

Petite enfance : de l'efficacité des programmes de visites à domicile

Christine Colin,

médecin spécialiste de médecine préventive et santé publique, professeur titulaire, École de santé publique, université de Montréal (Canada), professeur invitée à Santé publique France.

Les besoins fondamentaux de l'enfant sont aujourd'hui bien connus (voir articles ci-avant dans le dossier). Il en est de même pour les besoins particuliers des enfants vivant dans la grande pauvreté et l'exclusion sociale [1]. Alors même que les inégalités sociales ne cessent d'augmenter dans le monde [2], d'une part ces enfants ne jouissent pas d'un environnement sécuritaire et stimulant et d'autre part, même si la grande majorité des parents sont aimants, les conditions dans lesquelles ils vivent masquent souvent leurs compétences et génèrent des risques pour le développement et la santé des enfants [3 ; 4].

Déterminants de la santé et stratégies de promotion de la santé

La Charte d'Ottawa, fondatrice de la promotion de la santé [5], a déplacé la cible de la responsabilité individuelle vers les déterminants de la santé. Ceux-ci sont nombreux et complexes et démontrent bien à quel point ce sont les milieux de vie, les systèmes et le contexte global, y compris politique, qui, bien plus que les volontés individuelles, influencent de façon majeure le développement et la santé des enfants [6 ; 7] (voir figure 1, p. 28).

Dans cette perspective, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a, depuis plus de trente ans, défini les prérequis indispensables pour la santé : la paix, un toit, l'éducation, des revenus suffisants, un écosystème

stable, des ressources durables ainsi que la justice sociale et l'équité [5]. La Charte d'Ottawa présente cinq stratégies d'action qui vont bien au-delà des interventions individuelles :

- le renforcement du potentiel des individus (programmes d'accompagnement parental ou d'éducation à la santé, etc.) ;
- le développement des environnements sains et sécuritaires (sécurité alimentaire, logements sains, accès aux parcs/espaces de loisirs, etc.) ;
- l'établissement de politiques publiques en faveur de la santé (logement, revenu, systèmes de garde des enfants, congés de parentalité, éducation préscolaire et scolaire, redistribution des richesses, etc.) ;
- le développement des communautés (actions communautaires et intersectorielles, etc.) ;
- la réorientation des services de santé (davantage de programmes de prévention et de promotion de la santé et accès favorisé aux soins).

La participation des individus et des communautés s'ajoute à ces cinq stratégies.

Des politiques publiques et la redistribution des ressources

La première année de vie est la plus critique pour le développement [8]. Les politiques publiques, qui contribuent à prévenir les problèmes sociaux et de santé, sont donc particulièrement opérantes en regard de la petite enfance. Les programmes pour la santé du petit enfant sont efficaces, y compris sous l'angle économique [9 ; 10]. Les investissements pour la santé des enfants ont un impact durable et leur permettent de devenir des adultes en meilleure

santé, plus éduqués et plus productifs. En agissant sur les déterminants de la santé, ils peuvent même interrompre le cercle vicieux de la transmission de la pauvreté [9].

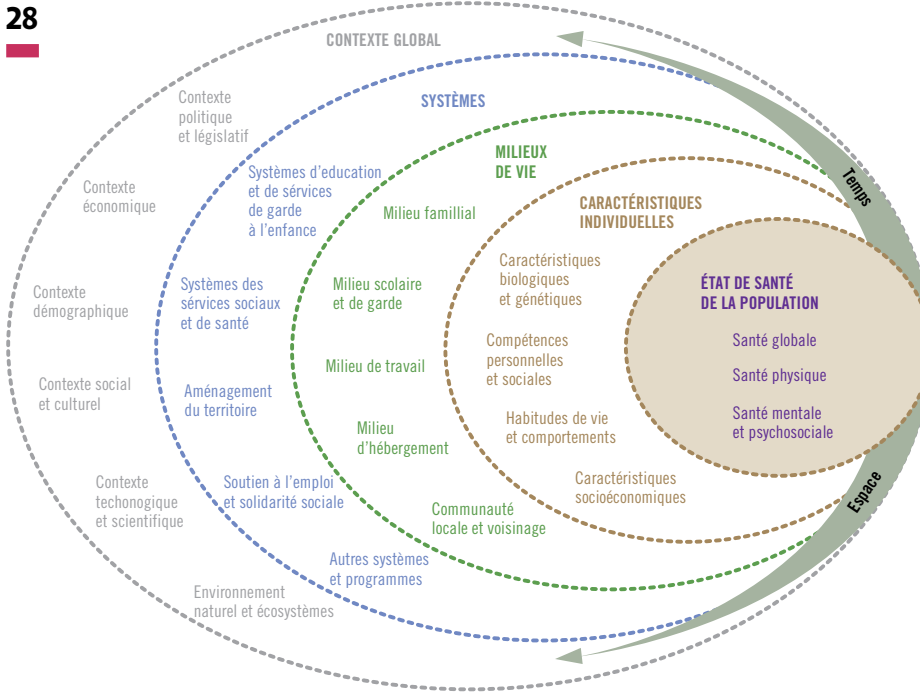
Même si elle ne l'annule pas, la redistribution des richesses par l'intermédiaire des impôts et des taxes est une stratégie très efficace pour faire baisser la pauvreté des enfants et de leur famille [11]. La redistribution des richesses en France, qui se situait à un niveau plutôt favorable au niveau international [12], semble actuellement en recul [13].

Des programmes structurés de prévention précoce

Dans les années 1980 à 2000, plusieurs interventions périnatales précoces ont été développées aux États-Unis – par exemple *Nurse Family Partnership* [14], en Angleterre, au Canada et ailleurs. Ces interventions ont pour but d'améliorer la santé des enfants et, pour la majorité, de réduire les inégalités. De façon générale, elles s'appuient sur le rôle « pivot » de la mère, offrent des visites à domicile, interviennent en période prénatale ou postnatale et visent le rehaussement des habiletés parentales [15].

Plusieurs revues de la littérature concluent à l'efficacité incontestable des programmes concernant notamment les visites à domicile [4 ; 16 ; 17]. Globalement, on constate, selon les programmes, l'amélioration de la santé maternelle prénatale, l'amélioration de la santé des enfants [18 ; 19], la diminution des naissances de poids insuffisant et de la morbidité néonatale, un meilleur développement cognitif et socioaffectif, la diminution des blessures non intentionnelles et des hospitalisations, une amélioration des pratiques parentales et de

Figure 1. Les déterminants de la santé



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010.

L'ESSENTIEL

► **La première année de vie est la plus critique pour le développement de l'enfant. Les politiques publiques qui la ciblent ont démontré leur efficacité. En agissant sur les déterminants de santé, elles peuvent réduire les inégalités sociales de santé, voire interrompre le cercle vicieux de la transmission de la pauvreté. Ainsi, les évaluations démontrent l'efficacité des programmes structurés de visites à domicile pour améliorer la santé de l'enfant. Les enfants qui ont bénéficié de programmes de soutien dans la petite enfance vont aussi avoir, à l'âge adulte, des comportements de santé plus favorables et une meilleure santé mentale.**

la relation parent-enfant (l'existence d'au moins une bonne relation parent-enfant entraîne une plus grande résilience émotionnelle et une estime de soi positive chez l'enfant [20]) et une amélioration de l'implication des pères auprès des enfants [21 ; 22]. À long terme, on observe que les enfants qui ont bénéficié de programmes de soutien dans la petite enfance, vont avoir, à l'âge adulte, des comportements de santé plus favorables. Ils vont moins fumer, plus attacher leur ceinture de sécurité, faire plus d'exercice physique et avoir une meilleure santé mentale à 21 ans [19].

Ces programmes ont aussi des effets positifs pour les mères qui vont davantage retourner sur le marché du travail, espacer les grossesses et réduire leur dépendance vis-à-vis de l'aide sociale. D'une façon générale, les programmes combinant visites à domicile et interventions directes auprès de l'enfant semblent les plus efficaces.

Concernant la réduction des inégalités sociales de santé, les recherches montrent aussi que les effets positifs de ces interventions sont plus marqués chez les populations les plus défavorisées au plan socio-économique. Cependant, si les services ne ciblent pas spécifiquement les familles les plus défavorisées, ce sont les familles en capacité d'utiliser les services qui en profitent et les inégalités sociales s'accroissent [23]. On ne peut pas se contenter d'attendre que les familles les plus défavorisées viennent vers les dispositifs : il faut donc aller à leur rencontre, être présent dans la durée et les accompagner [24].

Des exemples encourageants

Au Québec, le programme *Naître égaux-Grandir en santé (NE-GS)* a été conçu pour rejoindre et accompagner les femmes enceintes

très défavorisées. Il a été testé, puis développé sur tout le territoire à partir de 1991. Il mise sur les visites à domicile, l'intervention d'un intervenant « privilégié » qui offre un accompagnement parental pré- et postnatal, une équipe multidisciplinaire en soutien, des activités de groupes pour les parents, de la stimulation parents-enfants, ainsi que la création d'environnements favorables par des tables de concertation dans les quartiers, le renforcement de l'*empowerment* à la fois individuel et collectif et même une certaine influence sur les déterminants sociaux. Les évaluations quantitatives et qualitatives du programme ont été très positives [25] et le programme *NE-GS* a évolué vers l'actuel programme des *Services intégrés de prévention en petite enfance* (Sippe).

La France, quant à elle, dispose depuis 1945 des centres de protection maternelle et infantile (PMI), qui offrent des services préventifs, des consultations et des visites à domicile, accueillent et accompagnent les mères en situation de vulnérabilité et leurs enfants et suivent ainsi environ un cinquième des futures mères et des nourrissons [26]. Cependant, selon les départements, les ressources disponibles et les orientations des dirigeants, les PMI offrent un service plutôt universel – s'adressant à l'ensemble des mères – ou plutôt ciblé, notamment selon des critères d'âge. Il y a beaucoup de différences dans le profil des mères suivies, et le niveau de priorité accordé aux familles les plus défavorisées. Contrairement aux programmes décrits précédemment, les visites à domicile des PMI sont rarement faites dans le cadre d'un programme structuré (nécessitant objectifs énoncés, référentiels, respect du cadre et formations communes, etc.) [26]. Toutefois, certaines PMI mettent en place actuellement, sous forme expérimentale, des programmes de prévention précoce plus structurés selon des initiatives portées au niveau national (voir article de S. Sempé dans ce même dossier) ou au niveau local (voir article de S. Buchheit, M. C. Colombo, É. Fidry et C. Decroix dans ce même dossier).

À ces interventions en PMI s'ajoutent d'autres actions, dont l'entretien prénatal précoce (EPP), mesure-phare du plan périnatalité 2005-2007 ; le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) [27] depuis 2010 ; ou l'intervention des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) [voir articles de J.-L. Clochard, de S. Amaré et M. Valran, dans ce même dossier].

Des clés pour des programmes efficaces

Les facteurs de réussite des interventions en périnatalité et en petite enfance ont été bien identifiés. Ce sont la précocité (dès le début de la première grossesse ou même avant), la continuité pré- et postnatale ; l'intensité (il vaut mieux faire moins d'interventions, mais les cibler intensément auprès de ceux qui en ont le plus besoin) ; la souplesse, l'adaptation aux conditions de vie et de littératie des familles ; la stabilité des équipes et des intervenants, la présence d'une intervenante privilégiée et engagée auprès des familles (qui devient leur référente principale) ; des attitudes favorables et bienveillantes des intervenantes qui respectent la dignité des personnes et leurs valeurs (favorisées et soutenues par une formation solide). Ce sont aussi le travail en équipe multidisciplinaire, la participation et la mobilisation des parents et de la communauté, le partenariat et la concertation interprofessionnelle et interinstitutionnelle dans un *continuum* de services, la combinaison coordonnée de politiques publiques et d'interventions individuelles – notamment les visites à domicile – et communautaires – accompagnement par des réseaux de soutien, accès aux services disponibles, etc.

Des solutions existent. Elles nécessitent des ressources suffisantes pour la mise en œuvre et la coordination d'actions qui se sont révélées efficaces à la fois au niveau de politiques publiques et de services ciblés. C'est en s'appuyant sur les éléments constitutifs de la grande efficacité des programmes structurés de visites à domicile que les parents, reconnus et valorisés par les intervenants, vont révéler leurs compétences et améliorer la santé actuelle et future de leurs enfants. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Conroy K., Sande M., Zuckerman B. Poverty Grown Up: How Childhood Socioeconomic Status Impacts Adult Health. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2010, vol. 31 : p. 154-160.
- [2] Lawson M., Chan M.-K., Rhodes F., Parvez-Butt A., Marriott A., Ehmke E. *et al. Services publics ou fortunes privées*, [Rapport Davos], Oxfam, janvier 2019 : 114 p.
- [3] Colin C., Ouellet F., Boyer G., Martin C. *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Les Éditions Saint-Martin, 1992 : 259 p.
- [4] Colin C. Promotion de la santé et du bien-être et prévention auprès des enfants et des familles en milieu d'extrême pauvreté : soutien, contrôle ou solidarité ? In : Colin *et al. Une juste place pour tous les enfants : Plaidoyer pour l'action*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2004 : p. 85-117.
- [5] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève et Ottawa : 21 novembre 1986 : 4 p. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- [6] Tang K.C., Beaglehole R. A charter to achieve health for all. *Health Promotion Journal of Australia*, 2005, vol. 16, n° 3 : p. 171-172.
- [7] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Le Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*. Québec : MSSS, 2010 : 44 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
- [8] Shonkoff J. P., Phillips D. A. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington (D.C.): National Academy Press, 2000.
- [9] Belli P. C., Bustreo F., Preker A. Investing in children's health: what are the economic benefits? *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, vol. 83, n° 10 : p. 777-784.
- [10] Harvard Center on the developing Child. *The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture* [Working paper 5], 2007 : 9 p.
- [11] Merkur S., Sassi F., McDaid D., *Promoting health, preventing disease: is there an economic case?* Genève : World Health Organization, 2013 : 72 p.
- [12] Unicef. *Mesurer la pauvreté des enfants : nouveaux tableaux de classement de la pauvreté des enfants dans les pays riches*, Florence : Centre de recherche Innocenti, 2012, Bilan Innocenti n° 10 : 38 p.
- [13] Unicef. *Construire l'avenir : les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches*. Florence : Centre de recherche Innocenti, 2017, Bilan Innocenti n° 14 : 56 p.
- [14] Olds D. L., Robinson J. A., Pettitt L., Luckey D.W., Holmberg J., Ng R.K. *et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up*

results from a randomized trial. *Pediatrics*, 2004, vol. 114, n° 6 : p. 1560-1568.

- [15] Brown S. S., Shaw R., Morgan L. *et al. The Roots of Social Capital: a systematic review of longitudinal studies linking relationships in the home with health and disease*, Health Service Research Unit, Oxford : University of Oxford, 2002.
- [16] Gomby D. S. The promise and limitations of home visiting: Implementing effective programs. *Child Abuse and Neglect*, 2007, vol. 31 : p. 793-799.
- [17] Peacock S., Konrad S., Watson E., Nickel D., Muhajarine N. Effectiveness of Home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BioMed Central Public Health*, 2013, vol. 13, n° 1 : p. 1.
- [18] Licence K. Promoting and protecting the health of children and young people. *Child care, health and development*, 2004, vol. 30, n° 6 : p. 623-635.
- [19] Chang D. I., Bultman L., Drayton V.L., Knight E. K., Rattay K. T., Barrett M. Beyond medical care: how health systems can address children's needs through health promotion strategies. *Health Affairs*, 2007, vol. 6, n° 2 : p. 466-473.
- [20] Emler N. *Self-Esteem: The Costs and Causes of Low Self-Worth*. Joseph Rowntree Foundation, York : York Publishing Services, 2001.
- [21] Anderson L.M., Shinn C., Fullilove M. T., Scrimshaw S. C., Fielding J. E., Normand J. *et al. The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review*, *American Journal of Preventive medicine*, 2003, vol. 24, n° 3, S.1 : p. 32-46.
- [22] Kahn J., Moore K. A. What works for Home Visiting programs: lessons from experimental Evaluations of Programs and Interventions, *Child Trends*, 1^{er} juillet 2010.
- [23] Saïas T., Lerner E., Greacen T., Guédeney A., Dugravier R. Emer A. *et al. Parent-provider relationship in home visiting interventions*. *Children and Youth Services Review*, 2016, vol. 69 : p. 106-115.
- [24] Colin C. Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé : sur quoi et comment agir ? Questions et points de repère. In : *Actes du deuxième séminaire Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé – AGIR*, Société française de santé publique, 19 janvier 2018. Février 2019 : 41 p. En ligne : https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/SFSP-Rapport-ISS2-web.pdf
- [25] Brodeur J.-M., Boyer G., Séguin L., Perreault M., Colin C., Théorêt B. *et al. Le programme québécois Naître égaux – Grandir en santé* : Étude des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. *Santé, Société et Solidarité*, 2004, vol. 1 : p. 119-127.
- [26] Saïas T., Clavel C., Dugravier R., Bonnard A., Bodard J. les interventions à domicile en protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale, *Santé publique*, 2018, vol. 30, n° 4 : p. 477-487.
- [27] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). *Prado, le programme de retour à domicile*. Paris, 2013.