qu'ils risquent d'avoir des effets positifs divers sur leur développement :

a. Les politiques en matière de logement qui diminuent la fréquence des déménagements des familles ou de l'itinérance chez les enfants procurent des bienfaits aux enfants à la fois sur le plan physique et sur le plan psychologique.

b. Les services dabandon tabagique à l'intention des femmes enceintes et des parents, l'augmentation des taxes sur les cigarettes et l'interdiction de fumer dans les lieux publics réduisent l'exposition prénatale et passive des enfants à la fumée de tabac, qui semble contenir de puissantes neurotoxines.

c. Une plus grande accessibilité à des services de santé de qualité risque d'avoir des répercussions positives importantes sur le développement général des enfants à faible revenu.

d. Une meilleure intégration des services de santé et des autres services offerts aux enfants et aux familles permet d'assurer la continuité des soins. Le système de soins de santé primaires est souvent le seul secteur de services à la population qui se trouve régulièrement en interaction avec les parents de familles à faible revenu et leurs enfants dans leurs premières années de vie. Il est probable que la mise au point d'approches cliniques et thérapeutiques qui conduisent au dépistage, au triage, à l'orientation vers des ressources adaptées et au traitement des problèmes chroniques de santé physique, de nutrition et de développement à un stade précoce aura des incidences favorables sur le développement des enfants.

e. Il est également probable que la prestation de services de dépistage et de traitement de la dépression et d'autres problèmes de santé mentale chez les parents améliore la santé

mentale tant des parents que des enfants.

Références

1. Baydar N, Brooks-Gunn J, Furstenberg FF Jr. Early warning signs of functional illiteracy: predictors in childhood and adolescence. *Child Development* 1993;64(3):815-829.
2. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.
3. Byrd RS, Weitzman ML. Predictors of early grade retention among children in the United States. *Pediatrics* 1994;93(3):481-487.
4. Children's Defense Fund (US). *Wasting American's future: the Children's Defense Fund report on the costs of child poverty*. Boston, MA: Beacon Press; 1994.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn and the Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee, Postnatal corticosteroids to treat or prevent chronic lung disease in preterm infants. *Pediatrics* 2002;109(2):330-338.
6. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997.
7. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development* 1994;65(2):296-318.
8. Goldberg D, Failure of birth data to predict early school difficulties among inner-city first graders. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1995;72(1):153-154.
9. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M, Sobol AM. Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics* 1990;85(3):267-276.
10. Gross D, Conrad B, Fogg L, Willis L, Garvey C. A longitudinal study of maternal depression and preschool children's mental health. *Nursing Research* 1995;44(2):96-101.
11. Hack M, Breslau N, Aram D, Weissman B, Klein N, Borawski-Clark E. The effect of very low birth weight and social risk on neurocognitive abilities at school age. *J Dev Behav Pediatr* 1992;13(6):412-420.
12. Halterman JS, Kaczorowski JM, Aligne CA, Auinger P, Szilagyi PG. Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States. *Pediatrics* 2001;107(6):1381-1386.
13. Hertzman C. Population health and child development: a view from Canada. In: Income, socioeconomic status, and health: exploring the relationships. Auerbach JA, Krimgold BK, eds. Washington, D.C.: National Policy Association: Academy for Health Services Research and Health Policy; 2001:44-55.
14. Hollomon HA, Scott KG. Influence of birth weight on educational outcomes at age 9: the Miami site of the Infant Health and Development Program. *J Dev Behav Pediatr* 1998;19(6):404-410.
15. Klerman L. Alive and well: a research and policy review of health programs for poor young children? New York, NY: National Center for Children in Poverty, Columbia University School of Public Health; 1991.
16. Korenman S, Miller JE, Sjaastad JE. Long-term poverty and child development in the United States: results from the NLSY. *Children & Youth Services Review* 1995; 17(1-2):127-155.
17. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull* 2000;126(2):309-337.

18. Smith JR, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Consequences of living in poverty for young children's cognitive and verbal ability and early school achievement. In: Consequences of growing poor. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997:132-189.

19. Weitzman M, Byrd RS, Auinger P. Children in big cities in the United States: health and related needs and services. *Ambulatory Child Health* 1996;260(4):106-111.

20. Weitzman M, GortmakerD, Sobol A. Racial, social, and environmental risks for childhood asthma. *Am J Dis Child* 1990;44(11):1189-1194.

21. Weitzman M, et al. Maternal smoking and childhood asthma. *Pediatrics* 1990;85(4):505-511.

22. Grantham-McGregor S. A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development. *Journal of Nutrition* 1995;125(suppl 8):2233S-2238S.

23. Pyhala R, et al. Neurocognitive abilities in young adults with very low birth weight. *Neurology* 2011;77(23):2052-60.

24. Burke MP, et al., Severity of Household Food Insecurity Is Positively Associated with Mental Disorders among Children and Adolescents in the United States. *J Nutr*, 2016. 146(10): p. 2019-2026.

25. Chemtob CM, Gudino OG, Laraque D. Maternal posttraumatic stress disorder and depression in pediatric primary care: association with child maltreatment and frequency of child exposure to traumatic events. *JAMA Pediatr* 2013;167(11):1011-1018.

26. Dunn MG, et al. Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 2002;22(7):1063-1090.

27. Meyers AF, Karp RJ, Kral JG. Poverty, food insecurity, and obesity in children. *Pediatrics*, 2006;118(5):2265-2266.

28. Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM. Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children. *Pediatrics* 2006;118(3):e859-e868.

29. Wilbur MB, et al. Socioemotional effects of fathers' incarceration on low-income, urban, school-aged children. *Pediatrics* 2007;120(3):e678-e685.

30. Pan L, et al. Incidence of obesity among young U.S. children living in low-income families, 2008-2011. *Pediatrics*, 2013;132(6):1006-1013.

31. Tichovolsky, M.H., et al., A Longitudinal Study of Fathers' and Young Children's Depressive Symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2016: p. 1-15.

32. Weitzman M, Rosenthal DG, Liu YH. Paternal depressive symptoms and child behavioral or emotional problems in the United States. *Pediatrics* 2011;128(6):1126-1134.

33. Anderson LM, et al. Community interventions to promote healthy social environments: early childhood development and family housing. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(Rr-1):1-8.

34. Barnett WS, Escobar CM. Research on the cost effectiveness of early educational intervention: implications for research and policy. *Am J Community Psychol*, 1989;17(6):677-704.

35. Berlin LJ, et al. The effectiveness of early intervention: examining risk factors and pathways to enhanced development. *Prev Med* 1998;27(2): 238-245.

36. Brooks-Gunn J, et al. Early intervention in low-birth-weight premature infants. Results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. *Jama*, 1994;272(16):1257-1262.

37. Currie J, Early childhood education programs. *Journal of Economic Perspectives* 2001;15(2):213-238.

38. Devaney BL, Ellwood MR, Love JM. Programs that mitigate the effects of poverty on children. *Future Child* 1997;7(2):88-112.

39. Karoly LA, et al. Investing in our children: what we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions. Santa Monica, CA: Rand; 1998.

40. Kotelchuck M, et al. WIC participation and pregnancy outcomes: Massachusetts Statewide Evaluation Project. *Am J Public Health*, 1984;74(10):1086-1092.

41. Lee VE, et al. Are Head Start effects sustained? A longitudinal follow-up comparison of disadvantaged children attending Head Start, no preschool, and other preschool programs. *Child Dev* 1990;61(2):495-507.

42. McLellan F. Countering poverty's hindrance of neurodevelopment. *Lancet* 2002;359(9302):236.

43. Meyers AF, et al. School Breakfast Program and school performance. *Am J Dis Child*, 1989;143(10):1234-1239.

44. National Research Council Division of Behavioral Social, S.E. *Early Childhood Development and Learning: New Knowledge for Policy*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

45. Rush D, et al. The National WIC Evaluation: evaluation of the Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children. VII. Study of food expenditures. *Am J Clin Nutr* 1988;48(2 Suppl):512-519.

46. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27. Vol. 10.* Ypsilanti, MI: The High/Scope Press, Educational Research Foundation; 1993.

47. Shonkoff JP, Phillips DA. From neurons to neighborhoods: the science of early child development. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.

48. Shumacher R, Greenberg M, Lombardi J. State initiatives to promote early learning: next steps in coordinating subsidized child care, Head Start, and state prekindergarten. Policy Brief. Center for Laws and Social Policy; 2001.

49. Vazquez-Seoane P, Windom R, Pearson HA. Disappearance of iron-deficiency anemia in a high-risk infant population given supplemental iron. *N Engl J Med* 1985;313(19):1239-1240.

50. Weitzman M, et al. The effects of tobacco exposure on children's behavioral and cognitive functioning: implications for clinical and public health policy and future research. *Neurotoxicol Teratol* 2002;24(3):397-406.

51. McCormick MC, et al. Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the Infant Health and Development Program. *Pediatrics*, 2006. 117(3):771-780.

52. Olds DL, et al. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2014;168(9):800-806.

53. 2015 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. *Pediatrics*, 2015.

54. AAP Council on Environmental Health. Prevention of Childhood Lead Toxicity. *Pediatrics* 2016;138(1):e20161493.

55. Centers for Disease Control and Prevention, Lead Poisoning in Young Children. Atlanta, GA.: CDC; 2005.

56. Duncan P. *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Vol. 3*. American Academy of Pediatrics: Elk Grove Village, IL; 2007.

57. Halterman JS, et al. Screening for environmental tobacco smoke exposure among inner-city children with asthma. *Pediatrics* 2008;122(6):1277-1283.

58. Kessler RC, et al. Associations of housing mobility interventions for children in high-poverty neighborhoods with subsequent mental disorders during adolescence. *JAMA* 2014;311(9):937-948.

L’impact du faible revenu sur le développement psychosocial de l'enfant. Commentaires sur Duncan et Magnuson, et de Weitzman

Julius Richmond, Ph.D.

Harvard University, États-Unis

Août 2007, 2e éd.

Introduction

D'une part, Greg J. Duncan et Katherine A. Magnuson ont résumé de manière concise et fort élégante les effets de la pauvreté sur le développement prénatal, immédiatement postnatal et psychosocial des enfants. D'autre part, Michael Weitzman a proposé un article remarquablement complet et concis sur le faible revenu et son impact sur le développement des enfants. Dans les deux cas, il ne fait aucun doute que les auteurs sont très bien renseignés sur les interactions entre la pauvreté et le développement des jeunes enfants.

Conclusions des études

Selon la communication des docteurs Duncan et Magnuson :

- en moyenne, les enfants qui grandissent dans des familles à faible revenu connaissent plus de problèmes psychosociaux que les enfants qui grandissent dans des familles à revenu élevé;
- ceci dit, la recherche n'a pas établi de liens causaux importants entre la faiblesse du revenu familial et des problèmes psychosociaux chez les enfants ; les caractéristiques corrélées aux familles à faible revenu (telles que la structure familiale) semblent être plus importantes;
- d'autres études devront être réalisées pour déterminer quels sont les corrélats du faible revenu qui sont les plus susceptibles de répondre positivement aux interventions.

Il est possible, toutefois, que les impacts de diverses interventions auprès des enfants et des familles vivant dans la pauvreté aient été sous-représentés dans l’article de Duncan et Magnuson. Ces derniers ont à juste titre mis l'accent sur les politiques économiques et indiqué

que la redistribution des revenus pourrait améliorer de manière sensible le sort des enfants. Cependant, ils n'ont pas tenu adéquatement compte de l'impact de divers programmes d'intervention précoce comme les programmes *Head Start* et de garde de jour (qui ont donné des résultats à court et à moyen terme), malgré le très grand nombre d'études qui ont été consacrées au programme *Head Start* et aux études sur les interventions précoces de David Weikart.

Le docteur Weitzman, qui connaît à fond cette documentation, en présente des interprétations fort pertinentes et utiles. J'ai été étonné par la concision de sa synthèse de ce corpus complexe. Son principal argument peut se résumer ainsi :

- il existe de nombreuses variables de confusion et de nombreux mécanismes par le biais desquels la pauvreté influe négativement sur le développement psychosocial des enfants;
- il est possible que les enfants pauvres soient plus affectés par des événements indésirables que d'autres enfants dans des circonstances semblables (p. ex., l’empoisonnement au plomb ou le retard staturo-pondéral) ;
- les premières années de vie représentent une période de vulnérabilité particulière pendant laquelle la pauvreté aurait des effets plus nocifs que plus tard dans la vie.

Cependant, le docteur Weitzman aurait pu parler un peu plus des incidences sur la santé de la pauvreté et d'autres facteurs défavorables tels que le faible poids à la naissance. Pendant de nombreuses années, la fondation Robert Wood Johnson a subventionné l'*Infant Health and Development Program* (IHDP), qui a produit une quantité considérable de données longitudinales sur les effets des programmes d'intervention sur la santé et le développement des enfants ayant un faible poids à la naissance. Les effets de la pauvreté peuvent être discernés dans ces données.

Implications pour l'élaboration des politiques et le développement des services

Les docteurs Duncan et Magnuson ont noté plusieurs des grandes considérations politiques en ce qui a trait au revenu familial et de ses incidences sur le développement des enfants. Ils nous ont également rendu service en proposant des options politiques destinées à améliorer les issues développementales chez les enfants grâce à l'amélioration de la situation économique des familles à faible revenu. Tout en reconnaissant au revenu familial un effet causal prépondérant sur le développement cognitif et économique des enfants et sur leur rendement scolaire, les docteurs Duncan et Magnuson disent que l'amélioration de la situation économique ne suffira

pas nécessairement à résoudre les problèmes de développement psychosocial et comportemental. Sans ignorer totalement l'importance éventuelle des programmes d'intervention, ils insistent beaucoup trop étroitement sur la problématique du revenu et de sa redistribution.

Les docteurs Duncan et Magnuson ont présenté avec beaucoup de justesse les implications politiques liées à la problématique du revenu familial et les bienfaits qu'on pourrait éventuellement obtenir en aidant les familles à sortir de la pauvreté. Cependant, en dépit du fait qu'ils connaissent bien les études qui s'y rapportent, ils n'ont pas tenu suffisamment compte du potentiel des programmes d'intervention.

À ce propos, c'est au docteur Weitzman que nous devons la formulation de plusieurs implications fort à propos en matière de politique. Sa communication examine tout un éventail de programmes d'intervention ciblant des enfants en milieu pauvre et fait une excellente synthèse des questions sanitaires, développementales et politiques relatives au développement de ces enfants. Le docteur Weitzman soutient aussi que rien nous oblige à attendre le jour où la pauvreté aura (idéalement) été complètement éliminée pour venir en aide aux enfants pauvres en leur assurant aux divers stades de leur croissance des influences positives.

Interventions visant à promouvoir le développement social et émotif sain des enfants de familles à faibles revenus

Jane Knitzer, Ed.D.

Columbia University, États-Unis

Août 2007, 2e éd.

Introduction

Récemment, les connaissances concernant l'importance des toutes premières années de la vie pour préparer le terrain pour le développement des capacités et des habiletés sociales et émotives des jeunes enfants ont connu une expansion. C'est à partir de ces expériences et de ces relations précoces que les enfants développent – ou échouent à développer – la capacité à faire confiance à autrui et à réguler les émotions et les comportements sociaux. Ces capacités sont elles-mêmes reliées à la réussite scolaire.

Les preuves empiriques et anecdotiques suggèrent que les jeunes enfants de familles à faibles revenus vivant aux États-Unis sont, de façon disproportionnée, susceptibles d'avoir des problèmes à maîtriser les capacités sociales et émotives. À travers le pays, environ un tiers des enfants qui fréquentent la maternelle présentent un facteur de risque démographique et 16 % présentent deux facteurs ou plus. Pour les enfants issus de minorités ethniques et pour ceux qui habitent les grands centres urbains, les chiffres sont beaucoup plus élevés.[1] La recherche basée sur les données recueillies auprès des enseignants suggère qu'environ 10 % de tous les jeunes enfants en maternelle n'ont pas les habiletés sociales et émotives nécessaires. La recherche sur les enfants de familles à faibles revenus suggère qu'environ un quart à un tiers d'entre eux n'ont pas ces habiletés. Les rapports d'éducateurs en garderie révèlent leurs grandes préoccupations concernant le comportement des enfants qui sont sous leur garde. Les rapports en provenance de partout aux États-Unis révèlent également qu'on demande à un nombre non connu d'enfants de quitter les services de garde à cause de leurs problèmes de comportement. Les jeunes enfants dans les milieux à faibles revenus manifestent aussi des niveaux cliniques de troubles, avec des taux de prévalence comparables à ceux d'enfants plus âgés. De telles données, additionnées à une importante préoccupation de la part des éducateurs en garderie et des enseignants de maternelle à propos du comportement agressif, renfermé ou problématique des enfants ont

stimulé l'intérêt croissant pour des politiques et (à un degré moindre), pour de la recherche sur l'efficacité des interventions visant à aider les familles à faibles revenus et les autres prestataires de soins à promouvoir le développement émotif et social sain des jeunes enfants.

Problèmes

Bien que la recherche dresse un tableau très clair et irréfutable des facteurs de risques qui sont liés aux piètres issues sociales et émotives des jeunes enfants (en particulier les facteurs de risques parentaux comme le recours à une discipline trop sévère, un manque de chaleur, la dépression maternelle, l'abus de substances et la violence conjugale), peu de ressources sont allouées soit à l'intervention, soit à la recherche. L'investissement de fonds pour des interventions destinées à aider les enfants de familles à faibles revenus et dont le développement (en particulier le développement social et émotif) peut être compromis par les facteurs familiaux ou environnementaux qui font courir le risque à l'enfant de vivre un échec scolaire précoce[2] est limité. Le financement des services destinés aux enfants avec des niveaux cliniques de problèmes est aussi limité.[3,4]

Contexte de la recherche

Bien que la qualité de la recherche sur ce sujet soit variable, il existe une recension importante des écrits sur les interventions générales qui promeuvent le bien-être des enfants, et souvent aussi celui des familles, par l'intermédiaire de programmes de visites à domicile, de développement de l'enfant et de soutien à la famille.[5] Cependant, ces études, lorsqu'elles l'ont fait, ont inclus peu d'analyses d'impact des interventions générales auprès d'enfants qui présentent des signes particuliers de comportement problématique, de manque d'habiletés sociales ou qui vivent dans des familles aux prises avec des facteurs de risques multiples. Il existe aussi des recherches qui démontrent que les services de garde de qualité dans des environnements où les enseignants ont des relations chaleureuses et très présentes avec les enfants conduisent à de meilleures issues sur les plans cognitif, linguistique, social et émotif, bien que la recherche montre aussi que les enfants de familles à faibles revenus sont moins susceptibles de se trouver dans de tels environnements que leurs pairs plus fortunés.[6]

Plus récemment, un certain nombre d'études sur les interventions (dont plusieurs sont encore en cours) ont été subventionnées dans le but d'examiner les impacts des intentions en terme de stratégies visant à s'occuper des problèmes sociaux et émotifs. En règle générale, ces études se

divisent en trois catégories. La première série d'études vérifie l'impact des programmes d'études spécialement conçus pour les habiletés sociales et émotives dans les écoles. La deuxième série d'études est similaire à la première génération d'études qui évaluent des programmes plus génériques, mais qui portent plus attention aux évaluations et aux issues dans les domaines socioémotifs, qui impliquent des interventions plus spécifiquement conçues pour se baser sur les relations interpersonnelles et qui incluent davantage d'analyses des niveaux de risques dans les sous-populations. On pense par exemple à des évaluations continues d'interventions visant tous les enfants et toutes les familles (*Healthy Steps*[7]) ou tous les enfants de familles à faibles revenus (*Early Head Start*[8]). La troisième série d'études évalue l'impact des interventions générales de gestion de cas ou de santé mentale destinées aux enfants identifiés dans des services de garde ou dans des services primaires de santé, et parfois dans des environnements desservant des nombres plus concentrés d'enfants à hauts risques comme les refuges pour personnes sans domicile. On voit aussi apparaître plusieurs recherches qui explorent plus en profondeur la façon dont les comportements sociaux et émotifs ont un impact sur le succès ou sur l'échec scolaire.[9]

Questions clés pour la recherche

Les questions de recherche dans cette série de recherches sur les interventions sont principalement centrées sur l'évaluation des effets à court terme d'une intervention particulière sur les problèmes des enfants, spécialement sur ceux qui sont reliés au fait d'être prêt à entrer à l'école et à la réussite scolaire précoce. Dans une moindre mesure, des efforts ont été entrepris afin de suivre les diminutions de la dépression parentale, l'utilisation des services (par exemple, l'abus de substances) et les changements de pratiques disciplinaires parentales. Les efforts visant à évaluer l'impact des interventions intentionnelles comme les stratégies de consultation en santé mentale pour les prestataires de soins autres que les parents sont plus limités, bien que beaucoup d'investissements sur le terrain concernent ces stratégies.

Résultats récents de la recherche

Cette section résume brièvement les découvertes des recherches mentionnées plus haut. Bien que prometteuse, la recherche sur les programmes d'habiletés sociales pour les jeunes enfants comprend généralement de très petits échantillons et manque de suivi longitudinal. Il reste à prouver que les services recommandés sont assez solides pour gérer les niveaux de risques présentés par plusieurs enfants de familles à faibles revenus. Dans ce domaine, les habiletés et les expériences sociales qui incluent les parents, les enseignants et les enfants sont plus

prometteuses.[10] Certaines recherches sur l'intervention combinent aussi les interventions sociales, émotives et scolaires. La recherche sur des stratégies plus génériques qui sont centrées sur les enfants à plus hauts risques présente des résultats plus prometteurs. Par exemple, la recherche sur *Early Head Start* a révélé des changements positifs à la fois en ce qui concerne l'évaluation des comportements parentaux et l'évaluation cognitive et comportementale de l'enfant à l'âge de trois ans. Cependant, les familles dans le besoin, vulnérables et à hauts risques n'atteignent pas encore les résultats souhaités. Les interventions sur des sites multiples, basées sur les principes de soutien des forces familiales et sur la gestion de cas sont aussi prometteuses. Par exemple, le programme de recherche *Starting Early Starting Smart*[11] a révélé une plus grande amélioration des comportements et du développement du langage chez les enfants appartenant au groupe dans lequel s'est déroulé l'intervention que chez ceux du groupe témoin. Le recours des parents aux services pour l'abus de substances était aussi plus prononcé et plus répandu.

Conclusions

Comme la recherche dans ce domaine est très limitée, il est difficile de tirer des conclusions certaines et beaucoup de résultats ne sont pas encore publiés. Cependant, quelques éléments semblent clairs, notamment :

1. Des études sérieuses portant sur les interventions révèlent une diminution des comportements problématiques des enfants pendant au moins six mois à un an après l'intervention.[12]
2. Pour les petits enfants et pour les trottineurs, les programmes de visites à domicile n'ont pas démontré les impacts attendus et on se préoccupe du fait que les familles les plus vulnérables sont celles qui sont le moins susceptibles de continuer à suivre ces programmes.
3. En ce qui concerne les enfants d'âge préscolaire, les interventions les plus prometteuses sont celles qui s'adressent à la fois aux familles et aux prestataires de soins qui utilisent les mêmes stratégies.
4. Malgré le niveau élevé de dépression maternelle chez les populations à faibles revenus, les interventions qui indiquent certains changements de pratiques parentales et/ou d’issues pour les enfants ne révèlent généralement pas de changements de niveaux de dépression maternelle. (Ce fait est inquiétant puisque l'impact négatif de la dépression maternelle a

été établi par des preuves claires, non seulement en ce qui concerne les comportements sociaux et émotifs, mais aussi cognitifs).

5. Bien que les interventions basées sur des preuves et destinées à guider les praticiens soient limitées, ces derniers, par nécessité, inventent de nouvelles approches pour relever les défis sociaux et émotifs posés par les familles et les enfants qu'ils desservent. Par exemple, dans certaines communautés, les programmes *Early Head Start* intègrent des interventions plus intensives pour des familles très vulnérables (comme celles qui ont été incarcérées pour des abus de substances). Cependant, ces efforts sont rarement évalués de façon formelle.

Implications

L'implication la plus claire de la recherche actuelle sur le développement est qu'il est important d'investir dans des efforts visant à promouvoir des relations et un développement social et émotif sains chez les jeunes enfants. Si on ne réussit pas à le faire, cela entraîne des coûts pour l'enfant et pour la société. La deuxième implication concerne le besoin d'une planification de recherche cohérente dans ce domaine, incluant le développement et l'évaluation des interventions basées sur la théorie et ciblant les problèmes relationnels des petits enfants, des trottineurs et des enfants d'âge préscolaire dans leur milieu familial et à l'extérieur de la maison. La troisième implication a trait au fait que la recherche est nécessaire afin d'examiner de plus près le lien entre le développement social et émotif et la réussite scolaire, compte tenu de l'importance de cette réussite pour les enfants de familles à faibles revenus. Il faut également être attentif à la qualité des expériences préscolaires et scolaires précoces, en particulier en aidant les enseignants à s'occuper des enfants dont le comportement est problématique.

Références

1. Zill N, West J. *Findings from the condition of education, 2000*: *Entering kindergarten*. Washington, DC: U.S. Department of Education; 2001. NCES2001-035. Disponible sur le site: http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2001035. Page consultée le 06 août 2003.
2. Campbell FA, Pungello EP, Miller-Johnson S, Burchinal M, Ramey CT. The development of cognitive and academic abilities: Growth curves from an early childhood educational experiment. *Developmental Psychology* 2001;37(2):231-242.
3. Knitzer, J. *Promoting resilience: Helping young children and parents affected by substance abuse, domestic violence, and depression in the context of welfare reform.* New York, NY: The National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health, Columbia University; 2000. *Children and welfare reform issue brief* 8. Disponible sur le site: http://www.nccp.org/pub_cwr00h.html. Page consultée le 06 août 2003.
4. Johnson K, Knitzer J, Kaufmann R. *Making dollars follow sense: Financing early childhood mental health services to promote healthy social and emotional development in young children*. New York, NY: The National Center for Children in

Poverty, Mailman School of Public Health, Columbia University; 2002. *Promoting the emotional well-being of children and families*, Policy paper no.4. Disponible sur le site: http://www.nccp.org/pub_pew02d.html. Page consultée le 06 août 2003.

5. Yoshikawa H. Long-term effects of early childhood programs on social outcome and delinquency. *Future of Children* 1995;5(3):51-75.
6. Phillips DA, Voran M, Kisker E, Howes C, Whitebook M. Child care for children in poverty: Opportunity or inequality? *Child Development* 1994;65(2):472-492.
7. The Commonwealth Fund. Child health and development: Healthy Steps for Young Children Program – Assuring Better Child Health and Development (ABCD). Disponible sur le site: http://www.jhsph.edu/WCHPC_/Projects/Healthy_Steps/healthystepsprog.html. Page consultée le 31 août 2004.
8. Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their Families: The impacts of Early Head Start*. Washington, DC: Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2002. Disponible sur le site: http://www.mathematica-mpr.com/earlycare/ehstoc.asp. Page consultée le 31 août 2004.
9. Raver CC, Knitzer J. *Ready to enter: What research tells policymakers about strategies to promote social and emotional school readiness among three- and four-year-old children*. New York, NY: The National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health, Columbia University; 2002. *Promoting the emotional well-being of children and families*, Policy paper no.3. Disponible sur le site: http://www.nccp.org/pub_pew02c.html. Page consultée le 06 août 2003.
10. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in head start. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001;30(3):283-302.
11. Casey Family Programs and the U.S. Department of Health and Human Services. *The Starting Early Starting Smart Story*. Washington, DC: Casey Family Programs and the U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001. Disponible sur le site: http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd435/. Page consultée le 2 novembre 2007.
12. Webster-Stratton C, Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science* 2001;2(3):165-192.

Les obstacles aux services favorisant la santé émotive, 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 émotifs, comportementaux et sociaux des enfants. Nous définissons généralement les problèmes émotifs, 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 émotifs, 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 ressources[17] 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 changement[19] 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 reliés 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, Ialongo 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 an 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.

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

Août 2007, 2e éd.

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 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.

Références

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.

Évaluation des programmes d’intervention précoce destinés aux jeunes enfants : commentaires sur Kitzman, Knitzer, et Lipman et Boyle

Pamela Kato Klebanov, Ph.D.

National Center for Children and Families, Teachers College, Columbia University, États-Unis

Août 2007, 2e éd.

Introduction

Ces dernières années, plusieurs chercheurs ont évalué les effets des programmes d’éducation précoce (PEP) destinés aux enfants.[1-6] La majeure partie de la recherche s’est centrée sur les gains du développement cognitif des enfants plutôt que sur leur développement comportemental.6 Dans l’ensemble, les résultats suggèrent que les programmes PEP offerts dans des centres et débutant pendant la petite enfance ont amélioré de façon plus cohérente les résultats cognitifs et comportementaux des enfants.[1,2,5]

Les articles dont il est question examinent les effets des programmes d’intervention en petite enfance sur le développement socio-affectif des enfants de familles à faibles revenus. Knitzer fournit une recension générale des interventions, Kitzman s’intéresse aux résultats des programmes de visites à domicile, Lipman et Boyle abordent les obstacles à la prestation de services pour les jeunes enfants canadiens. Dans l’ensemble, ces articles mettent en lumière la nécessité de se centrer sur les résultats comportementaux et affectifs des enfants pauvres, le besoin d’évaluation plus rigoureuse de l’intensité des programmes, et l’attention portée à l’attrition dans les études, ainsi que le suivi à long terme des enfants.

Recherche et conclusions

Ces articles rapportent la diversité des interventions effectuées au cours des dernières années. Il est impressionnant de constater des diminutions de problèmes de comportement à travers les différentes modalités. Les diminutions de problèmes de comportement des enfants durent au moins six mois à un an après l’intervention.

Premièrement, alors que la plupart des études se sont centrées sur les interventions à court terme ayant prouvé des effets, je pense qu’il y a des recherches notables sur les effets à long

terme, comme le *High/Scope Perry Preschool Project*, qui a découvert des effets sur la délinquance à 14 ans et une réduction des problèmes avec le système de justice pénale à 19 et à 27 ans.[5,7] Les données rétrospectives de *Head Start* montrent que ceux qui avaient participé à ce programme étaient moins susceptibles d'être accusés de crime à l'âge adulte.[8]

Deuxièmement, les programmes de visites à domicile ont démontré moins d'effets cohérents sur les enfants. Ces programmes ont tendance à être davantage centrés sur les parents, et donc réussissent à mieux modifier le comportement parental. Cependant, il y a des exceptions. Le *Nurse Home Visitation Program* a aussi trouvé des effets pour les mères, ainsi que des résultats comportementaux pour les adolescents.[9] Toutefois, les visites à domicile combinées aux services dispensés dans des centres de la petite enfance ont mieux réussi à réduire les problèmes de comportement des enfants.[10,11]

Troisièmement, bien que les interventions aient eu un effet sur le comportement parental, Knitzer trouve qu'il n'y a pas eu de changement correspondant en ce qui a trait à la dépression maternelle. Je crois au contraire que les études ont démontré des effets relatifs à la dépression maternelle. Quand on examine les résultats des programmes ayant assigné aléatoirement les sujets à différents groupes et qui ont procuré des services orientés vers la famille grâce à des visites à domicile, on remarque que les mères ayant bénéficié de l'intervention ont rapporté un affect moins dépressif.[9,12-16] Selon moi, il faudrait surtout examiner si les caractéristiques maternelles comme la dépression modifient l'association entre l'intervention et les problèmes de comportement des enfants. À ce jour, peu d'études ont directement examiné cette question.[16-19]

Bien qu'il y ait un consensus sur le fait que les familles à risques multiples soient les plus susceptibles de bénéficier des programmes d'intervention, cette population n'est pas souvent desservie. La plupart des travaux consistent en des interventions générales qui favorisent le bien-être de l'enfant et de la famille. Cependant, même si les familles à risque sont desservies, elles risquent davantage d'abandonner le programme ou elles sont moins susceptibles d'y participer. Tel que souligné par Lipman et Boyle, la disponibilité des services dans les quartiers pauvres, leur accessibilité et les obstacles psychosociaux représentent des défis pour la recherche. Enfin, l'efficacité de l'intervention en présence de multiples risques familiaux est un problème qui ressort dans tous ces articles et dans la documentation de recherche.[20] Cependant, les auteurs mettent en lumière le plus grand succès des programmes multidimensionnels (comparés aux programmes unidimensionnels).

Implications pour le développement et pour les politiques

Ces recensions signalent la nécessité de recherches cohérentes. À cause de la diversité des interventions, il est difficile de tirer des conclusions fermes sur ce qui fonctionne et pourquoi cela fonctionne. Les études doivent documenter plus rigoureusement des informations comme la durée des diverses activités, et se baser sur les mêmes approches de programme d'un site à l'autre. Les efforts de recherche peuvent s'améliorer en commençant par évaluer l'intensité du programme et la participation de la famille. À ce jour, peu d'études se sont penchées sur la façon dont le nombre d'interventions influence les effets de tels programmes. Il y a deux façons d'analyser si l'effet dépend d'un nombre minimum de visites : en comparant tout d'abord ceux qui ont reçu l'intervention à ceux qui ne l'ont pas reçue, ou en mesurant à quel point le niveau relatif de participation permet de prédire l'ampleur de l'effet des traitements. Quelques évaluations ont utilisé ces approches pour montrer que les effets du programme dépendaient du niveau de participation.[21-26]

Ainsi, les programmes comme les visites à domicile peuvent améliorer les résultats des enfants si les services sont suffisamment intensifs. Peu d'études se sont penchées sur l'engagement de la famille aux programmes d'intervention.[27-28] Cependant, elles ont révélé qu'il y avait un lien entre la participation de la mère et de l'enfant et les meilleurs résultats du programme. De plus, la participation du visiteur à domicile peut modérer les effets de l'intervention. Les visiteurs à domicile qui aident les mères à acquérir des habilités de résolution de problèmes plus adaptées et qui participent à la vie quotidienne de la mère ont eu un effet positif sur la santé affective.[16]

Pour que les interventions soient efficaces, les obstacles physiques et psychologiques des services doivent être surmontés. Même quand les services sont disponibles, ils ne sont pas accessibles. Afin que les parents puissent les utiliser, ils ont besoin de services de garde, de moyens de transport et d'une plus grande flexibilité des horaires et du lieu où sont dispensés les services. Certaines études ont abordé avec succès les problèmes d'accessibilité.[29] Lipman et Boyle suggèrent que les techniques marketing d'études de marché peuvent aider à identifier les préférences de programme. Même si ces obstacles sont surmontés, les obstacles psychologiques demeurent. Un manque de confiance envers les prestataires de services ou envers les institutions communautaires peut empêcher l'utilisation des services. Dans le cas de problèmes comportementaux, le stigmate présente un obstacle psychologique supplémentaire.

Les futurs programmes d'intervention doivent résister aux pressions financières. Kitzman prétend que les interventions qui ont eu de larges gammes d'effets ont nécessité des ressources importantes et qu'il y a des pressions constantes pour réduire le nombre de ressources destinées à leur mise en place. Cependant, des économistes comme Barnett ont argumenté contre les sous-investissements en enfance, en citant par exemple des études comme le *Perry Preschool Project*, dans lesquelles les bénéfices étaient supérieurs aux coûts par un facteur de sept contre un.[1,30]

Les programmes d'intervention doivent examiner l'interaction entre le développement social et affectif et la réussite scolaire. J'ajouterais aussi que les mesures observationnelles sur l'engagement des enfants envers la tâche, la persistance et l'enthousiasme sont nécessaires pour compléter les mesures existantes.

Enfin, les auteurs suggèrent qu'on devrait adopter une vision plus modeste des effets des programmes. On doit réexaminer la question générale qui consiste à savoir ce qui est raisonnable d'espérer d'une intervention donnée.[20] Plusieurs familles sont aux prises avec une pauvreté persistante et de multiples facteurs de risques. On ne peut pas s'attendre à ce qu'une intervention modifie de façon importante leur trajectoire de vie. Cependant, qu'est-ce qui est raisonnable quant à l'ampleur de l'effet? Étant donné que les effets cognitifs sont généralement plus importants que les effets comportementaux, cette attente change en fonction du résultat. Quelle durée et quelle portée générale de l'effet peuvent être considérées raisonnables? Est-ce qu'on s'attend à des effets pour les enfants et les parents? Est-ce qu'on s'attend à des effets dans les domaines cognitifs, comportementaux et de santé?

Dans l'ensemble, je suis d'accord avec les auteurs sur le fait que le domaine de l'intervention précoce destinée aux jeunes enfants en est à ses débuts lorsqu'il s'agit de déterminer l'importance relative des caractéristiques particulières concernées. Cependant, le fait que de tels programmes soient plus bénéfiques pour les familles qui font face à de multiples risques indique que ces programmes ont accompli ce pour quoi ils ont été mis sur pied.

Références

1. Barnett WS. Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *Future of Children* 1995;5(3):25-50.
2. Brooks-Gunn J, McCarton CM, Casey PH, McCormick MC, Bauer C, Bernbaum JC, Tyson J, Swanson M, Bennett FC, Scott DT, Tonascia J, Meinert CL. Early intervention in low-birth-weight premature infants: Results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1994;272(16):1257-1262.

3. Bryant DM, Maxwell K. The effectiveness of early intervention for disadvantaged children. In: Guralnick MJ, ed. *The effectiveness of early intervention*. Baltimore, Md: P.H. Brookes Publishing; 1997:23-46.

4. Farran DC. Another decade of intervention for children who are low income or disabled: What do we know now? In: Shonkoff JP, Meisels SJ, eds. *Handbook of early childhood intervention*. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 2000:510-548.

5. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Houbé J, Kilburn MR, Rydell CP, Sanders M, Chiesa J. *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, Calif: RAND; 1998. Disponible sur le site: http://www.rand.org/publications/MR/MR898/. Page consultée le 11 avril 2005.

6. Yoshikawa H. Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. *Future of Children* 1995;5(3):51-75.

7. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP, Barnett WS, Epstein AS. *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27*. Ypsilanti, Mich: High/Scope Press; 1993.

8. Garces E, Thomas D, Currie J. Longer term effects of Head Start. *American Economic Review* 2002;92(4):999-1012.

9. Olds DL, Henderson CR, 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.

10. Gross RT. Enhancing the outcomes of low-birth-weight, premature infants: A multisite, randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1990;263(22):3035-3042.

11. Kisker EE, Paulsell D, Love JM, Raikes H. *Pathways to quality and full implementation in Early Head Start programs*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2002. Disponible sur le site: http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/ehs/ehs_resrch/reports/pathways/pathways.pdf. Page consultée le 11 avril 2005.

12. Barnard KE, Magyary D, Sumner G, Booth CL, Mitchell SK, Spieker SJ. Prevention of parenting alterations for women with low social support. *Psychiatry* 1988;51(3):248-253.

13. Booth CL, Mitchell SK, Barnard KE, Spieker SJ. Development of maternal social skills in multiproblem families: Effects on the mother-child relationship. *Developmental Psychology* 1989;25(3):403-412.

14. Erickson MF, Korfmacher J, Egeland BR. Attachments past and present: Implications for therapeutic intervention with mother infant dyads. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):495-507.

15. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics* 1994;93(1):89-98.

16. Klebanov PK, Brooks-Gunn J, McCormick MC. Maternal coping strategies and emotional distress: Results of an early intervention program for low birth weight young children. *Developmental Psychology* 2001;37(5):654-667.

17. Burchinal MR, Campbell FA, Bryant DM, Wasik BH, Ramey CT. Early intervention and mediating processes in cognitive performance of children of low-income African American families. *Child Development* 1997;68(5):935-954.

18. NICHD Early Child Care Research Network. Child care and mother-child interaction in the first 3 years of life. *Developmental Psychology* 1999;35(6):1399-1413.

19. Harnish, JD, Dodge KA, Valente E, Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ. Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Development* 1995;66(3):739-753.

20. Brooks-Gunn J. Do you believe in magic?: What we can expect from early childhood interventions programs. *Social Policy Report* 2003;17(1):3-14. Disponible sur le site: http://www.srcd.org/Documents/Publications/SPR/spr17-1.pdf. Page consultée le 11 avril 2005.

21. Brooks-Gunn J, Burchinal M, Lopez M. *Enhancing the cognitive and social development of young children via parent education in the Comprehensive Child Development Program*. National Center for Children and Families, Teachers

College, Columbia University; 2002. Manuscript non publié.

22. Hill J, Waldfogel J, Brooks-Gunn J. Differential effects of high-quality child care. *Journal of Policy Analysis and Management* 2002;21(4):601-627.

23. Osofsky JD, Culp AM, Ware LM. Intervention challenges with adolescent mothers and their infants. *Psychiatry* 1988;51(3):236-241.

24. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, McConnochie KM, Sidora K, Luckey DW, Shaver D, Engelhardt K, James D, Barnard K. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing trial: A randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):644-652.

25. Ramey CT, Bryant DM, Wasik BH, Sparling JJ, Fendt KH, LaVange LM. Infant Health and Development Program for low birth weight, premature infants: Program elements, family participation, and child intelligence. *Pediatrics* 1992;89(3):454-465.

26. Sparling JJ, Lewis I, Ramey CT, Wasik BH, Bryant DM, LaVange LM. Partners: A curriculum to help premature, low birthweight infants get off to a good start. *Topics in Early Childhood Special Education* 1991;11(1):36-55.

27. Berlin LJ, O'Neal CR, Brooks-Gunn J. What makes early intervention programs work? The program, its participants, and their interaction. *Zero to Three* 1998;18(4):4-15.

28. Liaw FR, Meisels SJ, Brooks-Gunn J. The effects of experience of early intervention on low birth weight, premature children: The Infant Health & Development Program. *Early Childhood Research Quarterly* 1995;10(4):405-431.

29. Constantine WL, Haynes CW, Spiker D, Kendall-Tackett K, Constantine NA. Recruitment and retention in a clinical trial for low birth weight, premature infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1993;14(1):1-7.

30. Gomby DS, Larner MB, Stevenson CS, Lewit EM, Behrman RE. Long-term outcomes of early childhood programs: Analysis and recommendations. *Future of Children* 1995;5(3):6-24.

Services destinés aux enfants et aux familles à faibles revenus : commentaires sur Lipman et Boyle, Kitzman, et Knitzer

Tama Leventhal, Ph.D.

Institute for Policy Studies, Johns Hopkins University, États-Unis

Août 2007, 2e éd.

Introduction

Les faibles revenus familiaux entravent l'accès aux ressources de base, y compris la nourriture, le logement et les soins de santé. Les difficultés économiques imposent un stress aux relations entre les membres de la famille.[1,2]

Il existe de nombreuses recherches sur les conséquences négatives directes et indirectes des faibles revenus familiaux sur les enfants, y compris la cognition et la réussite, la santé physique, le bien-être affectif, social et comportemental.[3-5] Les expériences de pauvreté familiale pendant la petite enfance, surtout quand elles sont longues et relativement extrêmes, ont les effets les plus nocifs sur le développement des enfants.[6-10]

Cette découverte, ainsi que l'intérêt croissant pour l'importance développementale de la petite enfance, ont entraîné une focalisation de l'attention sur des stratégies d'intervention visant à favoriser le bien-être des enfants de familles à faibles revenus.[11,12] Lipman et Boyle, Kitzman, et Knitzer sont des experts reconnus dans ce domaine. Leurs travaux suivent différentes orientations et soulignent la nécessité d'améliorer le développement des jeunes enfants issus de familles à faibles revenus en s'intéressant particulièrement à l'importance de leur développement affectif et social et de leurs comportements précoces pour leur fonctionnement subséquent. En ce qui a trait aux politiques et aux programmes, chaque chercheur recommande des stratégies prometteuses, en partie basées sur leurs travaux exemplaires, afin d'atteindre cet objectif.

Recherche et conclusions

Lipman et Boyle examinent la question sous l'angle le plus large et recensent les connaissances sur les stratégies d'intervention et de prévention destinées à améliorer les problèmes sociaux,

affectifs et comportementaux des jeunes enfants. En plus de prôner des évaluations plus rigoureuses des programmes, les chercheurs préconisent d'évaluer davantage l'efficacité des services dans les milieux communautaires où ils sont dispensés et d'élaborer des outils méthodologiques pour déterminer l'efficacité des services. Ces auteurs concluent que notre connaissance est limitée et reconnaissent un certain nombre d'obstacles – structurels et perçus – qui empêchent l'identification des problèmes sociaux et affectifs chez les jeunes enfants et qui gênent la réception des services.

Les obstacles à la prestation de services comprennent les disparités régionales de disponibilité des services, le bien-fondé et la pertinence (y compris perçue) des services existants et divers problèmes d'accessibilité (par exemple, le transport, les services de garde à l'enfance, les heures d'ouverture, la culture et le langage). Lipman et Boyle recommandent entre autres d'éliminer ces obstacles en fournissant davantage de ressources pour desservir les populations d'enfants et de familles à risque, notamment celles ayant de faibles revenus.

De plus, des efforts devraient aussi être entrepris afin de sensibiliser la communauté au développement social et affectif des jeunes enfants, à leurs comportements problématiques et aux avantages des services.

Knitzer adopte une approche plus ciblée en considérant les programmes destinés spécifiquement aux enfants pauvres à risque de problèmes sociaux et affectifs. Après avoir identifié l'ampleur du problème – qui est plutôt étendu en ce qui concerne les aptitudes nécessaires à l'entrée à l'école et la prévalence des troubles cliniques – elle analyse les données. Knitzer, comme Lipman et Boyle, conclut que les évaluations des programmes destinés aux enfants défavorisés et ciblant les problèmes affectifs, sociaux et de comportements sont relativement rares.

Cependant, elle reconnaît que les interventions actuelles, dont plusieurs sont encore en vigueur, portent de plus en plus sur les problèmes comportementaux des enfants défavorisés; en effet, elles fournissent des services ciblés à l'école, à la maison ou dans des contextes cliniques, ou incluent le développement social et affectif dans les évaluations de programme. Knitzer spécule que ces interventions offrent davantage de pistes pour améliorer les problèmes affectifs et sociaux des enfants défavorisés. Elle préconise les programmes qui fonctionnent de façon coordonnée avec les parents, les donneurs de soins et les enseignants, qui visent à promouvoir le bien-être affectif des enfants pauvres et qui sont particulièrement prometteurs. Knitzer souligne aussi la nécessité de considérer le lien entre le fonctionnement socio-affectif et scolaire. Comme

Lipman et Boyle, elle réitère qu'il faut investir davantage au plan politique pour s'occuper du bien-être social, affectif et comportemental des jeunes enfants.

Kitzman s'intéresse exclusivement à la stratégie des visites à domicile pour procurer des services aux familles ayant de jeunes enfants, surtout celles qui ont de faibles revenus.

Kitzman se base sur des recensions récentes de documents portant sur les visites à domicile, dont plusieurs sont fondées sur ses propres travaux bien étayés et ceux de ses collègues. Elle est plus optimiste en ce qui concerne l'efficacité des programmes de visites à domicile que Knitzer (malgré une opinion plus nuancée). Elle présume que les programmes de visites à domicile sont associés à un meilleur développement et à une meilleure santé – bien que ce ne soit pas nécessairement le cas dans les domaines affectifs, sociaux et comportementaux – et à des environnements éducatifs plus optimaux.

Pourtant, Kitzman reconnaît que les résultats sont inégaux, en grande partie à cause de la variabilité des modèles théoriques, des clientèles ciblées, de l'intensité des services, de la mise en place et de la qualité, pour ne nommer que quelques dimensions clés ayant probablement contribué à cette inconstance. Elle identifie plusieurs caractéristiques des programmes de visites à domicile qui peuvent entraîner des répercussions plus positives. Parmi elles, répondre aux besoins des parents et des enfants (besoins qui doivent aller au-delà du soutien social), s'assurer que les programmes sont dispensés au plus grand nombre de personnes possibles et cibler les familles les plus vulnérables.

Implications pour les politiques

Le thème commun à ces trois articles est que nos connaissances sur les stratégies visant à promouvoir le développement social, affectif et comportemental des enfants défavorisés sont incomplètes. Qu'il faille soit élaborer de meilleurs modèles de programmes de façon plus générale, comme le préconisent Lipman et Boyle, soit plus particulièrement des programmes de visites à domicile, tel que proposé par Kitzman, il est clair qu'on a besoin de davantage de programmes d'évaluation. Ces évaluations devraient reposer sur une théorie, employer des méthodes rigoureuses et être centrées sur le développement affectif, social et comportemental des enfants. On devrait également tenir compte des liens entre la santé sociale et affective des enfants et leur réussite scolaire ainsi que la santé et le comportement de leurs parents.

Cela dit, malgré des connaissances incomplètes, les décideurs politiques doivent agir. Les auteurs de ces trois articles reconnaissent cette situation et offrent plusieurs recommandations, parfois préliminaires. Knitzer et Kitzman préconisent des programmes dont l'approche est multidimensionnelle. Répondre aux besoins des enfants défavorisés suppose de travailler avec les adultes qui sont essentiels à leur bien-être de par leur relation, surtout les parents ainsi que les donneurs de soins et les enseignants. Ces services peuvent être offerts dans divers cadres (à la maison, en centre à la petite enfance, à l'école et en clinique) et doivent faire partie d'un effort coordonné.

Comme le soulignent Lipman, Boyle et Knitzer, les décideurs politiques devraient se préoccuper au plus haut point du fait que le besoin de services excède de loin leur disponibilité ou leur offre. Surmonter un certain nombre d'obstacles est ce qu'il y a de plus simple, mais des investissements substantiels sont nécessaires pour augmenter l'accessibilité. Cependant, le coût pour les familles et pour la société est trop élevé pour se permettre d'ignorer l'importance du bien-être affectif, social et comportemental des enfants de familles à faibles revenus.

Références

1. McLoyd VC, Jayaratne TE, Ceballo R, Borquez J. Unemployment and work interruption among African American single mothers: Effects on parenting and adolescent socioemotional functioning. *Child Development* 1994;65(2):562-589.
2. Conger RD, Ge X, Elder GH, Lorenz FO, Simons RL. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development* 1994;65(2):541-561.
3. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1997.
4. Haveman R, Wolfe B. *Succeeding generations: on the effects of investments in children*. New York, NY: Russell Sage Foundation; 1994.
5. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71. Disponible sur le site: http://www.futureofchildren.org/usr_doc/vol7no2ART4.pdf. Page consultée le 29 novembre 2005.
6. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development* 1994;65(2):296-318.
7. Duncan GJ, Yeung WJ, Brooks-Gunn J, Smith JR. How much does childhood poverty affect the life chances of children? *American Sociological Review* 1998;63(3):406-423.
8. Korenman S, Miller JE, Sjaastad JE. Long-term poverty and child development in the United States: Results from the NLSY. *Children and Youth Services Review* 1995;17(1-2):127-155.
9. McLeod JD, Shanahan MJ. Trajectories of poverty and children's mental health. *Journal of Health and Social Behavior* 1996;37(3):207-220.
10. McLeod JD, Shanahan MJ. Poverty, parenting, and children's mental health. *American Sociological Review* 1993;58(3):351-366.
11. Shonkoff JP, Phillips DA, eds. *From neurons to neighborhoods: the science of early child development*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

12. Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children. *Starting points: meeting the needs of our youngest children: the report of the Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children*. New York, NY: Carnegie Corporation of New York; 1994.