



Avis scientifique sur l'efficacité des
interventions de type *Services intégrés en
périnatalité et pour la petite enfance* en
fonction de différentes clientèles

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Avis

Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* en fonction de différentes clientèles

Direction du développement
des individus et des communautés

Juillet 2010

AUTEURS EN ORDRE ALPHABÉTIQUE

Daniel Beauregard
Développement des individus et des communautés

Liane Comeau
Développement des individus et des communautés

Julie Poissant
Développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE

Johanne Laverdure
Développement des individus et des communautés

MISE EN PAGES ET RELECTURE

Sophie Michel
Développement des individus et des communautés

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2010
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-59653-0 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-59654-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

SOMMAIRE

LE MANDAT

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le mandat de produire un avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) auprès de certaines clientèles. Plus précisément, il s'agissait de répondre aux questions suivantes :

- Les visites à domicile sont-elles efficaces pour soutenir les femmes enceintes et les parents SIPPE, en général, et les familles en difficulté durant la période de la petite enfance (0-5 ans), en particulier? Quels en sont les bénéfices pour les parents et les enfants? Quelles sont les conditions requises pour obtenir ces bénéfices? Nous abordons ces questions auprès des clientèles suivantes, soit les familles dont :
 - la mère¹ a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité;
 - la mère a moins de 20 ans;
 - un parent² a une dépendance;
 - un parent est reconnu maltraitant ou négligent;
 - un parent a un problème de santé mentale;
 - un parent a une déficience intellectuelle.
- L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant³, combinée à une intervention parentale (visites à domicile ou groupes de parents), est-elle efficace pour soutenir les familles SIPPE, en général, et les familles en difficulté, en particulier, durant la période où l'enfant est âgé de 18 mois à 5 ans? Quels en sont les bénéfices pour les parents et les enfants? Quelles sont les conditions requises pour obtenir ces bénéfices? Étant donné l'absence de recherche pertinente sur l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale auprès de familles dont un parent a une dépendance, est reconnu maltraitant/négligent, a un problème de santé mentale ou a une déficience intellectuelle, nous abordons uniquement deux clientèles, soit les familles dont :
 - la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité;
 - la mère a moins de 20 ans.

¹ Ces deux premières catégories de clientèles des SIPPE sont définies par rapport à l'âge de la mère dans le cadre de référence, et c'est également le cas dans la plupart des études retenues.

² Pour certaines clientèles, des études sont disponibles uniquement sur les mères, et pour d'autres clientèles, les études incluent les mères et les pères. Nous faisons usage du mot « parent » afin d'harmoniser les libellés. Dans nos analyses, nous précisons toutefois si les résultats s'appliquent aux mères uniquement. Par ailleurs, le libellé indique qu'au moins un parent doit présenter la difficulté en question, mais cela n'exclut pas que le problème soit présent chez les deux parents.

³ Dans le mandat original, il est question de « l'intégration de l'enfant en milieu de garde ». Toutefois, puisque la littérature scientifique consultée ne rend pas uniquement compte de services de garde, mais aussi d'autres types d'interventions (ex. : programme éducatif préscolaire), nous avons choisi un terme plus large soit « intervention éducative précoce auprès de l'enfant ».

LA MÉTHODOLOGIE

La recherche des écrits scientifiques a été faite à partir des bases de données *PubMed*, *PsycINFO* et *EBM Reviews/Cochrane* et les sites Internet *NICE*, *WHO*, *EPPI-Centre*, *Collaboration Campbell*, *Health Evidence* et *Brookings Institute/Future of Children*. Elle s'est déroulée de janvier 2008 à septembre 2008.

Au total, près de 130 articles, chapitres de livres et rapports ont été retenus, soit ceux qui :

- traitent de programmes similaires aux SIPPE en termes de clientèle visée et de nature d'intervention (ex. : intensité, durée, approche);
- sont publiés en français ou en anglais;
- décrivent clairement la méthodologie utilisée, permettant d'en apprécier la qualité.

Les écrits ont été analysés sous trois angles :

- La pertinence d'intervenir auprès de chaque clientèle à partir des assises théoriques motivant l'intervention en fonction de leurs facteurs de risque et des interventions susceptibles d'influencer ces facteurs.
- L'efficacité de l'intervention auprès de chaque clientèle en fonction des objectifs des SIPPE d'après une échelle de synthèse de l'opinion sur les preuves adaptée du *Health and Clinical Excellence* (2007), et en tenant compte de la qualité des preuves d'après une échelle adaptée du *National Service Framework*⁴.
- Les conditions de succès de l'intervention, c'est-à-dire les caractéristiques des interventions qui semblent favoriser l'atteinte des objectifs des SIPPE pour chaque clientèle.

LES RÉSULTATS PRINCIPAUX

La pertinence

Au plan théorique, la littérature appuie la pertinence des visites à domicile pour les familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans et de 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, ainsi que pour les familles dont un parent a une problématique particulière (ex. : dépendance, déficience intellectuelle, etc.).

La pertinence de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale n'est documentée qu'auprès des familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans et de 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité.

L'efficacité

L'efficacité des visites à domicile et de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale varie en fonction des clientèles et des objectifs ciblés :

⁴ Department of Health-Royaume-Uni (2001)

a) Les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité

- Chez les familles dont la mère est âgée de 20 ans ou plus, les visites à domicile et l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale permettent d'atteindre plusieurs objectifs liés aux enfants.
- Certains des effets observés de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale pendant la petite enfance se poursuivent pendant les années scolaires et même à l'âge adulte. Les études longitudinales sont toutefois peu nombreuses en ce qui concerne les visites à domicile. Par conséquent, on ne peut se prononcer sur l'efficacité relative à long terme des deux types d'intervention.
- L'efficacité de ces programmes au regard des objectifs liés à la santé des parents ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie n'est pas clairement démontrée⁵.

b) Les familles dont la mère a moins de 20 ans

- Pour les familles de jeunes parents, les effets des visites à domicile et de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale sont similaires à ceux obtenus auprès des familles dont la mère est âgée de 20 ans ou plus en ce qui concerne les objectifs liés aux enfants.
- Les effets des visites à domicile ne se poursuivent pas pendant les années scolaires. De plus, aucune étude longitudinale ne permet de déterminer si les effets de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale se poursuivent pendant les années scolaires ou à l'âge adulte.
- Les résultats des visites à domicile, mais non de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale, semblent prometteurs en ce qui concerne les objectifs liés à la santé des parents ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie.

c) Les familles dont un parent a une problématique particulière (dépendance, maltraitance/négligence, santé mentale, déficience intellectuelle)

- Les preuves sont insuffisantes pour appuyer l'efficacité des visites à domicile de type SIPPE avec les familles dont un parent est reconnu maltraitant ou négligent ou présente une dépendance à l'alcool ou aux drogues.
- Il est impossible de se prononcer sur les effets des visites à domicile de type SIPPE auprès des familles dont un parent a un trouble mental ou une déficience intellectuelle, étant donné l'absence d'études pertinentes sur ces clientèles.
- L'efficacité de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale auprès de ces clientèles n'est pas documentée.

Les effets positifs des visites à domicile et de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale sont résumés dans les tableaux A et B.

⁵ Ces variables ne sont pas ciblées par tous les programmes et, lorsqu'elles le sont, les effets varient selon le type de programme.

Les conditions de succès

Peu d'études rigoureuses se sont penchées sur les conditions requises afin que les programmes de visites à domicile ou l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale donnent les effets anticipés. La littérature en suggère quelques-unes :

- La durée d'une intervention (débutée précocement et poursuivie durant l'enfance);
- La qualité de son implantation (le respect des critères de qualité du programme, la formation et la supervision des intervenants);
- L'intégration de plusieurs composantes d'intervention (objectifs multiples et interventions diverses);
- L'engagement des familles.

CONCLUSIONS

- Du point de vue théorique, il est très pertinent d'intervenir auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité ou faisant face à des problématiques particulières.
- L'efficacité des visites à domicile et de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale est démontrée pour les familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans et de 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, en ce qui concerne l'atteinte de plusieurs objectifs des SIPPE, particulièrement ceux liés aux enfants. Des recherches sont toutefois nécessaires pour mieux comprendre les conditions qui peuvent influencer le succès des interventions.
- Par contre, les effets des visites à domicile et de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale auprès de familles dont un parent a une problématique particulière (dépendance, troubles mentaux, etc.) sont moins connus.
- Les preuves existantes suggèrent que ces clientèles en difficulté requièrent des interventions ou des traitements spécialisés, en plus d'un soutien aux pratiques parentales et au développement de l'enfant adapté à leurs besoins.

Tableau A Les visites à domicile de type SIPPE

Clientèle	Qualité de la preuve	Objectifs des SIPPE atteints
Familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité	Niveau 1	<ul style="list-style-type: none"> • Le développement cognitif et socioaffectif des enfants. • Le lien parent-enfant. • Les pratiques parentales. • La santé mentale du parent. • Le taux d'allaitement. • Les blessures non intentionnelles. • Les risques de maltraitance et de négligence.
Familles dont la mère a moins de 20 ans	Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> • La santé physique de la mère durant la grossesse et celle de l'enfant. • Les blessures non intentionnelles. • Les risques de maltraitance et de négligence. • Les pratiques parentales positives. • Le développement physique, moteur et langagier de l'enfant. • L'utilisation des services de santé et de la communauté pendant la grossesse. • L'autonomie financière.
Familles dont un parent a une dépendance à l'alcool ou aux drogues	Niveau 1	<ul style="list-style-type: none"> • Les preuves sont insuffisantes pour statuer sur l'atteinte des objectifs des SIPPE.*
Familles dont un parent est reconnu maltraitant ou négligent	Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> • Les preuves sont insuffisantes pour statuer sur l'atteinte des objectifs des SIPPE*.
Familles dont un parent a un problème de santé mentale	Absence de preuves	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune étude n'aborde l'efficacité des visites à domicile de type SIPPE*.
Familles dont un parent a une déficience intellectuelle	Absence de preuves	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune étude n'aborde l'efficacité des visites à domicile de type SIPPE*.

* D'autres études sont nécessaires pour comprendre les effets des visites à domicile sur l'ensemble des objectifs des SIPPE. De plus, des services complémentaires et adaptés aux besoins des clientèles semblent indispensables pour traiter de ces problématiques.

Tableau B L'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale

Clientèle	Qualité de la preuve	Objectifs des SIPPE atteints
<p>L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des visites à domicile chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité</p>	Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> • Le développement cognitif et langagier des enfants. • Les problèmes de comportement durant l'enfance (5-12 ans). • L'intégration socioprofessionnelle du jeune devenu adulte⁶. • L'autonomie financière du jeune devenu adulte. • La maternité et les grossesses subséquentes de la jeune devenue adulte. • Les problèmes de comportement et de criminalité du jeune devenu adulte. • L'intégration socioprofessionnelle des mères.
<p>L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des groupes de parents chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité</p>	Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation des mesures préventives pour l'enfant. • Les pratiques parentales positives. • Le développement cognitif et langagier. • Le parcours scolaire des enfants. • La santé mentale du jeune devenu adulte. • Les problèmes de comportement et de criminalité du jeune devenu adulte.
<p>L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des visites à domicile chez les familles dont la mère a moins de 20 ans</p>	Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> • Le développement cognitif. • Le développement socioaffectif. • Les problèmes de comportement durant l'adolescence.

⁶ Nous désignons ainsi les enfants ayant participé aux études et qui ont atteint l'âge adulte afin de les différencier de leurs parents, dans les cas où des études longitudinales permettent de se prononcer sur les effets des interventions à long terme.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IX
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODOLOGIE	3
2.1 La démarche d'analyse	3
2.2 La recherche documentaire	8
2.2.1 La méthode de recherche et la sélection des ouvrages	8
2.3 Les limites.....	9
2.3.1 La sélection des ouvrages.....	9
2.3.2 Le biais de publication	9
2.3.3 L'état des connaissances actuelles	9
2.3.4 La difficulté de généraliser les résultats au contexte québécois.....	10
3 LES VISITES À DOMICILE	11
3.1 Les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité	12
3.1.1 La pertinence	12
3.1.2 L'efficacité.....	13
3.1.3 Les conditions de succès.....	20
3.2 Les familles dont la mère a moins de 20 ans	21
3.2.1 La pertinence	21
3.2.2 L'efficacité.....	22
3.2.3 Les conditions de succès.....	38
3.3 Les familles dont un parent a une dépendance à l'alcool ou aux drogues	38
3.3.1 La pertinence	38
3.3.2 L'efficacité.....	39
3.3.3 Les conditions de succès.....	44
3.4 Les familles dont un parent est reconnu maltraitant ou négligent	44
3.4.1 La pertinence	44
3.4.2 L'efficacité.....	45
3.4.3 Les conditions de succès.....	49
3.5 Les familles dont un parent a un problème de santé mentale	49
3.5.1 La pertinence	49
3.5.2 L'efficacité.....	51
3.5.3 Les conditions de succès.....	52
3.6 Les familles dont un parent a une déficience intellectuelle.....	52
3.6.1 La pertinence	52
3.6.2 L'efficacité	53
3.6.3 Les conditions de succès.....	54
3.7 Conclusion sur les visites à domicile	54

4	L'INTERVENTION ÉDUCATIVE PRÉCOCE COMBINÉE À UNE INTERVENTION PARENTALE.....	57
4.1	Les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité.....	57
4.1.1	La pertinence.....	57
4.1.2	L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée aux visites à domicile	58
4.1.3	L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des groupes de parents	72
4.1.4	Conclusion.....	83
4.2	Les familles dont la mère a moins de 20 ans	84
4.2.1	La pertinence.....	84
4.2.2	L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée aux visites à domicile	84
4.3	Conclusion sur l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale	94
5	CONCLUSION	95
5.1	La pertinence.....	95
5.2	L'efficacité	95
5.2.1	Les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité	95
5.2.2	Les familles dont la mère a moins de 20 ans	96
5.2.3	Les clientèles avec des problématiques particulières (dépendance, maltraitance/négligence, santé mentale, déficience intellectuelle).....	96
5.3	Les conditions de succès	96
	RÉFÉRENCES	99
	ANNEXE 1 NIVEAUX DE PREUVES.....	109

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Liste des objectifs et des sous-objectifs des SIPPE, et des indicateurs retenus pour l'analyse de l'efficacité, ainsi que les ajouts effectués	4
Tableau 2	Qualité de la preuve	7
Tableau 3	Synthèse de l'opinion des auteurs sur l'efficacité	7
Tableau 4	Les effets des visites à domicile chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité	19
Tableau 5	Les effets des visites à domicile chez les familles dont la mère a moins de 20 ans	37
Tableau 6	Les effets des visites à domicile chez les familles dont un parent a une dépendance à l'alcool ou aux drogues.....	43
Tableau 7	Les effets des visites à domicile chez les familles dont un parent est reconnu maltraitant ou négligent.....	48
Tableau 8	Les effets de l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des visites à domicile chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité	70
Tableau 9	Les effets des interventions éducatives précoces auprès de l'enfant combinées à des groupes de parents chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité	82
Tableau 10	Les effets de l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des visites à domicile chez les familles dont la mère a moins de 20 ans	93

1 INTRODUCTION

L'Institut national de santé publique du Québec a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le mandat de produire un avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) auprès de certaines clientèles.

Plus précisément, le mandat vise à informer les responsables du ministère, ainsi que les coordonnateurs en prévention/promotion des régions, les gestionnaires de CSSS et les répondants régionaux et locaux chargés du déploiement des SIPPE, de l'état des connaissances scientifiques sur les questions suivantes :

- Les visites à domicile sont-elles efficaces pour soutenir les femmes enceintes et les parents SIPPE, en général, et les familles en difficulté durant la période de la petite enfance (0-5 ans), en particulier? Quels en sont les bénéfices pour les parents et les enfants? Quelles sont les conditions requises pour obtenir ces bénéfices? Nous abordons ces questions auprès des clientèles suivantes, soit les familles dont :
 - la mère⁷ a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité;
 - la mère a moins de 20 ans;
 - un parent⁸ a une dépendance;
 - un parent est reconnu maltraitant ou négligent;
 - un parent a un problème de santé mentale;
 - un parent a une déficience intellectuelle.
- L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant⁹, combinée à une intervention parentale (visites à domicile ou groupes de parents), est-elle efficace pour soutenir les familles SIPPE, en général, et les familles en difficulté, en particulier, durant la période où l'enfant est âgé de 18 mois à 5 ans? Quels en sont les bénéfices pour les parents et les enfants? Quelles sont les conditions requises pour obtenir ces bénéfices? Étant donné l'absence de recherche pertinente sur l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale auprès de familles dont un parent a une dépendance, est reconnu maltraitant/négligent, a un problème de santé mentale ou a une déficience intellectuelle, nous abordons uniquement deux clientèles, soit les familles dont :
 - la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité;
 - la mère a moins de 20 ans.

⁷ Ces deux premières catégories de clientèles des SIPPE sont définies par rapport à l'âge de la mère dans le cadre de référence, et c'est également le cas dans la plupart des études retenues.

⁸ Pour certaines clientèles, des études sont disponibles uniquement sur les mères et pour d'autres clientèles, les études incluent les mères et les pères. Nous faisons usage du mot « parent » afin d'harmoniser les libellés. Dans nos analyses, nous précisons toutefois si les résultats s'appliquent aux mères uniquement. Par ailleurs, le libellé indique qu'au moins un parent doit présenter la difficulté en question, mais cela n'exclut pas que le problème soit présent chez les deux parents.

⁹ Dans le mandat original, il est question de « l'intégration de l'enfant en milieu de garde ». Toutefois, puisque la littérature scientifique consultée ne rend pas uniquement compte de services de garde, mais aussi d'autres types d'interventions (ex. : programme éducatif préscolaire), nous avons choisi un terme plus large soit « intervention éducative précoce auprès de l'enfant ».

2 MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, nous présentons la démarche d'analyse des écrits ainsi que la procédure utilisée pour déterminer les ouvrages pertinents. Nous terminons en décrivant les limites du présent avis.

2.1 LA DÉMARCHE D'ANALYSE

Nous avons analysé les écrits scientifiques sous trois angles, soit :

- **La pertinence d'intervenir auprès de la clientèle.**

Pour chacune des clientèles et pour chaque type d'intervention, nous présentons les assises théoriques motivant l'intervention en fonction de leurs facteurs de risque. Puis, nous exposons la façon dont l'intervention est susceptible d'influencer ces facteurs.

- **L'efficacité de l'intervention auprès de la clientèle.**

Pour chacune des clientèles et pour chaque type d'intervention, nous présentons les effets de l'intervention en fonction des objectifs des SIPPE (tableau 1). Pour faciliter la lecture des résultats, nous utilisons deux échelles. La première sert à déterminer la qualité des preuves (tableau 2). La deuxième sert à synthétiser les opinions des auteurs des différents ouvrages quant à l'efficacité de l'intervention (tableau 3).

- **Les conditions de succès.**

Pour chacune des clientèles, nous présentons les conditions qui semblent favoriser l'atteinte des objectifs des SIPPE.

Tableau 1 Liste des objectifs et des sous-objectifs des SIPPE, et des indicateurs retenus pour l'analyse de l'efficacité, ainsi que les ajouts effectués

Premier objectif : diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables		
Sous-objectifs	Indicateurs	Ajouts¹⁰
Améliorer les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation de l'enfant • Consommation de drogues, d'alcool ou de tabac • Adhésion à un traitement • Activité physique de la mère 	
Améliorer les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille	<ul style="list-style-type: none"> • Issues négatives de grossesse • Santé physique de la mère pendant la grossesse • Santé mentale de l'enfant • Santé physique de l'enfant • Santé mentale du parent (incluant stress et dépression) • Santé physique du parent • Utilisation des mesures préventives pour l'enfant (incluant la couverture vaccinale, les visites de routine et les soins dentaires) • Utilisation des mesures préventives pour la mère (ex. : suivi de grossesse) 	
Améliorer la sécurité à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Blessures non intentionnelles • Aménagement sécuritaire de l'environnement 	
Favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des contraceptifs 	

¹⁰ Pour rendre compte de la richesse des écrits, nous avons ajouté ou bonifié certains sous-objectifs.

Tableau 1 Liste des objectifs et des sous-objectifs des SIPPE, et des indicateurs retenus pour l'analyse de l'efficacité, ainsi que les ajouts effectués (suite)

Deuxième objectif : favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables		
Sous-objectifs	Indicateurs	Ajouts
Augmenter le taux et la durée de l'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'allaitement • Durée de l'allaitement 	
Renforcer le lien parent-enfant ou l'attachement de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Lien parent-enfant • L'attachement de l'enfant 	
Diminuer les risques de maltraitance et de négligence envers les enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de maltraitance ou de négligence • Maltraitance ou négligence déclarées 	Nous ajoutons ce sous-objectif, puisque les SIPPE ont été instaurés pour contribuer à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux, dont la maltraitance et la négligence.
Augmenter et renforcer les compétences parentales	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques parentales (positives-négatives) • Environnement familial 	
Stimuler le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Développement cognitif • Développement langagier • Développement socioaffectif • Développement physique • Développement moteur • Santé mentale du jeune devenu adulte • Problèmes de comportement durant la petite enfance (0-5 ans) • Problèmes de comportement durant l'enfance (5-12 ans) • Problèmes de comportement durant l'adolescence (13-18 ans) • Problèmes de comportement et criminalité du jeune devenu adulte • Problèmes de comportement à l'école • Performance scolaire (matières) • Parcours scolaire des enfants (incluant la poursuite des études, le redoublement et le placement en classes spécialisées) • Autonomie financière du jeune devenu adulte • Intégration socioprofessionnelle du jeune devenu adulte • Maternité et grossesses subséquentes de la jeune devenue adulte • Maternité à l'adolescence 	Nous bonifions ce sous-objectif par l'ajout d'indicateurs qui tiennent compte des études ayant suivi les enfants jusqu'à l'âge scolaire, ¹¹ l'adolescence et même parfois l'âge adulte dans le but de démontrer les effets à long terme de l'intervention précoce.

¹¹ Dans les cas où l'enfant est suivi jusqu'à l'âge adulte, nous le désignons comme « jeune devenu adulte ».

Tableau 1 Liste des objectifs et des sous-objectifs des SIPPE, et des indicateurs retenus pour l'analyse de l'efficacité, ainsi que les ajouts effectués (suite)

Troisième objectif : améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables		
Sous-objectifs	Indicateurs	Ajouts
Renforcer les réseaux de soutien social	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des services de santé ou de la communauté • Présence d'un réseau informel de soutien (incluant partenaire) 	
Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents selon leur projet de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de comportement et de criminalité chez la mère • Grossesses et naissances subséquentes • Autonomie financière • Intégration scolaire et professionnelle des mères • Intégration scolaire et professionnelle des pères ou des partenaires 	

Tableau 2 Qualité de la preuve

①	Revue systématique ou méta-analyse	L'intervention a fait l'objet d'une revue systématique ou d'une méta-analyse avec au moins une étude avec groupe témoin et répartition aléatoire des participants.
②	Étude avec devis randomisé	L'intervention a fait l'objet d'au moins une étude expérimentale avec groupe témoin et répartition aléatoire des participants (aussi appelé essai comparatif randomisé ou ECR).
③	Étude sans devis randomisé, mais de bonne qualité	L'intervention a fait l'objet d'au moins une étude minimisant la possibilité de biais dans l'interprétation des résultats.
④	Étude d'observation de bonne qualité	L'intervention a fait l'objet d'au moins une étude qui minimise la possibilité de biais dans l'interprétation des résultats en procédant à l'observation des participants.

Cette échelle est une adaptation de l'échelle de preuves du *National Service Framework*¹² qui reconnaît la valeur des revues systématiques et des essais comparatifs randomisés (ECR) tout en accordant une place à d'autres méthodologies. Tous les niveaux de preuves qui la composent ont leurs forces et leurs limites¹³. Ils sont décrits en détail à l'annexe 1.

Tableau 3 Synthèse de l'opinion des auteurs sur l'efficacité

	Efficacité	Au moins deux sources ¹⁴ révèlent des effets positifs significatifs ¹⁵ .
	Efficacité	Une source révèle des effets positifs significatifs.
	Contradiction	Au moins une source révèle des effets positifs significatifs, alors qu'au moins une autre source ne fait état d'aucun effet.
	Manque de preuves quant à l'efficacité	Au moins une source conclut au manque de preuves ou aucune tendance claire ne se dégage des effets.
	Inefficacité	Une source ne révèle aucun effet.
	Inefficacité	Au moins deux sources ne révèlent aucun effet.

Cette échelle est une adaptation de l'échelle d'opinion sur les preuves du National Institute for Health and Clinical Excellence Taylor et collab. (2007) à laquelle nous avons ajouté des icônes qui permettent de voir rapidement si les preuves appuient l'intervention ou non.

¹² Department of Health-Royaume-Uni (2001).

¹³ Pour plus de détails sur ces limites, voir Department of Health-Royaume-Uni (2001).

¹⁴ Par source, nous entendons un ouvrage scientifique crédible publié, ce qui inclut un livre, un article scientifique, un rapport de recherche ou une synthèse des connaissances.

¹⁵ Afin de conclure qu'au moins deux sources révèlent ou non un effet, ou que deux sources révèlent des résultats contradictoires sur l'efficacité de l'intervention pour un indicateur donné, les résultats doivent porter sur la même variable.

2.2 LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

2.2.1 La méthode de recherche et la sélection des ouvrages

La recherche des écrits scientifiques pertinents, pour chacun des trois angles d'analyse (pertinence, efficacité et conditions de succès), a été faite à partir des bases de données *PubMed*, *PsycINFO* et *EBM Reviews/Cochrane* et des sites Internet *NICE*, *WHO*, *EPPI-Centre*, *Collaboration Campbell*, *Health Evidence*, *Brookings Institute/Future of Children* en utilisant les mots clés associés aux programmes de visites à domicile et à l'intervention éducative précoce. La recherche documentaire s'est déroulée de janvier 2008 à septembre 2008.

Les principaux mots clés utilisés sont : *home visiting*, *group and parenting*, *children and prevention*, *parent and training program*, *postpartum and home visits or intervention*, *early childhood education*, *early childhood services*, *preschool and program*. Des mots clés associés aux familles en difficulté (ex. : *abuse*, *neglect*, *dependence*) ont permis de raffiner la recherche.

Les ouvrages sont sélectionnés aux fins d'analyse s'ils :

- traitent de programmes similaires aux SIPPE en termes de la clientèle visée et de la nature de l'intervention (ex. : intensité, durée, approche);
- sont publiés en français ou en anglais;
- décrivent clairement la méthodologie utilisée, permettant d'en apprécier la qualité.

Pour statuer sur la pertinence de l'intervention, nous avons eu recours surtout à la littérature scientifique de nature théorique¹⁶ et aux recherches qualitatives. Pour statuer sur l'efficacité, nous nous sommes basés uniquement sur les recherches quantitatives de niveau 1 ou 2 (voir tableau 2). Les recherches quantitatives et les écrits théoriques ont servi à documenter les conditions de succès. Nous avons privilégié les écrits publiés à partir de l'an 2000, mais nous avons aussi retenu des études antérieures si elles portaient sur des programmes pertinents.

Au total, près de 350 articles, chapitres de livres et rapports ont été identifiés, parmi lesquels 129 ont été retenus. De ceux-ci, 81 ont servi à évaluer l'efficacité des interventions.

¹⁶ Ceci comprend des revues narratives et des recensions d'écrits.

2.3 LES LIMITES

2.3.1 La sélection des ouvrages

Notre recherche n'a pas les qualités d'une revue systématique. Nous n'avons pas recensé systématiquement tous les ouvrages pertinents en lien avec les visites à domicile ou l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant et les clientèles spécifiques.

2.3.2 Le biais de publication

Les études ont plus de chances d'être publiées lorsqu'elles rapportent des résultats positifs¹⁷. Il est donc possible que les résultats présentés dans cet avis induisent un biais favorable quant à l'efficacité des interventions. Dans les cas où la qualité de la preuve est de niveau 1, ce problème s'amenuise, car les auteurs de revues systématiques et de méta-analyses incorporent des études non publiées de qualité à leur recension afin de compenser ce biais.

2.3.3 L'état des connaissances actuelles

Malgré l'abondante littérature sur les interventions psychosociales en petite enfance, il s'avère difficile de tirer des conclusions claires des écrits scientifiques en raison des caractéristiques des programmes étudiés.

- Certains programmes sont constitués d'interventions variées (visites à domicile, service de garde, groupes de parents, suivis individuels avec des professionnels de formations différentes, etc.). Les effets propres à chacune de ces composantes sont rarement analysés. Par conséquent, il est parfois difficile d'attribuer les effets observés à un aspect précis de l'intervention, particulièrement en ce qui concerne l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant.
- Il est parfois difficile de comparer les études entre elles et de valider les conclusions des unes par rapport aux autres, puisque les programmes ne visent pas toujours les mêmes objectifs (ex. : intégration socioéconomique, poursuite des études, interaction parent-enfant, compétences parentales) et ciblent des clientèles distinctes avec des interventions et des professionnels différents¹⁸.
- Très peu de programmes de visites à domicile et, surtout, d'interventions éducatives précoces ciblent exclusivement les clientèles les plus vulnérables, soit les jeunes parents et les clientèles qui présentent des problématiques particulières (dépendance, déficience intellectuelle, etc.).

¹⁷ The Cochrane Collaboration (2002).

¹⁸ Weiss (1993).

2.3.4 La difficulté de généraliser les résultats au contexte québécois

Certains aspects des programmes étudiés ont aussi des répercussions sur la généralisation des résultats :

- Les études identifiées proviennent surtout des États-Unis, un pays dont la réalité socioéconomique diffère de la nôtre à plusieurs égards. Par exemple, l'accès aux services de santé y est plus restreint et la clientèle afro-américaine ciblée par plusieurs interventions présente des caractéristiques particulières. Certaines données, entre autres celles sur l'utilisation des mesures préventives telles que la couverture vaccinale, les visites de routine chez le médecin et les visites à l'hôpital, doivent donc être interprétées avec prudence.
- Quelques études classiques portent sur des interventions qui ont eu lieu il y a plusieurs décennies. Le contexte peut avoir changé depuis ce temps.
- Certains des programmes évalués ne sont pas représentatifs des programmes offerts à l'ensemble de la population. Par exemple : ils sont parfois implantés en respectant des conditions bien précises; les intervenantes sont très bien formées, mieux rémunérées ou plus nombreuses (ex. : faible ratio éducatrice-enfants dans les services de garde) que la moyenne. Il est donc difficile de déterminer dans quelle mesure les résultats de ces programmes sont généralisables.

De façon générale, puisque chaque programme est différent et qu'il se déroule dans un environnement propre et auprès d'une clientèle ayant des caractéristiques uniques, la prudence est de mise quand il s'agit d'extrapoler les résultats au contexte québécois et aux SIPPE. La synthèse des résultats présentée dans cet avis peut toutefois fournir des repères et alimenter les discussions sur l'optimisation des SIPPE.

3 LES VISITES À DOMICILE

Les premiers écrits sur les programmes de visites à domicile remontent aux années 1880¹⁹. Ces programmes figurent maintenant parmi les plus utilisés pour soutenir les parents de jeunes enfants.

Il s'agit d'une stratégie d'intervention qui peut être implantée de manières différentes²⁰. Les programmes qui utilisent cette stratégie peuvent avoir des cadres théoriques, des buts, des clientèles cibles, des modalités, des durées, des méthodes de recrutement, des intervenants et des contenus différents les uns des autres²¹.

Malgré cette diversité, les programmes de visites à domicile partagent certains fondements :

- Le domicile est le lieu privilégié pour offrir des interventions auprès des membres de la famille²². L'intervenant connaît ainsi l'environnement dans lequel vit la famille et peut en tenir compte dans la planification de son intervention²³.
- Les intervenants comptent sur les bienfaits du soutien social pour accroître la résilience des familles²⁴.
- La création d'un lien privilégié entre la famille et l'intervenant est un moteur aux changements²⁵.
- Les visites débutent tôt dans la vie des enfants pour que toute la famille en retire des bénéfices dès la petite enfance et que ceux-ci persistent à chacune des autres étapes de vie de l'enfant²⁶.

Les visites à domicile présentent plusieurs avantages. Elles permettent d'engager tous les membres de la famille, de proposer une intervention adaptée aux besoins de chacun, de respecter les horaires et les contraintes, de même que de faciliter la construction d'un lien de confiance²⁷, composante reconnue comme étant essentielle à leur efficacité²⁸. De plus, les visites à domicile permettent de rejoindre une clientèle difficilement accessible en raison de problèmes de transport, d'éloignement physique ou d'isolement social²⁹. Le fait d'aller à domicile favorise aussi la création d'un contexte moins officiel, plus amical³⁰. Enfin, tous

¹⁹ Sweet et Applebaum (2004).

²⁰ Bull et collab. (2004).

²¹ Bull et collab. (2004); Sweet et Applebaum (2004).

²² Bull et collab. (2004).

²³ Weiss (1993).

²⁴ Bull et collab. (2004).

²⁵ Bull et collab. (2004).

²⁶ Sweet et Applebaum (2004).

²⁷ Sweet et Applebaum (2004).

²⁸ Bull et collab. (2004).

²⁹ Weiss (1993).

³⁰ Weiss (1993).

reconnaissent que les visites à domicile sont un moyen privilégié pour réduire les inégalités de santé et de bien-être des familles les plus défavorisées³¹.

Par contre, les visites à domicile peuvent être perçues comme intrusives³² par les familles. De plus, les coûts associés à ce type d'intervention sont élevés. Il peut aussi être difficile pour les parents vivant en contexte de vulnérabilité de tirer profit de ce type de programme préventif lorsqu'ils sont accaparés par de trop nombreux problèmes quotidiens (ex. : le manque d'argent, le non-emploi, la mauvaise santé et les problèmes de logement)³³.

3.1 LES FAMILLES DONT LA MÈRE A 20 ANS OU PLUS ET VIT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

3.1.1 La pertinence

Les familles vivant en contexte de vulnérabilité en raison d'un cumul de facteurs de risque (pauvreté, sous-scolarisation, difficultés de logement, conflits conjugaux ou problèmes de santé) vivent plus de stress, d'insécurité et de frustrations que d'autres familles, puisque ces difficultés s'ajoutent à celles, inévitables, rencontrées par les parents d'enfant en bas âge. La présence de ces facteurs de risque peut affecter la relation parent-enfant et nuire au développement optimal de l'enfant.

D'ailleurs, les enfants qui ont vécu plusieurs années dans des contextes de vulnérabilité présentent plus de problèmes de santé³⁴, une fréquence plus élevée de problèmes impliquant une incapacité³⁵ et des retards de développement³⁶.

Or, particulièrement pour ces familles, la création d'un milieu sain et stimulant pour l'enfant, où celui-ci vit des expériences riches et diversifiées vécues dans un climat affectif positif, est nécessaire à son développement. Il existe un fort consensus parmi les experts que l'intervention précoce peut faire une différence dans la vie de ces enfants³⁷.

L'intervention précoce offerte dans le cadre de visites à domicile repose sur le postulat que les enfants ne se développent pas de façon optimale en raison du manque de connaissances et de ressources de leurs parents. Les programmes de visites à domicile s'avèrent donc pertinents pour cette clientèle. En effet, ils visent à donner des informations sur le développement de l'enfant, à fortifier les pratiques parentales et à faciliter l'accès aux services de la communauté pour les familles vivant dans un contexte qui les rend vulnérables³⁸.

³¹ Bull et collab. (2004).

³² Weiss (1993).

³³ Moran et collab. (2004).

³⁴ Brooks-Gunn et Duncan (1997).

³⁵ Brooks-Gunn et Duncan (1997).

³⁶ Ross et Roberts (1999).

³⁷ Hanson et collab. (2006).

³⁸ Marcenko et Staerke (2006).

3.1.2 L'efficacité

Les études sur les visites à domicile auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité et dont la moyenne d'âge de la mère est de 20 ans ou plus sont nombreuses. Plusieurs auteurs ont réalisé des revues systématiques et des méta-analyses. Nous disposons même d'une synthèse de revues systématiques.

Qualité de la preuve : ①

Bull et collaborateurs

Bull et collab. (2004) ont réalisé une synthèse de neuf revues systématiques ou méta-analyses sur l'efficacité des visites à domicile pré et postnatales. Cette revue fait le point sur un grand nombre d'ouvrages, car les auteurs incluent des programmes universels ainsi que ceux qui ciblent les familles à risque de tous âges.

Sweet et Appelbaum

La méta-analyse de Sweet et Appelbaum (2004) inclut 60 études et rapports de recherche publiés ou non (ECR et études quasi expérimentales) qui statuent sur l'efficacité des visites à domicile; 75 % des interventions portent sur des familles jugées à risque, parmi lesquelles 10 % concernent des parents adolescents. Seuls sont inclus les programmes dont l'intervention unique ou principale consiste en visites à domicile. Les programmes qui ciblent des populations spéciales, comme les familles d'enfants ayant des besoins spéciaux, ont été exclus des analyses.

Elkan

La revue systématique et méta-analyse de Elkan et collab. (2000) fait la synthèse des résultats de 102 études de programmes d'intervention comportant au moins une visite à domicile pendant la période postnatale et dont l'évaluation implique au moins un groupe de comparaison (essai clinique randomisé ou non ainsi que des comparaisons avant et après). Plusieurs de ces programmes ciblent les familles en situation de vulnérabilité de tous âges (faible revenu, risques de maltraitance et négligence, etc.). Étant donné que cette revue est incluse dans la revue de Bull et collab. (2004), nous présentons seulement les résultats qui n'ont pas été repris par celle-ci.

Hodnett et Frederick

La revue systématique de Hodnett et Fredericks (2003) synthétise 18 études (ECR) de programmes visant le soutien aux femmes de tous âges qui sont à risque élevé de donner naissance à un enfant de petits poids ou prématuré. Plusieurs de ces programmes ciblent des femmes enceintes pauvres et sous-scolarisées et onze d'entre eux offrent des visites à domicile. Les autres programmes se déroulent en clinique médicale.

Kendrick et collaborateurs

Kendrick et collab. (2007) ont réalisé une revue systématique d'études sur des programmes visant la réduction des risques de blessures non intentionnelles chez les enfants. Des 15 études retenues, 11 portent sur les visites à domicile et plus de la moitié des programmes visent les familles défavorisées ou à risque.

Gomby

Gomby (2005) a fait une revue de littérature sur les visites à domicile auprès des familles vulnérables. Bien que cette revue ne soit pas systématique, nous l'incluons, car elle rapporte les résultats de programmes nationaux majeurs des États-Unis et d'ailleurs qui s'adressent aux familles vulnérables.

Au moment d'entreprendre nos travaux, la méta-analyse de Bennett et collab. (2007) faisait également partie de nos sources. Cette méta-analyse de 11 ECR porte sur l'efficacité des visites à domicile en période postnatale auprès des mères âgées de plus de 19 ans, socialement ou économiquement défavorisées, et ayant un enfant de moins de 12 mois. Cette étude a toutefois été retirée de la collaboration Cochrane³⁹ à la suite des critiques méthodologiques d'Olds et de ses collègues (les concepteurs de l'un des programmes cités par Bennett et collab.).

Nous présentons ici les résultats tirés de ces études sur l'efficacité des visites à domicile en lien avec les objectifs des SIPPE chez les familles dont la mère est âgée de 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité.

Objectif 1 : Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

1a) Améliorer les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille

L'alimentation de l'enfant

Trois revues traitent de l'alimentation de l'enfant. Deux revues concluent au manque de preuves concernant l'efficacité des visites à domicile sur la diète de l'enfant ou sur les habitudes alimentaires⁴⁰. Bull et collab. rapportent des preuves nuancées de l'efficacité et soulignent l'importance d'effectuer des études plus rigoureuses sur le lien entre les visites à domicile et l'alimentation⁴¹.



Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

1b) Améliorer les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille

Les issues négatives de grossesse

Deux revues analysent les issues de grossesse. Celle de Bull et collab. (2004) conclut que les visites à domicile ne peuvent influencer ni le faible poids à la naissance ni d'autres issues négatives de grossesse. Dans le même sens, Hodnett et Fredericks (2003) affirment que le soutien lors de la période prénatale (conseil, assistance concrète, soutien affectif) n'est pas suffisant pour atteindre ce type d'objectif.



³⁹ Les critiques de cette revue peuvent être lues sur le site Internet de la collaboration Cochrane : <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006723/frame.html>, site consulté en mars 2008.

⁴⁰ Elkan et collab. (2000), Gomby (2005).

⁴¹ Bull et collab. (2004).

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

L'utilisation des mesures préventives pour l'enfant

Deux revues se penchent sur l'utilisation des mesures préventives. Bull et collab. (2004) rapportent des effets contradictoires sur le taux de vaccination ou sur le nombre d'admissions à l'hôpital. Par contre, Gomby (2005) conclut que les visites à domicile ne sont pas efficaces pour améliorer le taux de vaccination ou l'utilisation des autres services préventifs (ex. : soins prénataux, soins dentaires).



Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

La santé mentale du parent

Une seule revue s'attarde à la santé mentale du parent. Bull et collab. (2004) concluent que les visites à domicile facilitent le dépistage et la prise en charge (incluant le traitement) de la dépression postnatale, selon des mesures autorapportées.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

1c) Améliorer la sécurité à domicile

Les blessures non intentionnelles

Trois revues étudient les blessures, et les conclusions vont dans le même sens. Selon Bull et collab. (2004) et Gomby (2005), les visites à domicile peuvent avoir un impact sur la réduction des blessures non intentionnelles chez l'enfant. Kendrick et collab. (2007) affirment que les interventions généralement offertes à domicile dans le cadre de programmes globaux peuvent réduire les blessures non intentionnelles de l'enfant.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

1d) Favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires

Aucune revue n'aborde cet objectif.

Objectif 2 : Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

2a) Augmenter le taux et la durée de l'allaitement

Le taux d'allaitement

Une seule revue, celle de Bull et collab. (2004), aborde l'allaitement. Les visites à domicile peuvent accroître le taux d'allaitement trois mois après la naissance, d'après des mesures autorapportées.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

2b) Renforcer le lien parent-enfant et l'attachement de l'enfant

Le lien parent-enfant

Une seule revue traite de l'interaction parent-enfant. Bull et collab. (2004) concluent que les visites à domicile peuvent influencer positivement l'interaction parent-enfant telle que mesurée par un outil d'observation de la dyade.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

2c) Diminuer les risques de maltraitance et de négligence envers les enfants

Les risques de maltraitance ou de négligence

Deux revues se prononcent sur les risques de maltraitance ou de négligence. Les auteurs affirment que les visites à domicile réduisent les risques de maltraitance à partir des mesures du nombre de blessures subies par l'enfant, du nombre de visites à l'hôpital et des pratiques parentales coercitives associées à des comportements violents envers l'enfant⁴².



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

La maltraitance ou négligence déclarées

Trois revues abordent la réduction de la maltraitance. Selon Sweet et Applebaum (2004) ainsi que Bull et collab. (2004), il est impossible de statuer sur l'efficacité des visites à domicile pour réduire les cas de maltraitances déclarés, car des problèmes méthodologiques limitent l'interprétation des résultats. En effet, d'après Elkan et collab. (2000) et Bull et collab. (2004), les familles participantes sont plus susceptibles d'être signalées que celles du groupe contrôle, puisque des intervenants leur rendent visite régulièrement.



Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

2d) Augmenter et renforcer les pratiques parentales

Les pratiques parentales

Trois revues analysent les impacts des interventions sous l'angle des pratiques parentales. Bull et collab. (2004), Sweet et Applebaum (2004) ainsi que Gomby (2005) concluent que les visites à domicile peuvent produire des effets positifs sur les pratiques parentales.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

⁴² Bull et collab. (2004), Sweet et Applebaum (2004).

2e) Stimuler le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants

Le développement cognitif

Deux revues s'attardent au développement cognitif. Selon Bull et collab. (2004) ainsi que Sweet et Applebaum (2004), les visites à domicile influencent positivement le développement intellectuel de l'enfant.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement socioaffectif

Deux revues traitent de cet indicateur. Sweet et Applebaum (2004) ainsi que Gomby (2005) affirment que les visites à domicile produisent un effet positif sur le développement socioaffectif de l'enfant.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement physique

Une seule revue, celle d'Elkan et collab. (2000), porte un regard sur le développement physique. Elle conclut à l'absence d'effet sur le poids et la croissance des enfants.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Objectif 3 : Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

3a) Renforcer les réseaux de soutien social

L'utilisation des services de santé ou de la communauté

Une revue porte sur cet indicateur. Bull et collab. (2004) concluent au manque de preuves pour statuer sur l'efficacité des visites à domicile sur l'utilisation du réseau communautaire.



Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

La présence d'un réseau informel de soutien

Une seule revue, celle de Bull et collab. (2004), porte sur la perception du parent de son réseau de soutien. Les auteurs concluent au manque de preuves.



Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

3b) Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents selon leur projet de vie

L'autonomie financière

Une revue aborde l'autonomie financière. Sweet et Applebaum (2004) ne rapportent aucune diminution de l'utilisation de l'assistance publique.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

L'intégration scolaire et professionnelle des mères

Deux revues traitent de cet indicateur. Bull et collab. (2004) concluent au manque de preuves pour statuer sur l'efficacité des visites à domicile sur la scolarité ou l'emploi des mères à long terme. Sweet et Applebaum (2004) constatent un effet positif sur l'éducation et aucun effet sur le parcours de vie des mères.



Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur sur l'intégration scolaire et professionnelle.

Le tableau 4 présente la synthèse des effets des visites à domicile pour les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité.

Tableau 4 Les effets des visites à domicile chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité

Les objectifs SIPPE	Preuves concluantes*  ou 	Preuves contradictoires  	Preuves non concluantes*  ou 	Preuves insuffisantes 
Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Blessures non intentionnelles • Santé mentale du parent 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des mesures préventives pour l'enfant (ex. : vaccination et soins dentaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Issues négatives de grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation de l'enfant
Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'allaitement • Lien parent-enfant • Développement cognitif • Développement socioaffectif • Pratiques parentales • Risque de maltraitance ou de négligence 		<ul style="list-style-type: none"> • Développement physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltraitance ou négligence déclarées
Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables			<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie financière 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des services de santé ou de la communauté • Présence d'un réseau informel de soutien • Intégration scolaire et professionnelle des mères

* Les résultats qui obtiennent deux pouces sont en gras.

Ce qu'il faut retenir...

Les programmes de visites à domicile sont un moyen efficace pour soutenir les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, car ils permettent d'atteindre certains objectifs des SIPPE. Les visites à domicile ont des effets positifs sur les indicateurs suivants :

- le développement cognitif et socioaffectif des enfants;
- le lien parent-enfant;
- les pratiques parentales;
- la santé mentale du parent;
- le taux d'allaitement;
- la réduction des blessures non intentionnelles;
- le risque de maltraitance ou de négligence.

3.1.3 Les conditions de succès

Les auteurs affirment qu'il est impossible de déterminer les caractéristiques précises des programmes efficaces, par exemple, l'intensité minimale requise pour obtenir des effets significatifs⁴³. D'ailleurs, à notre connaissance, aucune étude avec un devis solide ne compare les différentes conditions entre elles. Plusieurs constats généraux émergent toutefois des recherches abondantes auprès de familles dont la mère a 20 ans ou plus.

Intensité, durée et fréquence

Il n'y a pas de réponse claire sur le nombre exact ni sur la durée des visites nécessaires pour produire l'impact souhaité. Des études qui datent de 1993 montrent que les programmes de visites à domicile où les visites sont fréquentes et régulières dès la période prénatale et se poursuivent pendant au moins 2 ans produisent plus de résultats auprès des enfants que les autres types de programmes⁴⁴. Les auteurs d'études plus récentes maintiennent que les interventions précoces (par rapport aux interventions plus tardives) obtiennent de meilleurs résultats et que ceux-ci sont plus durables pour l'enfant⁴⁵. Les preuves recueillies par Bull et collab. (2004) suggèrent que les programmes qui durent plus de 6 mois, offrent plus de 12 visites et débutent durant la phase prénatale sont les plus efficaces.

Curriculum appuyé sur les connaissances de pointe

Selon Weiss (1993), les curriculums solidement ancrés dans la littérature actuelle de la santé et du développement de l'enfant, et dans une connaissance claire des mécanismes psychosociaux (ex. : les expériences personnelles et les croyances des parents) et environnementaux (ex. : avoir ou non un logement adéquat) qui influencent le comportement des parents sont les plus prometteurs. De plus, Moran et collab. (2004) ajoute que les

⁴³ Moran et collab. (2004).

⁴⁴ Weiss (1993).

⁴⁵ Moran et collab. (2004).

programmes avec un cadre théorique solide, des objectifs clairs et un plan d'intervention structuré atteignent de meilleurs résultats.

Implication et engagement des familles

Les interventions qui se préoccupent de l'engagement, de l'implication et du maintien des parents dans le programme semblent plus efficaces que les autres⁴⁶. Gomby (2005) ajoute qu'il est vital de maintenir chez les familles un dynamisme et une implication enthousiaste par rapport aux visites et aux activités entre les visites. Par ailleurs, elle relève aussi l'importance d'une stabilité du lien entre l'intervenant et la famille. Les changements fréquents dans le personnel nuisent à l'établissement d'un lien de confiance et diminuent les probabilités que la famille adopte les comportements suggérés.

Formation des intervenants

Une formation et une supervision adéquates des intervenants sont des aspects également soulignés comme facteur favorisant l'efficacité⁴⁷, bien qu'aucun auteur n'en précise le contenu ni les balises.

3.2 LES FAMILLES DONT LA MÈRE A MOINS DE 20 ANS

3.2.1 La pertinence

Rappelons que les jeunes parents constituent une population particulièrement vulnérable, car ils cumulent plusieurs facteurs de risque. Le fait de devenir parent à un jeune âge est souvent associé à un niveau d'éducation moins élevé, de faibles revenus, une plus grande instabilité et l'isolement⁴⁸. Ces conditions de vie difficiles et le stress que celles-ci génèrent, jumelés au fait que les parents adolescents tendent à avoir des attentes irréalistes envers leur enfant⁴⁹, peuvent faire en sorte que les rapports parent-enfant soient inadéquats⁵⁰. Les enfants de jeunes parents sont, par ailleurs, plus susceptibles que ceux de mères plus âgées de connaître des problèmes sur le plan social et de la santé⁵¹. Ainsi, l'importance d'obtenir un soutien s'avère incontestable. Toutefois, malgré le fait qu'ils ont en commun d'être jeunes à la naissance de leur premier enfant, ces parents forment un groupe hétérogène. Tous n'ont donc pas les mêmes besoins au même moment⁵² ni les mêmes difficultés⁵³. Les parents très jeunes, par exemple, ont tendance à avoir des besoins différents en raison de leur propre niveau de maturité⁵⁴.

⁴⁶ Moran et collab. (2004).

⁴⁷ Weiss (1993), Moran et collab. (2004).

⁴⁸ Harden et collab. (2006).

⁴⁹ Cappleman et collab. (1982).

⁵⁰ Letourneau et collab. (2004).

⁵¹ Swann et collab. (2003).

⁵² Harden et collab. (2006).

⁵³ Poissant (2002).

⁵⁴ Swann et collab. (2003).

La pertinence des visites à domicile auprès de cette clientèle est appuyée du point de vue théorique, car les problèmes auxquels elle est confrontée sont compatibles avec les principes de base des visites à domicile (ex. : accroître les pratiques parentales positives, intervenir auprès de toute la famille, réduire les inégalités sociales de santé). Barnett et collab. (2007) soulignent que, pour les jeunes mères, qui ont tendance à moins se prévaloir des services communautaires que les mères plus âgées, les visites à domicile représentent un moyen particulièrement prometteur pour réduire les obstacles à leur participation. Dans le même ordre d'idées, Olds et collab. (1999) font valoir que, pour les jeunes mères, qui sont souvent pauvres et sans conjoint, il est difficile de combler à la fois leurs propres besoins et ceux de leur enfant. Un programme qui vise à la fois la mère et l'enfant est donc approprié pour cette clientèle.

3.2.2 L'efficacité

Une seule revue systématique résume les recherches portant sur les effets des visites à domicile pour les jeunes parents et leur famille. Cette revue, publiée par Macdonald et collab. (2007), a toutefois été retirée de la Collaboration Cochrane à l'hiver 2008 à la suite de critiques d'ordre méthodologique, tout comme celle sur les familles dont la mère est âgée de 20 ans ou plus mentionnée dans la section précédente.

Les preuves quant à l'efficacité des visites à domicile auprès de ces jeunes parents reposent donc sur des essais contrôlés randomisés (ECR) de 6 programmes de visites à domicile.

Qualité de la preuve : ②

Nurse Family Partnership

Le programme du *Nurse Family Partnership* a pour but d'améliorer les issues de grossesse, la qualité des soins parentaux et l'intégration socioprofessionnelle des mères. Ce programme a été implanté dans trois sites aux États-Unis. Il débute pendant la grossesse et se poursuit de façon intensive pendant les deux premières années de vie de l'enfant. Le groupe de comparaison bénéficie d'un transport gratuit aux rendez-vous médicaux des enfants, d'évaluations et est dirigé vers des services spécialisés, au besoin.

Olds et ses collaborateurs⁵⁵ ont effectué plusieurs suivis pendant la durée du programme ainsi que chaque année lorsque les enfants étaient âgés de 2 à 5 ans, ainsi qu'à 6, 9 et 15 ans. Comme ce programme cible l'ensemble des familles défavorisées, nous avons pris soin de ne retenir que les résultats qui s'appliquent aux jeunes parents⁵⁶. La taille de l'échantillon varie en fonction des sites (environ 190 jeunes mères pour le site d'Elmira et plus de 700 pour le site de Memphis) et des variables étudiées⁵⁷. Il est à noter que ce programme se démarque des autres programmes recensés par sa rigueur et par des

⁵⁵ Olds et collab. (2007); Olds et collab. (2004b); Nurse Family Partnership (2006); Eckenrode et collab. (2000); Olds et collab. (1998b); Kitzman et collab. (2000); Olds et collab. (1999); Olds et collab. (1998a); Olds et collab. (1994).

⁵⁶ Les résultats de l'intervention sur l'ensemble de l'échantillon sont pris en compte par certaines des revues de la section sur la clientèle de 20 ans et plus.

⁵⁷ Les études sur deux des trois sites du programme rapportent certains résultats propres aux jeunes parents.

conditions d'implantation particulièrement bien respectées⁵⁸, ainsi que par la quantité d'objectifs étudiés.

Early Intervention Program

Le *Early Intervention Program* vise à améliorer les comportements relatifs à la santé des jeunes mères pendant et après la grossesse, les issues de grossesse, ainsi que la santé des mères et de leur enfant. Il a aussi comme objectifs d'informer les mères sur les soins à donner à l'enfant, de rehausser la qualité des interactions parent-enfant, de prévenir les grossesses subséquentes, d'encourager la poursuite d'études et de favoriser la compétence sociale des mères. Le programme comprend douze visites à domicile et quatre sessions d'éducation parentale qui s'échelonnent de la période prénatale à la fin de la première année de l'enfant. Le groupe contrôle reçoit le traitement standard, soit une visite pendant la période prénatale et une visite en *post-partum*.

Koniak-Griffin et collab. (2003) ont étudié les effets de cette intervention auprès de 56 mères. Le groupe contrôle était constitué de 46 mères. Toutes vivaient en Californie et étaient âgées de 14 à 19 ans. Des mesures auprès des enfants ont été effectuées à 6 semaines et à 6, 12, 18 et 24 mois.

Le programme d'intervention précoce de Duke University

Le programme de Duke University (Duke) vise à soutenir le développement des enfants et des mères adolescentes en augmentant la qualité de leurs interactions. Le programme propose des visites mensuelles pendant les deux premières années de vie des enfants. Les mères du groupe contrôle ne reçoivent pas de visites, mais leur enfant est évalué à la même fréquence que les participants. Par ailleurs, il est dirigé vers d'autres services si des difficultés sont observées lors de ces évaluations.

Ce programme a été évalué par Thompson et collaborateurs (1982) ainsi que Cappleman et collaborateurs (1982). Des mesures ont été effectuées lorsque les enfants étaient âgés de 9, 18 et 30 mois. Le groupe d'intervention et le groupe contrôle sont chacun composés de 20 mères adolescentes afro-américaines âgées de moins de 18 ans.

Parent Training Program

Le *Parent Training Program* offre de l'éducation parentale aux mères adolescentes par le biais de visites à domicile afin de favoriser la croissance et le développement de leur enfant. Les mères reçoivent une visite toutes les deux semaines pendant 6 mois, au cours desquelles deux intervenantes les forment sur les soins à l'enfant, la stimulation sensorimotrice et les interactions mère-enfant. Cette intervention est comparée à un autre, offerte à un groupe de mères adolescentes qui fréquentent un centre où on leur offre de la formation pour un retour au travail, de l'information parentale et un service de garde en pouponnière.

⁵⁸ Gomby (2005).

Field et collab. (1982) ont effectué un suivi lorsque l'enfant était âgé de 4, 8, 12 et 24 mois. Les 180 mères de l'échantillon sont âgées de 13 à 19 ans et ont été réparties aléatoirement et équitablement entre les deux groupes expérimentaux et le groupe contrôle.

Seuls les résultats se rapportant aux visites à domicile sont présentés ici.

Programme de visites à domicile de Baltimore

Le programme de Baltimore (Baltimore) a pour but d'améliorer les connaissances parentales des mères adolescentes sur le développement de l'enfant, les attitudes et les pratiques parentales et la promotion de l'utilisation des services de santé. Les mères reçoivent des visites à domicile toutes les deux semaines pendant la première année de l'enfant et une visite par mois durant sa deuxième année. Barnett et collab. (2007) ont évalué l'efficacité de l'intervention auprès de 84 mères adolescentes âgées de 12 à 18 ans, majoritairement afro-américaines. Le groupe contrôle (n = 40) a reçu le traitement standard, mais la nature de celui-ci n'est pas spécifiée. Des mesures de suivi ont été prises lorsque l'enfant était âgé de 1 an et 2 ans.

Programme australien de visites à domicile

Le programme australien⁵⁹ a pour but de réduire les issues négatives de grossesse chez les jeunes mères et d'améliorer leurs connaissances sur la contraception, l'allaitement et le calendrier des vaccinations. Les participantes reçoivent cinq visites à domicile durant la période postnatale.

Les 65 mères inscrites au programme et les 71 mères du groupe contrôle avaient moins de 18 ans. Quinlivan et collab. (2003) ont mesuré les effets du programme à l'âge de 6 mois.

Nous présentons ici les résultats tirés de ces études sur l'efficacité des visites à domicile en lien avec les objectifs des SIPPE chez les familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans.

Objectif 1 : Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

1a) Améliorer les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille

La consommation de drogues, d'alcool ou de tabac

Deux programmes analysent les effets sur la consommation. Olds et collaborateurs⁶⁰ ne rapportent aucun effet du programme *Nurse Family Partnership* sur la consommation autorapportée chez les mères quand les enfants atteignent l'âge de 6 et 9 ans. À l'inverse, l'étude sur le *Early Intervention Program* montre que les mères participantes consomment moins de



⁵⁹ Ce programme de visites à domicile a été implanté en Australie. Comme il ne possède pas de nom officiel, nous l'avons libellé ainsi pour le distinguer des autres programmes.

⁶⁰ Olds et collab. (2007); Olds et collab. (2004a).

marijuana lorsque leur enfant est âgé de 2 ans que celles du groupe contrôle, selon un questionnaire autoadministré⁶¹.

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

1b) Améliorer les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille

La santé physique de la mère pendant la grossesse

Un seul programme se préoccupe de la santé de la mère. Selon Olds et collaborateurs, les mères participantes au *Nurse Family Partnership* ont moins d'infections à levure et font moins d'hypertension durant la grossesse que les mères du groupe contrôle⁶².



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Les issues négatives de grossesse

Un seul programme, celui du *Nurse Family Partnership*, rapporte des résultats sur cette variable. La participation des mères n'a aucune influence sur l'issue de leur grossesse (ex. : faible poids, durée de la grossesse, naissances prématurées, score d'Apgar)⁶³ ni sur l'issue des grossesses subséquentes (ex. : fausses couches, avortements, faible poids à la naissance et mortinaissances)⁶⁴.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

L'utilisation des mesures préventives pour la mère

Deux programmes se penchent sur les mesures préventives. Le programme *Nurse Family Partnership* n'a aucun effet sur l'utilisation des soins de santé prénataux standards ou des services obstétriques d'urgence par les mères durant la grossesse⁶⁵. Dans le même sens, Barnet et collab. (2007) ne rapportent aucun effet du programme de Baltimore sur le fait d'avoir ou non un médecin de famille, d'après les réponses des parents à une entrevue à la fin de l'intervention.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

⁶¹ Koniak-Griffin et collab. (2003).

⁶² Olds et collab. (1998b); Olds et collab. (1999).

⁶³ Olds et collab. (1999).

⁶⁴ Olds et collab. (2007); Olds et collab. (2004a); Kitzman et collab. (2000).

⁶⁵ Olds et collab. (1998b).

L'utilisation des mesures préventives pour l'enfant

Plusieurs programmes se penchent sur les mesures préventives. Le programme *Nurse Family Partnership* n'a aucun effet sur le respect des visites de suivi de l'enfant chez le médecin⁶⁶. De plus, selon les résultats du *Nurse Family Partnership*, du *Early Intervention Program* et du programme australien, ces programmes n'ont aucun effet sur la couverture vaccinale, tel que cela a été vérifié à l'aide des dossiers médicaux des enfants ou des registres nationaux⁶⁷. Une étude du programme australien sur les connaissances de la mère au sujet du calendrier des vaccinations à l'aide d'un questionnaire ne rapporte aucun effet non plus⁶⁸.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

La santé mentale du parent

Plusieurs programmes traitent de la santé mentale des parents. Le programme *Nurse Family Partnership* n'a pas d'effet sur la santé mentale de la mère⁶⁹ ni spécifiquement sur la dépression⁷⁰. Barnet et collab. (2007) ne trouve pas non plus d'effets du programme de Baltimore sur les symptômes dépressifs, tels que mesurés par une échelle de dépistage.



En ce qui a trait à un ensemble de compétences connexes à la bonne santé mentale (ex. : prendre soin de soi, être capable de prendre des décisions et gérer ses émotions ou le stress), les résultats de l'étude sur le *Early Intervention Program* ne révèlent aucun effet d'après un questionnaire autoadministré⁷¹.

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

La santé physique de l'enfant

Un seul programme, le *Early Intervention Program*, aborde la santé de l'enfant. Selon les auteurs, les enfants participants connaissent moins d'hospitalisations pour cause de maladie. De plus, leurs séjours à l'hôpital sont plus courts que ceux des enfants du groupe contrôle. Enfin, moins de ces enfants fréquentent les urgences durant leur première année en raison de problèmes de santé. Les données liées à ces variables sont obtenues auprès des mères et vérifiées grâce aux dossiers médicaux des enfants⁷².



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

⁶⁶ Olds et collab. (1999).

⁶⁷ Quinlivan et collab. (2003); Koniak-Griffin et collab. (2003); Olds et collab. (1999).

⁶⁸ Quinlivan et collab. (2003).

⁶⁹ Olds et collab. (2004a).

⁷⁰ Koniak-Griffin et collab. (2003); Olds et collab. (1999).

⁷¹ Koniak-Griffin et collab. (2003).

⁷² Koniak-Griffin et collab. (2003).

1c) Améliorer la sécurité à domicile

Les blessures non intentionnelles

Un seul programme aborde les blessures. Pendant les deux ans du programme *Nurse Family Partnership*, les enfants du groupe d'intervention ont eu moins souvent recours à des soins pour des ingestions ou des blessures que les autres enfants. Ils ont également passé moins de jours à l'hôpital pour ces mêmes raisons⁷³.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

1d) Favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires

L'utilisation des contraceptifs

Deux programmes étudient les impacts des visites à domicile sur la contraception. Des effets chez le groupe d'intervention du programme australien sont rapportés sur les connaissances des mères au sujet de la contraception et de l'utilisation d'une méthode de contraception efficace lorsque l'enfant est âgé de 6 mois d'après des questionnaires autoadministrés⁷⁴.



Cependant, le programme de Baltimore n'a aucun effet sur l'utilisation de condoms et de contraceptifs à base hormonale à la fin de l'intervention selon des mesures autorapportées⁷⁵.

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Objectif 2 : Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

2a) Augmenter le taux et la durée de l'allaitement

Le taux d'allaitement

Deux programmes explorent les effets sur l'allaitement. Le programme australien n'obtient aucun effet sur le taux d'allaitement ou sur les connaissances au sujet de l'allaitement d'après un questionnaire élaboré par les chercheurs⁷⁶. Par contre, les participantes au *Nurse Family Partnership* initient⁷⁷ l'allaitement plus souvent que les mères du groupe de comparaison⁷⁸.



Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

⁷³ Olds et collab. (1999).

⁷⁴ Quinlivan et collab. (2003).

⁷⁵ Barnet et collab. (2007).

⁷⁶ Quinlivan et collab. (2003).

⁷⁷ Par souci d'uniformité avec les documents de référence, le verbe « initier » est utilisé dans cet avis. À noter que le terme « initier » est un anglicisme qui signifie amorcer, entreprendre.

⁷⁸ Olds et collab. (1999).

La durée de l'allaitement

Deux programmes analysent les effets de l'intervention sur la durée de l'allaitement. Le programme australien n'obtient aucun effet tel que mesuré par un questionnaire élaboré par les chercheurs⁷⁹. L'intervention du *Nurse Family Partnership* n'a aucun effet sur la durée de l'allaitement⁸⁰.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

2b) Renforcer le lien parent-enfant ou l'attachement de l'enfant

Le lien parent-enfant

Une seule étude évalue le lien parent-enfant. L'étude de Duke rapporte que les visites à domicile n'ont pas d'effet sur la production d'un plus grand nombre d'énoncés dirigés à l'enfant et de réponses positives à l'enfant⁸¹.



De plus, cette étude ne révèle aucun effet sur le nombre de fois où les parents offrent de l'aide à l'enfant. Toutefois, les enfants des mères participantes présentent moins d'épisodes de non-coopération que les enfants du groupe contrôle selon les observations d'interactions parent-enfant.

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

2c) Diminuer les risques de maltraitance et de négligence envers les enfants

Les risques de maltraitance ou de négligence

Un seul programme étudie ces risques. À la fin du programme *Nurse Family Partnership*, les mères participantes ont moins de croyances parentales négatives associées au risque de maltraitance et de négligence que les mères du groupe contrôle⁸².



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

La maltraitance ou la négligence déclarées

Un seul programme traite de la maltraitance et de la négligence. Les études sur le programme *Nurse Family Partnership* ne révèlent aucun effet sur le nombre de cas de maltraitance et de négligence, tel que documenté par les services de protection de la jeunesse, pendant la durée du programme⁸³ tout comme à 25 et à 50 mois⁸⁴.



⁷⁹ Quinlivan et collab. (2003).

⁸⁰ Olds et collab. (1999).

⁸¹ Thompson et collab. (1982).

⁸² Olds et collab. (1999).

⁸³ Olds et collab. (1999).

⁸⁴ Olds et collab. (1994).

Le *Nurse Family Partnership* semble néanmoins avoir des effets latents (soit à long terme uniquement) sur la maltraitance et la négligence d'après les dossiers de protection de la jeunesse lorsque les enfants atteignent l'âge de 15 ans. En effet, pour les mères participantes, il y a moins de cas confirmés de maltraitance et de négligence que chez les mères du groupe contrôle⁸⁵, et ce, même si le programme n'a aucun effet sur la présence de violence conjugale⁸⁶. Par contre, chez les familles où la violence conjugale est présente, les visites à domicile n'ont pas d'effets sur la maltraitance et la négligence⁸⁷.

Les résultats ne sont positifs qu'à un temps de mesure et que pour une partie des participants. Par ailleurs, les problèmes méthodologiques associés à la recherche sur la maltraitance et la négligence limitent la portée des conclusions. En effet, d'après Elkan et collab. (2000) et Bull et collab. (2004), les familles participantes sont plus susceptibles d'être signalées que celles du groupe contrôle, puisque des intervenants leur rendent visite régulièrement.

Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

2d) Augmenter et renforcer les compétences parentales

Les pratiques parentales positives

Deux programmes abordent les dimensions positives des pratiques parentales et démontrent des effets positifs sur plusieurs indicateurs. 

À la fin du programme *Nurse Family Partnership*, le domicile des mères participantes est mieux adapté au développement des enfants que celui des mères du groupe contrôle d'après une mesure d'observation de l'environnement psychosocial et physique⁸⁸. De plus, ces mères stimulent plus les habiletés langagières de leur enfant à 34 et à 36 mois et leur fournissent plus de jouets, de jeux et de matériel de lecture adaptés à cet âge⁸⁹.

Selon l'étude du programme de Baltimore, les parents participants ont des attentes plus appropriées en fonction de l'âge de leur enfant. Ils leur montrent également plus d'empathie d'après leurs scores à une échelle de mesure des attitudes et des pratiques parentales des parents adolescents⁹⁰.

Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

⁸⁵ Olds et collab. (1998b).

⁸⁶ Olds et collab. (2004a).

⁸⁷ Eckenrode et collab. (2000).

⁸⁸ Olds et collab. (1999).

⁸⁹ Olds et collab. (1994).

⁹⁰ Barnett et collab. (2007).

Les pratiques parentales négatives

Trois programmes analysent les pratiques négatives et obtiennent des résultats concordants. 

Les mères du *Nurse Family Partnership* punissent leurs enfants plus souvent que les mères du groupe contrôle. D'après les auteurs, ceci s'explique par de plus grandes attentes quant au comportement de l'enfant ou par une plus grande attention au respect des règles⁹¹.

D'après des observations d'interactions parent-enfant effectuées par Thompson et collab. (1982) dans le cadre du programme de Duke, les visites à domicile n'ont pas d'effet sur le nombre de fois où les parents sanctionnent le comportement de l'enfant, adoptent des comportements directifs, lui imposent des interdictions et le critiquent.

Pour sa part, l'étude sur le programme de Baltimore rapporte qu'il n'y a aucun effet sur le renversement des rôles parent-enfant (ex. : tendance à penser que l'enfant doit être sensible à leurs besoins et qu'il est responsable de leur bien-être) ni sur l'évitement des punitions corporelles d'après une échelle de mesure de pratiques parentales⁹².

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

2e) Stimuler le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants

Le développement cognitif

Trois programmes évaluent les effets de l'intervention sur le développement cognitif. Leurs résultats sont contradictoires. D'après l'étude de Field et collab. (1982) sur le *Parent Training Program*, les enfants de mères qui participent à un programme de visites à domicile d'une durée de 6 mois obtiennent des scores plus élevés à une échelle de développement mental que ceux du groupe contrôle, et ce, à 12 et à 24 mois. 

Chez les participantes d'un site du *Nurse Family Partnership*, aucun effet n'est observé à la fin de l'intervention sur le développement mental de l'enfant⁹³. À moyen terme, cependant, les enfants de 6 ans du groupe d'intervention performant mieux aux mesures d'habiletés cognitives que ceux du groupe contrôle⁹⁴.

Enfin, le programme de Duke n'a aucun effet sur le développement cognitif, tel que cela a été déterminé par une mesure du développement⁹⁵.

⁹¹ Olds et collab. (1994).

⁹² Barnett et collab. (2007).

⁹³ Olds et collab. (1999).

⁹⁴ Olds et collab. (2004a).

⁹⁵ Thompson et collab. (1982).

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement langagier

Un seul programme, celui du *Nurse Family Partnership*, traite du développement langagier. À 6 ans, les enfants participants performant mieux aux mesures de vocabulaire réceptif (le nombre de mots compris par l'enfant) que ceux du groupe contrôle⁹⁶. De plus, ces enfants font preuve de plus de cohérence dans une tâche où ils doivent raconter une histoire⁹⁷.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement socioaffectif

Un seul programme aborde cet aspect du développement. Olds et ses collègues ne rapportent aucun effet de l'intervention du *Nurse Family Partnership* sur la capacité de l'enfant à manifester de l'empathie dans une tâche où il raconte une histoire⁹⁸. Ces enfants expriment toutefois moins d'agression non régulée dans ce type de tâche⁹⁹.



Étant donné que les résultats diffèrent d'une variable à une autre, il n'y a pas de profil clair. Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement physique

Un seul programme analyse le développement physique. D'après l'étude sur le *Parent Training Program*, les enfants de mères qui reçoivent des visites à domicile prennent plus de poids que ceux du groupe contrôle. Ce résultat se maintient jusqu'à 18 mois après la fin de l'intervention¹⁰⁰.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement moteur

Un seul programme traite du développement moteur. Les enfants participant au *Parent Training Program* obtiennent des scores plus élevés aux mesures de développement moteur que ceux du groupe contrôle, telles qu'elles ont été effectuées 2 mois et 18 mois après la fin de l'intervention¹⁰¹.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

⁹⁶ Olds et collab. (2004a).

⁹⁷ Olds et collab. (2004a).

⁹⁸ Olds et collab. (2004a).

⁹⁹ Olds et collab. (2004a).

¹⁰⁰ Field et collab. (1982).

¹⁰¹ Field et collab. (1982).

Les problèmes de comportement durant la petite enfance (0 à 5 ans)

Seul le programme du *Nurse Family Partnership* aborde ce type de problème. À la fin de l'intervention, selon les rapports des parents, aucun effet sur les problèmes de comportement n'est observé chez les enfants du groupe d'intervention¹⁰².



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Les problèmes de comportement durant l'enfance (5 à 12 ans)

Un seul programme, le *Nurse Family Partnership*, se penche sur cette question.



Pour la plupart des mesures prises à 6 et 9 ans, selon les rapports des parents, il n'y a pas d'effet sur les comportements d'intériorisation ou d'extériorisation¹⁰³, sur les troubles oppositionnels avec provocation ou sur tout trouble de déficit de l'attention¹⁰⁴. Les mères participantes rapportent cependant moins de problèmes de comportement classifiés comme limites ou cliniques chez leur enfant à l'âge de 6 ans¹⁰⁵. Par ailleurs, les rapports des enseignants ne révèlent pas d'effet sur le comportement des enfants¹⁰⁶.

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

La performance scolaire

Seul le programme du *Nurse Family Partnership* traite de la performance à l'école, et la majorité des résultats indiquent une absence d'effet du programme. À l'âge de 6 ans, les enfants des mères participantes récoltent des scores plus élevés en mathématiques que les enfants du groupe contrôle. Par contre, les auteurs ne rapportent aucun effet sur les scores en lecture au même âge¹⁰⁷. Quand les enfants atteignent l'âge de 9 ans, l'intervention n'a aucun effet sur les scores moyens en mathématiques et en lecture¹⁰⁸.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Le parcours scolaire des enfants

Un programme aborde le parcours scolaire. Olds et ses collègues ne rapportent aucun effet du *Nurse Family Partnership* sur le placement des enfants dans des classes spéciales ni sur le taux de redoublement pendant les trois premières années de l'école élémentaire¹⁰⁹.



¹⁰² Olds et collab. (1999).

¹⁰³ Olds et collab. (2004a).

¹⁰⁴ Olds et collab. (2007).

¹⁰⁵ Olds et collab. (2004a).

¹⁰⁶ Olds et collab. (2007); Olds et collab. (2004a).

¹⁰⁷ Olds et collab. (2004a).

¹⁰⁸ Olds et collab. (2007).

¹⁰⁹ Olds et collab. (2007).

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Les problèmes de comportement durant l'adolescence (13-18 ans)

Un seul programme, celui du *Nurse Family Partnership*, traite des problèmes de comportement à l'adolescence. À long terme, les enfants participants présentent certains avantages sur ceux du groupe contrôle. Le nombre d'arrestations, de violation d'ordonnances de probation et de cigarettes fumées quotidiennement est moins élevé chez les enfants du groupe participant.



Les parents de ces enfants rapportent aussi moins de problèmes de comportement reliés à la consommation d'alcool et de drogues chez leur adolescent¹¹⁰.

Par contre, les résultats de ce programme ne révèlent aucun effet sur le nombre de jours où le jeune a consommé de l'alcool, le nombre de fugues, le nombre de condamnations, le nombre de partenaires sexuels¹¹¹.

De plus, le programme n'a aucun effet sur les agressions (physiques ou verbales) à l'école selon le professeur ou sur les suspensions de l'école, le fait d'avoir eu ou non des relations sexuelles ou d'avoir commis des actes de délinquance majeurs ou des actes antisociaux mineurs¹¹².

Étant donné que nous disposons de preuves pour un seul programme et que ce programme semble avoir des effets différents sur les variables examinées, nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Objectif 3 : Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

3a) Renforcer les réseaux de soutien social

L'utilisation des services de santé ou de la communauté

Un seul programme traite de l'utilisation de ces services. À leur 36^e semaine de grossesse, les mères participant au *Nurse Family Partnership* sont plus nombreuses à se prévaloir de services offerts par la communauté que celles du groupe contrôle¹¹³.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

¹¹⁰ Nurse Family Partnership (2006); Olds et collab. (1999); Olds et collab. (1998a).

¹¹¹ Nurse Family Partnership (2006).

¹¹² Olds et collab. (1999).

¹¹³ Olds et collab. (1998b); Olds et collab. (1999).

La présence d'un réseau informel de soutien



Un seul programme aborde l'effet des visites à domicile sur le soutien de la part d'un partenaire. Lorsque leur enfant atteint l'âge de 5 ans, les participantes au *Nurse Family Partnership* sont plus nombreuses à être en couple et à vivre avec le père biologique¹¹⁴. Lorsque les enfants atteignent 6 et 9 ans, les mères qui rapportent être en couple étaient restées plus longtemps avec leur partenaire que celles du groupe contrôle¹¹⁵. Par contre, le programme n'a pas d'effet sur le fait d'être marié ou en couple¹¹⁶.

Étant donné l'absence d'un profil de résultats clairs, nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

3b) Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents selon leur projet de vie

Les grossesses et les naissances subséquentes¹¹⁷

Quatre programmes se penchent sur cet indicateur. Les résultats sont contradictoires. 

La participation au programme *Nurse Family Partnership* diminue le nombre de naissances subséquentes et augmente l'écart entre les naissances du premier et du deuxième enfant, et ce, dans les deux sites du programme¹¹⁸. Le *Parent Training Program* fait état de résultats similaires : l'incidence des grossesses subséquentes est plus faible chez les mères participantes, et ce, 18 mois après la fin de l'intervention¹¹⁹.

Par contre, le *Early Intervention Program* et le programme de Baltimore ne révèlent aucun effet sur les taux de grossesses et les naissances subséquentes¹²⁰.

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

¹¹⁴ Kitzman et collab. (2000).

¹¹⁵ Olds et collab. (2007); Olds et collab. (2004a).

¹¹⁶ Olds et collab. (2007); Olds et collab. (2004a).

¹¹⁷ Chez les adolescentes, les grossesses répétées et rapprochées dans le temps sont associées à une moins grande possibilité d'obtenir un diplôme scolaire ou professionnel et à une dépendance accrue à l'assistance publique. Les programmes analysés souhaitent agir sur cet indicateur afin de faciliter l'intégration socioprofessionnelle des mères adolescentes (*Teen Parent Child Care Quality Improvement Project*, 2005).

¹¹⁸ Olds et collab. (1998b); Olds et collab. (2004a); Kitzman et collab. (2000); Olds et collab. (1999).

¹¹⁹ Field et collab. (1982).

¹²⁰ Barnett et collab. (2007); Koniak-Griffin et collab. (2003).

L'autonomie financière

Un seul programme s'attarde à l'autonomie financière. Lorsque l'enfant a atteint l'âge de 5 ans, le fait d'avoir participé au programme du *Nurse Family Partnership* n'a aucun effet sur la participation à un programme de suppléments nutritionnels qui offre gratuitement de la nourriture aux familles vulnérables (programme WIC)¹²¹.



Toutefois, les mères participantes reçoivent moins de coupons à échanger contre de la nourriture (*Food Stamp Program*) quand les enfants sont âgés de 5, 6 et 9 ans que celles du groupe contrôle¹²². Par contre, l'intervention n'a pas d'effet sur la couverture de la mère ou non par *Medicaid* à moyen terme et à long terme¹²³.

Par ailleurs, au cours des 15 années qui suivent la fin de l'intervention, les participantes au *Nurse Family Partnership* bénéficient moins longtemps de l'assistance sociale que les mères du groupe contrôle¹²⁴.

Avec le temps, il semble que les participants au programme dépendent moins du soutien de l'État. Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

L'intégration scolaire et professionnelle des mères

Quatre programmes se penchent sur cet indicateur. La recherche sur le programme du *Nurse Family Partnership* ne rapporte aucun effet sur la scolarité des mères ni à la fin de l'intervention (quand les enfants sont âgés de 2 ans) ni quand les enfants sont âgés de 5 et 6 ans¹²⁵. Le *Early Intervention Program*, pour sa part, n'a pas d'effet sur la scolarisation des mères¹²⁶. Barnet et collab. (2007) constatent cependant un effet du programme de Baltimore sur la scolarisation des participantes au programme en comparaison avec le groupe contrôle. Field et collab. (1982) rapportent également que les participantes au *Parent Training Program* sont plus nombreuses que celles du groupe contrôle à être retournées aux études ou sur le marché du travail 18 mois après la fin de l'intervention.



Les mères ayant participé au programme du *Nurse Family Partnership* sont plus nombreuses à travailler durant la grossesse¹²⁷. Cependant, l'intervention n'a aucun effet sur la durée de l'emploi à la fin de l'intervention quand l'enfant a 2 ans¹²⁸ ou lors des suivis effectués quand les enfants sont âgés de 5, 6 et 9 ans¹²⁹.

¹²¹ Kitzman et collab. (2000).

¹²² Olds et collab. (2007); Olds et collab. (1998b); Olds et collab. (2004a); Kitzman et collab. (2000); Olds et collab. (1999).

¹²³ Olds et collab. (2007); Kitzman et collab. (2000).

¹²⁴ Olds et collab. (1998b).

¹²⁵ Olds et collab. (2004a); Kitzman et collab. (2000); Olds et collab. (1999).

¹²⁶ Koniak-Griffin et collab. (2003).

¹²⁷ Olds et collab. (1998b); Olds et collab. (1999).

¹²⁸ Olds et collab. (1999).

¹²⁹ Olds et collab. (2007); Olds et collab. (2004a); Kitzman et collab. (2000).

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

L'intégration scolaire et professionnelle des pères ou des partenaires

Un seul programme analyse les effets de l'intervention sur les partenaires des mères. Le *Nurse Family Partnership* n'a aucun effet sur la scolarité et le statut socioéconomique de ceux-ci¹³⁰. Cependant, 2 ans après la fin de l'intervention, les partenaires des mères participantes qui ont un emploi le détiennent depuis plus longtemps que ceux des mères du groupe contrôle¹³¹. De plus, au suivi effectué quand les enfants ont 9 ans, les mères participantes sont plus susceptibles d'être avec un partenaire sur le marché du travail¹³².



Aucune tendance claire ne se dégage des résultats du programme au regard de ces variables, car le fait que le partenaire ait un emploi ou non, ou que celui-ci soit stable ou non, ne semble pas associé à un niveau socioéconomique plus élevé.

Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Les problèmes de comportements et la criminalité chez la mère

Seul le programme du *Nurse Family Partnership* analyse les effets de l'intervention sur les problèmes de comportement et la criminalité. Un suivi du comportement des mères participantes d'un des sites du programme démontre qu'elles ont connu moins d'arrestations que les mères du groupe contrôle¹³³. Par contre, dans l'autre site, aucun effet sur le nombre d'arrestations ou sur l'emprisonnement n'est relevé lors du suivi effectué quand les enfants sont âgés de 9 ans¹³⁴.



De plus, des analyses récentes du *Nurse Family Partnership* concluent qu'il n'y a aucun effet du programme sur les problèmes de comportement autorapportés des mères qui résultent de l'abus de substances, comme des effractions au volant ou une piètre performance au travail¹³⁵.

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Le tableau 5 présente la synthèse des effets des visites à domicile pour les familles dont la mère a moins de 20 ans.

¹³⁰ Olds et collab. (2004a).

¹³¹ Kitzman et collab. (2000).

¹³² Olds et collab. (2007).

¹³³ Olds et collab. (1998b); Olds et collab. (1999).

¹³⁴ Olds et collab. (2007).

¹³⁵ Nurse Family Partnership (2006).

Tableau 5 Les effets des visites à domicile chez les familles dont la mère a moins de 20 ans

Les objectifs SIPPE	Preuves concluantes  et   *	Preuves contradictoires  	Preuves non concluantes  et  	Preuves insuffisantes 
Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Santé physique de la mère pendant la grossesse • Santé physique de l'enfant • Blessures non intentionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de drogues, d'alcool ou de tabac • Utilisation des contraceptifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des mesures préventives pour l'enfant • Utilisation des mesures préventives pour la mère • Issues négatives de grossesse • Santé mentale du parent 	
Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Risques de maltraitance et de négligence • Pratiques parentales positives • Développement langagier • Développement physique • Développement moteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'allaitement • Développement cognitif 	<ul style="list-style-type: none"> • Durée de l'allaitement • Pratiques parentales négatives • Lien mère-enfant • Problèmes de comportement durant la petite enfance (0-5 ans) • Problèmes de comportement durant l'enfance (5-12 ans) • Parcours scolaire des enfants • Performance scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltraitance ou négligence déclarées • Développement socioaffectif • Problèmes de comportement durant l'adolescence (13-18 ans)
Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des services de santé ou de la communauté • Autonomie financière 	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesses et naissances subséquentes • Intégration scolaire et professionnelle des mères 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de comportements et de criminalité chez la mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un réseau informel de soutien • Intégration scolaire et professionnelle des pères ou des partenaires

* Les résultats qui obtiennent deux pouces sont en gras.

Ce qu'il faut retenir...

Les programmes de visites à domicile sont un moyen efficace pour soutenir les familles dont la mère a moins de 20 ans, car ils permettent d'atteindre certains objectifs des SIPPE. Les visites à domicile ont des effets positifs sur les indicateurs suivants :

- la santé physique de la mère durant la grossesse et celle de l'enfant;
- la réduction des blessures non intentionnelles;
- le risque de maltraitance et de négligence;
- les pratiques parentales positives;
- le développement physique, moteur et langagier de l'enfant;
- l'utilisation des services de santé et de la communauté pendant la grossesse;
- l'autonomie financière.

Bien que ces résultats soient prometteurs, des revues systématiques et des méta-analyses seraient souhaitables pour atteindre un niveau de preuves plus élevé.

3.2.3 Les conditions de succès

En l'absence de revues systématiques et de méta-analyses portant spécifiquement sur les effets de programmes de visites à domicile auprès des jeunes mères, il est difficile de tirer des conclusions sur les conditions requises pour maximiser les effets des visites à domicile auprès d'elles. Cependant, une des études établit un lien entre le niveau de participation au programme et son efficacité.

Accroître le niveau de participation

Il semble que le niveau de participation des familles influence l'ampleur des effets en ce qui concerne les attitudes et les croyances des parents adolescents. Par exemple, ceux avec un taux de participation élevé au programme de Baltimore, soit ceux qui bénéficient d'au moins 75 % des visites prévues, évitent davantage les punitions corporelles que les parents du groupe contrôle, ont moins d'attentes inappropriées en fonction de l'âge de l'enfant et manifestent plus d'empathie envers leur enfant¹³⁶.

3.3 LES FAMILLES DONT UN PARENT A UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL OU AUX DROGUES

3.3.1 La pertinence

La pertinence d'intervenir auprès des femmes enceintes ou des mères avec une dépendance aux drogues et à l'alcool est incontestable. Doggett et collab. (2005) soulignent que, pour les femmes enceintes, la consommation abusive de drogues et d'alcool entraîne des risques de fausses couches, d'hémorragies anténatales et de donner naissance à un enfant de faible poids. Les femmes dépendantes ont aussi tendance à consulter plus tardivement pour un suivi de grossesse que celles qui ne souffrent pas d'une dépendance.

¹³⁶ Barnet et collab. (2007).

De plus, Mayes et Truman (2002) montrent que l'abus de drogues ou d'alcool peut compromettre le développement neurologique du fœtus et même entraîner le syndrome d'alcoolisation fœtale¹³⁷, affectant son développement à long terme. Vitaro et collab. (2004) notent que les enfants de parents avec une dépendance aux drogues ou à l'alcool présentent plus de troubles extériorisés et intériorisés. Ils constatent aussi, chez ces enfants, plus de difficultés cognitives et scolaires et, en grandissant, plus de risques de consommer et d'abuser d'alcool et de drogues.

Les mères dépendantes, par ailleurs, ont tendance à être moins sensibles aux signaux de leur enfant et à faire preuve d'un moins bon jugement dans différentes situations¹³⁸. Aussi, ces parents sont plus à risque d'avoir des problèmes liés à la consommation (ex. : comportements antisociaux, délinquance)¹³⁹. Ces difficultés peuvent accroître les risques de maltraitance et de négligence envers l'enfant¹⁴⁰.

Doggett et collab. (2005) soutiennent que les visites à domicile peuvent faciliter le recours aux soins de santé chez les femmes enceintes et les mères avec des problèmes de consommation de drogues et d'alcool. De plus, le fait d'offrir des soins dès la grossesse et pendant la période postnatale permettrait aux mères, en théorie, d'améliorer la santé des enfants à la naissance, la relation mère-enfant et l'environnement familial en plus de réduire la consommation d'alcool. Il semble donc que les visites à domicile soient pertinentes pour subvenir à certains besoins de cette clientèle.

3.3.2 L'efficacité

À notre connaissance, une seule revue s'est penchée sur l'efficacité des visites à domicile auprès des familles dont un parent a une dépendance à l'alcool ou aux drogues. Seules les mères sont incluses dans cette étude.

Qualité de la preuve : ①

Doggett et collaborateurs (2005)

Doggett et collab. (2005) incluent dans leur revue systématique, qui comprend des méta-analyses de certaines variables, des études avec essais randomisés et des études avec assignation quasi aléatoire réalisées auprès de femmes en période *post-partum* qui ont un problème de drogue ou d'alcool, ou sont à risque élevé (c'est-à-dire lorsque plus de 50 % de l'échantillon consomme de l'alcool ou des drogues). Cette revue traite de 6 études sur les visites à domicile postnatales avec un total de 709 participantes. Les intervenants sont des professionnels, des paraprofessionnels (ex. : des membres du personnel non certifiés, mais supervisés par des professionnels) ou des femmes de la communauté ayant reçu une formation.

¹³⁷ April et Bourret (2004).

¹³⁸ Mayes et Truman (2002).

¹³⁹ Mayes et Truman (2002).

¹⁴⁰ Doggett et collab. (2005).

Objectif 1 : Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

1a) Améliorer les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille

La consommation de drogue, d'alcool ou de tabac

Selon Doggett et collab. (2005), il n'existe aucune différence entre les groupes d'intervention et les groupes contrôle quant à l'utilisation continue de drogues illicites et d'alcool ainsi qu'au risque de rechute.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

L'adhésion à un traitement

Il y a significativement moins d'abandons de traitement de la dépendance après quatre semaines pour le groupe d'intervention. Cependant, cet avantage n'est pas maintenu 90 jours après le début du traitement¹⁴¹.



Étant donné la courte durée des effets positifs, nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

1b) Améliorer les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille

L'utilisation des mesures préventives pour l'enfant

Il n'y a aucun effet de l'intervention en ce qui concerne la présence aux rendez-vous médicaux de l'enfant¹⁴².



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

La santé mentale du parent

Les mères participantes vivent moins de stress causé par des caractéristiques de leur enfant (ex. : hyperactivité, humeur, adaptation, etc.) que les autres mères selon une échelle de mesure du stress¹⁴³.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

1c) Améliorer la sécurité à domicile

La revue n'aborde pas cet objectif.

1d) Favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires

La revue n'aborde pas cet objectif.

¹⁴¹ Doggett et collab. (2005).

¹⁴² Doggett et collab. (2005).

¹⁴³ Doggett et collab. (2005).

Objectif 2 : Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

2a) Augmenter le taux et la durée de l'allaitement

La revue n'aborde pas cet objectif.

2b) Renforcer le lien parent-enfant ou l'attachement de l'enfant

La revue n'aborde pas cet objectif.

2c) Diminuer les risques de maltraitance et de négligence envers les enfants

Le risque de maltraitance ou de négligence

Doggett et collab. (2005) rapportent que les participantes à l'intervention sont moins à risque de maltraiter leur enfant selon une échelle de mesure.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

La maltraitance ou la négligence déclarées

Doggett et collab. (2005) rapportent qu'il n'y a aucun effet de l'intervention sur le fait que les enfants continuent de vivre ou non avec leur mère biologique. Par contre, les participants utilisent moins les services de la protection à l'enfance que le groupe contrôle¹⁴⁴. Étant donné qu'aucune tendance claire ne se dégage de ces résultats, nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.



2d) Augmenter et renforcer les compétences parentales

L'environnement familial

L'intervention n'a aucun effet sur l'environnement familial (ex. : organisation de l'environnement physique, présence de jeux appropriés, implication de la mère avec l'enfant, etc.) selon les scores à une mesure de l'environnement psychosocial et physique de l'enfant¹⁴⁵.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

2e) Stimuler le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants

Le développement cognitif

L'intervention n'a aucun effet sur développement cognitif selon une méta-analyse¹⁴⁶.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

¹⁴⁴ Doggett et collab. (2005).

¹⁴⁵ Doggett et collab. (2005).

¹⁴⁶ Doggett et collab. (2005).

Le développement moteur

L'intervention n'a aucun effet sur le développement moteur selon une méta-analyse¹⁴⁷. 

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Les problèmes de comportement durant la petite enfance (0-5 ans)

L'intervention n'a aucun effet sur le comportement de l'enfant tel que mesuré par un outil d'observation du comportement¹⁴⁸. 

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Objectif 3 : Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

3a) Renforcer les réseaux de soutien social

La revue n'aborde pas cet objectif.

3b) Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents selon leur projet de vie

La revue n'aborde pas cet objectif.

Le tableau 6 présente la synthèse des effets des visites à domicile pour les familles dont un parent a une dépendance.

¹⁴⁷ Doggett et collab. (2005).

¹⁴⁸ Doggett et collab. (2005).

Tableau 6 Les effets des visites à domicile chez les familles dont un parent a une dépendance à l'alcool ou aux drogues

Les objectifs SIPPE	Preuves concluantes 	Preuves contradictoires 	Preuves non concluantes 	Preuves insuffisantes 
Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.	<ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale du parent 		<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de drogues, d'alcool ou de tabac • Utilisation des mesures préventives pour l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion à un traitement
Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de maltraitance ou de négligence 		<ul style="list-style-type: none"> • Développement cognitif • Développement moteur • Environnement familial • Problèmes de comportement durant la petite enfance (0-5 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltraitance ou négligence déclarées
Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.				

Ce qu'il faut retenir...

Les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité des visites à domicile afin d'offrir un soutien aux familles dont un parent a un problème de dépendance.

D'autres études sont nécessaires.

3.3.3 Les conditions de succès

Étant donné le peu d'études sur cette clientèle, il est impossible de se prononcer sur les conditions de succès des visites à domicile de type SIPPE auprès de celle-ci.

Intervention complémentaire requise

Selon Doggett et collab. (2005), les interventions offertes à cette clientèle doivent cibler la réduction ou la cessation de l'abus de drogues ou d'alcool durant la grossesse et après la naissance de l'enfant tout en répondant aux différents besoins de l'enfant et de sa famille dès la grossesse et jusqu'à ce que l'enfant accède à des interventions préscolaires.

3.4 LES FAMILLES DONT UN PARENT EST RECONNU MALTRAITANT OU NÉGLIGENT

3.4.1 La pertinence

Cette section aborde la maltraitance physique et la négligence, mais pas l'abus sexuel par les parents, qui requiert une intervention thérapeutique particulière, ni la violence psychologique, en raison de l'absence d'études pertinentes à ce sujet. Rappelons que la maltraitance physique est caractérisée par des stratégies de contrôle aversives ou inappropriées (ex. : battre l'enfant ou faire usage de techniques coercitives de façon habituelle)¹⁴⁹. La négligence, quant à elle, réfère à une omission de soins qui met en danger la santé et le bien-être de l'enfant et qui peut se manifester sous des formes diverses (ex. : un manque de surveillance ou de salubrité)¹⁵⁰.

L'importance d'intervenir auprès des familles où il y a eu de la maltraitance ou de la négligence envers les enfants va de soi, car les mauvais traitements ont de lourdes conséquences sur le développement des enfants, et les risques de récurrence sont élevés (jusqu'à 67 % selon les études)¹⁵¹. Ces familles sont généralement orientées vers des services spécialisés comme la thérapie individuelle et de groupe ou des interventions globales qui incluent de l'éducation parentale, des programmes de gestion de la colère, de la psychothérapie, du soutien social et, dans certains cas, des visites à domicile¹⁵².

¹⁴⁹ Azar (2002).

¹⁵⁰ Azar (2002).

¹⁵¹ Azar (2002), MacMillan et collab. (2005), Skowron et Reinemann (2005).

¹⁵² MacLeod et Nelson (2005), Chaffin et Schmidt (2006), Skowron et Reinemann (2005), Kees et Bonner (2005).

Les visites à domicile auprès des parents maltraitants ou négligents semblent pertinentes du point de vue théorique, puisque l'approche préconisée avec ces familles est axée sur l'attachement et les interactions parent-enfant¹⁵³.

Par contre, tel qu'il a été soulevé dans les sections de cet avis sur d'autres clientèles, des difficultés d'ordre méthodologique font en sorte qu'il est difficile d'évaluer l'effet des visites à domicile sur la prévention de la maltraitance et de la négligence. En effet, d'après Elkan et collab. (2000) et Bull et collab. (2004), les familles participantes sont plus susceptibles d'être signalées que celles du groupe contrôle, puisque des intervenants leur rendent visite régulièrement.¹⁵⁴ Il en va de même quand il s'agit d'évaluer l'effet des interventions sur la récurrence de la maltraitance et de la négligence.

3.4.2 L'efficacité

Contrairement aux programmes de visites à domicile visant la prévention de la maltraitance et de la négligence, peu de recherches portent sur l'effet de ce type de programme auprès des parents ayant déjà maltraité ou négligé leur enfant. Quelques études existent sur des traitements incluant des visites à domicile dans le cadre d'un programme de soutien plus large, mais celles-ci ne distinguent pas l'effet des visites de celui des autres composantes de ces interventions¹⁵⁵.

Qualité de la preuve : ②

Nous avons identifié un seul essai randomisé, très rigoureux du point de vue méthodologique¹⁵⁶, qui s'est penché sur les effets des visites à domicile auprès des parents maltraitants ou négligents.

Le programme de MacMillan¹⁵⁷

Ce programme s'adresse aux parents qui ont maltraité ou négligé leur enfant de moins de 13 ans (l'âge moyen est de 5 ans). Le groupe contrôle reçoit un traitement standard, c'est-à-dire un suivi assuré par la protection de la jeunesse, de l'éducation parentale et une orientation vers d'autres programmes et services communautaires. Le groupe d'intervention profite des mêmes services en plus de visites à domicile offertes par des infirmières. Peu importe l'âge de l'enfant au début de l'intervention, les visites s'échelonnent sur deux ans à une fréquence allant d'une visite par semaine pendant les six premiers mois, à une visite toutes les deux semaines pendant les six mois suivants et, enfin, une visite par mois pendant un an. Les résultats présentés ici font état des effets de l'intervention 3 ans après la fin du programme.

¹⁵³ Azar (2002).

¹⁵⁴ Bull et collab. (2004).

¹⁵⁵ MacLeod et Nelson (2005).

¹⁵⁶ MacMillan et collab. (2005).

¹⁵⁷ MacMillan et collab. (2005).

Objectif 1 : Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

1a) Améliorer les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille

L'étude n'aborde pas cet objectif.

1b) Améliorer les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille

L'étude n'aborde pas cet objectif.

1c) Améliorer la sécurité à domicile

L'étude n'aborde pas cet objectif.

1d) Favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires

L'étude n'aborde pas cet objectif.

Objectif 2 : Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

2a) Augmenter le taux et la durée de l'allaitement

L'étude n'aborde pas cet objectif.

2b) Renforcer le lien parent-enfant ou l'attachement de l'enfant

L'étude n'aborde pas cet objectif.

2c) Diminuer les risques de maltraitance et de négligence envers les enfants

Les risques de maltraitance ou de négligence

Il n'y a aucune différence entre les groupes sur une mesure de risque de maltraitance (ex. : les attitudes et les connaissances parentales).

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.



La maltraitance ou la négligence déclarées

Le groupe d'intervention ne compte pas moins d'incidents de récurrence de maltraitance et de négligence recensés par les services de protection à l'enfance que le groupe contrôle. De plus, l'intervention ne semble pas accroître le délai entre les incidents.



Chez les enfants du groupe d'intervention, MacMillan et collab. (2005) notent plus d'incidents de maltraitance que chez les enfants du groupe contrôle d'après les données obtenues des hôpitaux pendant les 3 ans suivant la fin du programme. Cependant, les raisons de cet effet apparemment iatrogène ne sont pas claires. Les auteurs émettent l'hypothèse que les infirmières qui effectuent les visites à domicile décèlent des blessures et motivent les parents à consulter, ce qui augmente le nombre d'incidents signalés.

Ces résultats soulèvent encore une fois les problèmes méthodologiques liés aux études portant sur la maltraitance et la négligence relevés précédemment. Étant donné ces considérations, il est difficile d'interpréter les résultats obtenus par cette étude.

Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

2d) Augmenter et renforcer les compétences parentales

Les pratiques parentales positives

Les scores des parents à une mesure d'observation de l'environnement psychosocial et physique, qui comprend des aspects de leurs connaissances sur le développement des enfants et la qualité de leurs interactions avec leur enfant, ne sont pas influencés par l'intervention. 

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

L'environnement familial

L'intervention n'a aucun effet sur les scores à une échelle de mesure du fonctionnement familial. 

2e) Stimuler le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants

Les problèmes de comportement durant l'enfance (5-12 ans)

Le groupe qui reçoit des visites à domicile en plus du traitement standard ne diffère pas de celui qui reçoit uniquement le traitement standard (un suivi, de l'éducation parentale et des références à d'autres programmes et services) sur une échelle de mesure des problèmes de comportements (attention, anxiété, comportements psychotiques, troubles du comportement, tension motrice excessive). 

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Objectif 3 : Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

3a) Renforcer les réseaux de soutien social

La présence d'un réseau informel de soutien

L'intervention n'a aucun effet sur les scores à une échelle de mesure du soutien social. 

3b) Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents selon leur projet de vie

L'étude n'aborde pas cet objectif.

Le tableau 7 présente la synthèse des effets des visites à domicile obtenus chez les familles dont un parent est reconnu maltraitant ou négligent.

Tableau 7 Les effets des visites à domicile chez les familles dont un parent est reconnu maltraitant ou négligent

Les objectifs SIPPE	Preuves concluantes 	Preuves contradictoires 	Preuves non concluantes 	Preuves insuffisantes 
Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.				
Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.			<ul style="list-style-type: none"> • Risque de maltraitance et de négligence • Pratiques parentales positives • Environnement familial • Problèmes de comportements durant l'enfance (5-12 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • Maltraitance ou négligence déclarées
Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.			<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un réseau informel de soutien 	

Ce qu'il faut retenir...

Les preuves existantes sont insuffisantes pour statuer quant à l'efficacité des visites à domicile sur la récurrence de la maltraitance et de la négligence. Les preuves pour ce qui est des effets sur des variables connexes (ex. : risques de maltraitance ou négligence, pratiques parentales) sont, par ailleurs, non concluantes.

D'autres études sont nécessaires pour statuer quant à l'efficacité des visites à domicile sur l'ensemble des objectifs des SIPPE et avec des échantillons d'enfants âgés exclusivement de 0 à 5 ans.

3.4.3 Les conditions de succès

La recherche dans ce domaine n'en est encore qu'à ses débuts¹⁵⁸. Dans ce contexte, il est impossible de se prononcer sur les conditions de succès.

3.5 LES FAMILLES DONT UN PARENT A UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Cette section porte sur les visites à domicile auprès de familles dont un parent est atteint d'un trouble mental tel que les troubles de la personnalité ou la dépression, et présentant des symptômes qui persistent dans le temps et perturbent le fonctionnement des interactions sociales, des relations familiales, du travail ou de l'éducation et des autres tâches de la vie quotidienne¹⁵⁹.

3.5.1 La pertinence

Les familles dont un parent est affligé d'un trouble mental sont, selon Reupert et Maybery (2007), les familles les plus vulnérables. En plus de faire face à la maladie mentale, ces familles vivent parfois de l'isolement social, des difficultés économiques (pauvreté, non-emploi) et des conflits conjugaux¹⁶⁰. Les enfants sont également plus à risque d'avoir une santé psychologique, physique et sociale moindre que les autres enfants¹⁶¹, ce qui affecte leur développement¹⁶². De plus, des études rapportent que les enfants dont l'un des parents est atteint d'un trouble mental ont un risque plus élevé de développer un trouble mental¹⁶³. Plus la maladie du parent est sévère et chronique, plus grande est la probabilité que le jeune soit aussi atteint¹⁶⁴. Selon Rutter (1988)¹⁶⁵, la période où les enfants sont âgés entre 6 mois et 4 ans est celle où ils sont le plus vulnérables au stress familial. Ceci incite l'auteur à affirmer que plus les enfants sont jeunes lorsqu'ils sont exposés aux troubles mentaux de leurs parents, plus l'impact sur leur développement sera important.

¹⁵⁸ Chaffin et Schmidt (2006).

¹⁵⁹ Reupert et Maybery (2007).

¹⁶⁰ Reupert et Maybery (2007).

¹⁶¹ Maybery et collab. (2006).

¹⁶² Zahn-Waxler et collab. (2002).

¹⁶³ Beardslee et collab. (2003).

¹⁶⁴ Keller et collab. (1987), cités dans Ellis et Collings (1997).

¹⁶⁵ Cité dans Foster et collab. (2004).

Selon Oyserman et collab. (2000)¹⁶⁶, un nombre important de mères qui souffrent d'un trouble mental possèdent moins d'habiletés parentales que les autres mères. Elles sont moins sensibles, plus incohérentes dans leurs comportements et négligent parfois les besoins de l'enfant¹⁶⁷. Les enfants sont particulièrement affectés lors des périodes d'hospitalisation du parent ou lors des phases aiguës de la maladie¹⁶⁸. Enfin, l'environnement familial de ces enfants est fort différent de celui des autres enfants en raison du caractère chaotique et étrange de certains comportements parentaux¹⁶⁹.

Nicholson et collab. (2001)¹⁷⁰ résument la nature des interventions requises par ces familles en disant que leurs besoins sont similaires à ceux des autres parents, mais s'y ajoutent des besoins particuliers propres à leur maladie. L'enjeu particulier pour ces parents est de soutenir leur motivation à agir par rapport à leur trouble mental tout en assumant leur rôle parental¹⁷¹.

Selon Zahn-Waxler et collab. (2002), l'intervention auprès des parents atteints d'une psychopathologie devrait inclure un volet de renforcement des pratiques parentales, un volet visant à aider le parent à faire face aux défis ou aux difficultés particulières de leur enfant et un volet de traitement de la maladie. Fleck-Henderson (2000)¹⁷² conclut en soulignant l'importance de *voir double* dans l'intervention auprès de ces familles, c'est-à-dire de se préoccuper des besoins du parent malade et de ceux des enfants.

Plusieurs des interventions suggérées par différents auteurs sont compatibles avec celles des visites à domicile. Concrètement, Reupert et Maybery (2007) ainsi que Foster et collab. (2004) proposent d'enseigner les pratiques parentales favorables à l'attachement et de favoriser une plus grande proximité affective entre le parent et l'enfant, en plus de permettre à l'enfant de développer des liens affectifs avec d'autres adultes significatifs (éducateur en milieu de garde, parenté, etc.).

Ces mêmes auteurs ajoutent que les parents atteints d'un trouble mental requièrent du soutien et du *modeling* quant à leurs pratiques parentales. Bien que certains parents puissent adopter des comportements parentaux problématiques, plusieurs sont ouverts aux interventions qui améliorent leurs pratiques et leur sentiment de compétence¹⁷³. En fait, plusieurs parents atteints sont inquiets des effets de leur maladie sur l'enfant et priorisent ses besoins au détriment des leurs¹⁷⁴. Les auteurs mettent aussi en lumière l'importance de prévoir les soins aux enfants lors des périodes de crise et toute autre considération pratique comme l'entretien de la maison, la préparation des repas, etc.

¹⁶⁶ Cité dans Reupert et Maybery (2007).

¹⁶⁷ Maybery et collab. (2006).

¹⁶⁸ Fudge et Mason (2004), cités dans Maybery et collab. (2006).

¹⁶⁹ Maybery et collab. (2006).

¹⁷⁰ Cité dans Maybery et collab. (2006).

¹⁷¹ Nicholson et collab. (2001), cités dans Maybery et collab. (2006); Brunette et Dean (2002).

¹⁷² Reupert et Maybery (2007).

¹⁷³ Oyserman et collab. (2000), cités dans Reupert et Maybery (2007).

¹⁷⁴ Nicholson et collab. (1998), cités dans Reupert et Maybery (2007).

Enfin, l'intervention doit inclure le souci d'encourager la poursuite d'un traitement et d'une réadaptation appropriés auprès des professionnels concernés¹⁷⁵. Les programmes sociaux et les services de santé mentale gagnent donc à consolider leurs liens avec le réseau afin d'offrir une vaste gamme de services à ces parents et à leurs enfants¹⁷⁶.

3.5.2 L'efficacité

À notre connaissance, aucune étude n'aborde l'efficacité des visites à domicile de type SIPPE avec les parents atteints d'un trouble mental tel que les troubles de personnalité ou la dépression. Cependant, la méta-analyse de Dennis et Hodnett (2007) tend en faveur d'une intervention psychosociale pouvant se dérouler à domicile pour réduire les symptômes dépressifs. Leur étude a pour but de comparer l'efficacité d'une intervention psychosociale (ex. : soutien social et *counselling* non directif) et psychologique (ex. : thérapie) pour réduire les symptômes dépressifs auprès de femmes ayant donné naissance depuis quelques mois et présentant des symptômes dépressifs à l'efficacité d'un suivi médical classique qui peut inclure des antidépresseurs.

Neuf études randomisées ou avec des devis quasi randomisés font partie de leur analyse. Leur qualité est cependant variable.

Les auteurs concluent que les interventions psychosociales et psychologiques peuvent être efficaces pour réduire les symptômes dépressifs. Plus précisément, les interventions psychosociales ont des effets significatifs sur la réduction des symptômes immédiatement après la fin de l'intervention et à nouveau, généralement, environ 6 mois après l'intervention. L'efficacité à long terme reste cependant à déterminer. D'autres études sont nécessaires afin de mieux établir les composantes qui assurent l'efficacité de ces interventions.

De plus, il faut préciser que, selon Forman et collab. (2007), une intervention précoce de nature psychothérapeutique qui vise à réduire les symptômes dépressifs chez la mère n'est pas suffisante pour modifier la relation parent-enfant ou la perception par le parent de son enfant. Les auteurs affirment que toute intervention auprès des mères dépressives doit inclure un volet visant l'amélioration de la qualité de la relation mère-enfant.

Ce qu'il faut retenir...

Aucune preuve ne permet d'appuyer ou de rejeter les visites à domicile de type SIPPE comme un moyen efficace de soutien aux familles dont un parent a un trouble mental.

Des études connexes sur la dépression tendent en faveur d'une intervention de type psychosocial. Il est cependant clair que pour intervenir efficacement auprès de ces familles, il faut se préoccuper à la fois de la dépression de la mère et du lien parent-enfant.

¹⁷⁵ Reupert et Maybery (2007).

¹⁷⁶ Tandon et collab. (2005).

3.5.3 Les conditions de succès

Étant donné l'absence de recherches sur l'efficacité des visites à domicile de type SIPPE auprès de familles dont un parent présente un trouble mental, il est impossible de se prononcer sur les conditions de succès d'une telle intervention.

3.6 LES FAMILLES DONT UN PARENT A UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la déficience intellectuelle se définit comme suit : « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales »¹⁷⁷.

3.6.1 La pertinence

Les parents avec une déficience intellectuelle peuvent rencontrer plusieurs difficultés dans l'exercice de leur rôle parental : une absence d'interactions positives avec l'enfant en raison d'une connaissance inadéquate de leur développement, une faible capacité à prendre des décisions et à résoudre des problèmes et des difficultés à reconnaître les signes de maladie chez les enfants, à anticiper les dangers et à prévenir les accidents¹⁷⁸. Cette clientèle est à risque de maltraitance et de négligence envers ses enfants en raison du manque de connaissances des soins de base ou des stratégies appropriées de discipline¹⁷⁹. Ces parents peuvent également présenter des difficultés que l'on retrouve chez d'autres clientèles vulnérables, par exemple, des problèmes de logement, des problèmes financiers ou de l'isolement social¹⁸⁰.

Les recherches sur cette clientèle ont évolué au courant des dernières années. Il ne s'agit plus de déterminer si ces personnes sont capables ou non d'assumer leur rôle de parent, car il semble que nombre d'entre elles sont en mesure de le faire¹⁸¹ (cela dépend, bien entendu, du degré de déficience). Il s'agit plutôt de déterminer quels types d'intervention et quelles modalités de soutien sont les plus adéquates pour leur transmettre les compétences nécessaires afin qu'ils soient des parents « suffisamment bons ».

Généralement, on propose aux parents avec une déficience intellectuelle des interventions visant le renforcement de leurs pratiques parentales. Ces interventions peuvent prendre des formes différentes (ex. : des groupes de parents ou du soutien individuel) et peuvent être offertes à domicile ou dans des centres spécialisés (ex. : des cliniques et des institutions)¹⁸².

¹⁷⁷ Organisation mondiale de la Santé (2001).

¹⁷⁸ Coppin (2004).

¹⁷⁹ Feldman (1994).

¹⁸⁰ Tarleton et Ward (2007).

¹⁸¹ Tarleton et Ward (2007); Willems et collab. (2007).

¹⁸² Feldman (1994).

Étant donné leurs faibles capacités intellectuelles, ces parents ont de la difficulté à généraliser les habiletés qu'ils apprennent à des situations nouvelles. Pour cette raison, il est recommandé que l'apprentissage se fasse dans un contexte signifiant, c'est-à-dire à domicile avec l'enfant¹⁸³.

Les intervenants sont alors en mesure de démontrer concrètement les actions à mettre en œuvre pour augmenter la sécurité du domicile, la manière de préparer des repas sains et de conserver la nourriture, etc. D'ailleurs, les parents avec une déficience intellectuelle semblent aimer les interventions participatives¹⁸⁴ et disent apprécier le soutien qui leur est apporté à domicile¹⁸⁵. Il semble donc que les visites à domicile soient pertinentes pour cette clientèle.

3.6.2 L'efficacité

Il existe très peu de recherches récentes et de bonne qualité sur l'efficacité des interventions auprès des parents avec une déficience intellectuelle. D'après une revue par Feldman (1994), la qualité de plusieurs études est faible, puisqu'il s'agit surtout d'études de cas, d'études sans groupe contrôle et de quelques études avec devis quasi expérimental. À ces difficultés s'ajoute la nature parfois controversée des recherches auprès des clientèles déficientes¹⁸⁶.

En ce qui concerne l'efficacité des visites à domicile de type SIPPE, aucune recherche n'existe à notre connaissance. Par contre, deux études prometteuses examinent des interventions à domicile adaptées aux besoins spécifiques de cette clientèle, c'est-à-dire qu'elles portent sur des compétences concrètes et font usage d'un matériel simple, illustré et en couleurs. Ces interventions ciblent uniquement la santé de l'enfant et la sécurité à la maison.

La première étude est rapportée par Feldman (1994) dans sa revue d'études qui évaluent des programmes d'éducation parentale auprès de cette clientèle. Selon une étude des études recensées dont il est lui-même l'auteur et qui porte sur une intervention à domicile ciblant les soins à donner au bébé, les soins sont meilleurs chez les parents du groupe d'intervention que chez ceux du groupe contrôle (ex. : soigner l'érythème fessier, laver le bébé, prendre des mesures pour un sommeil sécuritaire).

La deuxième étude, effectuée par LLewellyn et collab. (2003), est un essai comparatif randomisé d'un programme de dix semaines qui a pour but d'enseigner aux parents des connaissances de base sur la santé des enfants et la sécurité à domicile. Les parents participants repèrent plus de sources de danger pour leur enfant et les précautions à prendre pour les éviter que ceux du groupe contrôle. Ils mettent aussi en œuvre un nombre plus élevé de mesures préventives dans leur propre maison (par exemple, mettre les produits toxiques hors de la portée des enfants). De plus, ils démontrent une amélioration des

¹⁸³ LLewellyn et collab. (2003); LLewellyn et McConnell (2002); Feldman (1994).

¹⁸⁴ Wade et collab. (2007).

¹⁸⁵ Tarleton et Ward (2007).

¹⁸⁶ Coppin (2004).

connaissances et des habiletés liées à la reconnaissance de maladies et de symptômes (ex. : prendre la température de l'enfant) et à la façon réagir de façon appropriée aux urgences. Ils possèdent plus de connaissances sur ce qui peut motiver une consultation avec un médecin, sur les informations à lui donner et les questions à lui poser. Trois mois après l'intervention, ces effets sont toujours significatifs. Par contre, la capacité à utiliser des médicaments de manière sécuritaire ainsi que la connaissance du vocabulaire lié à la santé et aux parties du corps ne se sont pas améliorées.

Ce qu'il faut retenir...

Aucune preuve ne permet d'appuyer ou de rejeter les visites à domicile de type SIPPE comme un moyen efficace de soutien aux familles dont un parent a une déficience intellectuelle.

Des études connexes sur des interventions à domicile axées sur la sécurité et les soins à l'enfant montrent la nécessité d'adapter l'intervention aux caractéristiques de cette clientèle.

3.6.3 Les conditions de succès

Étant donné l'absence de recherches sur l'efficacité des visites à domicile de type SIPPE auprès des parents avec une déficience intellectuelle, il est impossible de se prononcer sur les conditions de succès de ce type d'intervention auprès de cette clientèle.

3.7 CONCLUSION SUR LES VISITES À DOMICILE

Les résultats rapportés ici montrent la nécessité et la pertinence de soutenir les familles vivant en contexte de vulnérabilité, mais révèlent aussi que l'efficacité des visites à domicile varie d'une clientèle à l'autre.

Pour les familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans et pour celles dont la mère est âgée de 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, les preuves appuient les visites à domicile comme modalité d'intervention pour agir sur plusieurs indicateurs liés aux objectifs des SIPPE.

Par contre, pour les familles dont un parent est aux prises avec un problème de maltraitance ou de négligence ou encore de dépendance à l'alcool ou aux drogues, les preuves sont insuffisantes pour appuyer les visites à domicile comme modalité d'intervention.

Quant aux familles dont un parent a un trouble mental ou une déficience intellectuelle, il est tout simplement impossible de se prononcer sur les impacts d'une intervention de type SIPPE auprès de celles-ci, car aucune recherche ne s'est penchée directement sur cette question.

D'autres études avec devis randomisés sont donc nécessaires pour la plupart des clientèles. Toutefois, chez les clientèles vivant des problématiques telles que la maltraitance et la négligence, la dépendance à l'alcool et aux drogues, la déficience intellectuelle et les troubles mentaux, les visites à domicile semblent insuffisantes pour atteindre les objectifs des SIPPE. Ces clientèles requièrent vraisemblablement des services complémentaires et

des interventions adaptées qui vont au-delà des visites à domicile. Ces services devraient cependant s'articuler avec des programmes de soutien aux pratiques parentales et au développement des enfants.

En somme, les visites à domicile ne constituent pas une panacée pour intervenir sur tous les problèmes des clientèles vivant en situation de vulnérabilité. Elles peuvent influencer certaines variables chez certaines clientèles.

4 L'INTERVENTION ÉDUCATIVE PRÉCOCE COMBINÉE À UNE INTERVENTION PARENTALE

Par intervention éducative précoce, on entend une action visant à stimuler directement le développement de l'enfant âgé de 0 à 5 ans et réalisée par une personne autre que le parent. Comme les visites à domicile, l'intervention éducative précoce peut prendre plusieurs formes. Par exemple, des services de garde éducatifs en centre ou en milieu familial ou encore des programmes de préparation à l'école. Ces interventions peuvent varier en intensité (ex. : à temps plein ou en demi-journées), cibler des groupes d'âges différents (ex. : de 0 à 3 ans, de 3 à 5 ans ou encore de la grossesse à l'entrée à l'école) et poursuivre un ou des buts différents (ex. : préparation à l'école, stimulation précoce).

Les interventions qui nous intéressent dans le cadre de cet avis comprennent également une forme de soutien aux parents, soit des visites à domicile ou des groupes de parents. Il s'agit donc d'interventions qui adoptent une approche intégrée, dont certaines ont fait l'objet de recherches rigoureuses. Dans le cadre de cet avis, nous nous sommes penchés sur les programmes les mieux évalués et les plus pertinents aux préoccupations des SIPPE. Étant donné la variété de programmes disponibles pour les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, nous présentons les programmes qui combinent l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant et les visites à domicile, et ceux qui combinent l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant et des groupes de parents. Deux programmes qui s'adressent aux familles dont la mère a moins de 20 ans sont ensuite présentés.

Il est à noter que certains des programmes les plus étudiés datent de plusieurs décennies, portent sur de petits groupes de participants ou ciblent des populations afro-américaines très défavorisées sur le plan socioéconomique. La prudence est donc de mise quand il s'agit de généraliser les résultats de ces études au contexte québécois.

4.1 LES FAMILLES DONT LA MÈRE A 20 ANS OU PLUS ET VIT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

4.1.1 La pertinence

L'importance d'intervenir de façon précoce auprès d'enfants vivant en contexte de vulnérabilité est bien établie. Les nouvelles connaissances en neuroscience, en psychologie du développement, en biologie moléculaire et en économie convergent en ce qui a trait à l'importance des expériences durant la petite enfance et leurs conséquences à long terme sur plusieurs facettes de la vie des individus et de la société, notamment le développement cognitif et socioaffectif, la préparation à l'école, les problèmes de comportement et la criminalité¹⁸⁷.

¹⁸⁷ National Scientific Council on the Developing Child (2007); McCain et collab. (2007).

Les conditions qui favorisent le développement sain des enfants et qui peuvent contrer les effets des conditions de vie défavorables sont moins bien comprises. Certains constats généraux font néanmoins consensus dans la littérature. Les interventions qui ciblent les enfants directement (comme les services de garde éducatifs) semblent plus bénéfiques pour les enfants que les programmes qui visent à influencer indirectement les enfants par l'intermédiaire d'une intervention auprès des parents¹⁸⁸. Toutefois, une combinaison d'approches est considérée comme étant optimale auprès des familles à risque, car cela implique une intervention sur plusieurs fronts afin d'agir à la fois sur l'enfant, ses parents et son milieu de vie¹⁸⁹. Les interventions qui ciblent à la fois les parents et l'enfant sont donc pertinentes parce qu'elles couvrent un large spectre de besoins chez la famille et l'enfant.

Pour faire le bilan des connaissances sur ces interventions auprès des familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, deux catégories de programmes sont présentées. Dans un premier temps, nous exposerons l'efficacité des programmes qui combinent une intervention éducative précoce auprès de l'enfant et des visites à domicile. Dans un deuxième temps, nous aborderons l'efficacité des programmes qui combinent une intervention éducative précoce auprès de l'enfant et des groupes de parents.

4.1.2 L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée aux visites à domicile

Une des formes que peut prendre l'intervention auprès des familles dont la mère est âgée de 20 ans ou plus consiste à combiner une intervention éducative précoce auprès de l'enfant à des visites régulières à domicile. Généralement, l'éducatrice de l'enfant s'assure de la continuité des apprentissages du centre à la maison. Des rencontres de parents en groupe peuvent s'ajouter à ces interventions (ex. : groupes mensuels de discussion, ateliers d'éducation parentale, fins de semaine d'activités). Cependant, l'intervention principale auprès des parents demeure les visites à domicile.

4.1.2.1 L'efficacité

Quatre programmes combinent des visites à domicile et une intervention directe auprès de l'enfant auprès des familles défavorisées. Les études évaluatives portant sur ces programmes sont toutes des essais comparatifs randomisés (ECR).

Qualité de la preuve : ②

Perry Preschool Project

Le programme *Perry Preschool* est un programme qui a pour objectif de promouvoir le développement intellectuel, social et affectif des enfants à risque.

¹⁸⁸ Doherty (2007), Gomby (2005), Farran (2000).

¹⁸⁹ National Scientific Council on the Developing Child (2007); Smedley et Syem (2000).

Durant deux ans, les enfants de 3 et 4 ans participent à un programme préscolaire à raison de 12 heures 30 par semaine, 30 semaines par an¹⁹⁰. Quatre enseignants par groupe animent les activités adaptées au niveau de développement de chaque enfant¹⁹¹. Le ratio varie entre 5 à 6,25 enfants par éducatrice¹⁹². Parallèlement, les parents reçoivent la visite hebdomadaire de l'éducatrice (90 minutes) afin de les mobiliser autour des apprentissages de l'enfant. Ces visites permettent aux parents de se familiariser avec le système scolaire et d'apprendre des façons de stimuler l'enfant¹⁹³. Les parents sont également invités à participer mensuellement à un groupe de discussion.

Une étude rigoureuse du projet a été réalisée par High/Scope Educational Foundation auprès de 123 enfants noirs pauvres du Michigan qui fréquentent l'école élémentaire Perry à partir de l'âge de 3 ans¹⁹⁴. Les enfants inscrits au programme sont jugés comme étant à risque d'échec scolaire en raison d'un niveau d'intelligence sous la moyenne (QI entre 50 et 85) et de facteurs environnementaux (scolarisation des parents, emploi et densité de personnes par pièce du logement)¹⁹⁵. Les enfants sont nés entre 1958 et 1962 et entrent dans le programme de 1962 à 1965. Les enfants sont suivis annuellement entre 3 et 11 ans puis à 14, 15, 19, 27 et 40 ans. L'âge moyen des mères au début du programme est de 31 ans.

Early Head Start

Le programme *Early Head Start* est un programme qui a pour but de soutenir le développement des enfants des familles à faible revenu à partir de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans.

Ce programme propose une gamme de services qui varient selon le territoire où il s'implante. Ces services peuvent être : un service de garde (majoritairement en centre), des visites à domicile, des ateliers d'éducation parentale, le suivi médical des parents et des enfants ou encore des activités sociales pour les parents. Trois modèles sont généralement utilisés : un modèle qui met l'accent sur les visites à domicile, un modèle qui met l'accent sur le service de garde et un troisième modèle mixte offrant ces deux services, ou encore l'un ou l'autre selon les besoins des familles. Tous les services se trouvent néanmoins dans la majorité des programmes, quoiqu'à des intensités différentes.

Le programme débute en 1994 et fait l'objet d'une évaluation nationale sur 17 sites aux États-Unis, auprès d'environ 3000 familles. Quarante-vingt-dix-neuf pour cent des parents participant à cette évaluation sont des mères et représentent diverses ethnies (afro-américaines, hispaniques et caucasiennes). Les parents de 20 ans et moins représentent 39 % de l'échantillon. Au moins 10 % des places du programme sont réservées aux enfants avec une déficience intellectuelle et jusqu'à 10 % des places peuvent être

¹⁹⁰ Schweinhart (2008).

¹⁹¹ Weikart et collab. (1970).

¹⁹² Schweinhart (2007).

¹⁹³ Weikart et collab. (1970), Promising Practices Network (2008a).

¹⁹⁴ Schweinhart (2008).

¹⁹⁵ Weikart et collab. (1970).

accordées à des familles plus favorisées. Des mesures d'évaluation ont été prises à 14, 24 et 36 mois. Puisque des analyses séparées sont disponibles pour les clientèles composées de parents de 20 ans ou plus et de moins de 20 ans, les résultats rapportés ici portent seulement sur l'échantillon des parents de 20 ans ou plus.

Project Care

Le *Project Care* a pour objectif d'améliorer les habiletés cognitives, la relation mère-enfant et l'environnement familial¹⁹⁶ par une action directe auprès du parent et de l'enfant à risque grâce à des services à domicile et à l'intégration de l'enfant dans un milieu éducatif. Le projet est mis sur pied pour évaluer l'apport d'un volet d'éducation parentale (sous forme de visites à domicile) lorsqu'il s'ajoute à l'intervention en centre éducatif mieux connue sous le nom d'*Abecedarian Project*.

Les visites à domicile débutent environ un mois après la naissance de l'enfant. Elles ont lieu environ tous les dix jours¹⁹⁷ jusqu'à trois ans, puis varient selon les besoins des familles (de une à six semaines d'intervalle). Les visites à domicile ont pour objet le transfert d'informations sur le développement de l'enfant, la résolution de problèmes et l'apprentissage d'habiletés parentales¹⁹⁸. Les enfants entrent à la garderie entre l'âge de 6 semaines¹⁹⁹ et 3 mois²⁰⁰. Ils fréquentent la garderie à plein temps, 50 semaines par année, jusqu'à l'âge de 54 mois²⁰¹. Souvent, l'intervenante à domicile est aussi l'éducatrice de l'enfant. Le curriculum des *Learning Games* est utilisé en garderie et à domicile avec les parents. Le ratio pour les enfants de moins de deux ans est d'un enseignant pour trois enfants et d'un enseignant pour quatre enfants pour les plus de deux ans²⁰². Des rencontres mensuelles de parents complètent l'intervention²⁰³.

Le projet de recherche a été réalisé auprès de 65 familles dont les enfants sont à risque de difficultés cognitives en raison de la sous-scolarisation ou de la pauvreté de leurs parents²⁰⁴. L'âge moyen des mères à la naissance de leur enfant est de 22 ans²⁰⁵. Les familles ont été divisées en trois groupes en fonction des services proposés. Le groupe d'intervention reçoit des visites à domicile combinées à l'intégration de l'enfant en service de garde. Le groupe de comparaison bénéficie de visites à domicile seulement, alors que le dernier groupe ne profite d'aucune intervention. Les enfants ont été suivis jusqu'à 36 mois.

¹⁹⁶ Wasik et collab. (1990).

¹⁹⁷ Ramey et collab. (1985).

¹⁹⁸ Ramey et collab. (1985).

¹⁹⁹ Wasik et collab. (1990).

²⁰⁰ Ramey et collab. (1985).

²⁰¹ Ramey et collab. (1985).

²⁰² Ramey et collab. (1985).

²⁰³ Wasik et collab. (1990).

²⁰⁴ Wasik et collab. (1990).

²⁰⁵ Ramey et collab. (1985).

Parent-Child Development Center

Le *Parent-Child Development Center* a pour but de soutenir les familles mexicaines américaines à faible revenu ayant des enfants âgés d'un an.

L'intervention comprend des visites à domicile toutes les deux semaines pendant la première année du programme. À quatre reprises, les familles sont invitées à participer pendant une fin de semaine à des activités de groupe. Pendant la deuxième année, les enfants fréquentent un service de garde deux matins par semaine. Parallèlement, les mères participent à des ateliers d'éducation parentale ou accompagnent leur enfant au service de garde. En soirée, des groupes de parents ainsi que des cours d'anglais sont proposés. Le programme se termine lorsque l'enfant atteint l'âge de trois ans. Les services aux familles sont assurés par des infirmières, des travailleurs communautaires et des éducatrices avec des diplômes avancés en éducation précoce.

Ce modèle d'intervention a été implanté à Houston, aux États-Unis²⁰⁶, auprès de plusieurs cohortes échelonnées sur huit ans. Les études rapportées ici portent sur environ 90 enfants pour le groupe d'intervention et sur 201 enfants pour le groupe contrôle. Les familles sont majoritairement en couple (90 % des cas) et l'âge moyen des mères au début de l'intervention est de 28 ans. Les effets sont mesurés à la fin de l'intervention et jusqu'à 13 ans plus tard.

Objectif 1 : Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

1a) Améliorer les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille

Aucune étude n'aborde cet objectif.

1b) Améliorer les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille

La santé mentale du parent

Un seul programme rapporte des informations sur cette dimension. Les résultats du programme *Early Head Start* ne montrent aucun effet de l'intervention sur le stress parental, les symptômes dépressifs ou les conflits familiaux²⁰⁷.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

²⁰⁶ Des variantes de ce programme ont aussi été offertes à la Nouvelle-Orléans et à Birmingham. Seul le programme de Houston a été retenu pour cet avis, car il a été évalué de façon rigoureuse et possède des caractéristiques pertinentes aux SIPPE.

²⁰⁷ US Department of Health and Human Services (2004).

La santé physique du parent

Seul le programme *Early Head Start* rapporte des résultats sur cette dimension. Les résultats montrent que l'état de santé physique des mères participantes est plus faible que celui des mères du groupe contrôle. La cause de cet effet négatif n'est pas connue²⁰⁸.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

1c) Améliorer la sécurité à domicile

Aménagement sécuritaire de l'environnement

Un seul programme évalue cette dimension. Les auteurs de l'évaluation de *Early Head Start* rapportent que l'intervention n'a pas d'effet sur l'utilisation adéquate du siège de voiture²⁰⁹.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

1d) Favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires

Aucune étude n'aborde cet objectif.

Objectif 2 : Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

2a) Augmenter le taux et la durée de l'allaitement

Aucune étude n'aborde cet objectif.

2b) Développer le lien parent-enfant ou l'attachement

Lien parent-enfant

Deux programmes abordent le lien parent-enfant.



Le programme de Houston du *Parent-Child Development Center* révèle, grâce à des observations d'interactions mère-enfant à la fin de l'intervention, que les mères participant au programme sont plus affectueuses, critiquent moins leur enfant et encouragent davantage leurs vocalisations²¹⁰. En revanche, le programme *Early Head Start* ne permet pas de réduire les interactions dysfonctionnelles entre le parent et l'enfant²¹¹.

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

²⁰⁸ US Department of Health and Human Services (2004).

²⁰⁹ US Department of Health and Human Services (2004).

²¹⁰ Andrews et collab. (1982).

²¹¹ US Department of Health and Human Services (2004).

2c) Diminuer les risques de maltraitance et de négligence envers les enfants

Aucune étude n'aborde cet objectif.

2d) Augmenter et renforcer les pratiques parentales

Pratiques parentales positives

Trois programmes évaluent cette dimension.



Le programme *Early Head Start* témoigne d'un effet favorable sur certains aspects de l'environnement psychosocial et physique de l'enfant. Les parents participants donnent plus de soutien à l'apprentissage et au développement du langage que ceux du groupe contrôle²¹². De plus, ces parents offrent plus de soutien à leur enfant lors d'un jeu semi-structuré et une meilleure qualité de soutien lors d'une tâche de résolution de problème. Ils sont plus nombreux à faire la lecture à leur enfant quotidiennement. Les effets du programme ne sont toutefois pas significatifs en ce qui concerne l'environnement physique, les manifestations de chaleur envers l'enfant, le jeu parent-enfant et le fait d'avoir ou non une heure de coucher et une routine de sommeil régulière²¹³.

Des observations des mères du programme de Houston montrent qu'elles fournissent plus de matériel de jeu approprié, réagissent plus positivement aux demandes de leur enfant et évitent davantage les restrictions et les punitions que celles du groupe contrôle, selon les scores à une mesure de l'environnement psychosocial et physique²¹⁴.

Les résultats du *Project Care* ne dégagent aucune modification aux attitudes parentales des participants (styles parentaux)²¹⁵.

Puisque le programme *Early Head Start* obtient des résultats mixtes, le *Houston* a des effets positifs et le *Project Care* n'a aucun effet, nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Pratiques parentales négatives

Seul le programme *Early Head Start* traite de cet aspect. Bien que les parents participants soient moins nombreux à avoir utilisé la punition corporelle au cours de la dernière semaine, il n'y a aucune différence entre les groupes quant au nombre de parents qui suggèrent une punition corporelle comme méthode de discipline dans un exercice de mise en situation. De plus, il n'y a aucune différence entre le nombre de parents qui proposent seulement des stratégies de discipline douces. Il n'y a aucune différence entre les groupes en ce qui a trait à la rudesse envers l'enfant ainsi que le détachement, le comportement intrusif et la négativité durant des jeux semi-structurés et des tâches de résolution de problème.



²¹² US Department of Health and Human Services (2004).

²¹³ US Department of Health and Human Services (2004).

²¹⁴ Andrews et collab. (1982); Johnson et Breckenridge (1982).

²¹⁵ Wasik et collab. (1990).

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

2e) Stimuler le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants

Le développement cognitif

Plusieurs programmes se penchent sur les répercussions de leur intervention sur le développement cognitif. Ceux-ci indiquent tous des effets positifs, mais les résultats d'un programme révèlent une diminution des effets avec le temps. Nous concluons néanmoins à des effets majoritairement favorables.



À deux et trois ans, les enfants du programme *Early Head Start* obtiennent des scores plus élevés que ceux du groupe contrôle à une échelle de développement cognitif²¹⁶.

À 12, 18, 24 et 36 mois, les enfants du *Project Care* performant mieux, d'après des mesures du développement cognitif, que ceux d'un groupe de comparaison qui reçoivent seulement des visites à domicile et ceux qui ne reçoivent aucune intervention²¹⁷.

Les résultats à un test d'aptitudes auprès d'enfants du groupe d'intervention du programme de Houston montrent un avantage en mathématiques en 5^e et en 7^e année²¹⁸. De plus, à la fin du programme, les enfants du groupe d'intervention obtiennent des scores plus élevés que ceux du groupe contrôle à deux échelles de développement cognitif²¹⁹.

Cependant, à moyen terme, les résultats aux échelles de développement cognitif deviennent plus mitigés; chez les enfants de 4 à 6 ans participant à l'intervention, un effet est obtenu pour les habiletés géométriques seulement, mais pas pour la résolution de problèmes, l'interprétation d'information visuelle ou le score global²²⁰. Entre 6 et 9 ans, ces mêmes enfants obtiennent des scores plus élevés que ceux du groupe contrôle à une échelle mesurant l'habileté à reproduire des patrons avec des blocs²²¹.

Les enfants du groupe expérimental du *Perry Preschool* surpassent ceux du groupe contrôle en ce qui a trait à leur performance à des tests intellectuels de la période préscolaire jusqu'à 7 ans et à des tests de connaissances générales à 9, 10 et 14 ans²²².

Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

²¹⁶ US Department of Health and Human Services (2004).

²¹⁷ Wasik et collab. (1990); Ramey et collab. (1985).

²¹⁸ Johnson et Blumenthal (2004).

²¹⁹ Andrews et collab. (1982).

²²⁰ Walker et Johnson (1988).

²²¹ Walker et Johnson (1988).

²²² Schweinhart (2008).

Le développement langagier

Trois programmes documentent les répercussions de l'intervention sur le développement du langage.



Lorsqu'ils sont âgés de trois ans, les participants au *Early Head Start* obtiennent des scores plus élevés à une échelle de vocabulaire réceptif que les enfants du groupe contrôle²²³.

Les enfants du groupe expérimental du *Perry Preschool* devancent ceux du groupe contrôle, en ce qui a trait à leur développement langagier de la période préscolaire à 7 ans et aux tests de littératie à 19 et 27 ans²²⁴.

Lorsque les enfants du programme de Houston sont âgés de deux ans, on observe une différence entre les scores des deux groupes à une échelle de communication verbale. À la fin du programme, la différence entre les groupes n'est plus significative²²⁵, et ces résultats se maintiennent pour les enfants âgés de 4 à 6 ans et pour ceux âgés de 6 à 9 ans²²⁶. En revanche, quand les enfants sont âgés de 8 à 11 ans, un test d'aptitudes démontre que les enfants participants réussissent mieux que ceux du groupe contrôle sur une échelle de mesure du vocabulaire, de la lecture et du langage, mais pas à l'échelle d'épellation²²⁷. De plus, les résultats à un test d'aptitude des enfants du groupe d'intervention démontrent un avantage en lecture (3^e et 7^e année)²²⁸.

Nous concluons que la majorité des preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement socioaffectif

Deux programmes se penchent sur le développement socioaffectif des enfants.



Les enfants du programme *Perry Preschool* obtiennent de meilleures évaluations des enseignants en ce qui a trait à leur développement émotif et social que les enfants du groupe contrôle en 1^{re} et 2^e année, mais pas à la maternelle ni en 3^e année²²⁹.

Le programme *Early Head Start* n'a aucun effet sur la capacité des jeunes à soutenir leur attention, à faire preuve de persévérance, à engager leur parent et à garder leur calme lors d'une tâche de résolution de problème. De plus, aucun effet n'est observé sur leur capacité à réguler leurs émotions et à s'engager dans une tâche. Par contre, les enfants participant au programme engagent davantage leur parent lors d'un jeu semi-structuré. Ils manifestent significativement moins de négativité envers leur parent lors du même type de jeu et exhibent moins de comportements agressifs en général.

²²³ US Department of Health and Human Services (2004).

²²⁴ Schweinhart (2008).

²²⁵ Andrews et collab. (1982).

²²⁶ Walker et Johnson (1988).

²²⁷ Johnson et Walker (1991).

²²⁸ Johnson et Blumenthal (2004).

²²⁹ Weikart et collab. (1970).

Un programme conclut à des effets majoritairement positifs, alors que l'autre révèle une absence d'effet sur la majorité des variables ciblées. Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Les problèmes de comportement durant l'enfance (5-12 ans)

Deux programmes analysent le comportement de l'enfant au-delà de la période préscolaire.



Chez les participants au programme *Perry Preschool*, les enseignants rapportent significativement moins de comportements problématiques ou antisociaux à l'école, et ce, de la maternelle à la 3^e année²³⁰.

D'après une entrevue structurée avec les parents, effectuée entre un et cinq ans après la fin du programme, les garçons participant au *Houston* récoltent des scores plus bas que ceux du groupe contrôle, quant au comportement destructif et au taux élevé d'activité, et manifestent une meilleure sensibilité affective²³¹. Par contre, le programme n'a pas d'effet sur d'autres comportements, notamment mentir, attirer l'attention en se comportant incorrectement, avoir un comportement extroverti et manifester des problèmes de caractère, de somatisation ou de dépendance²³².

Lorsque les jeunes des deux sexes atteignent l'âge de 8 à 11 ans, les questionnaires remplis par les enseignantes démontrent un effet significatif du programme sur certains comportements agressifs dont l'impulsivité, l'obstination, l'agitation et la participation à des bagarres²³³. Les résultats indiquent aussi que les jeunes participants présentent moins d'hostilité et font preuve de plus d'égards envers les autres. Par contre, le programme n'a aucun effet sur l'humeur ou sur les difficultés d'apprentissage²³⁴. À plus long terme, lorsque les enfants sont âgés de 9 à 16 ans, il n'y a aucune différence sur une mesure du comportement en classe²³⁵.

Nous concluons que la majorité des preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Parcours scolaire des enfants

Deux programmes s'attardent à cette dimension.



Jusqu'à la 4^e année du primaire, les enfants du groupe expérimental du *Perry Preschool* sont moins souvent placés dans des classes spéciales ou ont moins souvent doublé une année scolaire²³⁶. De plus, les participants passent deux fois moins de temps dans des programmes spéciaux que les jeunes du groupe

²³⁰ Schweinhart (2007).

²³¹ Johnson et Breckenridge (1982).

²³² Johnson et Breckenridge (1982).

²³³ Johnson et Walker (1987).

²³⁴ Johnson et Walker (1987).

²³⁵ Johnson et Blumenthal (2004).

²³⁶ Berrueta-Clement et collab. (1984).

contrôle²³⁷. D'ailleurs, à 19 ans²³⁸ comme à 27 ans, ils obtiennent de meilleurs résultats²³⁹ et terminent plus souvent leurs études secondaires²⁴⁰ que ceux du groupe contrôle. À 27 ans, les participants à ce programme auront réussi une année de scolarité de plus en moyenne que les jeunes du groupe contrôle²⁴¹.

Les résultats du programme de Houston, lorsque les enfants sont âgés de 8 à 11 ans, ne révèlent aucune différence entre les groupes en ce qui concerne l'utilisation de services éducatifs spécialisés ou le redoublement d'années scolaires²⁴².

À plus long terme, les enfants de 9 à 16 ans ayant participé à ce programme ne sont pas plus nombreux à satisfaire aux exigences scolaires. Ils redoublent et sont placés en classe spéciale autant que les enfants du groupe contrôle²⁴³.

Un programme conclut à des effets positifs, alors que l'autre révèle une absence d'effet. Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

L'intégration socioprofessionnelle du jeune devenu adulte

Seul le programme *Perry Preschool* traite de cette dimension. Les résultats révèlent que plus de participants âgés de 40 ans sont à l'emploi que les adultes du groupe contrôle²⁴⁴.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Autonomie financière du jeune devenu adulte

Un seul programme analyse l'autonomie financière des participants. Plus d'adultes de 40 ans du groupe expérimental du *Perry Preschool* possèdent une maison, une voiture et un compte d'épargne, en comparaison avec le groupe contrôle²⁴⁵. Ils gagnent également un revenu moyen plus élevé à 27 et à 40 ans²⁴⁶.



²³⁷ Schweinhart (2003).

²³⁸ Berrueta-Clement et collab. (1984).

²³⁹ Promising Practices Network (2008a).

²⁴⁰ Schweinhart (2008).

²⁴¹ Coalition for Evidence-based policy (2008).

²⁴² Johnson et Walker (1991).

²⁴³ Johnson et Blumenthal (2004).

²⁴⁴ Schweinhart (2008).

²⁴⁵ Schweinhart (2008).

²⁴⁶ Schweinhart (2008).

Selon les dossiers des services sociaux et les informations autorapportées à 27 ans, un nombre moindre de participants au programme reçoivent de l'aide financière de l'état ou d'autres services sociaux visant à les soutenir financièrement que ceux du groupe contrôle²⁴⁷. À l'âge de 40 ans, moins de participants au programme *Perry Preschool* ont reçu l'aide de l'état au cours des dix dernières années²⁴⁸.

Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Maternité et grossesses subséquentes du jeune devenu adulte

Seul le programme *Perry Preschool* fait le suivi de cet aspect. Lors du suivi des adultes à 27 ans, moins de femmes du groupe expérimental donnent naissance à un enfant pendant l'adolescence ou hors mariage²⁴⁹.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Problèmes de comportement et criminalité du jeune devenu adulte

Seul le programme *Perry Preschool* traite de cet aspect et révèle surtout des effets positifs. Les résultats montrent qu'il existe des différences significatives chez le groupe expérimental du *Perry Preschool* quant à leurs arrestations liées à des crimes violents, à la propriété ou à la drogue au cours de leur vie, selon les données colligées dans les bases de données criminelles²⁵⁰. Cependant, il n'y a pas de différence entre les groupes quant au nombre d'arrestations que les participants rapportent eux-mêmes à 27 ans et entre 28 et 40 ans²⁵¹.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

²⁴⁷ Schweinhart (2003).

²⁴⁸ Coalition for Evidence-based policy (2008).

²⁴⁹ Coalition for Evidence-based policy (2008).

²⁵⁰ Schweinhart (2008).

²⁵¹ Schweinhart (2007).

Objectif 3 : Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

3a) Renforcer les réseaux de soutien social

Présence d'un réseau informel de soutien

Seul le programme *Early Head Start* apporte un éclairage sur la présence masculine. Les auteurs affirment qu'il n'y a aucun lien entre la participation des mères au programme et le fait d'être mariée avec le père biologique de l'enfant ou de vivre avec lui. La présence masculine dans la vie de l'enfant, qu'il s'agisse du père biologique ou d'un autre homme, n'est pas influencée par la participation au programme.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

3b) Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents selon leur projet de vie

Grossesses et naissances subséquentes de la mère

Un seul programme fournit des informations à cet égard. Le programme *Early Head Start* n'a eu aucun effet sur le taux de naissances subséquentes deux ans après le début de l'intervention.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

L'autonomie financière

Un seul programme informe sur cette dimension. Les participants au programme *Early Head Start* ne sont pas moins nombreux que les familles du groupe contrôle à bénéficier de l'assistance sociale pendant la durée du programme²⁵².



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

L'intégration scolaire et professionnelle des mères

Un programme analyse cette dimension. Les parents participant au *Early Head Start* sont significativement plus nombreux que les parents du groupe contrôle à s'inscrire à un programme vocationnel²⁵³. Ils occupent plus souvent un emploi²⁵⁴.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le tableau 8 présente la synthèse des effets de l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des visites à domicile chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité.

²⁵² US Department of Health and Human Services (2004).

²⁵³ US Department of Health and Human Services (2004).

²⁵⁴ US Department of Health and Human Services (2004).

Tableau 8 Les effets de l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des visites à domicile chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité

Les objectifs SIPPE	Preuves concluantes  ou   *	Preuves contradictoires  	Preuves non concluantes  ou  	Preuves insuffisantes 
Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.			<ul style="list-style-type: none"> • Santé mentale du parent • Santé physique du parent • Aménagement sécuritaire de l'environnement 	
Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.	<ul style="list-style-type: none"> • Développement cognitif • Développement langagier • Problèmes de comportement durant l'enfance (5-12 ans) • Intégration socioprofessionnelle du jeune devenu adulte • Autonomie financière du jeune devenu adulte • Maternité et grossesses subséquentes du jeune devenu adulte • Problèmes de comportement et criminalité du jeune devenu adulte 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement socioaffectif • Parcours scolaire des enfants • Lien parent-enfant • Pratiques parentales positives 	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques parentales négatives 	
Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration socioprofessionnelle des mères 		<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un réseau informel de soutien • Grossesses et naissances subséquentes • Autonomie financière 	

* Les résultats qui obtiennent deux pouces sont en gras.

Ce qu'il faut retenir...

Les programmes qui combinent l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant et des visites à domicile sont un moyen efficace à court et à long terme de soutenir les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, car ils permettent d'atteindre plusieurs objectifs des SIPPE. Plus précisément, ces programmes ont des effets positifs sur les indicateurs suivants :

- le développement cognitif et langagier;
- les problèmes de comportement durant l'enfance (5-12 ans);
- l'intégration socioprofessionnelle du jeune devenu adulte;
- l'autonomie financière du jeune devenu adulte;
- la maternité et les grossesses subséquentes de la jeune devenue adulte;
- les problèmes de comportement et de criminalité du jeune devenu adulte;
- l'intégration socioprofessionnelle des mères.

D'autres études sont nécessaires pour évaluer plus en profondeur l'effet de l'intervention éducative précoce combinée à des visites à domicile sur l'ensemble des objectifs pour cette clientèle et pour définir clairement les effets isolés des services de garde et des visites à domicile dans ce type d'intervention.

4.1.2.2 Conditions de succès

Deux conditions de succès émergent des études sur l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée aux visites à domicile.

Une intervention sur mesure

Le programme *Early Head Start* a été analysé de façon à déterminer quelles caractéristiques des programmes sont associées aux résultats les plus positifs. Il semble que les effets bénéfiques soient plus nombreux et d'une plus grande ampleur lorsque le modèle mixte est implanté, c'est-à-dire le modèle qui permet d'offrir en priorité soit les visites à domicile, soit le service de garde éducatif, soit les deux en fonction des besoins des familles. Il n'est pas facile de déterminer, cependant, si ces résultats sont dus au fait que ce modèle permet l'accès à une gamme de services, une certaine flexibilité dans le choix des services ou au fait que ces familles ont tendance à maintenir leur participation au programme pendant plus longtemps que celles qui ont accès au modèle qui priorise l'un ou l'autre des services²⁵⁵.

La qualité de l'implantation

Par ailleurs, dans les sites où le programme *Early Head Start* est implanté de façon à respecter tous les critères de qualité du programme, les effets bénéfiques observés sont plus nombreux et d'une plus grande ampleur²⁵⁶. D'autres analyses du suivi effectué quand les

²⁵⁵ Love et collab. (2005).

²⁵⁶ Love et collab. (2005).

enfants atteignent l'âge de cinq ans sont en cours. Elles permettront de cerner avec plus d'exactitude les composantes du programme associées à des résultats positifs²⁵⁷.

4.1.3 L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des groupes de parents

Une autre combinaison d'interventions auprès des familles dont la mère est âgée de 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité consiste en une intervention éducative précoce auprès de l'enfant et de rencontres de groupe régulières pour les parents (ex. : rencontres d'une demi-journée par semaine, ateliers parentaux). Des visites à domicile peuvent s'ajouter à l'occasion, mais l'aspect principal de l'intervention avec les parents demeure les rencontres de groupe.

4.1.3.1 L'efficacité

Trois programmes composent cette catégorie. Les études évaluatives de ces programmes sont des études quasi expérimentales dans les cas du *Chicago Child Parent Center Program* et de *Head Start*. Dans le cas d'*Abecedarian*, il s'agit d'une étude avec essai randomisé.

Qualité de la preuve : ②

Chicago Child-Parent Center Program

Le but du programme *Chicago Child-Parent Center* est de promouvoir le développement cognitif et socioaffectif des enfants de trois à neuf ans par la participation des parents à l'éducation de leur enfant. Il vise les familles à faible revenu vivant dans des quartiers pauvres de Chicago.

Le programme éducatif pour l'enfant met l'accent sur l'acquisition d'habiletés langagières et mathématiques à l'aide d'activités structurées. Il se déroule principalement dans les centres parent-enfant conçus pour ce programme, dont 18 sont situés dans des bâtiments proches d'écoles élémentaires et 6, à l'intérieur d'une école. Les enfants fréquentent ces centres pendant cinq demi-journées par semaine durant la période préscolaire (3-4 ans) et pendant cinq demi-journées ou cinq journées complètes par semaine à la maternelle (5 ans). Des services de santé et de nutrition incluant l'accès à un orthophoniste et des repas sont aussi proposés. Pour atteindre ses objectifs, le programme mise également sur un faible ratio enfants-professeurs. Un deuxième volet du programme se poursuit de la première à la troisième année scolaire.

Les parents doivent participer à un minimum d'une demi-journée d'activités par semaine (rencontres d'information, activités avec les enfants, etc.). Ils peuvent bénéficier du soutien d'un conseiller scolaire²⁵⁸. Le programme offre aussi des visites à domicile, mais la fréquence et la nature de celles-ci ne sont pas spécifiées.

²⁵⁷ Administration for Children and Families (2006).

²⁵⁸ Miedel et Reynolds (1999).

L'évaluation du programme vise 1539 enfants, dont 93 % sont Afro-Américains et nés en 1980. De ces enfants, 989 participent au programme et 550 forment le groupe contrôle. L'analyse des effets débute lorsque les enfants ont 5 ans et se poursuit jusqu'à 24 ans.

Même si les études sur le *Chicago Child-Parent Center* portent sur la comparaison de l'efficacité de trois types de participation au programme (volet préscolaire seulement, volet d'âge scolaire seulement ou une combinaison des deux volets), les résultats rapportés ici se limitent aux effets du volet préscolaire.

Head Start

Le programme *Head Start* a pour but de soutenir le développement intellectuel, social et affectif des enfants de trois et quatre ans de milieux défavorisés afin de les préparer à leur entrée à l'école.

Il s'agit d'un programme implanté dans plusieurs endroits aux États-Unis. Il offre un service de garde (environ 95 % de ces services suivent un curriculum précis tel que celui de *High-Scope Perry Preschool*), des activités facilitant l'implication des parents dans les apprentissages de leur enfant, des ateliers éducatifs pour les parents, une gamme de services sociaux et de santé et, enfin, au moins deux visites à domicile par année. L'intensité des composantes du programme et la fréquence des activités peuvent varier d'un site à l'autre.

Une évaluation nationale a été réalisée en 2002 auprès de 383 sites représentant environ 5000 enfants. Tous les participants vivent d'un faible revenu. Parmi les familles participant à l'évaluation, 37 % sont des mères adolescentes et environ 12 % des enfants présentent des besoins spéciaux. Dans environ 50 % des cas, l'enfant vit avec ses deux parents. Environ 25 % des participants sont Caucasiens, 32 % sont Afro-Américains et 36 % sont Hispaniques. Les autres groupes ethniques représentent environ 5 % de l'échantillon.

Les enfants sont divisés en deux cohortes : ceux admis au programme à l'âge de trois ans et ceux admis à l'âge de quatre ans, pour une durée d'un an. Les résultats de ces deux cohortes sont présentés séparément lorsqu'ils ne concordent pas.

Abecedarian

Le programme *Abecedarian* a pour but de préparer les enfants défavorisés à l'entrée à l'école afin de réduire les effets néfastes de la pauvreté.

Le programme offre un service de garde à temps plein toute l'année aux enfants dès l'âge de six semaines et se poursuit jusqu'à l'âge de cinq ans. Les enfants du groupe contrôle reçoivent uniquement des suppléments nutritionnels. Les parents du groupe expérimental sont encouragés à s'impliquer dans le service de garde, à suivre des ateliers en groupe (sur la nutrition, la gestion du comportement des enfants, des questions légales, la fabrication de jouets, etc.) ainsi qu'à participer à des activités sociales du centre. La fréquence des activités parentales n'est pas précisée. Un volet scolaire de l'intervention a aussi été mis sur pied et évalué, mais les résultats présentés ici n'en tiennent pas compte.

L'évaluation du programme s'est déroulée en Caroline du Nord, aux États-Unis, entre 1972 et 1977 avec 111 enfants, dont 57 profitent de l'intervention. Les mères subsistent avec un faible revenu et 98 % d'entre elles sont Afro-Américaines. Environ 30 % des familles sont composées de deux parents; les autres familles sont multigénérationnelles (ex. : présence d'un des grands-parents) ou monoparentales. La moyenne d'âge des mères est de 20 ans. Leur QI moyen est de 85.

Les résultats proviennent d'études qui rapportent les effets du programme à la fin de l'intervention (quand les enfants sont âgés de 5 ans), ainsi qu'aux suivis effectués quand les enfants atteignent l'âge de 8, 12, 15 et 21 ans.

Objectif 1 : Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

1a) Améliorer les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille

Aucune étude n'aborde cet objectif.

1b) Améliorer les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille

La santé physique de l'enfant

Seul le programme *Head Start* évalue la santé des enfants. D'après les rapports des parents, les enfants de 3 ans qui participent au programme possèdent une meilleure santé que ceux du groupe contrôle, mais cet effet n'est pas observé dans la cohorte de 4 ans. Par ailleurs, il n'y a pas de différence entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en ce qui concerne la présence d'une condition de santé requérant des soins continus²⁵⁹.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

L'utilisation des mesures préventives pour l'enfant

Un seul programme aborde cet indicateur. Les parents participant au programme *Head Start* rapportent que leurs enfants reçoivent plus de soins dentaires que ceux du groupe contrôle²⁶⁰.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

1c) Améliorer la sécurité à domicile

Les blessures non intentionnelles

Seul le programme *Head Start* traite des blessures non intentionnelles. Il n'y a aucun effet de l'intervention en ce qui a trait à la sécurité à domicile (ex. : superviser l'enfant pendant son bain, ranger les médicaments et les



²⁵⁹ US Department of Health and Human Services (2005).

²⁶⁰ US Department of Health and Human Services (2005).

produits nettoyants hors de la portée des enfants). Ceci s'explique en partie par le fait que les parents ont généralement des pratiques sécuritaires au moment du prétest. Par ailleurs, le programme *Head Start* n'a aucun effet sur le fait d'avoir reçu un traitement médical pour une blessure²⁶¹.

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

1d) Favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires

Aucune étude n'aborde cet objectif.

Objectif 2 : Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

2a) Augmenter le taux et la durée de l'allaitement

Aucune étude n'aborde cet objectif.

2b) Développer et renforcer le lien d'attachement parent-enfant

Aucune étude n'aborde cet objectif.

2c) Diminuer les risques de maltraitance et de négligence envers les enfants

Aucune étude n'aborde cet objectif.

2d) Augmenter et renforcer les pratiques parentales

Les pratiques parentales positives

Un seul programme analyse les pratiques parentales positives. D'après des mesures autorapportées, les parents qui participent au *Head Start* passent significativement plus de temps à faire la lecture à leur enfant que les parents du groupe contrôle. De plus, les parents des enfants de la cohorte de trois ans rapportent effectuer plus d'activités culturelles que ceux du groupe contrôle (ex. : aller au musée ou au zoo)²⁶².



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Les pratiques parentales négatives

Seul le programme *Head Start* traite des pratiques parentales négatives. Dans une des deux cohortes, les parents utilisent moins souvent des punitions corporelles que les parents du groupe contrôle, mais l'intervention n'a pas d'effet sur l'autre cohorte²⁶³.



Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

²⁶¹ US Department of Health and Human Services (2005).

²⁶² US Department of Health and Human Services (2005).

²⁶³ US Department of Health and Human Services (2005).

2e) Stimuler le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants

Le développement cognitif

Trois programmes étudient les effets de l'intervention sur le développement cognitif. 

À l'entrée à la maternelle, les enfants du *Chicago Child-Parent Center* sont mieux préparés sur le plan cognitif que ceux du groupe contrôle selon une échelle de préparation à l'école²⁶⁴. En 4^e, 6^e et 8^e année, les résultats à un test d'habileté en mathématiques sont supérieurs chez les enfants participant au programme²⁶⁵.

Les participants à l'*Abecedarian* obtiennent des scores plus élevés à des tests d'intelligence que les enfants du groupe contrôle, et ce, à la majorité des temps de mesure²⁶⁶. Au suivi effectué à l'âge de 8 ans, le programme a toujours un effet sur les scores des participants à des tests de QI²⁶⁷. Quand les enfants atteignent l'âge de 12 ans, néanmoins, les scores à une échelle non verbale de QI et sur des mesures d'habiletés en mathématiques et de connaissances ne révèlent aucune différence entre les groupes²⁶⁸. À 15 ans, il n'y a pas non plus de différence entre les groupes sur aucune mesure de QI. À 21 ans, les scores s'avèrent meilleurs à une sous-échelle d'une mesure d'habiletés mathématiques (calcul), mais pas à une sous-échelle de problèmes pratiques ni à l'échelle non verbale d'une mesure du QI²⁶⁹.

Quant aux enfants du programme *Head Start*, ils n'ont pas de meilleurs scores que les enfants du groupe contrôle à deux échelles mesurant des habiletés mathématiques de base²⁷⁰.

À la lumière des résultats généralement positifs à court et à moyen terme pour deux des trois programmes, nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement langagier

Trois programmes analysent le développement du langage. 

En 4^e, 6^e et 8^e année, les résultats à un test de lecture des enfants du *Chicago Child-Parent Center* sont significativement supérieurs à ceux du groupe contrôle²⁷¹.

²⁶⁴ Reynolds et Temple (1995).

²⁶⁵ Reynolds (2000), Reynolds (1997).

²⁶⁶ Martin et collab. (1990); Ramey et Campbell (1984).

²⁶⁷ Ramey et Campbell (1991).

²⁶⁸ Campbell et Ramey (1994).

²⁶⁹ Campbell et collab. (2002).

²⁷⁰ US Department of Health and Human Services (2005).

²⁷¹ Reynolds (2000); Reynolds (1997).

Les habiletés des enfants du programme *Head Start* en prélecture sont meilleures que celles du groupe contrôle d'après un test standardisé et une échelle remplie par les parents²⁷². Par contre, en ce qui concerne des échelles standardisées de préécriture et une mesure de sensibilité phonologique (habileté associée à la lecture), les enfants participants ne réussissent pas davantage que ceux du groupe contrôle²⁷³. Au niveau du vocabulaire, les enfants de la cohorte de trois ans présentent de meilleurs scores à une échelle de vocabulaire réceptif et à une échelle de mesure de leur capacité à nommer des couleurs²⁷⁴.

Au suivi effectué à l'âge de 12 ans, les participants de l'*Abecedarian* atteignent des scores plus élevés à un test de QI au niveau des habiletés verbales²⁷⁵. Un test d'habiletés scolaires à 12 et à 15 ans démontre aussi des effets de l'intervention sur la lecture, mais pas sur l'écriture²⁷⁶.

À 21 ans, les scores des jeunes adultes participants sont meilleurs à une échelle d'habiletés en lecture, mais pas à une échelle de compréhension²⁷⁷. Par ailleurs, les analyses à cet âge révèlent une association significative entre la participation au programme et des scores plus élevés à une échelle de QI verbale²⁷⁸.

Les résultats s'avèrent majoritairement positifs à court, moyen et long terme et nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement socioaffectif

Deux programmes évaluent cet aspect du développement. Dans un cas, les résultats sont mixtes. Dans l'autre cas, les auteurs ne trouvent aucun effet positif.



Une évaluation de l'effet du *Chicago Child-Parent Center* sur le sentiment d'autoefficacité des jeunes participants mesuré à 9, 11 et 12 ans n'indique aucune différence entre les participants et le groupe contrôle²⁷⁹. Par contre, il y a un effet sur l'adaptation à l'école (ex. : suivre les règlements) à l'âge de 7, 8, 9, 11 et 12 ans²⁸⁰. De plus, à 12-13 ans, les enfants participant au programme présentent de meilleurs scores à une échelle d'évaluation globale de compétence sociale et affective ainsi qu'à un test d'habiletés démontrant de l'assurance dans des situations sociales particulières²⁸¹. Cependant, aucune différence n'est constatée lorsque sont évaluées plus spécifiquement les

²⁷² US Department of Health and Human Services (2005).

²⁷³ US Department of Health and Human Services (2005).

²⁷⁴ US Department of Health and Human Services (2005).

²⁷⁵ Campbell et Ramey (1994).

²⁷⁶ Campbell et Ramey (1994); Campbell et Ramey (1995).

²⁷⁷ Campbell et collab. (2002).

²⁷⁸ Campbell et collab. (2002).

²⁷⁹ Niles et collab. (2006).

²⁸⁰ Niles et collab. (2006).

²⁸¹ Niles et collab. (2006).

capacités de se concentrer sur une tâche et de la finaliser, les habiletés sociales dans des relations positives avec les pairs, la capacité de régler différents problèmes et la capacité de tolérer la frustration²⁸².

Chez les enfants participant au programme *Head Start*, il n'y a aucun effet du programme sur les habiletés sociales et sur l'attitude positive envers l'apprentissage d'après des échelles de mesure remplies par les parents²⁸³.

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Les problèmes de comportement durant la petite enfance (0-5 ans)

Deux programmes traitent des problèmes de comportement.



Les enfants d'une des deux cohortes du programme *Head Start* manifestent moins de comportements problématiques et d'hyperactivité que les enfants du groupe contrôle d'après des échelles remplies par les parents. En outre, aucun effet n'est identifié en ce qui concerne les comportements agressifs, toujours d'après des échelles de mesure remplies par les parents²⁸⁴.

Le programme *Abecedarian* n'a aucun effet sur les problèmes de comportement des enfants à l'âge de 8 ans, comme cela est rapporté par les enseignants et les parents²⁸⁵.

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Le parcours scolaire des enfants

Deux programmes abordent le parcours scolaire.



Au suivi effectué à l'âge de 8 ans, les enfants de l'*Abecedarian* sont moins nombreux à redoubler pendant les trois premières années de l'école primaire²⁸⁶. L'intervention n'a pas d'effet sur le taux de redoublement ou sur l'utilisation de services d'éducation spécialisée à 12 ans²⁸⁷, mais à 15 ans, des effets positifs sont obtenus sur ces mêmes variables²⁸⁸. À 21 ans, les participants ont étudié plus longtemps et sont plus nombreux que les jeunes du groupe contrôle à être encore aux études au moment du suivi²⁸⁹.

Les participants du *Chicago Child-Parent Center*, à l'âge de 13 ans ainsi qu'à 20 ans, ont passé en moyenne moins d'années en éducation spécialisée que ceux du groupe contrôle²⁹⁰. De plus, les études démontrent qu'à 20 ans et à

²⁸² Niles et collab. (2006).

²⁸³ US Department of Health and Human Services (2005).

²⁸⁴ US Department of Health and Human Services (2005).

²⁸⁵ Ramey et Campbell (1991).

²⁸⁶ Ramey et Campbell (1991).

²⁸⁷ Campbell et Ramey (1994).

²⁸⁸ Campbell et Ramey (1995).

²⁸⁹ Campbell et collab. (2002).

²⁹⁰ Reynolds (1997); Reynolds et collab. (2001).

24 ans, les enfants de ce programme sont plus nombreux à obtenir un diplôme, moins nombreux à décrocher et comptent plus d'années d'éducation que ceux du groupe contrôle²⁹¹.

Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

L'intégration socioprofessionnelle du jeune devenu adulte

Deux programmes se sont intéressés à l'emploi.



L'intervention de l'*Abecedarian* n'a pas d'effet sur l'obtention d'un emploi à 21 ans. Cependant, parmi les jeunes qui ont un, celui-ci requiert plus souvent une formation²⁹².

À l'âge de 24 ans, les participants du *Chicago Child-Parent Center* ont un parcours d'emploi plus stable et sont plus nombreux à avoir fait des études collégiales que les jeunes du groupe contrôle²⁹³.

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

La santé mentale du jeune devenu adulte

Seul le programme de *Chicago Child-Parent Center* aborde la question de la santé mentale. À 24 ans, les participants présentent moins souvent des symptômes de dépression que ceux du groupe contrôle²⁹⁴.



Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Les problèmes de comportement et la criminalité du jeune devenu adulte

Deux programmes abordent cette dimension. Les résultats s'avèrent majoritairement positifs.



Les enfants participant au programme *Chicago Child-Parent Center* présentent, à 20 ans, un taux moins élevé d'arrestations juvéniles et d'arrestations multiples ou d'arrêts pour violence que ceux du groupe contrôle²⁹⁵. À l'âge de 24 ans, ces jeunes obtiennent un taux moins élevé d'arrestations pour des délits et moins d'incarcérations. Néanmoins, on n'observe aucune différence entre les groupes pour les arrestations impliquant de la violence ou pour l'utilisation de substances illicites²⁹⁶.

À l'âge de 21 ans, les participants de l'*Abecedarian* sont moins nombreux à avoir consommé de la marijuana au cours des 30 jours précédents²⁹⁷.

²⁹¹ Reynolds et collab. (2001); Reynolds et collab. (2007).

²⁹² Campbell et collab. (2002).

²⁹³ Reynolds et collab. (2007).

²⁹⁴ Reynolds et collab. (2007).

²⁹⁵ Reynolds et collab. (2001).

²⁹⁶ Reynolds et collab. (2007).

²⁹⁷ Campbell et collab. (2002).

Les résultats s'avérant majoritairement positifs, nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

L'autonomie financière du jeune devenu adulte

Deux programmes analysent les impacts financiers de l'intervention.



À 21 ans, les participants de l'*Abecedarian* ne sont pas plus autonomes financièrement que les adultes du groupe contrôle²⁹⁸.

À 24 ans, les participants au *Chicago Child-Parent Center* ne sont pas plus autonomes financièrement que les adultes du groupe contrôle quant au recours à l'assistance temporaire pour les familles en besoin et à *Medicaid*²⁹⁹.

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Maternité à l'adolescence

Deux programmes évaluent cette dimension.



Le programme *Abecedarian* a eu pour effet de retarder la naissance d'enfants d'après le suivi effectué à l'âge de 21 ans³⁰⁰. Les participants sont plus âgés à la naissance de leur premier enfant que ceux du groupe contrôle.

Selon le suivi du programme *Chicago Child-Parent Center* effectué à l'âge de 24 ans, il n'y a pas de différence entre les groupes quant au taux de natalité à l'adolescence³⁰¹.

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Objectif 3 : Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

3a) Renforcer les réseaux de soutien social

Aucune étude n'aborde cet objectif.

3b) Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents selon leur projet de vie

L'intégration scolaire et professionnelle des mères

Un seul programme aborde cet indicateur. Le programme *Abecedarian* n'a aucun effet sur le niveau de scolarité ou l'emploi des mères³⁰².



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

²⁹⁸ Campbell et collab. (2002).

²⁹⁹ Reynolds et collab. (2007).

³⁰⁰ Campbell et collab. (2002).

³⁰¹ Reynolds et collab. (2007).

³⁰² Ramey et collab. (2000).

L'autonomie financière des mères

Un seul programme analyse la situation financière des mères. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative pour les parents participant au programme *Head Start* quant à l'utilisation de l'assistance temporaire pour les besoins familiaux (aide sociale) et de *Medicaid*. Dans le même sens, les enfants participant à ce programme ne sont pas plus susceptibles que ceux du groupe contrôle de bénéficier d'une assurance médicale³⁰³.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Le tableau 9 présente la synthèse des effets des interventions éducatives précoces auprès de l'enfant combinées à des groupes de parents chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité.

³⁰³ US Department of Health and Human Services (2005).

Tableau 9 Les effets des interventions éducatives précoces auprès de l'enfant combinées à des groupes de parents chez les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité

Les objectifs SIPPE	Preuves concluantes  ou   *	Preuves contradictoires  	Preuves non concluantes  ou  	Preuves insuffisantes 
Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des mesures préventives pour l'enfant 		<ul style="list-style-type: none"> Santé physique de l'enfant Blessures non intentionnelles 	
Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.	<ul style="list-style-type: none"> Pratiques parentales positives Développement cognitif Développement langagier Parcours scolaire des enfants Santé mentale du jeune devenu adulte Problèmes de comportement et de criminalité du jeune devenu adulte 	<ul style="list-style-type: none"> Développement socioaffectif Intégration socioprofessionnelle du jeune devenu adulte Maternité à l'adolescence 	<ul style="list-style-type: none"> Problèmes de comportement durant la petite enfance (0-5 ans) Autonomie financière du jeune devenu adulte 	<ul style="list-style-type: none"> Pratiques parentales négatives
Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.			<ul style="list-style-type: none"> Intégration scolaire et professionnelle des mères 	

* Les résultats qui obtiennent deux pouces sont en gras.

Ce qu'il faut retenir...

Les programmes qui combinent l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant à des groupes de parents ont des effets bénéfiques pour les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, car ils permettent d'atteindre certains objectifs des SIPPE, en particulier ceux qui sont liés aux enfants.

Plus spécifiquement, ce type d'intervention a des effets positifs à court et à long terme sur les indicateurs suivants :

- l'utilisation des mesures préventives pour l'enfant;
- les pratiques parentales positives;
- le développement cognitif et langagier;
- le parcours scolaire des enfants;
- la santé mentale du jeune devenu adulte;
- les problèmes de comportement et de criminalité du jeune devenu adulte.

D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer plus en profondeur l'effet de l'intervention éducative précoce combinée à des groupes de parents sur l'ensemble des objectifs des SIPPE pour cette clientèle et de mesurer la contribution unique des groupes de parents dans ce type d'intervention.

4.1.3.2 Conditions de succès

Une seule condition de succès émerge des études sur des interventions éducatives précoces auprès de l'enfant combinées aux groupes de parents.

L'intensité de la participation

L'intensité de la participation des parents au programme *Chicago Child-Parent Center*³⁰⁴ semble déterminante. Par exemple, une participation hebdomadaire des parents à ce programme est associée à un taux moins élevé de redoublement chez l'enfant. De plus, le nombre d'activités auxquelles les parents participent est associé à une meilleure performance en lecture de l'enfant, à moins de redoublement et à une réduction du nombre d'années passées en éducation spécialisée.

4.1.4 Conclusion

L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée aux visites à domicile ou aux groupes de parents obtient des effets positifs à court et à long terme. Elle a des effets bénéfiques sur plusieurs sphères du développement des enfants et sur certains aspects de leur fonctionnement pendant les années scolaires et à l'âge adulte. Il est cependant difficile de statuer laquelle des deux combinaisons d'interventions est la plus efficace pour atteindre les objectifs des SIPPE.

³⁰⁴ Miedel et Reynolds (1999).

4.2 LES FAMILLES DONT LA MÈRE A MOINS DE 20 ANS

4.2.1 La pertinence

Comme il est mentionné dans la section de cet avis sur les visites à domicile, les parents très jeunes cumulent des facteurs de risque importants³⁰⁵, ce qui peut nuire au développement de leurs enfants³⁰⁶. De même, ils ont particulièrement besoin de soutien, en raison de leurs propres besoins développementaux³⁰⁷. Selon les auteurs de l'évaluation du programme *Early Head Start*, le fait que les jeunes parents présentent généralement plus de facteurs de risque que les parents plus âgés laisserait penser qu'ils peuvent bénéficier d'un tel programme dans une plus grande mesure. Or, les intervenants du programme constatent que leur immaturité rend la tâche de les soutenir plus difficile³⁰⁸.

Par ailleurs, un programme global qui regroupe plusieurs services, y compris un service de garde, serait vraisemblablement adapté aux besoins de cette clientèle qui a besoin de soutien parental. De plus, la possibilité d'inscrire leur enfant dans un service de garde peut contribuer à faciliter la poursuite des études secondaires³⁰⁹.

En dépit de la pertinence apparente de programmes à plusieurs composantes pour soutenir les jeunes parents tout en intervenant directement auprès de leurs enfants, peu de recherche est menée sur l'efficacité de ce type de programme auprès de cette clientèle. Quoiqu'elle fasse souvent partie de la population ciblée par les programmes d'intervention en raison du nombre de facteurs de risque qu'elle cumule³¹⁰, les résultats qui s'y rapportent ne sont pas toujours analysés séparément de ceux des parents plus âgés³¹¹.

4.2.2 L'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée aux visites à domicile

Une combinaison d'interventions auprès des familles dont la mère a moins de 20 ans consiste en interventions éducatives précoces pour stimuler le développement de l'enfant jumelées à des visites à domicile régulières, auxquelles peuvent s'ajouter des groupes de parents. Cependant, l'intervention principale auprès des parents dans les études recensées ici demeure les visites à domicile.

4.2.2.1 L'efficacité

Deux programmes analysent les impacts de leurs interventions combinées auprès d'une clientèle de mères de moins de 20 ans. Ces programmes sont évalués par une étude quasi expérimentale et une étude avec devis randomisé.

Qualité de la preuve : ②

³⁰⁵ Harden et collab. (2006).

³⁰⁶ Swann et collab. (2003).

³⁰⁷ Moore et Brooks-Gunn (2002).

³⁰⁸ US Department of Health and Human Services (2004).

³⁰⁹ US Department of Health and Human Services (2004), Brooks-Gunn et collab. (2000).

³¹⁰ Harden et collab. (2006).

³¹¹ Kearney et collab. (2000).

Le Family Development Research Program de l'Université de Syracuse, New York (Syracuse)

Le programme de Syracuse vise à améliorer le développement cognitif et affectif de l'enfant, à augmenter son estime de soi et à diminuer la délinquance juvénile. Il cible les familles dont la mère est jeune (l'âge moyen est de 18 ans), pauvre, sous-scolarisée et sans histoire d'emploi ou d'emploi qualifié³¹².

Ce programme propose des visites à domicile hebdomadaires, par l'entremise de paraprofessionnelles formées et supervisées, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 5 ans. Ces visites soutiennent la mère en ce qui concerne les soins à l'enfant³¹³, les relations familiales, l'emploi, l'implication dans la communauté³¹⁴ et les problèmes financiers, affectifs, sociaux ou nutritionnels de la famille³¹⁵. De plus, l'intervenante s'assure, lors de ses visites, que la mère comprend la nature du travail réalisé par les éducatrices auprès de son enfant.

S'ajoute aux visites la fréquentation pour l'enfant de la garderie du Syracuse University Children's Center à partir de 6 mois et jusqu'à 5 ans³¹⁶. Le transport gratuit est offert entre le domicile et la garderie³¹⁷. Entre 6 et 15 mois, les enfants passent des demi-journées au centre alors qu'à partir de 15 mois, ils le fréquentent à temps plein³¹⁸. Le ratio enseignant-enfants est de un pour 4 pour les enfants de moins de 15 mois³¹⁹ et de un pour 8 pour les enfants de 15 mois et plus³²⁰. Le curriculum s'appuie sur les théories de Piaget et d'Erikson ainsi que sur le développement du langage et l'empowerment des familles pauvres³²¹.

Des rencontres mensuelles et des ateliers hebdomadaires complètent l'intervention auprès des parents³²². Ces rencontres portent sur des thèmes choisis par les participantes tels que la socialisation ou la sexualité des enfants³²³. Les ateliers proposent, entre autres, la confection de vêtements, la création de matériel de jeux et la fabrication de décorations en fonction des fêtes saisonnières³²⁴.

Une étude quasi expérimentale auprès de 108 familles a été effectuée durant le programme (de la naissance à l'âge de 72 mois)³²⁵ et 10 ans après l'intervention. Parmi les mères

³¹² Honig et Lally (1982); Honig (2004).

³¹³ Lally et Honig (1977).

³¹⁴ Lally et collab. (1988a).

³¹⁵ Lally et Honig (1977).

³¹⁶ Honig et Lally (1982).

³¹⁷ Honig et Lally (1982).

³¹⁸ Honig et Lally (1982); Lally et collab. (1988a).

³¹⁹ Lally et collab. (1988a).

³²⁰ Lally et collab. (1987).

³²¹ Honig (2004).

³²² Honig et Lally (1982).

³²³ Lally et Honig (1977).

³²⁴ Lally et Honig (1977).

³²⁵ Honig et Lally (1982).

participantes, 85 % sont monoparentales et n'ont pas de diplôme d'études secondaires avant la naissance de leur enfant³²⁶ et la majorité des familles sont noires³²⁷.

Un groupe formé de familles ayant les mêmes caractéristiques socioéconomiques que les familles participantes sert de groupe contrôle³²⁸ alors qu'un groupe d'enfants de familles de classe moyenne sert de groupe de comparaison³²⁹.

Le programme de *Early Head Start*

Early Head Start est un programme américain qui propose une gamme de services aux familles à faible revenu. Son objectif est d'appuyer le développement des enfants de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans. Les composantes de ce programme et les méthodes d'évaluation, ainsi que les résultats propres aux parents de 20 ans et plus, ont été présentées dans la section 4.1.2.

Étant donné que des analyses séparées ont été effectuées sur l'échantillon de jeunes parents seulement (soit 39 % de l'échantillon total), nous rapportons ici ces résultats qui ont été obtenus à la fin de l'intervention, lorsque les enfants sont âgés de 3 ans.

Objectif 1 : Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

1a) Améliorer les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille

Aucune étude n'aborde cet objectif.

1b) Améliorer les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille

La santé physique de l'enfant

Un seul programme s'attarde à cet indicateur. Le programme *Early Head Start* n'influence pas l'état de santé général des enfants³³⁰.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

La santé mentale du parent

Seul le programme *Early Head Start* traite de santé mentale. Les auteurs concluent que l'intervention n'a aucun effet sur le niveau de stress des parents ni sur leurs symptômes dépressifs ou sur les conflits familiaux³³¹.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

³²⁶ Honig et Lally (1982).

³²⁷ Lally et collab. (1988a).

³²⁸ Honig et Lally (1982).

³²⁹ Honig et Lally (1982).

³³⁰ US Department of Health and Human Services (2004).

³³¹ US Department of Health and Human Services (2004).

La santé physique du parent

L'évaluation de *Early Head Start*, la seule à se pencher sur cette dimension, rapporte une absence d'effet sur l'état de santé physique des parents³³².



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

1c) Améliorer la sécurité à domicile

L'aménagement sécuritaire de l'environnement

Un seul programme traite d'un aspect de la sécurité de l'environnement. L'évaluation de *Early Head Start* ne révèle aucun effet sur l'utilisation sécuritaire d'un siège d'auto³³³.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

1d) Favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires

Aucune étude n'aborde cet objectif.

Objectif 2 : Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

2a) Augmenter le taux et la durée de l'allaitement

Aucune étude n'aborde cet objectif.

2b) Développer et renforcer le lien d'attachement parent-enfant

Lien parent-enfant

Seul le programme *Early Head Start* touche un aspect de la relation parent-enfant. Ce programme ne diminue pas les interactions dysfonctionnelles entre les parents et les enfants³³⁴.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

2c) Diminuer les risques de maltraitance et de négligence envers les enfants

Aucune étude n'aborde cet objectif.

2d) Augmenter et renforcer les pratiques parentales

Les pratiques parentales positives

Deux programmes abordent cette dimension.



³³² US Department of Health and Human Services (2004).

³³³ US Department of Health and Human Services (2004).

³³⁴ US Department of Health and Human Services (2004).

Les parents participant au programme *Early Head Start* offrent plus de soutien durant une activité de jeu semi-structurée que les parents du groupe contrôle, mais pas durant une tâche de résolution de problèmes.

Par contre, l'intervention *Early Head Start* n'a aucun effet sur les scores à une échelle mesurant la qualité de l'environnement psychosocial et physique ni sur les comportements chaleureux des parents.

Par ailleurs, les parents ne sont pas plus nombreux que ceux du groupe contrôle à établir une heure régulière du coucher ou une routine au moment du coucher, à soutenir le développement du langage et de l'apprentissage chez leur enfant, à jouer avec lui ou à lui faire la lecture quotidiennement³³⁵.

Les parents du groupe expérimental de Syracuse renforcent davantage leurs enfants lorsque ceux-ci réussissent mieux que les parents du groupe contrôle³³⁶.

Nous concluons que les preuves révèlent majoritairement une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Les pratiques parentales négatives

Une seule étude se penche sur ces pratiques.



Aucun résultat n'est observé dans le programme *Early Head Start* sur le détachement ou les comportements intrusifs des parents pendant le jeu semi-structuré et pendant une tâche de résolution de problèmes ni sur une mesure de rudesse envers les enfants³³⁷. Cependant, les parents participants sont moins nombreux à avoir utilisé la punition corporelle au cours de la dernière semaine. On ne remarque toutefois pas de différence entre les groupes quant à ceux qui suggèrent une punition corporelle comme méthode de discipline dans un exercice de mise en situation ni quant à la sévérité des stratégies proposées. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre le nombre de jeunes parents des deux groupes qui proposent seulement des stratégies de discipline plus douces³³⁸.

Nous concluons que les preuves révèlent majoritairement une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

2e) Stimuler le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants

Le développement cognitif

Deux programmes analysent le développement cognitif à court terme; l'un d'eux mesure aussi les effets à long terme.



³³⁵ US Department of Health and Human Services (2004).

³³⁶ Lally et collab. (1987).

³³⁷ US Department of Health and Human Services (2004).

³³⁸ US Department of Health and Human Services (2004).

Les enfants des mères participant au *Early Head Start* atteignent des scores plus élevés que les enfants du groupe contrôle à une échelle de développement cognitif à l'âge de trois ans³³⁹.

Les enfants du programme de Syracuse obtiennent des scores plus élevés à une échelle de mesure du QI à l'âge de trois ans, mais ce gain disparaît lorsqu'ils entrent en première année³⁴⁰.

Bien que des effets soient démontrés seulement à court terme, nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement langagier

Deux programmes examinent cette dimension du développement.



À 4 et 5 ans, les enfants du programme de Syracuse obtiennent de meilleurs scores à un test de compréhension du langage que les enfants du groupe contrôle, mais cette différence n'existe plus en première année³⁴¹.

Par contre, les enfants participant au *Early Head Start* ne réussissent pas mieux que les autres à une échelle de mesure du vocabulaire réceptif³⁴².

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le développement socioaffectif

Deux programmes s'attardent au développement socioaffectif.



À 36 mois, les enfants participant au programme de Syracuse présentent de meilleures habiletés socioaffectives que ceux du groupe contrôle³⁴³. À la maternelle, ces enfants persévèrent plus, communiquent verbalement davantage et interagissent mieux avec les adultes que les enfants du groupe contrôle³⁴⁴. Par contre, en première année, ces enfants demandent plus l'attention des enseignants de manière tant positive que négative. Les chercheurs affirment que le style directif des enseignants, qui diffère du style non directif des éducatrices du centre, explique le besoin de ces enfants d'être plus soutenus à l'école³⁴⁵.

Lors des entrevues effectuées à l'adolescence, les jeunes du programme de Syracuse apprécient davantage leurs attributs physiques et personnels (personnalité et sens de l'humour) que ceux du groupe contrôle³⁴⁶. Ces jeunes sont plus proactifs dans leurs stratégies de résolution de problèmes³⁴⁷. Selon

³³⁹ US Department of Health and Human Services (2004).

³⁴⁰ Honig et Lally (1982), Lally et collab. (1987), Lally et collab. (1988a).

³⁴¹ Honig et Lally (1982).

³⁴² US Department of Health and Human Services (2004).

³⁴³ Lally et collab. (1987).

³⁴⁴ Honig et Lally (1982).

³⁴⁵ Honig et Lally (1982).

³⁴⁶ Honig (2004).

³⁴⁷ Lally et collab. (1987).

les questionnaires remis aux enseignants dix ans après la fin de l'intervention, les jeunes participants méritent une évaluation plus positive en regard de leur estime de soi et de leurs attitudes envers les autres³⁴⁸, de leur contrôle de l'agressivité envers les autres et de leurs réalisations sur le plan scolaire³⁴⁹.

À trois ans, les enfants du *Early Head Start* démontrent plus de capacité à engager leur parent dans une activité de jeu semi-structurée, mais pas lors d'une tâche de résolution de problèmes. Ils manifestent aussi une attention plus soutenue envers les objets lors du jeu semi-structuré. Le programme *Early Head Start* n'a toutefois aucun effet sur leur persistance ou leur frustration lors d'une tâche de résolution de problèmes, leur habileté à réguler leurs émotions, leur capacité d'orienter et d'engager leurs efforts, leur négativité envers leur parent lors du jeu semi-structuré et leur comportement agressif³⁵⁰.

Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Le parcours scolaire des enfants

Un seul programme, celui de Syracuse, aborde le parcours scolaire. Les résultats montrent que le programme présente certains effets chez un sous-groupe seulement. En effet, il n'y a aucune différence entre les groupes du programme de Syracuse en ce qui concerne le placement dans des classes spéciales³⁵¹. De plus, les garçons participants ne performant pas mieux à l'école dix ans après le programme que ceux du groupe contrôle³⁵².



Seules les filles, au début de l'adolescence³⁵³, obtiennent moins d'échecs, de meilleures moyennes et sont moins souvent absentes³⁵⁴.

Nous concluons que les preuves sont insuffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Les problèmes de comportement durant l'adolescence (13-18 ans)

Seul le programme de Syracuse étudie le comportement des jeunes durant l'adolescence.



Dix ans après la fin du programme de Syracuse, il n'y a pas de différence significative entre les groupes en ce qui a trait aux nombres d'offenses commises³⁵⁵. Cependant, la gravité de celles-ci est moindre chez les jeunes du groupe expérimental, qui sont aussi moins nombreux à commettre des crimes

³⁴⁸ Lally et collab. (1987).

³⁴⁹ Lally et collab. (1988a).

³⁵⁰ US Department of Health and Human Services (2004).

³⁵¹ Lally et collab. (1987).

³⁵² Honig (2004).

³⁵³ Lally et collab. (1988b).

³⁵⁴ Honig (2004), Lally et collab. (1987).

³⁵⁵ Aos et collab. (2001), cités dans Promising Practices Network (2008b).

violents³⁵⁶. De plus, ces jeunes détiennent moins souvent un casier judiciaire pour délinquance juvénile que ceux du groupe contrôle³⁵⁷.

Nous concluons que les preuves révèlent l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

Objectif 3 : Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables

3a) Renforcer les réseaux de soutien social

La présence d'un réseau informel de soutien

Un programme s'attarde à cette dimension sous l'angle de la présence d'un conjoint. Les mères du programme *Early Head Start* ne sont pas plus susceptibles que les mères du groupe contrôle d'être mariées au père biologique de l'enfant, de vivre avec celui-ci ou d'être sa petite amie ni que celui-ci soit présent dans la vie de l'enfant. Par ailleurs, leurs enfants sont moins nombreux à avoir une présence masculine dans leur vie que ceux du groupe contrôle³⁵⁸.



Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

3b) Favoriser l'intégration socioprofessionnelle des parents selon leur projet de vie

Les grossesses et les naissances subséquentes

Seul le programme *Early Head Start* documente cet indicateur. Deux ans après le début de l'intervention, ce programme n'a aucun effet sur le taux de naissances subséquentes chez les mères participantes³⁵⁹.



L'autonomie financière

Deux programmes traitent de cet aspect de la vie des parents.



Les parents participant au *Early Head Start* sont moins nombreux à recevoir de l'assistance sociale. De plus, le montant moyen des bénéfices reçus est également plus bas que celui reçu par le groupe contrôle³⁶⁰.

Les familles évaluées dans le cadre du programme de Syracuse vivent dans la pauvreté et dans des quartiers jugés dangereux, qu'elles aient participé ou non au programme, dix ans après la fin de l'intervention³⁶¹.

Nous concluons que les preuves sont contradictoires quant à l'efficacité de l'intervention sur cet indicateur.

³⁵⁶ Lally et collab. (1988b).

³⁵⁷ Honig (2004).

³⁵⁸ US Department of Health and Human Services (2004).

³⁵⁹ US Department of Health and Human Services (2004).

³⁶⁰ US Department of Health and Human Services (2004).

³⁶¹ Lally et collab. (1988b).

L'intégration scolaire et socioprofessionnelle des mères

Deux études examinent cet indicateur.



Il n'y a pas de différence entre les groupes du programme Syracuse en ce qui a trait au revenu familial ou à l'accès à de meilleurs emplois³⁶².

Le programme Early Head Start n'a aucun effet sur l'emploi des parents, mais ceux-ci sont plus nombreux que ceux du groupe contrôle à poursuivre leurs études secondaires (quoiqu'ils n'obtiennent pas nécessairement leur diplôme)³⁶³.

Nous concluons que les preuves révèlent une absence d'effet de l'intervention sur cet indicateur.

Le tableau 10 présente la synthèse des effets de l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des visites à domicile chez les familles dont la mère a moins de 20 ans.

³⁶² Lally et collab. (1988b).

³⁶³ US Department of Health and Human Services (2004).

Tableau 10 Les effets de l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant combinée à des visites à domicile chez les familles dont la mère a moins de 20 ans

Les objectifs SIPPE	Preuves concluantes  et   *	Preuves contradictoires  	Preuves non concluantes  et  	Preuves insuffisantes 
Diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables			<ul style="list-style-type: none"> • Santé physique de l'enfant • Santé physique du parent • Santé mentale du parent • Aménagement sécuritaire de l'environnement 	
Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Développement cognitif • Développement socioaffectif • Problèmes de comportement durant l'adolescence (13-18 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement langagier 	<ul style="list-style-type: none"> • Lien parent-enfant • Pratiques parentales négatives • Pratiques parentales positives 	<ul style="list-style-type: none"> • Parcours scolaire des enfants
Améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables		<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie financière 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un réseau informel de soutien • Grossesses et naissances subséquentes • Intégration scolaire et socioprofessionnelle des mères 	

* Les résultats qui obtiennent deux pouces sont en gras.

Ce qu'il faut retenir...

Les programmes qui combinent l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant et des visites à domicile ont peu d'effets chez les familles dont la mère a moins de 20 ans, sauf en ce qui concerne les indicateurs suivants, liés au développement de l'enfant :

- le développement cognitif;
- le développement socioaffectif;
- les problèmes de comportement durant l'adolescence.

De plus, ces programmes semblent inefficaces en ce qui concerne la grande majorité des variables liées aux parents (ex. : santé physique et mentale, intégration socioprofessionnelle).

Étant donné que les preuves proviennent de deux programmes seulement, d'autres études sont nécessaires pour évaluer l'effet sur l'ensemble des objectifs pour cette clientèle.

4.2.2.2 Conditions de succès

Étant donné le petit nombre d'études pertinentes sur une clientèle de jeunes parents, il est impossible de se prononcer sur les conditions de succès.

4.3 CONCLUSION SUR L'INTERVENTION ÉDUCATIVE PRÉCOCE COMBINÉE À UNE INTERVENTION PARENTALE

Pour les familles défavorisées, quel que soit l'âge des parents, l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale influence favorablement le développement de l'enfant à court et à long terme. Les programmes ont moins de succès, par contre, en ce qui concerne l'atteinte des objectifs liés aux parents (ex. : pratiques parentales, intégration socioprofessionnelle, etc.).

Chez les parents de moins de 20 ans, plus spécifiquement, les résultats montrent que quelques effets bénéfiques sont obtenus chez les enfants alors que le soutien aux parents semble représenter un défi important. Toutefois, le petit nombre d'études limite la portée des conclusions.

Les deux combinaisons de l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant évaluées (combinées aux visites à domicile ou aux groupes de parents) produisent des résultats comparables. Plus de recherche est cependant nécessaire pour évaluer les effets des interventions sur l'ensemble des objectifs des SIPPE et pour trancher quant à la valeur ajoutée des visites à domicile et des groupes de parents à l'intervention éducative précoce auprès de l'enfant.

5 CONCLUSION

Rappelons que nous adoptons trois angles d'analyse de la littérature pour répondre aux questions soulevées par le présent mandat. Il s'agit de la pertinence, de l'efficacité et des conditions de succès des interventions de type SIPPE.

Nous avons étudié deux types d'intervention : les visites à domicile et l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale. Les travaux traitant des visites à domicile concernent plusieurs clientèles : les familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans, celles dont la mère est âgée de 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, les familles ayant des difficultés particulières, c'est-à-dire celles dont un parent a une dépendance, ou est reconnu maltraitant/négligent, ou a un problème de santé mentale, ou a une déficience intellectuelle. Étant donné l'absence de recherche pertinente auprès de familles ayant des difficultés particulières, les travaux traitant de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale concernent uniquement les familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans et celles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité.

5.1 LA PERTINENCE

- La littérature appuie, au plan théorique, la pertinence des visites à domicile et de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale pour l'ensemble des familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans, et de 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité.
- En ce qui concerne les clientèles avec des problématiques particulières, des fondements théoriques motivent l'utilisation, auprès de celles-ci, de mesures de soutien aux pratiques parentales telles que les visites à domicile.
- En l'absence d'études sur les effets de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale sur les clientèles avec des problématiques particulières, nous n'en avons pas documenté la pertinence.

5.2 L'EFFICACITÉ

L'efficacité des visites à domicile et de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale varie en fonction des clientèles et des objectifs ciblés par les interventions.

5.2.1 Les familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité

- Chez les familles vivant en contexte de vulnérabilité dont la mère est âgée de 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité, les visites à domicile et l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale permettent d'atteindre plusieurs objectifs liés aux enfants (ex. : développement cognitif, réduction des blessures non intentionnelles).

Les études longitudinales indiquent que des effets de l'intervention à un jeune âge sur certains indicateurs se poursuivent pendant les années scolaires et même à l'âge adulte. Les études de ce type sont toutefois peu nombreuses en ce qui concerne les visites à

domicile. Par conséquent, on ne peut se prononcer sur l'efficacité relative des deux interventions à long terme.

- L'efficacité de ces programmes au regard des objectifs liés à la santé des parents ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie n'est pas clairement démontrée³⁶⁴.

5.2.2 Les familles dont la mère a moins de 20 ans

- Pour les familles de jeunes parents, les résultats des visites à domicile et de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale sont similaires à ceux obtenus auprès des familles dont la mère a 20 ans ou plus et vit en contexte de vulnérabilité en ce qui concerne les objectifs liés aux enfants (ex. : développement, santé).
- Les résultats semblent prometteurs en ce qui concerne les objectifs liés à la santé des parents ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie, mais seulement pour les visites à domicile.

5.2.3 Les clientèles avec des problématiques particulières (dépendance, maltraitance/négligence, santé mentale, déficience intellectuelle)

- Les preuves sont insuffisantes pour appuyer l'efficacité des visites à domicile de type SIPPE avec les familles dont un parent est reconnu maltraitant ou négligent, ou présente une dépendance à l'alcool ou aux drogues.
- Il est impossible de se prononcer sur les effets des visites à domicile de type SIPPE auprès des clientèles ayant des troubles mentaux ou une déficience intellectuelle, étant donné l'absence, pour ces clientèles, d'études répondant à nos critères de sélection aux fins d'analyse. Quant à l'efficacité de l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale auprès de ces clientèles, elle n'est pas documentée.
- Ces clientèles requièrent vraisemblablement des services complémentaires et des interventions adaptées qui vont au-delà des visites à domicile de type SIPPE. Il serait donc utile d'étudier les écrits scientifiques sur les types d'intervention autres que les visites à domicile et l'intervention éducative précoce combinée à une intervention parentale et qui semblent bénéfiques pour répondre aux besoins particuliers de ces clientèles.
- Toutefois, les interventions qui visent ces problématiques devraient s'articuler avec des services qui soutiennent les pratiques parentales et le développement des enfants.

5.3 LES CONDITIONS DE SUCCÈS

Bien que peu d'études rigoureuses se soient penchées sur les conditions requises pour qu'une intervention produise les effets anticipés, la littérature en suggère cependant quelques-unes.

³⁶⁴ Ces variables ne sont pas ciblées par tous les programmes et, lorsqu'elles le sont, les effets sont parfois contradictoires.

La durée

La durée de l'intervention semble être un facteur important. Deux programmes, les *Child-Parent Centers* de Chicago et l'*Abecedarian*, se sont poursuivis durant les années scolaires. Même si l'intervention au-delà des cinq premières années n'est pas l'objet du présent avis, il est pertinent de mentionner que les résultats de ces programmes démontrent qu'une intervention de plus longue durée contribue à maintenir les effets de l'intervention observés à la petite enfance. Certains auteurs, à partir de ces résultats, en concluent que l'intervention précoce n'est pas un « vaccin » qui protège l'enfant au-delà de ses premières années, mais que des doses répétées sont le moyen optimal d'obtenir des résultats à long terme³⁶⁵.

Une approche intégrée

Plusieurs auteurs concluent que les programmes de soutien aux familles les plus efficaces sont généralement ceux qui adoptent une approche intégrée, c'est-à-dire ceux qui poursuivent des objectifs multiples par l'intermédiaire d'interventions diverses³⁶⁶ centrées sur l'ensemble des membres de la famille³⁶⁷.

Un programme qui repose sur un cadre théorique solide

Les programmes avec un cadre théorique solide, des objectifs clairs et un plan d'intervention structuré atteignent de meilleurs résultats³⁶⁸. Aussi, les curriculums solidement ancrés dans la littérature actuelle de la santé et du développement de l'enfant, et dans une connaissance claire des mécanismes psychosociaux (ex. : les expériences personnelles et les croyances des parents) et environnementaux (ex. : avoir ou non un logement adéquat) qui influencent le comportement des parents sont les plus prometteurs³⁶⁹.

L'implication et l'engagement des familles

Maintenir la participation des familles est un enjeu tant pour l'intervention éducative précoce combinée au soutien parental que pour les visites à domicile³⁷⁰. Le succès de l'intervention en dépend, surtout lorsque celle-ci se déroule sur plusieurs années comme c'est le cas de certains programmes qui couvrent la période de 0 à 5 ans.

La qualité de l'implantation

Le respect des critères de qualité d'un programme aurait un impact sur le nombre et l'ampleur des effets observés³⁷¹. Une formation et une supervision adéquates des intervenants sont des aspects soulignés comme facteurs favorisant l'efficacité³⁷², bien qu'aucun auteur n'en précise le contenu ni les balises.

³⁶⁵ Brooks-Gunn (2003).

³⁶⁶ Weiss (1993), Bull et collab. (2004), Moran (2004), Gomby (2005).

³⁶⁷ Weiss (1993).

³⁶⁸ Moran et collab. (2004).

³⁶⁹ Weiss (1993).

³⁷⁰ Gomby (2005).

³⁷¹ Love et collab. (2005).

³⁷² Weiss (1993), Moran et collab. (2004).

RÉFÉRENCES

- Administration for Children and Families (2006). Preliminary findings from the Early Head Start prekindergarten followup. www.acf.hhs.gov/programs/opre/ehs/ehs_research/index.html.
- Andrews, S., Blumenthal, J., Johnson, D. L., Kahn, A. J., Ferguson, C. J., Lasater, T. M. et collab. (1982). The skills of mothering : a study of parent-child development centers. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, (47), 1-83.
- April, N. et Bourret, A. (2004). *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation foetale au Québec*.
- Azar, S. (2002). Framework for the assessment of children in need and their families. Guidance notes and glossary for: referral and initial information record, initial assessment record and core assessment record. Dans M. Bornstein (Éd.), *Handbook of parenting: vol. 4. Social conditions and applied parenting* (p. 361-388). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barnet, B., Liu, J., DeVoe, M., Alperovitz-Bichell, K. et Duggan, A. (2007). Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *Annals of family medicine*, (5), 224-232.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. et Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, (112), 119-131.
- Bennett, C., Macdonald, G., Dennis, J., Coren, E., Patterson, J., Austin, M. et collab. (2007). Home-based support for disadvantaged adult mothers (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (Issue 3. Art. n° CD003759), 1-57.
- Berrueta-Clement, J. R., Schweinhart, L. J., Barnett, W. S., Epstein, A. S. et Weikart, D. P. (1984). *Changed Lives. The effects of the Perry Preschool Program on youths through age 19*. (rap. n° 8). Michigan : High/Scope Press.
- Brooks-Gunn, J. (2003). Do you believe in magic? What we can expect from early childhood intervention programs. *Social Policy Report: Giving Child and Youth Development Knowledge Away*, (17), 3-15.
- Brooks-Gunn, J., L. J. Berlin et A. S. Fuligni (2000). Early childhood intervention programs : what about the family? Dans J. P. Shonkoff et S. J. Meisels (Éds.), *Handbook on early childhood intervention* (2^e éd., p. 549-588). New York : Cambridge University Press.
- Brooks-Gunn, J. et Duncan, G. J. (1997). The effect of poverty on children. *The Future of Children*, (7), 55-71.
- Brunette, M. et Dean, W. (2002). Community mental health care for women with severe mental illness who are parents. *Community Mental Health Journal*, (38), 153-165.
- Bull, J., McCormick, G., Swann, C. et Mulvihill, C. (2004). *Ante and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews* London: NHS Health Development Agency.

- Campbell, F. A. et Ramey, C. T. (1994). Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study of children from low-income families. *Child Development*, (65), 684-698.
- Campbell, F. A. et Ramey, C. T. (1995). Cognitive and school outcomes for high-risk African-American students at middle adolescence: positive effects of early intervention. *American Educational Research Journal*, (32), 743-772.
- Campbell, F. A., Ramey, C. T., Pungello, E., Sparling, J. et Miller-Johnson, S. (2002). Early childhood education : young adult outcomes from the Abecedarian Project. *Applied Developmental Science*, (6), 42-57.
- Capleman, M. W., Thompson, R. J., De-Remer-Sullivan, P. A., King, A. A. et Sturm, J. M. (1982). Effectiveness of a home based early intervention program with infants of adolescent mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, (13), 55-65.
- Chaffin, M. et S. Schmidt (2006). An evidence-based perspective on intervention to stop or prevent child abuse. Dans J. Lutzker (Éd.), *Preventing Violence: Research and Evidence-Based Intervention Strategies* (p. 49-68). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coalition for Evidence-based policy (2008). Social Programs that work : Perry Preschool Project. <http://www.evidencebasedprograms.org/default.aspx?tabid=32>.
- Coppin, B. (2004). Être parent avec une déficience intellectuelle. *Pratiques psychologiques*, (10), 25-38.
- Dennis, C. et Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (Issue 4. Art. n° CD006116).
- Department of Health-Royaume-Uni (2001). *Making it happen: a guide to delivering mental health promotion*. Londres .
- Doggett, C., Burrett, S. et Osborn, D. (2005). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (Issue 4. Art. n° CD004456), 1-128.
- Doherty, G. (2007). Ensuring the best start in life: targeting versus universality in early childhood development. *Choix IRPP*, (13), 1-50.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Hendersen, J. M., Smith, E., Olds, D., Powers, J. et collab. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation : the limiting effects of domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, (284), 1385-1391.
- Elkan, R., Kendrick, D., Robinson, J., Tolley, K., Blair, M., Dewey, M. et collab. (2000). *The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature* UK: Health Technology Assessment.

- Ellis, P. M. et Collings, S. C. D. (1997). *Mental health in New Zealand from a public health perspective. Public health report number 3*. Wellington, New Zealand: Ministry of health.
- Farran, D. (2000). Another decade of intervention for children who are low income or disabled: what do we know now? Dans J. P. Shonkoff et S. J. Meisels (Éds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (Second Edition éd., p. 510-548). U.S. Cambridge University Press.
- Feldman, M. A. (1994). Parent education for parents with intellectual disabilities: a review of outcome studies. *Research in Developmental Disabilities, (15)*, 299-332.
- Field, T., Widmayer, S., Greenberg, R. et Stoller, S. (1982). Effects of parent training on teenage mothers and their infants. *Pediatrics, (69)*, 703-707.
- Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. et Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology, (19)*, 585-602.
- Fortin, F., Lévesque, J. et Vitaro, F. (2007). La méta-analyse au service de la prévention et de l'intervention : concepts, applications et enjeux. *Revue de psychoéducation, (36)*, 167-193.
- Foster, K., O'Brien, L. et McAllister, M. (2004). Addressing the needs of children of parents with a mental illness: current approaches. *Contemporary Nurse, (18)*, 67-80.
- Gomby, D. (2005). *Home visitation in 2005: outcomes for children and parents* Committee for Economic Development, Invest in Kids Working Group.
- Green, J. (2002). L'exercice de la promotion de la santé fondée sur des données probantes. *Promotion and Education, (9)*, 5-6.
- Hanson, K. L., C. E. Morrow et E. Bandstra (2006). Early interventions with young children and their parents in the US. Dans Colette McAuley, J. P. Peter et Wendy Rose (Éds.), *Enhancing the well-being of children and families through effective interventions. International evidence for practice* (p. 58-69). Royaume-Uni : Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
- Harden, A., Brunton, G., Fletcher, A., Oakley, A., Burchett, H. et Bakhans, M. (2006). *Young people, pregnancy and social exclusion: A systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate, and promising approaches for prevention and support* London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Hodnett, E. et Fredericks, S. (2003). Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (Issues 3, art. n° CD000198)*, 1-41.
- Honig, A. S. (2004). Longitudinal outcomes from the Family development research program. *Early Child Development and Care, (174)*, 125-130.

- Honig, A. S. et Lally, J. R. (1982). The family development program: retrospective review. *Early Child Development and Care*, (10), 41-62.
- Johnson, D. L. et Blumenthal, J. (2004). The parent child development centers and school achievement : a follow-up. *The Journal of Primary Prevention*, (25), 195-209.
- Johnson, D. L. et Breckenridge, J. N. (1982). The Houston parent-child development center and the primary prevention of behavior problems in young children. *American Journal of Community Psychology*, (10), 305-316.
- Johnson, D. L. et Walker, T. (1987). Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology*, (15), 375-385.
- Johnson, D. L. et Walker, T. (1991). A follow-up evaluation of the Houston parent-child development center: school performance. *Journal of Early Intervention*, (15), 226-236.
- Kearney, M. H., York, R. et Deatrick, J. A. (2000). Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of nursing scholarship*, (32), 369-376.
- Kees, M. et B. Bonner (2005). Child abuse prevention and intervention services. Dans Ric G. Steele et Michael C. Roberts (Éds.), *Handbook of Mental Health Services for Children, Adolescents, and Families* (p. 151-166). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kendrick, D., Barlow, J., Hampshire, A., Polnay, L. et Stewart-Brown, S. (2007). Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (Issue 4. Art. n° CD006020), 1-28.
- Kitzman, H., Olds, D., Sidora, K., Henderson, C. Jr., Hanks, C., Cole, R. et collab. (2000). Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, (283), 1983-1989.
- Koniak-Griffin, D., Verzemnieks, I. L., Anderson, N. L. R., Brecht, M., Lesser, J., Kim, S. et collab. (2003). Nurse visitation for adolescent mothers : two-year infant health and maternal outcomes. *Nursing Research*, (52), 127-136.
- Lally, J. R. et Honig, A. S. (1977). *The family development research program: A program for prenatal, infant and early childhood enrichment - Final report* Syracuse, NY: College for Human Development et Office of Child Development, Health, Education and Welfare.
- Lally, J. R., Mangione, P. L. et Honig, A. S. (1987). *The Syracuse University Family Development Research Program: Long-range impact of an early intervention with low-income children and their families* Syracuse, NY : Syracuse University.
- Lally, J. R., P. L. Mangione et A. S. Honig (1988a). The Syracuse University Family Development Research Program : long range impact on an early intervention with low-income children and their families. Dans I. E. Sigel et D. R. Powell (Éds.), *Parent Education as early childhood intervention: emerging directions in theory, research and practice* (p. 79-104). Advances in Applied Developmental Psychology.

- Lally, J. R., Mangione, P. L., Honig, A. S. et Wittner, D. S. (1988b). More pride, less delinquency: finding from ten-year follow-up study of the Syracuse University family development research program. *Zero to Three*, (4), 13-18.
- Lessard, C. (2004). Élaboration d'une revue systématique et d'une méta-analyse. Atelier méthodologique. La production et l'utilisation de méta-analyse et de revues systématiques de la littérature. Dans 8^{es} *Journées annuelles de santé publique*. Montréal .
- Letourneau, N., Stewart, M. et Barnfather, A. (2004). Adolescent Mothers : support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health*, (35), 509-525.
- LLewellyn, G. et McConnell, D. (2002). Home-based programmes for parents with intellectual disabilities: lessons from practice. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, (15), 341-335.
- LLewellyn, G., McConnell, D., Honey, A., Mayes, R. et Russo, D. (2003). Promoting health and home safety for children of parents with intellectual disability: a randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, (24), 405-431.
- Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Constantine, J., Boller, K., Chazan-Cohen, R. et collab. (2005). The effectiveness of early head start for 3-year-old children and their parents : lessons for policy and programs. *Developmental Psychology*, (41), 885-901.
- Macdonald, G., Bennett, C., Dennis, J., Coren, E., Patterson, J., Austin, M. et collab. (2007). Home-based support for disadvantaged teenage mothers (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (Issue 3. Art. n° CD006723), 1-50.
- MacLeod, J. et Nelson, G. (2005). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, (24), 1127-1149.
- MacMillan, H. L., Thomas, B. H., Jamieson, E., Walsh, C. A., Boyle, M. H., Shannon, H. S. et collab. (2005). Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *The Lancet*, (365), 1786-1793.
- Marcenko, M. et F. Staerke (2006). Home visiting for parents of pre-school children in the US. Dans Colette McAuley, J. P. Peter et Wendy Rose (Éds.), *Enhancing the well-being of children and families through effective interventions. International evidence for practice* (p. 82-90). Great Britain: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
- Martin, S. L., Ramey, C. T. et Ramey, S. L. (1990). The prevention of intellectual impairment in children of impoverished families: findings of a randomized trial of educational day care. *American Journal of Public Health*, (80), 844-847.
- Maybery, D., Reupert, A. et Goodyear, M. (2006). *Evaluation of a model of best practice for families who have a parent with a mental illness* Wagga Wagga, Australie: Charles Sturt University.

- Mayes, L. et S. Truman (2002). Substance abuse and parenting. Dans M. Bornstein (Éd.), *Handbook of parenting: Vol. 4, Social conditions and applied parenting* (p. 329-352). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McCain, M. N., Mustard, J. F. et Shanker, S. (2007). *Early years study 2: putting science into action* Toronto, ON: Council for Early Child Development.
- Miedel, W. T. et Reynolds, A. J. (1999). Parent involvement in early intervention for disadvantaged children: does it matter? *Journal of School Psychology, (37)*, 379-402.
- Moore, M. et J. Brooks-Gunn (2002). Adolescent parenthood. Dans M. H. Bornstein (Éd.), *Handbook of parenting* (2 éd., p. 173-214). Lawrence Erlbaum Associates.
- Moran, P., Ghate, D. et Van der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support? A review of the international evidence. Research Report RR574* Londres: Department for Education and Skills.
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). The science of early child development: closing the gap between what we know and what we do. <http://www.developingchild.net>.
- Niles, M. D., Reynolds, A. J. et Nagasawa, M. (2006). Does early childhood intervention affect the social and emotional development of participants? *Early Childhood Research and Practice, (8)*.
- Nurse Family Partnership (2006). Interview with Dr Olds regarding his reanalyzed findings. *Nurse Family Partnership*.
- Olds, D., Henderson, C. Jr., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D. et collab. (1998a). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized control trial. *Journal of the American Medical Association, (280)*, 1238-1244.
- Olds, D., Henderson, C. Jr. et Kitzman, H. (1994). 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, (93)*, 89-98.
- Olds, D., Henderson, C. Jr., Kitzman, H., Eckenrode, J., Cole, R. et Tatelbaum, R. (1998b). The promise of home visitation : results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology, (26)*, 5-21.
- Olds, D., Henderson, C. Jr., Kitzman, H., Eckenrode, J., Cole, R. et Tatelbaum, R. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children, (9)*, 44-64.
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. et collab. (2004a). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics, (114)*, 1550-1559.

- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Dennis WL et collab. (2004b). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, (114), 1560-1568.
- Olds, D., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K. et collab. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, (120), 832-845.
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Aide-mémoire : rapport sur la Santé dans le Monde 2001 - Troubles mentaux et du comportement*. Genève, Suisse.
- Poissant, J. (2002). *Le discours des adolescentes mères sur les changements, les ressources mobilisées et leur adaptation durant la maternité*. Doctorat Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Promising Practices Network (2008a). Perry Preschool Project. <http://www.promisingpractices.net/program.asp?programid=128>.
- Promising Practices Network (2008b). Syracuse family development research program. <http://www.promisingpractices.net/program.asp?programid=133>.
- Quinlivan, J. A., Box, H. et Evans, S. F. (2003). Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *The Lancet*, (361), 893-900.
- Ramey, C. T., Bryant, D. M., Sparling, J. et Wasik, B. H. (1985). Projet Care: a comparison of two early intervention strategies to prevent retarded development. *Topics in Early Childhood Special Education*, (5), 12-25.
- Ramey, C. T. et Campbell, F. A. (1984). Preventive education for high-risk children: cognitive consequences of the Carolina Abecedarian Project. *American Journal of Mental Disorders*, (88), 515-523.
- Ramey, C. T. et F. A. Campbell (1991). Poverty, early childhood education, and academic competence: The Abecedarian experiment. Dans A. Franklin (Éd.), *Children in poverty* (p. 190-221). New York, NY : Cambridge University Press.
- Ramey, C. T., Campbell, F. A., Burchinal, M., Skinner, M. L., Gardner, D. M. et Ramey, S. L. (2000). Persistent effects of early childhood education on high-risk children and their mothers. *Applied Developmental Science*, (4), 2-14.
- Reupert, A. et Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, (77), 362-369.
- Reynolds, A. J. (1997). *The Chicago Child-Parent Centers: A Longitudinal Study of Extended Early Childhood Intervention*. p. 1-41. Wis.: Institute for Research on Poverty.
- Reynolds, A. J. (2000). *Chicago Longitudinal Study*. p. 1-16. Arthur Reynolds, Director.
- Reynolds, A. J. et Temple, J. A. (1995). Psychometric and Econometric Comparisons. *Evaluation Review*, (19), 347-373.

- Reynolds, A. J., Temple, J. A., Ou, S., Robertson, D. L., Mersky, J., Topitzes, J. W. et collab. (2007). Effects of a school-based, early childhood intervention on adult health and well-being. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, (161), 730-739.
- Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L. et Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest. *Journal of the American Medical Association*, (285), 2339-2346.
- Ross, D. P. et Roberts, P. (1999). *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : un nouveau regard au débat sur la pauvreté*. Québec : Conseil canadien de développement social.
- Schweinhart, L. J. (2003a). Benefits, costs, and explanation of the High/Scope Perry Preschool Program. Dans *Meeting of the Society for Research in Child Development* Tampa, Floride.
- Schweinhart, L. J. (2007). Crime prevention by High/Scope Perry Preschool Program. *Victims and Offenders*, (2), 141-160.
- Schweinhart, L. J. (2008). The High/Scope Perry Preschool study through age 40. Summary, conclusions, and frequently asked questions. <http://www.highscope.org>.
- Sibbald, B. et Roland, M. (1998). Understanding controlled trials: why are randomised controlled trials important? *British Medical Journal*, (316), 201-203.
- Skowron, E. et Reinemann, D. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, (42), 52-71.
- Smedley, B. D. et Syem, S. L. (2000). *Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research* Washington: DC: Institute of Medicine.
- Swann, C., Bowe, K., McCormick, G. et Kosmin, M. (2003). *Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. Evidence briefing* Londres : Health Development Agency.
- Sweet, M. et Applebaum, M. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, (75), 1435-1456.
- Tandon, S., Parillo, K., Jenkinds, C. et Duggan, A. (2005). Formative evaluation of home visitors' role in addressing poor mental health, domestic violence, and substance abuse among low-income pregnant and parenting women. *Maternal and Child Health Journal*, (9), 273-283.
- Tarleton, B. et Ward, L. (2007). "Parenting with support": the views and experiences of parents with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, (4), 194-202.
- Taylor, L., Taske, N., Swann, C. et Waller, S. (2007). *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults. Evidence Briefing*. Royaume-Uni : National Institute for Health and Clinical Excellence.

- The Cochrane Collaboration (2002). What is publication bias? *The Cochrane Collaboration open learning material*. Document consulté de <http://www.cochrane-net.org/openlearning/html/mod15-2.htm>.
- Thompson, R. J., Cappleman, M. W., Conrad, H. H. et Jordan, W. B. (1982). Early intervention program for adolescent mothers and their infants. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, (3), 18-21.
- US Department of Health and Human Services (2005). *Head Start impact study: first year findings* Washington, DC .
- US Department of Health and Human Services, A. f. C. a. F. (2004). *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: the impacts of Early Head Start. Volume 1 : Final Technical Report*. Washington, DC .
- Vitaro, F., Assaad, J.-M. et Carbonneau, R. (2004). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Wade, C. M., Mildon, R. L. et Matthews, J. M. (2007). Service delivery to parents with an intellectual disability: family-centred or professionally centred? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, (20), 87-98.
- Walker, T. et Johnson, D. L. (1988). A follow-up evaluation of the Houston Parent-Child Development Center: Intelligence test results. *Journal of Genetic Psychology*, (149), 377-381.
- Wasik, B. H., Ramey, C. T., Bryant, D. M. et Sparling, J. (1990). A longitudinal study of two early intervention strategies: project care. *Child Development*, (61), 1682-1696.
- Weikart, D. P., Deloria, D. J. et Lawser, S. A. (1970). *Longitudinal results of the Ypsilanti Perry Preschool Project* Michigan : High/Scope Educational Research Foundation.
- Weiss, H. (1993). Home visits: necessary but not sufficient. *The Future of Children*, (3), 113-128.
- Willems, D. L., de Vries, J.-N., Isarin, J. et Reinders, J. S. (2007). Parenting by persons with intellectual disability: an explorative study in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, (51), 537-544.
- Zahn-Waxler, C., S. Duggal et R. Gruber (2002). Parental psychopathology. Dans M. Bornstein (Éd.), *Handbook of parenting Vol. 4, Social conditions and applied parenting* (p. 295-327). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

ANNEXE 1
NIVEAUX DE PREUVES

La **revue systématique** est une démarche permettant de synthétiser des données d'études publiées ou non, et d'en faire une appréciation qualitative³⁷³. La revue systématique se réalise en suivant une méthode rigoureuse assurant une exhaustivité des données ainsi qu'une reproductibilité³⁷⁴. « Ce type de synthèse par sa nature interprétative peut toutefois laisser place à des biais possibles de la part de l'auteur, ce qui peut compromettre la validité et la généralisation des conclusions »³⁷⁵.

La **méta-analyse** est une revue systématique permettant de synthétiser des données d'études comparables et d'en faire une appréciation quantitative³⁷⁶. La méta-analyse se réalise en suivant une méthode rigoureuse et en utilisant des techniques statistiques adéquates tout en s'assurant d'une exhaustivité des données et d'une reproductibilité³⁷⁷. La méta-analyse a l'avantage de permettre de tenir compte des tailles de l'échantillon et de la qualité méthodologique des différentes études³⁷⁸. Elle permet aussi d'établir les variables les plus influentes, de déterminer des clientèles ou des milieux pouvant profiter davantage de ce type d'intervention³⁷⁹. La qualité d'une méta-analyse dépend toutefois de la qualité des études primaires incluses³⁸⁰.

Un **essai comparatif randomisé (ECR)** est une étude permettant de déterminer s'il existe une relation de cause à effet entre la mesure et ses résultats. L'ECR se réalise par la répartition aléatoire des participants à une condition expérimentale ou à une condition de contrôle sans que les participants ou ceux offrant l'intervention sachent dans quel groupe ils se trouvent (à double insu)³⁸¹. Les ECR ne sont pas toujours possibles pour des raisons d'éthique ou de faisabilité en raison de difficultés de recrutement ou de randomisation. Ils sont également très coûteux³⁸². D'ailleurs, le groupe de travail européen de l'OMS conclut que l'utilisation d'essais comparatifs randomisés pour évaluer des initiatives de promotion de la santé est, dans la plupart des cas, inadaptée, trompeuse et inutilement coûteuse (World Health Organization, 1998)³⁸³.

Une **étude quasi expérimentale** ou une **étude d'observation de bonne qualité** sont des études qui permettent l'analyse de mesures plus complexes ou l'évaluation de conditions difficiles à contrôler par les chercheurs. Elles doivent nécessairement avoir utilisé différentes techniques pour limiter les biais d'interprétation. Il est cependant plus difficile d'attribuer les résultats aux programmes.

³⁷³ Lessard (2004).

³⁷⁴ Lessard (2004).

³⁷⁵ Extrait de la p. 168 de Fortin et collab. (2007).

³⁷⁶ Lessard (2004).

³⁷⁷ Lessard (2004).

³⁷⁸ Fortin et collab. (2007).

³⁷⁹ Fortin et collab. (2007).

³⁸⁰ Fortin et collab. (2007).

³⁸¹ Sibbald et Roland (1998).

³⁸² Sibbald et Roland (1998).

³⁸³ Cité dans Green (2002).

