

# Les inégalités sociales de santé et la petite enfance

Julie Poissant, Ph. D.

Experte en périnatalité et petite enfance  
et chercheuse d'établissement à l'INSPQ

Professeure adjointe de clinique, Université de Montréal

Besançon, juin 2015

## Bloc 3 : Les programmes d'interventions précoces

- Les meilleures pratiques en intervention précoce
- Les programmes de visites à domicile pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité
- Les programmes de visites à domicile (universel)

# Qu'est-ce qu'un programme d'interventions précoces?

C'est un programme qui vise à exercer une influence positive sur l'enfant ou sa famille pour compenser les différents facteurs de risques pouvant nuire au développement optimal de l'enfant.

Les interventions les mieux conçues ont montré un retour sur l'investissement de 1,80 \$ à 17,07 \$ pour chaque dollar dépensé.

# Comment choisir les programmes d'interventions précoces?

1. Utiliser les meilleures pratiques. Plusieurs programmes américains sont à la source de ces stratégies reconnues efficaces puisqu'ils sont :
  - précurseurs de l'intervention précoce en milieu défavorisé;
  - basés sur les meilleures études longitudinales évaluatives disponibles.

## Exemples d'où les trouver :

- [evidencebasedprograms.org](http://evidencebasedprograms.org)
- [homvee.acf.hhs.gov](http://homvee.acf.hhs.gov)

# Comment choisir les programmes d'interventions précoces?

## 2. Utiliser des pratiques qui sont conformes aux conditions de succès :

- Plusieurs chercheurs tentent maintenant d'étudier les caractéristiques des interventions qui font une différence puisque les pratiques exemplaires exigent souvent la mise en place de ressources difficiles à reproduire;
- Ce sont des caractéristiques génériques de même que des principes stratégiques et organisationnels de programmes de qualité viables et transférables à l'échelle de la planète (Irwin et collab. 2007).

# Comment choisir les programmes d'interventions précoces?

## Exemples de conditions de succès :

- **Thèmes** : Allaitement, soins à l'enfant, éducation, nutrition et autres formes de soutien familial (Irwin et collab. 2007).
- **Double modalité** : a) **Services axés sur les enfants**, comme la garde d'enfants, l'enseignement préscolaire, les centres de développement des enfants (services communautaires et à domicile) et d'autres programmes similaires **ET** b) **Soutien aux parents et adultes responsables**, dont les programmes sur les compétences parentales, le soutien et les visites à domicile et d'autres programmes de soutien familial (Irwin et collab. 2007).

# Comment choisir les programmes d'interventions précoces?

## Exemples de conditions de succès spécifiques pour les services aux enfants :

- Un personnel qualifié et rémunéré de manière appropriée;
- Un ratio élevé adulte/enfants et des groupes de petite taille;
- Un environnement stimulant au niveau du langage;
- Un curriculum approprié au niveau du développement;
- Un environnement physique sécuritaire;
- Des interactions adultes-enfants chaleureuses et sensibles.

# Les dix conditions de succès

## Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants

Aide-mémoire



1. Favoriser la collaboration et l'engagement des acteurs;
2. Répondre aux besoins des enfants et des familles;
3. Renforcer les facteurs de protection et diminuer les facteurs de risque;
4. Posséder des caractéristiques de qualité;
5. Tendre vers l'universalisme proportionné;
6. Cibler l'enfant et tous les niveaux d'influence;
7. Être précoces et permettre une continuité jusqu'à 8 ans;
8. Permettre une intensité significative ou un cumul significatif;
9. Être complémentaires et cohérentes;
10. Tenir compte des caractéristiques des enfants et des familles visés.





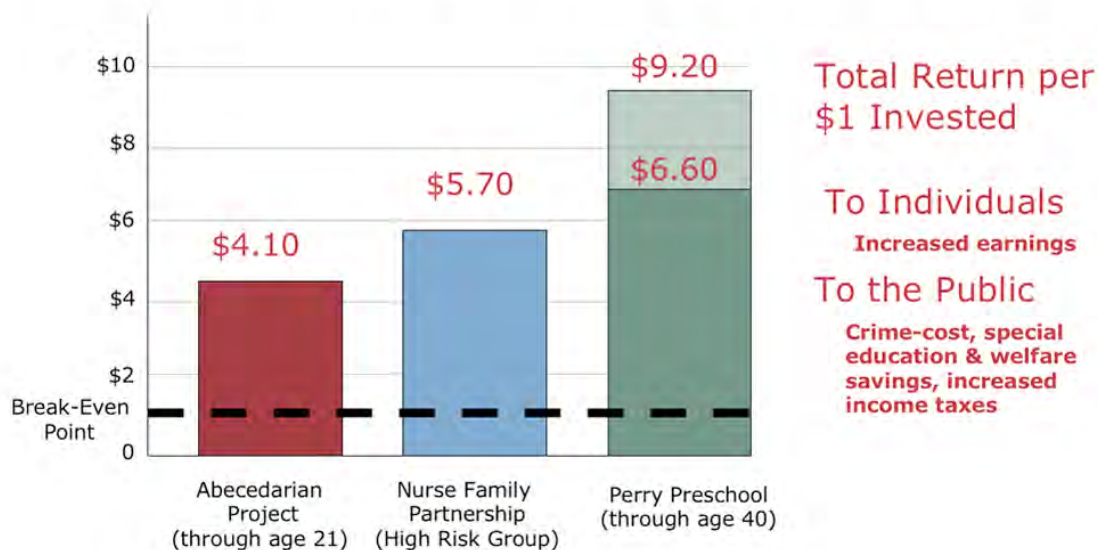
# Quelques exemples de pratiques exemplaires

NATIONAL FORUM ON EARLY CHILDHOOD POLICY AND PROGRAMS

## Cost/Benefit Analyses Show Positive Returns Early Childhood Programs Demonstrate Range of Benefits to Society

1. *Abecedarian Project*
2. *Perry Preschool*
3. *Nurse Family Partnership*

Puis quelques modèles dérivés.



Sources: Masse & Barnett (2002) Karoly et al. (2005) Heckman et al. (2009)

Tiré de : *In brief early childhood program effectiveness*, Center for the developing child,  
[www.developingchild.harvard.edu](http://www.developingchild.harvard.edu).

# Premier exemple d'une pratique exemplaire : *Abecedarian Projet*

Étude réalisée en 1972 auprès de 120 familles américaines, d'origine africaine, très défavorisées (sans revenu déclaré) et vivant à Chapel Hill en Caroline du Nord. Les mères avaient en moyenne 20 ans à la naissance et n'avaient pas terminé leur secondaire.

- Programme éducatif de haute qualité (*educational games curriculum*) pour les enfants de 0 à 5 ans à raison d'une journée complète, 5 jours par semaine toute l'année, par des enseignantes ayant un diplôme universitaire (allant de ratio 1/3 poupons vers à 1/6 pour les 5 ans). Le curriculum met l'accent sur le développement cognitif et le langage.

Voir : <http://abc.fpg.unc.edu/>.

# Premier exemple d'une pratique exemplaire : *Abecedarian* Projet (suite)

## Effets mesurés à 30 ans :

- 42 % plus de chance d'avoir occupé un emploi pendant au moins 16 à 24 mois;
- 81 % moins de risque d'avoir reçu de l'aide de l'état pour un total de 9 mois ou plus entre l'âge de 22 ans et 30 ans;
- 4 fois plus de chance d'être diplômé du *collège*, mais pas de différence pour le *High school*;
- Réussir 1,2 an de scolarité de plus;
- Avoir 1,8 an de plus à la naissance du premier enfant.

# Deuxième exemple : *Perry Preschool longitudinal study*

Étude réalisée avec 123 enfants américains de 3 ans, noirs, pauvres, avec un faible QI (70-85) et vivant à Ypsilanti au Michigan entre 1962 et 1967 :

- Programme éducatif haute qualité (*HighScope Preschool Curriculum*) pour les enfants de 3 et 4 ans à raison de 2 h 30 par jour par des enseignantes ayant un diplôme universitaire (ratio 1/6 à 8).
- Les enseignants font des visites à domicile chaque semaine pendant 90 minutes pour favoriser la continuité des apprentissages à la maison.

# Deuxième exemple : *Perry Preschool longitudinal study* (suite)

- Le programme favorise l'apprentissage actif et donne du pouvoir aux enfants, en les encourageant à entreprendre et à réaliser leurs propres activités d'apprentissage;
- Le programme donne aussi du pouvoir aux parents en les impliquant comme partenaires à part entière dans le soutien au développement de leurs enfants;
- Le programme donne du pouvoir aux enseignants en leur fournissant des formations, du soutien et de la supervision clinique.

# Deuxième exemple : *Perry Preschool longitudinal study* (suite)

97 % des participants encore vivants ont été interrogés à 40 ans!

**Figure 1**  
Major Findings: High/Scope Perry Preschool Study at 40

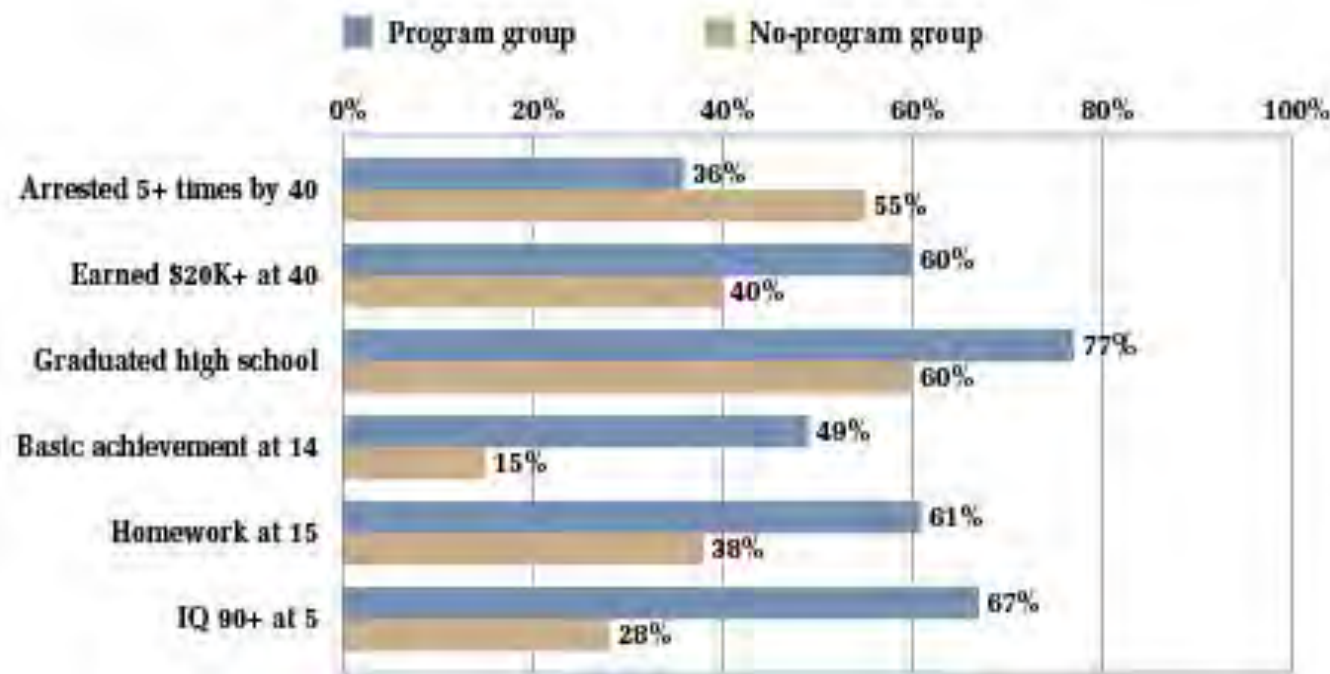


Figure tirée du site : <http://www.highscope.org/content.asp?contentid=219>.

Voir : <http://evidencebasedprograms.org/1366-2/65-2>.

# Troisième exemple : Le *Nurse Family Partnership*

**Clientèle visée :** Mères primipares, volontaires, jeunes, sans conjoint et ayant un faible revenu.

## Objectifs :

- **Comportements favorisant la santé :**  
Prématurité, petits poids de naissance, taux d'hospitalisation néonatale, suivi de grossesse, comportements de santé pendant la grossesse, santé de la mère et de l'enfant.
- **Santé et développement de l'enfant :**  
Développement physique, retard de développement, vaccination.
- **Projet de vie pour la mère :**  
Éducation et formation, emploi, utilisation des aides sociales, structure familiale, violence dans le couple.

# Troisième exemple : Le *Nurse Family Partnership* (suite)

## Modalités :

- Visites au domicile de la grossesse à 2 ans et première visite avant la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse;
- Visites à chaque semaine au début du recrutement puis 2 semaines avant la naissance. Après la naissance : visites hebdomadaires pour 6 semaines puis aux 2 semaines jusqu'à 20 mois. Les 4 dernières visites sont mensuelles;
- Les visiteuses sont des infirmières (diplôme universitaire) et reçoivent de la formation continue dans le cadre du programme;



# Troisième exemple : Le *Nurse Family Partnership* (suite)

## Modalités (suite) :

- Les visiteuses utilisent leurs compétences et leur jugement pour appliquer le curriculum du NFP et l'adapter aux forces/besoins de chaque famille;
- Les visiteuses appliquent les principes de l'auto-efficacité, de l'écologie humaine et de l'attachement;
- Une visiteuse n'a pas plus de 25 familles à visiter.

# Troisième exemple : Le *Nurse Family Partnership* (suite)

## Résultats provenant de trois grandes études avec devis randomisé (1977, 1988, 1994) :

- Amélioration de la santé prénatale des mères;
- Réduction de 20 à 50 % de l'abus, de la négligence ou des blessures;
- Réduction de 10 à 20 % des grossesses subséquentes durant l'adolescence ou durant la jeune vingtaine;
- Écart entre les grossesses plus grand;
- Plus de mères en emploi;
- Meilleure préparation à l'école;
- Amélioration du développement de l'enfant des mères avec moins de ressources psychologiques.

Source : [www.nursefamilypartnership.org/proven-results](http://www.nursefamilypartnership.org/proven-results);  
[evidencebasedprograms.org/1366-2/nurse-family-partnership](http://evidencebasedprograms.org/1366-2/nurse-family-partnership).  
Pour des analyses poussées des résultats : <http://homvee.acf.hhs.gov/>.

# Troisième exemple : Le *Nurse Family Partnership* (suite)

Le coût par famille est d'environ 4 100 \$.

## Déploiement actuel :

- Le programme est offert dans 32 états américains : Alabama, Arizona, California, Colorado, Delaware, Florida, Illinois, Iowa, Kentucky, Louisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Missouri, Nevada, New Jersey, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Washington, Wisconsin, and Wyoming.

Source : [evidencebasedprograms.org/1366-2/nurse-family-partnership](http://evidencebasedprograms.org/1366-2/nurse-family-partnership).  
Pour des analyses plus poussées des résultats : <http://homvee.acf.hhs.gov/>.

# Les visites à domicile comme modèle

Le Nurse Family Partnership a inspiré plusieurs autres programmes qui reprennent certains des éléments (p. ex., SIPPE et PANJO).

## Les programmes de visites à domicile varient :

- Clientèle visée, objectifs, durée, modalités complémentaires, intensité, formation des visiteuses, contenu, etc.

## Similitudes :

- S'appuyer sur le développement d'une relation de confiance;
- Offrir du soutien à la famille selon ses besoins en plus de soutenir les pratiques parentales et le développement de l'enfant;
- Diriger vers les ressources de la communauté.

# Les visites à domicile comme modèle (suite)

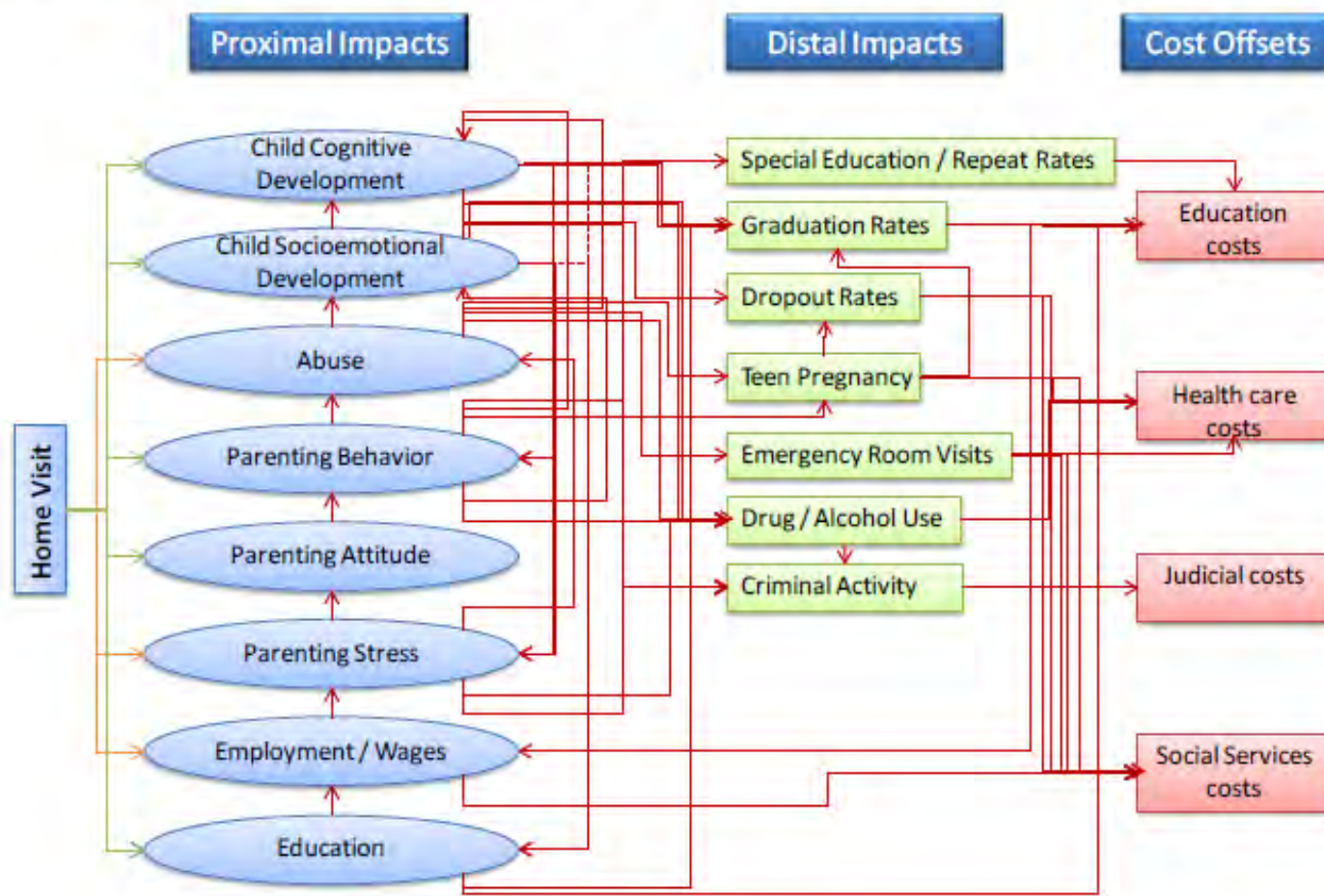
Les effets des différents modèles de visites à domicile sont largement documentés à court et à long terme, mais d'ampleur modeste et varient beaucoup selon la qualité de l'implantation.

## Effets constatés :

- Identification de la dépression postnatale, de la santé physique et mentale, du réseau social, des habitudes de vie;
- Habilitéés parentales, interaction parent-enfant, allaitement, utilisation des ressources du milieu;
- Santé globale du nouveau-né et faible poids (seulement pour les adolescentes);
- Développement cognitif et comportements externalisés;
- Nombre de blessures à la maison.

# Les visites à domicile comme modèle (suite)

Figure 7 Complete Cost Offset Model



# Le modèle de visites à domicile au Québec : les SIPPE

## Programmes fusionnés

Naître égaux — Grandir en santé + Programme de soutien aux jeunes parents + Programme de soutien éducatif précoce 2-5 ans.

## Clientèle visée

Les femmes vivant sous le seuil de faible revenu et sous-scolarisées, leur conjoint et leurs enfants.

## Objectifs

Maximiser le potentiel de santé et inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie :

- Promouvoir le développement de l'enfant;
- Diminuer la mortalité et la morbidité;
- Améliorer les conditions de vie en renforçant les réseaux de soutien, en favorisant l'intégration socioprofessionnelle des parents.

# Le modèle de visites à domicile au Québec : les SIPPE (suite)

## Modalités :

- Les visites se font au domicile de la grossesse à 5 ans avec la première visite autour de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse;
- Visites aux deux semaines durant la grossesse puis à chaque semaine pendant les six premières semaines de vie. Puis visites aux deux semaines jusqu'à un an. Par la suite, des visites mensuelles.
- En plus des rencontres de groupe et des suivis téléphoniques, recommandations vers les ressources du milieu et encouragement à l'intégration de l'enfant dans un milieu de garde éducatif;
- Les visiteuses sont des professionnelles et reçoivent de la formation continue;

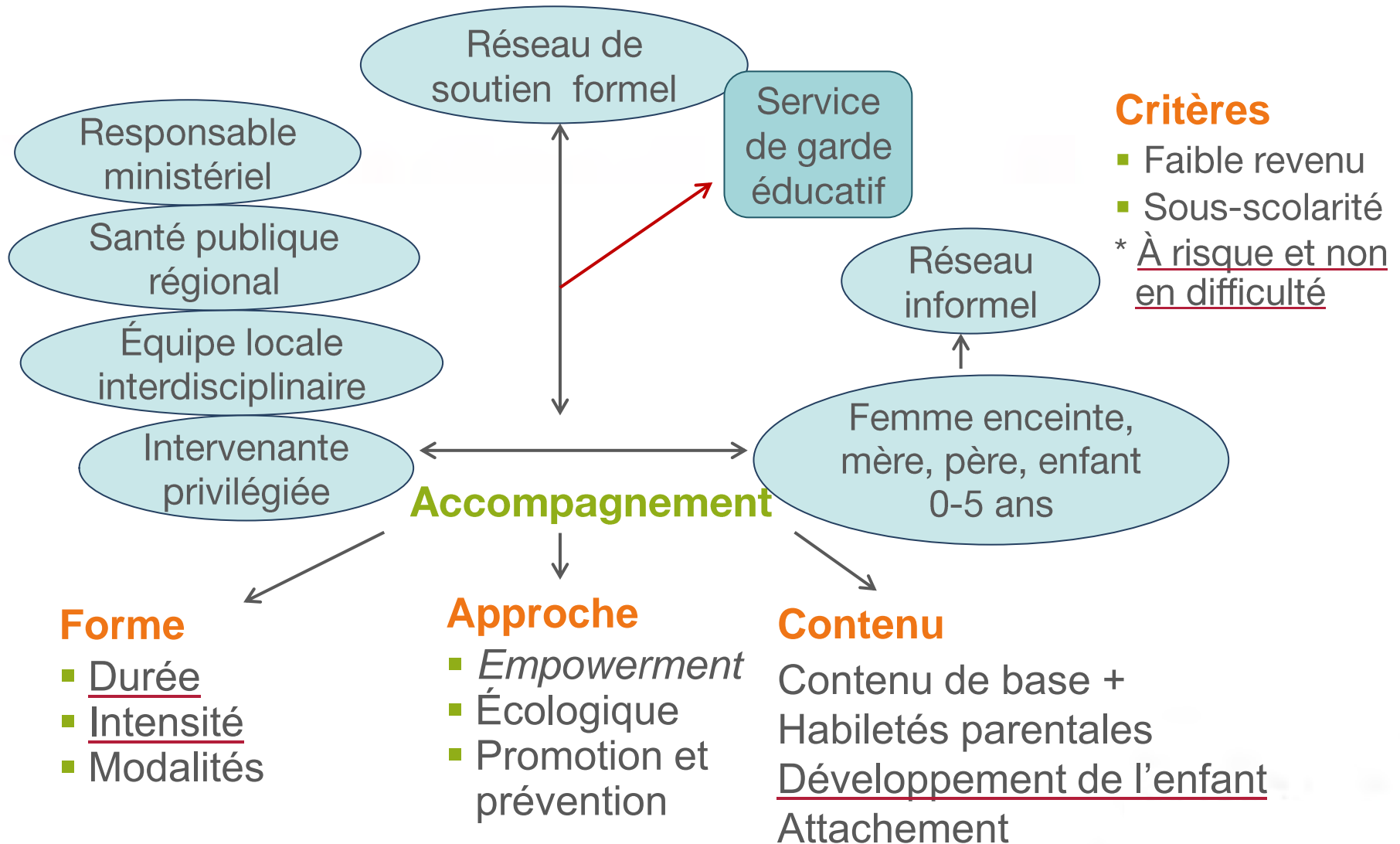


# Le modèle de visites à domicile au Québec : les SIPPE (suite)

## Modalités (suite) :

- Les visiteuses utilisent leurs connaissances et leur jugement ainsi que leurs habiletés sans suivre un curriculum précis. L'intervention est adaptée aux forces et aux besoins de chaque famille;
- Les visiteuses appliquent les principes de l'*empowerment*, de l'écologie humaine et de l'attachement;
- Les thèmes varient en fonction des besoins et demandes des familles, mais avec toujours 20 minutes consacrées à l'attachement;
- Les visites durent de 1 h à 1 h 30.

# Le modèle de visites à domicile au Québec : les SIPPE (suite)



Création d'environnements favorables par des actions intersectorielles

# Le modèle de visites à domicile au Québec : les SIPPE (suite)

## Résultats du volet jeunes parents

Étude dans 7 régions du Québec avec 451 familles suivies de la grossesse à 24 mois :

- Les jeunes parents sont rejoints par le programme;
- Environ 60 % d'attrition des familles autour de 18 mois;
- Autour de 50 % des contacts se font à domicile.
- Les résultats témoignent d'une situation favorable en ce qui a trait aux issues de grossesse, à la croissance des bébés, au développement cognitif et langagier, moteur et affectif des enfants à 17 mois.

# Le modèle de visites à domicile au Québec : les SIPPE (suite)

## Déploiement

Les SIPPE sont offerts dans les 95 centres de santé et de services sociaux; ils sont soutenus par les autorités régionales de 15 régions (agences) en plus du nord du Québec, du Nunavik et de la Baie-James.

Un budget annuel global d'environ 44 millions de dollars (environ 30 millions d'euros).

En 2012-2013, au Québec, 5017 femmes suivies ayant accouché dans l'année sur 6056 femmes admissibles (plus de 80 % des femmes ciblées ont été rejointes) :

- 18907 femmes suivies au total durant l'année 2012-2013.

# Le modèle de visites à domicile en France : PANJO

Le projet Panjo est un projet de promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI. Le projet consiste à proposer la mise en place d'un service gradué (proportionné) allant du service universel (au sein des centres de PMI) au suivi à domicile orienté auprès de certaines familles.

# Le modèle de visites à domicile en France : PANJO (suite)

**Clientèle visée** : Femmes primipares ayant un sentiment d'isolement social.

**Objectifs** : Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents

**L'intervention** : Elle est fondée sur une formation des professionnels de protection maternelle et infantile et sur des visites à domicile auprès des familles, pour accompagner et soutenir les parents dans l'établissement des premiers liens d'attachement.

# Le modèle de visites à domicile en France : PANJO

## Modalités :

- Démarrer idéalement le suivi avant le 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse;
- Visites en prénatales : 2 visites pour construire le lien, axées sur les préoccupations et les comportements de santé;
- Visites en postnatales : 4 visites jusqu'à 6 mois, puis 6 visites et plus jusqu'à 12 mois, axées sur la santé physique et mentale postnatale;
- Les visiteuses sont des professionnelles (puéricultrices) et reçoivent de la formation continue dans le cadre du programme;

# Le modèle de visites à domicile en France : PANJO (suite)

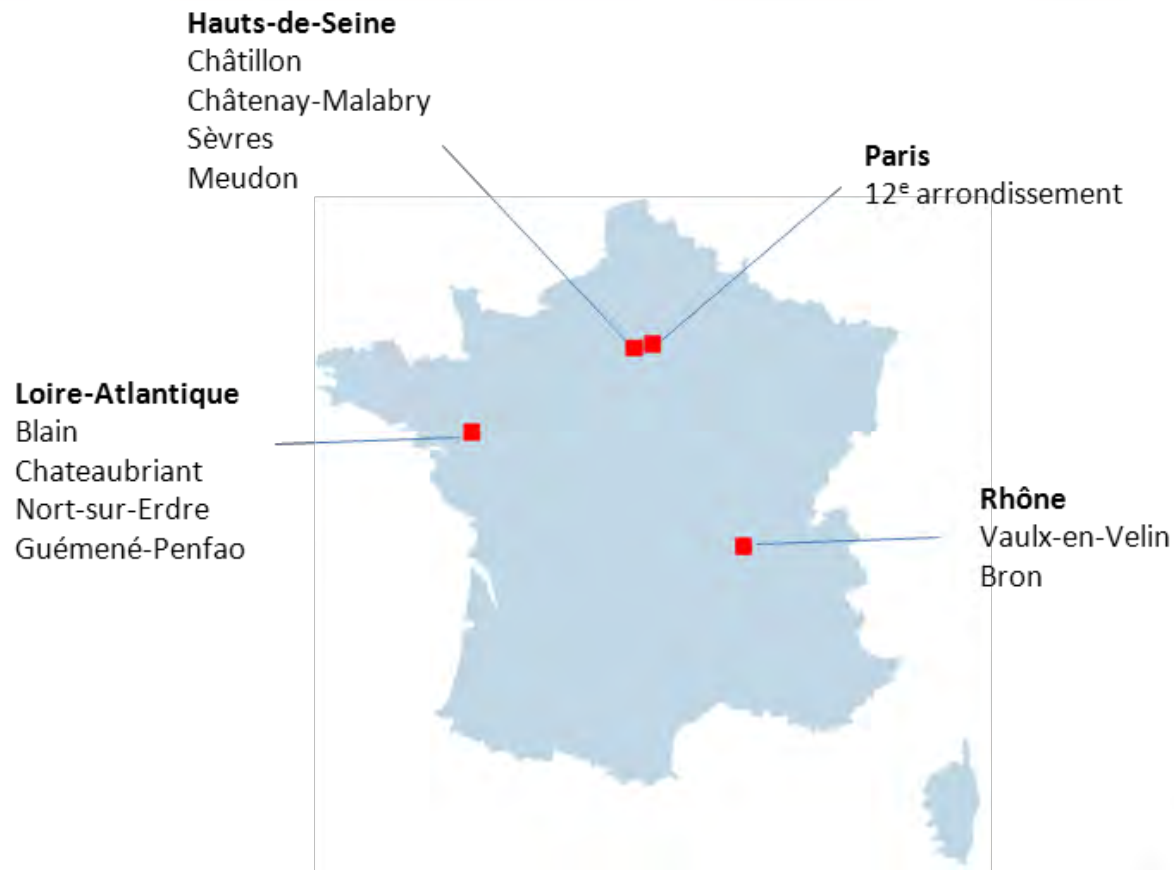
## Modalités (suite) :

- Les visiteuses utilisent leurs connaissances et leur jugement ainsi que leurs habiletés sans suivre un curriculum précis. L'intervention est adaptée aux forces et aux besoins de chaque famille;
- Les thèmes varient en fonction des besoins ou des demandes des familles, mais avec toujours 20 minutes consacrées à l'attachement.
- Chaque visite dure environ de 60 à 90 minutes.



# Le modèle de visites à domicile en France : PANJO (suite)

## Déploiement actuel



# Le modèle de visites à domicile en Irlande : *Preparing for life*

**Clientèle visée** : Les femmes enceintes et résidant dans les quartiers défavorisés de Dublin.

**Objectifs** : Préparation à l'école par de l'information et un mentorat sur les habiletés parentales et le développement de l'enfant (incluant la nutrition, le sommeil, la routine).

**L'intervention** : La plus haute intensité consiste en des visites au domicile de la grossesse à 5 ans. Également des rencontres de groupe Triple P (entre 24 et 36 mois), l'intégration dans des milieux préscolaires de qualité (une place réservée), une personne (support worker) facilitant la référence vers les ressources et la remise de matériels stimulant pour l'enfant.

# Le modèle de visites à domicile en Irlande : *Preparing for life* (suite)

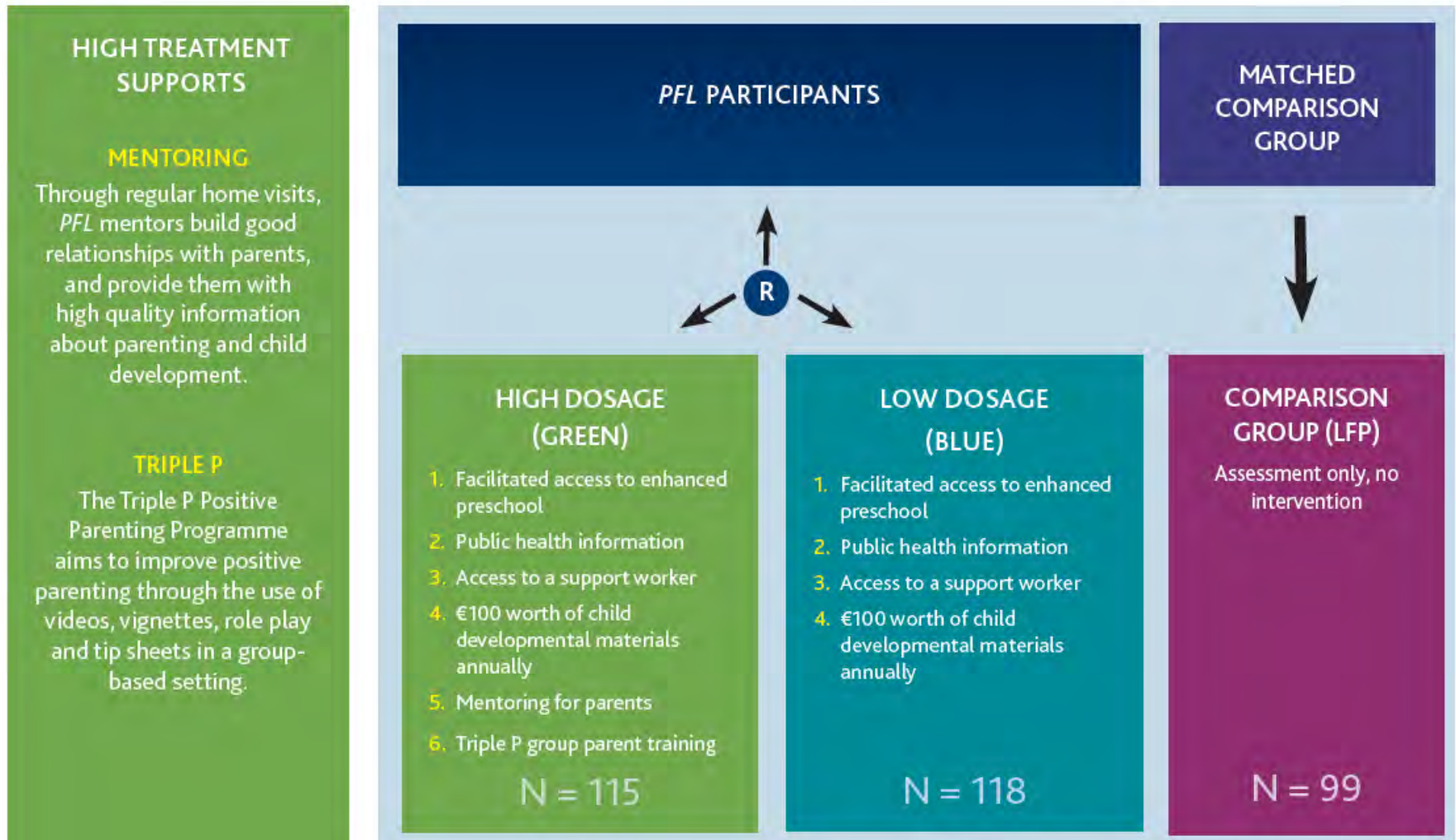
## Modalités :

- Les mentors sont des professionnels (éducation, psychologie, services sociaux, etc.) et reçoivent de la formation continue dans le cadre du programme;
- Les visites sont structurées autour de messages clés sur les meilleures pratiques parentales remis aux parents. Les mentors établissent d'abord une solide relation avec la famille.
- Les rencontres de groupe se répètent pendant 7 semaines. Les 4 premières rencontres sont de 2 heures, suivi de 2 semaines de soutien téléphonique et d'une rencontre finale de 2 heures à la 7<sup>e</sup> semaine.
- Les visites bi-mensuelles durent de 30 minutes à 2 heures.

Pour plus de détails sur le programme : [www.preparingforlife.ie](http://www.preparingforlife.ie)

L'évaluation : <http://geary.ucd.ie/preparingforlife/>

# Le modèle de visites à domicile en Irlande : *Préparing for life* (suite)



# Le modèle de visites à domicile en Irlande : *Preparing for life* (suite)

## Principaux résultats au moment où l'enfant a 36 mois :

- Effets positifs, mais modérés sur le développement de l'enfant (développement cognitif, habiletés de résolution de problèmes, moins de problèmes de comportements);
- Effets sur la santé de l'enfant (moins d'accidents, moins d'hospitalisation pour une nuit, meilleure alimentation, moins d'expositions à la fumée de cigarette, moins grande utilisation des écrans);
- Effets sur les pratiques parentales (moins autoritaires et hostiles ou permissives);
- Effet sur la santé maternelle et le bien-être (moins de symptômes de dépression, moins de consommation d'alcool et de cigarettes);
- Effet sur les conditions de vie (plus souvent en emploi et habitant moins souvent dans les logements sociaux).

## Déploiement

Actuellement implanté dans 28 communautés.

# Un modèle de visites universelles : *Durham Connects*

**Objectif** : S'assurer grâce à un partenariat (famille, organismes communautaires et services) que les nouveaux parents ont les ressources nécessaires pour assurer le bien-être de leur nouveau-né.

**Procédure** : Après une première visite à toutes les familles ayant un nouveau-né entre 2 et 12 semaines dans la zone ciblée, on propose des visites et du soutien supplémentaires à celles présentant des risques.

L'infirmière offre du soutien à l'allaitement, aux soins à l'enfant, et propose des ressources du milieu selon les besoins.

Voir : <http://homvee.acf.hhs.gov/Implementation/3/Durham-Connects-Family-Connects-Program-Model-Overview/59> ou <http://www.durhamconnects.org/>.

# Un modèle de visites universelles : *Durham Connects* (suite)

## Modalités :

- Visites à domicile (60 à 90 minutes) par une infirmière qui vérifie la présence de facteurs de risques dans 12 domaines associés à la mère ou à l'enfant. Si le risque est faible, l'infirmière propose des organismes dans la communauté. Un mois après la visite, elle vérifiera l'utilisation des ressources proposées et si de nouveaux besoins ont émergé.
- Les familles ayant des risques modérés ou élevés sont dirigées vers des organismes communautaires en plus de recevoir des visites supplémentaires d'un travailleur social ou d'une infirmière (environ 2).

Voir : <http://homvee.acf.hhs.gov/Implementation/3/Durham-Connects-Family-Connects-Program-Model-Overview/59> ou <http://www.durhamconnects.org/>.

# Références

Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé (2010). Analyse de rentabilité des visites à domicile comme mesure de prévention pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants : une revue des revues.

Center on the Developing Child at Harvard University. In brief, Early childhood program effectiveness. Harvard University.

Gendron, S et coll. (2014). Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé. Université de Montréal.

Irwin, L. G., Siddiqi, A., et Hertzman, C. (2007). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur. Rapport final*. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé.



# Autres lectures complémentaires suggérées

Morrison, J. et collab. (2014). Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*, 14, p. 1040-1054

Cowley, S et collab. (2015). Why health visiting ? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service : a narrative review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 465-480