

# Caractéristiques et efficacité des programmes de prévention des mauvais traitements envers les enfants comportant des visites à domicile

Une recension des écrits

Marie-Ève CLÉMENT

*Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale  
Université du Québec à Montréal*

Marc TOURIGNY

*Département de psychoéducation  
Université du Québec à Hull*

La problématique de l'abus et la négligence<sup>1</sup> à l'endroit des enfants connaît depuis plusieurs années un intérêt grandissant. Selon Wasik et Roberts (1994), il semble que cette problématique soit présentement considérée, aux États-Unis, comme l'un des plus sérieux problèmes sociaux qui soient. Ces auteurs indiquent que le nombre de cas rapportés aux autorités a augmenté de façon constante depuis 20 ans, passant de 669 000 en 1976 à 1 918 000 en 1986. Les plus récentes statistiques américaines rapportent que plus de 3 millions de cas d'abus et de négligence ont été rapportés aux services

---

1. L'abus est défini comme un acte volontaire ou involontaire compromettant le développement, la santé ou la vie d'un enfant et peut se traduire par la violence physique et psychologique, alors que la négligence est définie comme un manque chronique de soins compromettant le développement, la santé ou la vie d'un enfant et peut se retrouver au niveau des besoins physiques, émotifs et du développement de l'enfant.

de la protection de l'enfance en 1995. Parmi ceux-ci, 996 000 ont été jugés suffisamment sérieux pour être confiés aux services sociaux et judiciaires. De ce nombre, 54 % visent des situations de négligence ; 25 %, des situations d'abus physique ; 11 %, des situations d'abus sexuel ; 6 %, d'autres formes de mauvais traitement et 3 %, des situations d'abus psychologiques (National Committee to Prevent Child Abuse, 1996). Au Canada, les statistiques sur l'incidence des mauvais traitements sont difficiles à obtenir. Toutefois, on sait qu'au Québec près de 50 000 signalements sont rapportés à la DPJ chaque année et que le tiers de ces cas concernent la négligence alors que 7 % à 9 % concernent l'abus physique (Chamberland, 1992).

Aux États-Unis et au Canada, l'ampleur de cette problématique est telle qu'on essaie de plus en plus de mettre en place des moyens de prévenir son apparition et les conséquences néfastes qu'elle a sur le développement des enfants. De nombreux programmes de prévention sont ainsi implantés chaque année. Parmi ceux-ci, on retrouve souvent des programmes de visites à domicile offertes par une variété de professionnelles<sup>2</sup> ou paraprofessionnelles dont l'action est dirigée en fonction des différents besoins individuels et familiaux, tant au plan psychologique, social, éducationnel que sanitaire. En effet, on constate que ce type de programme, par son approche de nature écologique, gagne en popularité puisqu'il offre de nombreux avantages comparativement aux programmes où les services sont dispensés dans les centres communautaires ou les cliniques. Les visites à domicile permettent de rejoindre des familles qui ne pourraient pas l'être autrement compte tenu de leur situation géographique ou de leur manque de ressources (transport, gardienne, etc.). De plus, les visites à domicile permettent aux intervenantes d'identifier les besoins de chaque famille et d'orienter leur action en fonction des urgences. En travaillant directement dans les quartiers où évoluent les familles, la connaissance de leur réseau social leur devient également plus accessible. Ainsi, l'action des intervenantes se prête plus facilement à l'intégration et au développement du réseau social de ces familles. De nombreux chercheurs soulignent également, parmi les avantages de ce type de service, son aspect de flexibilité et de disponibilité des intervenantes, son caractère moins menaçant pour les familles et l'aide concrète et immédiate que peuvent fournir les visiteuses.

Malgré l'intérêt grandissant que suscitent les programmes de prévention des mauvais traitements tels que les visites à domicile, nous constatons qu'il existe encore peu d'évaluations de ce type d'intervention. L'objectif de la présente recension est donc de décrire la nature et l'efficacité des programmes de visites à domicile.

---

2. Ce terme est féminisé puisque dans la grande majorité des études recensées, les professionnelles impliqués sont des femmes.

## MÉTHODE

### Critères de sélection

La sélection des études s'est effectuée à partir des critères suivants :

- 1) Le programme comportait des objectifs visant les compétences parentales ou la relation parent-enfant ;
- 2) Le programme offrait comme principal service des visites à domicile ;
- 3) Le programme a été implanté dans un cadre préventif (les programmes dont l'intervention fait suite à des cas d'abus ou de négligence ont été exclus) ;
- 4) Le programme a été implanté aux États-Unis ou au Canada ;
- 5) Le programme a fait l'objet d'une évaluation des effets à partir d'une méthode quantitative ;
- 6) L'étude a été publiée entre 1980 et 1995.

La sélection des études a d'abord été effectuée à l'aide de recensions d'écrits portant sur les programmes de prévention des mauvais traitements (Fink et McCloskey, 1990 ; Heinicke, Beckwith, et Thompson, 1988 ; Helfer, 1982 ; Roberts et Wasik, 1990 ; Wekerle et Wolfe, 1993). Ensuite, une recherche à l'aide des banques de données Badadug, Psychlit et Eric a été effectuée. Au total, 27 études ayant un devis de recherche soit préexpérimental, quasi expérimental ou expérimental, et répondant aux critères de sélection ont été retenues. Vingt-quatre de ces études ont évalué des programmes implantés aux États-Unis alors que trois études ont évalué des programmes implantés au Canada. De plus, 67 % des programmes recensés offraient uniquement des visites à domicile alors que 33 % offraient d'autres services complémentaires aux visites à domicile tels que des groupes de parents, des groupes parents-enfants, des services de garde, des ateliers de stimulation précoce ou des cours prénataux.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques des programmes de visites à domicile

#### *Modèles théoriques*

Le principal cadre théorique rapporté dans les études comme étant à la base de l'intervention à domicile a été le modèle écologique. Malgré l'intérêt de plus en plus marqué pour ce modèle, qui permet entre autres de mieux saisir la problématique de l'abus et la négligence, seulement six études se sont clairement référées à ce modèle (Armstrong, 1981 ; Barth,

1991 ; Durand, Massé et Ouellet, 1989 ; Lutzer et Rice, 1984 ; Olds, 1988 ; Taylor et Beauchamp, 1988). Les autres études n'étaient pas claires quant à leur utilisation d'un modèle théorique, bien que certaines eussent rapporté en détail le contenu de leur intervention. Ces dernières étaient d'ailleurs généralement axées sur le développement de l'enfant (Andrews *et al.*, 1982 ; Caruso, 1989 ; Field, Widmayer, Stringer et Ignatoff, 1980 ; Slaughter, 1983). En somme, la majorité des études n'ont fait référence à aucun modèle théorique particulier pour expliquer la problématique, pour établir leurs critères de sélection des familles, pour expliquer la nature de leur intervention et pour choisir leurs instruments d'évaluation.

### *Les participantes*

Les programmes recensés visaient généralement à rejoindre les familles les plus à risque d'abus et de négligence. Les mères étaient les principales personnes ciblées par l'intervention à domicile. De plus, 40 % des programmes recensés concernaient les femmes dans le troisième mois de leur grossesse, 30 % visaient à rejoindre les mères ayant un nouveau-né et 30 % encore, celles ayant au moins un enfant en bas âge (0-5 ans). Seulement 26 % des études ont rapporté que les pères ou les conjoints étaient invités à participer volontairement à l'intervention bien que leur présence ne fût pas considérée dans l'évaluation du programme (Barrera, Rosenbaum et Cunnigham, 1986 ; Durand, Massé et Ouellet, 1989 ; Gray et Ruttle, 1980 ; Olds, Henderson, Chamberlin et Tatelbaum, 1986 ; Nurcombe *et al.*, 1984 ; Séguin, Ferland, Ouellet et Lambert, 1987 ; Seitz, Rosenbaum et Apfel, 1985).

Les facteurs de risque les plus couramment utilisés pour sélectionner les familles participantes étaient le faible revenu, la monoparentalité, le niveau d'éducation des mères (inférieur au 5<sup>e</sup> secondaire), le jeune âge de la mère (généralement inférieur à 23 ans) et la naissance prématurée de l'enfant. Certains programmes ciblaient plus particulièrement les familles de minorités ethniques (Andrews *et al.*, 1982 ; Caruso, 1989 ; Field *et al.*, 1980 ; Marcenko et Spence, 1994 ; Slaughter, 1983) ou les mères adolescentes (Caruso, 1989 ; Field *et al.*, 1980). Enfin, certains autres programmes cherchaient à rejoindre les mères primipares. Ce critère de sélection a été utilisé par trois programmes pour maximiser l'efficacité de l'intervention puisque ces mères sont moins susceptibles de reproduire des comportements parentaux déjà acquis (Olds, 1988 ; Seitz, Rosenbaum et Apfel, 1985 ; Taylor et Beauchamp, 1988).

### *Les objectifs*

Le tableau 1 présente les principaux objectifs retrouvés dans les programmes de prévention recensés. Ces objectifs ont été regroupés selon le domaine

qui était visé, soit : a) le développement de l'enfant ; b) les compétences parentales ; c) la relation parent-enfant ; d) le soutien social.

TABLEAU 1  
*Objectifs fréquemment visés par les programmes*

Domaines visés	Objectifs
Développement de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer le développement de l'enfant (développement moteur, social, cognitif, affectif et langagier).</li> <li>- Favoriser un environnement à la fois stimulant et sécuritaire pour l'enfant.</li> </ul>
Caractéristiques parentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amener le parent à avoir des attentes plus réalistes envers le développement de l'enfant.</li> <li>- Améliorer les connaissances du parent concernant les besoins sociaux, émotifs, cognitifs et sanitaires de l'enfant.</li> <li>- Aider les parents à développer leur confiance en soi et leur sentiment de compétence parentale.</li> </ul>
Relation parent-enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la qualité de la relation parent-enfant.</li> <li>- Renforcer le lien affectif entre la mère et l'enfant.</li> <li>- Améliorer la qualité des soins donnés à l'enfant.</li> </ul>
Soutien social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter le réseau de soutien social des parents.</li> <li>- Augmenter l'utilisation des ressources du réseau de soutien formel et informel.</li> </ul>

Pour être retenus dans la présente recension, tous les programmes devaient avoir des objectifs liés aux compétences parentales ou aux relations parent-enfant. Toutefois, on constate que certains programmes avaient aussi des objectifs axés sur le développement cognitif et moteur de l'enfant. Ces programmes étaient d'ailleurs ceux dont l'intervention était davantage orientée vers la stimulation précoce (Andrews *et al.*, 1982 ; Caruso, 1989 ; Field *et al.*, 1980 ; Slaughter, 1983). Quelques programmes ont également indiqué avoir des objectifs portant sur le soutien social, mais on constate qu'il s'agissait, pour la plupart, de programmes offrant des groupes de parents combinés aux visites à domicile (Caruso, 1989 ; Dawson *et al.*, 1990 ; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum et Botein, 1990).

### *Durée et fréquence des visites à domicile*

La majorité des programmes recensés (59 %) débutaient à la période post-natale. Les autres commençaient généralement à la période prénatale vers le troisième trimestre de la grossesse des femmes. La durée moyenne qui a été calculée pour les 27 programmes est approximativement de 13 mois (la durée variant de un mois à plus de trois ans selon le programme). De façon plus précise, nous constatons que seulement 19 % des programmes avaient une durée de trois mois ou moins. Parmi ceux-ci, la plupart offraient soit des cours prénataux, soit des visites à l'hôpital précédant les visites à domicile. La moitié (48 %) des programmes avaient une durée variant de quatre à 11 mois alors que 33 % duraient 12 mois ou plus. Les programmes offraient en moyenne 10 contacts entre la visiteuse et la famille.

Les visites à domicile étaient habituellement offertes de façon hebdomadaire, soit pour toute la durée du programme, soit pour les trois premiers mois, après quoi, les visites s'offraient sur une base bimensuelle ou mensuelle. Enfin, la durée d'une visite variait entre 30 et 120 minutes avec une moyenne d'environ 60 minutes par visite.

### *Statut et rôles des visiteuses*

Pour effectuer les visites à domicile, la majorité des programmes (63 %) ont eu recours uniquement à des professionnelles telles que des travailleuses sociales ou des infirmières. Dans 22 % des programmes, les familles ont été visitées par des paraprofessionnelles uniquement. Ces visiteuses avaient habituellement un statut d'aidantes naturelles : il s'agissait de femmes ayant vécu une expérience parentale positive et ayant le même statut socio-économique que les familles visitées (Barth, Hacking et Ash, 1988 ; Dawson *et al.*, 1990 ; Durand, Massé et Ouellet, 1989 ; Marcenko et Spence, 1994). Enfin, pour une minorité de programmes (15 %), l'intervention à domicile était faite alternativement par des professionnelles et des paraprofessionnelles.

La majorité des programmes qui utilisaient les services de paraprofessionnelles ont indiqué que ces dernières étaient encadrées dans leur travail par des professionnelles et qu'elles recevaient habituellement une formation initiale d'une durée variable. Cette formation portait généralement sur les soins et le développement de l'enfant, les besoins de la mère et de l'enfant suivant la naissance, l'importance de la stimulation pour l'apprentissage du langage et le développement cognitif de l'enfant, et la connaissance des ressources disponibles dans le réseau (Barth, 1991 ; Dawson *et al.*, 1990 ; Durand *et al.*, 1989 ; Marcenko et Spence, 1994 ; Siegel, Bauman, Schaefer, Saunders et Ingram, 1980).

Les visiteuses étaient appelées à jouer différents rôles lorsqu'elles intervenaient auprès des familles, leur rôle variant selon les objectifs de

l'intervention. Ainsi, leur action se faisait à différents niveaux : a) servir de modèle aux parents, b) être une source d'aide concrète, c) être une source de soutien émotif, d) être une source d'information et e) servir d'intermédiaire auprès de différents organismes ou ressources de la communauté. Dans certains programmes, les visiteuses avaient également comme rôle informel d'évaluer la sécurité de l'enfant et les interactions familiales. Enfin, mentionnons que le rôle des visiteuses variait en fonction de leur statut. Dans les programmes faisant appel à des professionnelles, l'intervention était davantage axée sur le soutien émotif, l'apport d'informations et l'évaluation des situations familiales. De leur côté, les paraprofessionnelles agissaient plus souvent à titre de modèle en permettant aux mères visitées de s'identifier à une personne de même statut socio-économique qu'elles et ayant vécu une expérience parentale positive.

### **Efficacité des programmes de visites à domicile**

Les effets des programmes de prévention ont été regroupés en cinq catégories, soit les effets sur : a) les situations d'abus et de négligence, b) le soutien social, c) la famille, d) la mère et e) l'enfant. Le tableau 3 présente le nombre d'études qui ont évalué divers aspects découlant de ces catégories. Il indique également le pourcentage d'études ayant rapporté des résultats positifs sur ces aspects ainsi que le nombre d'études pour lesquelles ces résultats se sont maintenus ou non après un suivi.

#### *L'abus et la négligence*

Comme indiqué au tableau 3, seulement huit études ont évalué le taux d'incidence concernant l'abus et la négligence pendant et après l'intervention. Soixante-trois pour cent de ces études ont rapporté des résultats positifs concernant la réduction de l'incidence des mauvais traitements (Caruso, 1989 ; Huxley et Warner, 1993 ; Lutzer et Rice, 1984 ; Marcenko et Spence, 1994 ; Olds *et al.*, 1986). Toutefois, une étude (quasi expérimentale) a rapporté que les résultats positifs ne se maintenaient pas lors d'une étude de suivi cinq ans après l'intervention (Lutzer et Rice, 1987). Olds, Henderson, Kitzman et Cole (1995) ont également rapporté que les résultats positifs concernant la réduction du taux de mauvais traitements ne s'étaient pas maintenus deux ans après l'intervention.

#### *Le soutien social*

L'efficacité des programmes de visites à domicile concernant le soutien social est peu documentée dans la littérature. En effet, même si plusieurs programmes ciblaient directement ou indirectement la diminution de l'isolement social, seulement un faible pourcentage des études ont évalué cet

TABLEAU 2  
*Caractéristiques des programmes de visites à domicile recensés*

Études	Méthode		Participants				Visites à domicile			
	Services	Design	T <sub>x1</sub> /T <sub>x2</sub> (post-test)	Suivi (années)	Sexe	Âge <sup>a</sup>	Caractéristiques <sup>b</sup>	Début	Durée <sup>c</sup>	Visiteuses
1. Armstrong, 1981 ; Armstrong et Fraley, 1985	1, 3, 4	pre.	46	3	F	27	FR, NS	post	10	prof.
2. Barth, 1991 ; Barth, Hacking et Ash, 1988	1	exp.	97		F	23	FR, NS	pré.	6	para.
3. Dawson, van Doorninck et Robinson 1990	1, 3	exp.	94		F	20	FR, NS	pré.	16	para.
4. Gray et Ruttle, 1980	1	exp.	27	0,8 et 1,7	F*	—	FR, NS	post	9	prof./para.
5. Huxley et Warner, 1993	1	quasi	20		F	21	Mono.	pré.	36	prof.
6. Lutzer et Rice, 1984, 1987	1	quasi	50	1, 2, 3, 4, 5	F	—	FR	post	12	prof.
7. Marcenko et Spence, 1994	1	exp.	110		F	23	NS, Ethn.	pré.	12	prof./para.
8. Barrera <i>et al.</i> , 1986, 1990	1	exp.	16/22	3	F*	26	Prém.	post	12	prof.
9. Durand <i>et al.</i> , 1989	1	quasi	137		F*	20	FR, HS	post	3	para.
10. Olds <i>et al.</i> , 1986, 1988	1	exp.	100/116	2	F*	19	FR, Mono., Primi.	pré.	24	prof.
11. Barnard <i>et al.</i> , 1988 ; Booth, Mitchell, Barnard et Spieker, 1989	1	pré	68/79	2	F	21	Mono., NS	ré.	12	prof.
12. Larson, 1980	1	quasi	35		F	—	NS	ré.	15	prof.
13. Seitz <i>et al.</i> , 1985	1, 5	quasi	17	10	F*	—	FR, Ethn., Primi.	ré.	30	prof.
14. Siegel, Bauman, Schaefer, Saunders et Ingram, 1980	1, 2	exp.	47/52 53/60		F	21	FR, Mono., NS	pré.	3	para.
15. Affleck, Tennen, Rowe, Rosher et Walker, 1989	1	exp.	47		F	29	Primi.	post	3.75	prof.
16. Caruso, 1989	1, 3, 5	quasi	66	3	F	Ados	Mono.	pré.	36	para



TABLEAU 2 (suite)  
 Caractéristiques des programmes de visites à domicile recensés

Études	Méthode		Participants				Visites à domicile			
	Services	Design	Tx <sub>1</sub> /Tx <sub>2</sub> (post-test)	Suivi (années)	Sexe	Âge <sup>a</sup>	Caractéristiques <sup>b</sup>	Début	Durée <sup>c</sup>	Visiteuses
17. Affholter, Connell et Nauta, 1983	1, 3	exp.	199		F	—	Mono., Primi.	Post	36	prof
18. Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum et Botein, 1990	1, 3	quasi	31		F	26	FR	post	18	prof./para.
19. Séguin, Ferland, Ouellet et Lambert, 1987	1, 6	exp.	53	1	F*	27	Primi.	Post	0,75	prof.
20. Villar <i>et al.</i> , 1992	1	exp.	1115		F	—	NS, Prém.	pré.	5	prof.
21. Field <i>et al.</i> , 1980	1	exp.	30		F	Ados	Ethn, Prém.	post	8	prof.
23. Taylor et Beauchamp, 1988	1, 2	exp.	16	0.25	F	24	FR, Primi.	post	0,75	prof.
24. Slaughter, 1983	1, 3	quasi	26/26		F	24	FR, NS, Ethn.	post	24	prof./para.
25. Andrews <i>et al.</i> , 1982 ; Johnson et Brekenridge, 1982	1, 4	exp.	44	1 et 4	F	18	FR, NS, ethn.	post	12	para.
26. Barkauskas, 1983	1	quasi	67		F	18	Mono., NS, Primi.	post	6	prof.
27. Nurcombe <i>et al.</i> , 1984	1, 2	exp.	34		F*	28	Primi., Prém.	post	3	prof.

Notes : Les tirets indiquent que les données n'étaient pas rapportées dans l'étude. Services : 1 = Visites à domicile ; 2 = Visites à l'hôpital ; 3 = Groupes parents ; 4 = Groupes parent-enfant ; 5 = Répit/stimulation précoce ; 6 = Cours prénataux.

<sup>a</sup> Moyenne d'âge des participants au groupe expérimental (Tx).

<sup>b</sup> Caractéristiques présentes chez la majorité des participantes : FR = Faible revenu ; Mono. = Monoparentalité ; Primi. = Femmes primipares ; NS = Niveau d'éducation inférieur au 5<sup>e</sup> secondaire ; Ethn. = Minorité ethnique ; Prém. = Naissance prématurée ; Cpts. = Troubles de comportement.

<sup>c</sup> Durée du programme pour le volet visites à domicile (en mois).

\* Les pères étaient invités à participer au programme, mais leur participation n'était pas évaluée dans l'étude.

TABLEAU 3  
*Études rapportant des effets positifs selon les domaines visés*

Domaines visés	Études n	Résultats positifs <sup>a</sup>		Études de suivi <sup>b</sup>	
		n	%	m.	n. m.
Abus et négligence (incidence)	8	5	63 %		2
Soutien social	6	4	67 %		
La famille: - Environnement familial	12	9	75 %	2	1
- Relation parent-enfant	13	9	62 %	1	
- Attachement	3	1	33 %		
La mère: - Attitudes	12	12	100 %	2	1
- Attentes face à l'enfant	3	3	100 %		1
- Estime de soi	2	1	50 %		
- Dépression	6	3	50 %	1	
- Retour au travail/ études	3	3	100 %	1	
L'enfant: - Développement cognitif	14	9	64 %		2
- Développement moteur	11	3	27 %		1
- Langage	2	2	100 %		
- Comportement	6	2	33 %	1	
- Santé et bien-être	5	2	40 %		

Note : Résultats positifs rapportés significatifs à  $p < 10$ .

<sup>a</sup> Nombre d'études rapportant des résultats positifs.

<sup>b</sup> Nombre d'études pour lesquelles les résultats positifs sont : m. = maintenus à l'étude de suivi ou n.m. = non maintenus au suivi effectué après la fin de l'intervention.

aspect. Des six études ayant évalué le soutien social après l'intervention à domicile, quatre rapportent des effets positifs (Armstrong, 1981 ; Durand, Massé et Ouellet, 1989 ; Marcenko et Spence, 1994 ; Olds *et al.*, 1986). Les mères visitées étaient moins isolées et plus satisfaites des diverses formes de soutien social reçu après les visites à domicile. Deux études ont rapporté des effets plus positifs des visites à domicile auprès des familles dont le besoin de soutien social était plus élevé (Affleck, Tennen, Rowe, Roscher et Walker, 1989 ; Booth, Mitchell, Barnard et Spieker, 1989).

### *La famille*

De nombreuses études ont rapporté une amélioration de l'environnement familial et de la relation parent-enfant. À la suite de l'intervention, on constate chez les mères visitées une meilleure organisation de leur environnement, de même qu'un apport de matériel éducatif plus adéquat en fonction de l'âge et des besoins de leur enfant (jouets, chansons, jeux, lectures, etc.). Deux études de suivi avec devis expérimentaux ont démontré que les effets positifs sur la qualité de l'environnement s'étaient maintenus deux ans

(Olds *et al.*, 1995) et trois ans (Barrera, Kitching, Cunningham, Doucet et Rosenbaum, 1990) après la fin des visites à domicile.

Au regard de la relation parent-enfant, 62 % des études qui ont tenu compte de cette variable ont rapporté des résultats positifs. Comparativement aux parents des groupes contrôles, les parents qui ont reçu les visites à domicile se sont engagés dans un plus grand nombre d'interactions avec leur enfant, ils se sont aussi montrés plus sensibles aux besoins de leur enfant, ils ont plus fréquemment utilisé le langage comme source de stimulation, ils se sont déclarés plus satisfaits à l'égard de leur rôle parental et ils ont évalué le comportement de leur enfant comme étant moins problématique (Affholter, Connel et Nauta, 1983; Andrews *et al.*, 1982; Barnard *et al.*, 1988; Barrera *et al.*, 1986; Dawson *et al.*, 1990; Gray et Ruttle, 1980; Olds *et al.*, 1995; Taylor et Beauchamp, 1988). Les études qui n'ont pas rapporté d'effets positifs ou significatifs sur la relation parent-enfant portaient sur des interventions de courtes durées (Séguin *et al.*, 1987; Siegel *et al.*, 1980) ou qui étaient offertes à un nombre limité de participantes (Huxley et Warner, 1993; Stevenson *et al.*, 1988). Enfin, en ce qui concerne l'attachement parent-enfant, une seule étude a rapporté des résultats positifs à l'aide de *Ainsworth Strange Situation Scale* (Lyons-Ruth *et al.*, 1990).

### *Caractéristiques des mères*

La majorité des études recensées ont évalué, à des degrés divers, l'effet du programme sur certaines caractéristiques maternelles. Des effets positifs liés aux visites à domicile ont été rapportés par toutes les études évaluant les attitudes éducatives des mères. Les mères ayant participé au programme d'intervention étaient moins autoritaires, avaient des attitudes plus adéquates concernant la discipline et l'utilisation de punitions corporelles et faisaient preuve d'habiletés parentales (qualité des soins apportés à l'enfant) plus grandes que les mères des groupes contrôles (Affholter *et al.*, 1983; Andrews *et al.*, 1982; Dawson *et al.*, 1990; Field *et al.*, 1980; Nurcombe *et al.*, 1984; Slaughter, 1983; Stevenson *et al.*, 1988; Taylor et Beauchamp, 1988). Ces effets se sont maintenus un an (Gray et Ruttle, 1980) et trois ans après l'intervention à domicile (Johnson et Breckenridge, 1982).

Des effets positifs ont été constatés par deux études ayant évalué les connaissances et les attentes des mères face au développement de l'enfant. Les mères visitées avaient de meilleures connaissances et des attentes plus réalistes par rapport au développement social et moteur de leur enfant (Field *et al.*, 1980; Taylor et Beauchamp, 1988). Seulement deux études (avec un devis expérimental) ont évalué l'estime de soi des mères, et l'une d'elles ne rapporte aucun effet positif (Marcenko et Spence, 1994). Cinquante pour cent des études qui ont évalué la dépression maternelle

ont démontré des effets positifs à la suite de l'intervention (Affleck *et al.*, 1989 ; Barnard *et al.*, 1988 ; Marcenko et Spence, 1994). Enfin, trois études ayant évalué le retour des mères sur le marché du travail ou aux études ont rapporté des effets positifs à la suite de l'intervention (Affholter, Connell et Nauta, 1983 ; Olds *et al.*, 1988) et trois ans après la fin de celle-ci (Caruso, 1989).

### *Caractéristiques des enfants*

De leur côté, les résultats des études portant sur les caractéristiques de l'enfant sont plutôt modestes. Bien que les visites à domicile considéraient habituellement le parent comme principale cible de l'intervention, les études rapportant des effets positifs sur le développement de l'enfant avaient des activités de stimulation précoce ou offraient des groupes pour enfants en parallèle avec les visites à domicile (Andrews *et al.*, 1982 ; Armstrong, 1981 ; Caruso, 1989 ; Field *et al.*, 1980 ; Seitz *et al.*, 1985 ; Slaughter, 1983). Comme le montre le tableau 3, 64 % des études qui ont évalué le développement cognitif de l'enfant ont démontré des effets significatifs liés à la participation au programme. Toutefois, deux d'entre elles ont indiqué que ces effets positifs ne s'étaient pas maintenus trois ans (Barrera *et al.*, 1990) et 10 ans après l'intervention (Seitz *et al.*, 1985). La majorité des études qui ont évalué le développement moteur de l'enfant n'ont rapporté aucune différence significative au post-test entre les groupes expérimentaux et contrôles (Affholter *et al.*, 1983 ; Barnard *et al.*, 1988 ; Barrera *et al.*, 1986 ; Field *et al.*, 1980 ; Huxley et Warner, 1993 ; Lyons-Ruth *et al.*, 1990 ; Séguin *et al.*, 1987 ; Nurcombe *et al.*, 1984) ou 10 ans après l'intervention (Seitz *et al.*, 1985).

Au regard du langage, deux études (avec devis expérimental) ont détecté une amélioration significative chez les enfants ayant participé au programme. En effet, les enfants des groupes expérimentaux ont obtenu de meilleurs résultats sur un test de réception du langage (Gray et Ruttle, 1980) et se sont engagés dans un plus grand nombre d'activités verbales (Barrera *et al.*, 1986) que les enfants des groupes contrôles. Seulement deux études sur six (33 %) ont identifié une diminution des troubles de comportements chez les enfants dont les mères recevaient des visites à domicile (Field *et al.*, 1980 ; Nurcombe *et al.*, 1984). Enfin, deux études sur cinq (40 %) ont rapporté une amélioration significative chez le groupe expérimental comparativement au groupe contrôle en ce qui concerne la santé et le bien-être des enfants. Ces études ont montré que les enfants du groupe expérimental comparativement à ceux du groupe contrôle ont été vus moins souvent dans les salles d'urgence (Olds *et al.*, 1986) et ont eu moins d'accidents (Larson, 1980). Toutefois, plusieurs études n'ont relevé aucune différence significative entre les deux groupes d'enfants concernant le nombre de visites de routine, le nombre de visites à l'urgence d'un hôpital, le nombre de visites de vaccination et l'état de santé de l'enfant (maladies

infantiles, conditions médicales, etc.) [Barkauskas, 1983 ; Barth, 1991 ; Larson, 1980 ; Siegel *et al.*, 1980].

### Caractéristiques liées à l'efficacité des programmes

Plusieurs études ont relevé que certaines variables étaient liées à l'efficacité du programme. Ces variables concernaient soit les caractéristiques des familles participantes, soit la nature des visites à domicile.

Comme l'indique le tableau 4, 10 études ont démontré que les visites à domicile sont plus efficaces auprès des familles présentant un plus grand risque associé à l'abus et la négligence. Deux études de suivi ont confirmé ces résultats : les familles les plus à risque profitaient davantage de l'intervention comparativement aux familles moins à risque (Booth *et al.*, 1989 ; Olds *et al.*, 1988). De même, les mères primipares comparativement aux mères multipares bénéficiaient davantage de l'aide apportée dans le cadre des visites à domicile (Barnard *et al.*, 1988 ; Larson, 1980).

TABLEAU 4

*Variables associées à l'efficacité des programmes recensés*

Variables	Études
Caractéristiques des participants :	
- Les programmes sont plus efficaces auprès des familles les plus à risque.	1, 3, 5, 10, 11, 15, 16, 18, 19, 20
- Les programmes sont plus efficaces auprès des femmes primipares.	11, 12
Nature des services :	
- Les programmes de longue durée (3 à 12 mois) et offrant des visites fréquentes (hebdomadaires) sont plus efficaces auprès des familles à risque.	1, 5, 10, 20
- L'introduction précoce d'une visiteuse (période prénatale) est liée à des effets positifs du programme.	10, 12, 13, 16
- Un programme dont l'intervention est de courte durée (< 3 mois) est plus efficace auprès des familles moins à risque.	23

Note : Les numéros des études renvoient à ceux assignés au tableau 2.

En ce qui a trait aux caractéristiques de l'intervention, quatre études ont constaté que les visites à domicile étaient plus efficaces lorsqu'elles commençaient durant la grossesse. Une plus grande intensité (nombre

d'heures d'intervention par semaine) et une plus grande fréquence des visites sont également deux autres caractéristiques associées à de meilleurs résultats chez les familles à risque de mauvais traitements envers les enfants. De façon similaire, Taylor et Beauchamp (1988) ont constaté qu'une intervention de courte durée était plus efficace auprès des familles présentant un moins grand risque comparativement à celle présentant un risque élevé de mauvais traitements envers les enfants.

## DISCUSSION

Il existe de nombreux types de programmes de visites à domicile en Amérique du Nord. Cette recension révèle que, depuis 1980, des effets positifs et significatifs de l'intervention ont été documentés pour la majorité de ces programmes visant à prévenir l'abus et la négligence envers les enfants ou certains autres dysfonctionnements familiaux. Ces effets positifs sont particulièrement apparents au regard des compétences et des caractéristiques parentales (par exemple, attitudes éducatives des mères, estime de soi, dépression, etc.) et des caractéristiques familiales dont la relation parent-enfant. Concernant le soutien social et l'incidence des mauvais traitements, certaines recherches démontrent des effets positifs mais d'autres recherches évaluatives devront venir confirmer ces premiers résultats. Par contre, les effets des interventions sur les enfants sont plus mitigés, les études ont davantage tendance à démontrer que les visites à domicile ont peu d'effets sur les enfants. Enfin, les programmes caractérisés par des services débutant à la période prénatale, qui sont intensifs et de longue durée (> 3 mois) obtiennent des résultats plus positifs, et ce, spécialement auprès des mères primipares et des familles les plus à risques.

Les résultats de la recension suggèrent également certaines recommandations qui pourraient améliorer les programmes de visites à domicile. Dans un premier temps, ces programmes bénéficieraient d'être mieux arrimer aux modèles explicatifs liés à la prévention des mauvais traitements afin de rendre plus cohérents encore les liens entre les facteurs de risque des mauvais traitements envers les enfants, les objectifs de ces programmes, la clientèle à cibler et les moyens à mettre en place pour atteindre les objectifs. Par exemple, il est démontré que la pauvreté économique est nettement associé au risque de mauvais traitements, mais les programmes portent peu d'attention à ce facteur (Clément, 1996). De même, il pourrait y avoir une meilleure cohérence entre les effets mesurés par les évaluations et les objectifs des programmes. On constate, en effet, que les évaluations de ces programmes considèrent peu l'atteinte de certains objectifs de l'intervention dont celui de diminuer les mauvais traitements envers les enfants et celui de diminuer l'isolement social.

Dans un deuxième temps, nous avons noté que les programmes considèrent rarement les pères comme sujet de l'intervention alors qu'ils font partie de l'environnement familial des enfants, qu'ils peuvent eux-mêmes présenter des risques de maltraitance envers les enfants en plus de pouvoir être une ressource supplémentaire dans l'amélioration des conditions familiales. Nous croyons qu'il serait important d'évaluer leurs besoins et de considérer les pères au même titre que les mères dans l'élaboration de ce type de programmes et dans leurs évaluations.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, plusieurs études ont démontré l'importance d'offrir des services intensifs, de longue durée et débutant dès la période prénatale (soit au troisième trimestre de la grossesse). La sélection des familles dans ce type de programme est également importante puisque les études révèlent que ces programmes sont particulièrement efficaces auprès des familles les plus vulnérables alors qu'ils le sont beaucoup moins pour les familles présentant peu de risque. Enfin, nous recommandons d'offrir d'autres services conjointement aux visites à domicile. Ceux-ci devraient être axés sur des facteurs de risque associés à l'abus et à la négligence. Par exemple, des services visant à aider les familles au regard de la pauvreté économique dont elles sont fréquemment victimes (service de garde gratuite, cuisine collective, comptoir vestimentaire ou alimentaire, etc.).

Finalement, le maintien des effets des programmes de prévention comportant un volet de visites à domicile demeure à confirmer. Dans la présente recension, les résultats montrent que dans la moitié des études ayant évalué cet aspect, les effets des programmes ne se sont pas maintenus après la fin des interventions. Ces résultats laissent croire qu'il pourrait être approprié de maintenir un certain suivi auprès des familles une fois le programme terminé. Ce suivi moins intensif pourrait aider les familles à maintenir les acquis réalisés durant le programme. De même, les évaluations de ces programmes doivent continuer de porter sur les effets de l'intervention à moyen et à long terme, et ce, tout particulièrement dans le cas des effets sur le soutien social, les taux d'incidence des mauvais traitements envers les enfants et lorsque les programmes font appel à des paraprofessionnelles.

En somme, les programmes de prévention des mauvais traitements envers les enfants comportant des visites à domicile s'avèrent prometteurs. Les évaluations recensées ici sont particulièrement rigoureuses scientifiquement et elles montrent qu'il existe déjà, malgré le peu d'évaluations à ce jour, des démonstrations sérieuses de l'efficacité de ces programmes dans certains domaines.

## RÉFÉRENCES

- Affholter, D. P., Connell, D. et Nauta, M. J. (1983). Evaluation of the child and family resource program : Early evidence of parent-child interaction effects. *Evaluation Review*, 7 (1), 65-79.
- Affleck, G., Tennen, H., Rowe, J., Roscher, B. et Walker, L. (1989). Effects of formal support on mothers' adaptation to the hospital-to-home transition of high-risk infants : The benefits and costs of helping. *Child Development*, 60, 488-501.
- Andrews, S. R., Blumenthal, J. B., Johnson, D. L., Kahn, A. J., Ferguson, C. J., Lasater, T. M., Malone, P. E. et Wallace, D. B. (1982). The skills of mothering : A study of parent child development centers. *Monographs of the Society for Research on Child Development*, 47 (6, Serial No. 198).
- Armstrong, K. A. (1981). A treatment and education program for parents and children who are at-risk of abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 5, 167-175.
- Armstrong, K. A. et Fraley, Y. L. (1985). What happens to the families after they leave the program? *Children Today*, 14, 17-20.
- Barkauskas, V. H. (1983). Effectiveness of public health nurse home visits to primiparous mother and their infants. *American Journal of Public Health*, 73, 573-580.
- Barnard, K. E., Magyary, D., Sumner, G., Booth, C. L., Mitchell, S. K. et Spieker, S. J. (1988). Prevention of parenting alterations for women with low social support. *Psychiatry*, 51, 248-253.
- Barrera, M. E., Rosenbaum, P. L. et Cunningham, C. E. (1986). Early home intervention with low-birth-weight infants and their parents. *Child Development*, 57, 20-33.
- Barrera, M. E., Kitching, K. J., Cunningham, C. C., Doucet, D. et Rosenbaum, P. L. (1990). A 3-year early intervention follow-up study with low birthweight infants and their parents. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10 (4), 14-28.
- Barth, R. P. (1991). An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services. *Child Abuse and Neglect*, 15 (4), 363-375.
- Barth, R. P., Hacking, S. et Ash, J. R. (1988). Preventing child abuse : An experimental evaluation of the child parent enrichment project. *Journal of Primary Prevention*, 8 (4), 201-217.
- Booth, C. L., Mitchell, S. K., Barnard, K. E. et Spieker, S. J. (1989). Development of maternal social skills in multiproblem families : Effects on the mother-child relationship. *Developmental Psychology*, 25, 403-412.
- Caruso, G. L. (1989). Optimum growth project : Support for families with young children. In *Prevention in human services* (p. 123-139). New York : Haworth Press.



- Chamberland, C. (1992). La violence faite aux enfants : La comprendre pour mieux la prévenir. *PRISME*, 3 (1), 16-33.
- Clément, M.-È. (1996). *Projet d'intervention visant à prévenir les mauvais traitements envers les enfants d'âge préscolaire*. Document inédit. Université du Québec à Hull.
- Dawson, P. M., Robinson, J. L., Butterfield, P. M., van Doorninck, W. J., Gaensbauer, T. J. et Harmon, R. J. (1990). Supporting new parents through home visits : Effects on mother-infant interaction. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10 (4), 29-44.
- Dawson, P. M., van Doorninck, W. J. et Robinson, J. L. (1989). Effects of home-based, informal social support on child health. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10 (2), 63-67.
- Durand, D., Massé, R. et Ouellet, F. (1989). Intervenantes non professionnelles et prévention de l'enfance maltraitée : Évaluation du projet De la Visite. *Santé Mentale au Québec*, 14 (2), 26-38.
- Field, T. M., Widmayer, S. M., Stringer, S. et Ignatoff, E. (1980). Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants : An intervention and development follow-up. *Child Development*, 51, 426-436.
- Fink, A. et McCloskey, L. (1990). Moving child abuse and neglect prevention programs forward : Improving program evaluations. *Child Abuse and Neglect*, 14 (2), 187-206.
- Gray, S. W. et Rüttle, K. (1980). The family-oriented home visiting program : A longitudinal study. *Genetic Psychology Monographs*, 102, 299-316.
- Heinicke, C. M., Beckwith, L. et Thompson, A. (1988). Early intervention in the family system : A framework and review. *Infant Mental Health Journal*, 9 (2), 111-141.
- Helfer, R. E. (1982). A review of the literature on the prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 6, 251-261.
- Huxley, P. et Warner, R. (1993). Primary prevention of parenting dysfunction in high-risk cases. *American Journal of Community Psychology*, 10 (3), 305-315.
- 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 (3), 305-316.
- Larson, C. P. (1980). Efficacy of parental and postpartum home visits. *Pediatrics*, 66 (2), 191-197.
- Lutzer, J. R. et Rice, J. M. (1984). Project 12-ways : Measuring outcome of a large in-home service for treatment and prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 8, 519-524.

- Lutzer, J. R. et Rice, J. M. (1987). Using recidivism data to evaluate project 12-ways : An ecobehavioral approach to the treatment and prevention of child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 2 (4), 283-290.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U. et Botein, S. (1990). Infants at social risk : Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security attachment. *Child Development*, 61, 85-98.
- Marcenko, M. O. et Spence, M. (1994). Home visitation services for at-risk pregnant and postpartum women : A randomized trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 468-478.
- National Committee to Prevent Child Abuse. (1996). *Child Abuse and Neglect Statistics* [On-line]. Available : <http://www.childabuse.org/rsrch2.html>
- Nurcombe, B., Howell, D. C., Rauh, V. A., Teti, D. M., Ruoff, P. et Brennan, J. (1984). An intervention program for mothers of low-birthweight infants : Preliminary results. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23 (3), 319-325.
- Olds, D. L. (1988). Common design and methodological problems encountered in evaluating family support services : Illustrations from the prenatal/ early infancy project. In H. B. Weiss et F. H. Jacobs (dir.). *Evaluating family programs* (p. 239-265). New York : Aldine de Gruyter.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Chamberlin, R. et Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect : A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78 (1), 65-78.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. et Chamberlin, R. (1988). Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers : A randomized trial of nurse home visitation. *American Journal of Public Health*, 78, 1436-1445.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Kitzman, H. et Cole, R. (1995). Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*, 95 (3), 89-98.
- Roberts, R. N. et Wasik, B. H. (1990). Home visiting programs for families with children birth to three : Results of a national survey. *Journal of Early Intervention*, 14 (3), 274-284.
- Séguin, L., Ferland, F., Ouellet, D. et Lambert, J. (1987). Évaluation de l'efficacité d'interventions préventives auprès des parents à la période périnatale. *Canadian Journal of Public Health*, 78, 398-402.
- Seitz, V., Rosenbaum, L. K. et Apfel, N. H. (1985). Effects on family support intervention : A ten-year follow-up. *Child Development*, 56, 376-391.
- Siegel, E., Bauman, K. E., Schaefer, E. S., Saunders, M. M. et Ingram, D. D. (1980). Hospital and home support during infancy : Impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. *Pediatrics*, 66 (2), 183-190.

- Slaughter, D. T. (1983). Early intervention and its effects on maternal and child development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48 (4, Serial No. 202).
- Stevenson, J., Bailey, V. et Simpson, J. (1988). Feasible intervention in families with parenting difficulties : A primary preventive perspective on child abuse. In K. Browne, C. Davies et P. Stratton (dir.) *Early prediction and prevention of child abuse* (p. 121-138). New York : John Wiley et Sons.
- Taylor, D. K. et Beauchamp, C. (1988). Hospital-based primary prevention strategy in child abuse : A multi-level needs addressment. *Child Abuse and Neglect*, 12 (3), 343-354.
- Villar, J., Farnot, U., Barros, F., Victora, C., Langer, A. et Belizan, J. M. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *The New England Journal of Medicine*, 327, 1266-1271.
- Wasik, B. H. et Roberts, R. N. (1994). Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse and Neglect*, 18(3), 271-283.
- Wekerle, C. et Wolfe, D. A. (1993). Prevention of child physical abuse : Promising new directions. *Clinical Psychology Review*, 13, 501-540.