

APPRENTISSAGE CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Centre du savoir

Bulletin

sur L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Janvier 2009

À la recherche de programmes canadiens efficaces d'apprentissage chez les jeunes enfants

par **Ray Peters**, professeur de psychologie à l'Université Queen's, et **Carl Corter**, professeur de développement humain et de psychologie appliquée à l'Université de Toronto

Les décideurs, les praticiens et les dirigeants municipaux veulent de plus en plus que soit justifiée l'utilisation des fonds publics pour des interventions visant à promouvoir la santé et le bien-être. Au cours de la dernière décennie, cette tendance s'est manifestée par l'obligation croissante pour les programmes sociaux de s'appuyer sur des preuves d'efficacité solides. C'est ce qu'on appelle couramment des « pratiques ou programmes fondés sur des données probantes ».

Un rapport récent de la Society for Prevention Research (SPR) expose les

trois niveaux de preuve nécessaires pour justifier l'implantation généralisée d'un programme¹ : l'*efficacité*, l'*utilité* et la *diffusion*. Selon le rapport en question, la plupart des interventions sont d'abord évaluées dans le cadre d'études d'*efficacité* dans des conditions optimales, où le personnel d'intervention, bien formé et supervisé de près, dispose de ressources abondantes et où les échantillons sont souvent petits. Les programmes doivent néanmoins se révéler tout aussi efficaces dans des conditions courantes. C'est ce que permettent de déterminer les études d'*utilité*. Cependant, même les programmes qui franchissent

ces deux premières épreuves avec succès ne sont pas nécessairement prêts pour une diffusion généralisée. La *diffusion* exige des preuves que le programme peut être transposé à des échelles supérieures, et que des renseignements sur les coûts et des outils de surveillance et d'évaluation soient disponibles, afin que les organismes qui adopteront le programme puissent en suivre le succès dans les différents contextes où il sera mis en œuvre.

Malheureusement, il y a eu relativement peu d'analyses bien conçues des programmes d'apprentissage et de développement chez les jeunes enfants, particulièrement au



À l'intérieur

3 Étude pilote du programme Nurse-Family Partnership au Canada

4 Le Community Perinatal Care Study (CPC)

6 Le Community Parent Education Program (COPE)

7 Le Triple P Positive Parenting Program

Canada. Un examen de différents types de programmes, depuis le soutien aux familles jusqu'à l'école maternelle en passant par les services à la petite enfance, effectué récemment pour le Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA), révèle que les données probantes sont minces². Il ressort d'une autre analyse de rapports sur la prévention psychosociale et l'intervention précoce auprès des enfants de la naissance à six ans que seulement 34 rapports sur plus de 4 000 comprennent des évaluations avec un groupe témoin ou de comparaison dont la qualité permet de tirer des conclusions significatives³. Seuls deux de ces programmes sont canadiens : la Montreal Prevention Study⁴ (réalisée auprès de garçons de sept à neuf ans ayant une agressivité élevée) et le Community Parent Education Program (COPE), qui fait l'objet d'un article dans le présent *Bulletin*. De même, une méta-analyse d'une recherche longitudinale sur des programmes de prévention chez les jeunes enfants d'âge préscolaire ne fait état que d'une seule étude canadienne, le projet Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, réalisé en Ontario, sur un total de 70 études examinées⁵.

Le Centre du savoir sur l'apprentissage chez les jeunes enfants a examiné des programmes canadiens axés sur l'amélioration du développement et de l'apprentissage dans la petite enfance qui ont été ou sont en cours d'être bien évalués quant à leur efficacité, leur utilité ou leur potentiel de diffusion. Le présent *Bulletin* met en relief quatre d'entre eux, en faisant ressortir quelques-unes de leurs forces et de leurs limites. Les deux premiers portent sur l'efficacité des visites d'infirmières chez les jeunes mamans et les deux autres, sur les effets des programmes de formation parentale à court terme sur le comportement et l'attitude des parents et de leurs jeunes enfants.

Bien que les programmes de visites à domicile d'infirmières soient courants partout au Canada, leur efficacité ou leur utilité n'ont guère été évaluées⁶. Le premier article décrit une étude pilote planifiée à Hamilton, en Ontario, pour déterminer si le programme Nurse-Family Partnership (NFP) peut être mis sur pied et s'il sera accepté par les mères et les infirmières de santé publique. Si le programme se révèle fructueux dans ce nouveau contexte, les responsables du projet voudront en examiner plus en profondeur l'utilité, en s'attardant notamment à son incidence sur les enfants, dans un essai contrôlé

randomisé (ECR) avec un plus grand nombre de familles.

Le deuxième article décrit une étude sur les soins périnataux communautaires à Calgary qui s'appuie sur un ECR pour comparer l'efficacité de divers modèles de soutien prénatal. L'initiative préconise le recours à des ressources et services périnataux additionnels pour améliorer les résultats chez les parents mal servis à ce chapitre. L'analyse comporte des éléments d'une étude sur l'utilité puisqu'elle porte sur un échantillon populationnel de taille considérable et comprend une analyse des coûts et des économies potentielles à chacun des différents modèles de soutien prénatal. Les conclusions montrent que les données négatives qui ressortent d'une recherche bien conçue peuvent être utiles; dans le cas de l'intervention en question, l'ajout des visites à domicile à d'autres formes de soutien ne valait pas le coût.

L'étude du programme COPE sur la formation parentale comporte certaines forces. Il s'agit d'un ECR qui combine des éléments des études de l'efficacité et de l'utilité et comprend des données sur la diffusion, notamment des renseignements sur les coûts. Les questions touchant l'utilité « dans des conditions courantes » sont examinées dans la comparaison des contextes d'implantation du programme, soit communautaire soit clinique. L'étude aborde aussi directement le rayonnement du programme, question cruciale pour l'utilité et la diffusion, car elle vise à déterminer si le programme atteint réellement les personnes visées. Apparemment le contexte d'implantation a une incidence sur le rayonnement auprès de certaines familles à risque élevé.

Le quatrième article décrit l'évaluation d'une diffusion à grande échelle au Manitoba du Triple P Positive Parenting Program, qui a été jugé avantageux dans le cadre d'études d'efficacité et d'utilité en Australie et aux États-Unis. L'analyse ambitieuse manitobaine vise à déterminer dans quelle mesure le programme peut être mis en œuvre avec succès à l'échelle de la province pour toutes les familles ayant de jeunes enfants.

Bien qu'une grande variété de programmes de formation, d'éducation et de soutien soient offerts aux parents au Canada, peu ont été bien évalués. Les analyses des programmes COPE et Triple P sont de bons exemples de la façon dont une telle analyse peut s'effectuer. L'initiative du

Manitoba peut grandement contribuer à notre compréhension des paramètres à considérer pour favoriser l'accessibilité de tous les parents de jeunes enfants à des programmes parentaux efficaces mis sur pied dans d'autres pays.

L'amélioration des politiques et des pratiques concernant les jeunes enfants au Canada exige de meilleures données. Il ne suffit pas de s'appuyer sur ce qui vient d'ailleurs. Des programmes canadiens pouvant être très intéressants sont toujours sous-évalués ou ne sont pas évalués du tout. Les programmes mis sur pied efficacement dans d'autres régions du monde doivent être évalués au Canada au sujet de leur utilité et leur diffusion, car les « conditions courantes » varient selon le pays et le contexte. L'amélioration des données probantes ne peut venir uniquement de la recherche universitaire. Les gouvernements doivent aussi y contribuer, et même en prendre l'initiative, comme le fait le Manitoba. Évidemment, ce qui compte le plus, c'est de savoir si les enfants profitent réellement des programmes une fois qu'ils sont diffusés. À cette fin, les organismes et les praticiens ont besoin de ressources et d'outils d'évaluation pour suivre les effets continus de ces programmes. ☺

Références

1. B. R. Flay, A. Biglan, R. F. Boruch, F. Gonzalez Castro, D. Gottfredson, S. Kellam, E. K. Mosicki, S. Schinke, J. C. Valentine et P. Ji, « Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination », *Prevention Science*, vol. 6, 2005, p. 151-175.
2. G. Cleveland, C. Corter, J. Pelletier, J. Colley, J. Bertrand et J. Jamieson, *A review of the state of the field of early childhood learning and developing in child care, kindergarten and family support programs*. [préparé pour le Conseil canadien sur l'apprentissage]. [en ligne], Toronto, Atkinson Centre for Society and Child Development, Université de Toronto, juin 2006. [<http://www.ccl-cca.ca/NR/rdonlyres/67F194AF-8EB5-487D-993C-7CF9B565DD3/0/SFREarlyChildhoodLearning.pdf>] (Consulté le 4 décembre 2008).
3. C. C. Russel, *The State of Knowledge about Prevention/ Early Intervention*, Toronto (Ontario), Invest in Kids, 2002. Disponible aussi par Internet à l'adresse http://www.investinkids.ca/ContentPage.aspx?name=pro_early_intervention_research (Consulté le 4 décembre 2008).
4. R. Boisjoli, F. Vitaro, É. Lacourse, E. D. Barker, R.E. Tremblay, « Impact and clinical significance of a preventive intervention for disruptive boys: 15-year follow-up », *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 191: 415-419.
5. G. Nelson, G. A. Westhues et J. Macleod, « A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children », *Prevention and Treatment*, vol. 6, décembre 2003. Disponible aussi par Internet à l'adresse <http://journals.apa.org/prevention/volume6/toc-dec18-03.html> (Consulté le 5 décembre 2008).
6. Centre du savoir sur l'apprentissage chez les jeunes enfants du Conseil canadien sur l'apprentissage, *Bulletin du CSAJE*, [en ligne], Montréal (Québec), vol. 3, n° 1, mars 2008. [<http://www.ccl-cca.ca/NR/rdonlyres/40C8BC71-865D-4F9F-B2EE-225825DCC181/0/CSAJEBulletinVisitesadomiciale.pdf>] (Consulté le 5 décembre 2008).

Étude pilote du programme Nurse-Family Partnership au Canada

par Stefanie Salazar et Alison Palkhivala

Au Canada, les programmes de visites à domicile pendant la période prénatale et la petite enfance sont courants, mais les évaluations sont rares, de sorte qu'il est difficile de déterminer si les interventions changent réellement quelque chose dans la vie des parents et des enfants. En outre, une méta-analyse de programmes de visites à domicile mis en œuvre surtout aux États-Unis montre que ceux-ci ont des résultats variables¹. Le programme Nurse-Family Partnership (NFP), conçu par le Dr David Olds et ses collègues, est l'un des seuls programmes de visites à domicile évalués à avoir produit des retombées positives considérables, notamment une amélioration de la santé des mères et des enfants, de même que des habiletés intellectuelles et du rendement scolaire de ces derniers. Il a également été constaté que le NFP aide les familles à devenir plus autonomes financièrement et favorise des collectivités plus sécuritaires². Implanté un peu partout aux États-Unis, le programme est actuellement à l'essai en Angleterre, en Hollande et en Allemagne.

C'est pour ces raisons que la Dr^{re} Harriet L. MacMillan et son équipe de recherche de l'Université McMaster ont choisi ce programme pour le mettre à l'essai à Hamilton, en Ontario. Il importe que le programme soit évalué dans le contexte canadien, car il existe des différences sociales entre les États-Unis, où les études originales ont été effectuées, et le Canada, où les disparités économiques sont moins grandes et les soins médicaux, plus accessibles. M^{me} MacMillan et ses collègues ont commencé par évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du NFP auprès d'infirmières en santé publique (ISP). Si l'expérience est concluante, elle sera suivie d'un essai contrôlé randomisé (ECR).



« Avant de chercher à voir les effets d'un programme, il faut être certain que les conditions qui en assureront l'efficacité sont présentes. »

Les objectifs généraux du NFP sont les suivants :

1. améliorer l'issue de la grossesse en favorisant des comportements prénataux sains;
2. améliorer la santé et le développement des enfants en aidant les parents à bien s'en occuper;
3. améliorer la vie des parents en les encourageant à planifier les futures grossesses et à réussir aux études et au travail.

Le recrutement pour l'étude pilote se fera par l'intermédiaire des programmes des services de santé publique de la Ville de Hamilton. L'étude portera sur les mères d'un premier enfant qui ont été dirigées vers ces services avant la 29^e semaine de grossesse et dont le revenu est faible (du fait qu'elles recevaient une assistance financière d'Ontario au travail ou de l'assurance-emploi avant leur grossesse).


Le NFP mis à l'essai en Ontario comporte les éléments essentiels du programme original. Il sera mis en œuvre par cinq infirmières en santé publique, qui se rendront au domicile des futures mamans. Les visites débiteront avant le deuxième trimestre de la grossesse et se poursuivront jusqu'à ce que l'enfant ait un an. Elles auront lieu une fois par semaine le premier mois, puis au cours des six semaines suivant la naissance du bébé; le reste du temps, elles seront bihebdomadaires. En tout, de 50 à 75 familles participeront à l'étude, chaque infirmière devant en visiter entre 10 et 15.

Au cours des visites, les infirmières apprendront aux familles à recourir aux services sociaux et de santé et à impliquer d'autres membres de la famille et amis dans la grossesse, l'accouchement et les premiers soins prodigués à l'enfant. Les tâches des ISP seront les suivantes : procéder à des évaluations et fournir des renseignements et des conseils sur les différentes étapes de la grossesse et les deux premières années de l'enfant, enseigner aux femmes à reconnaître les symptômes de complications de la grossesse et leur montrer comment réagir, favoriser une saine interaction entre les parents et l'enfant après la naissance, et aider les mères à préciser leurs buts et à résoudre leurs problèmes concernant la planification de futures grossesses, leurs études et leur travail².

Comme il s'agit de la première étude du NFP au Canada, il faudra évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du programme avant qu'un ECR soit tenté. La faisabilité (les conditions permettent-elles que le programme

soit mis en œuvre avec succès?) sera mesurée par le succès du recrutement, le taux de consentement et de rétention des participantes, le nombre de visites effectuées par les infirmières, l'évaluation par ces dernières de la valeur attribuée à la documentation par les mères (facilité de compréhension et utilité) et l'efficacité des méthodes de collecte des données (sur la santé de la mère et ses comportements liés à la santé ainsi que sur la santé et le développement de l'enfant, y compris les dossiers d'hospitalisation et de protection de celui-ci).

L'acceptabilité (les participantes ont-elles toutes trouvé le programme pertinent et satisfaisant?) sera mesurée qualitativement, au moyen d'entrevues et de discussions en groupes avec les mères et les infirmières concernées. L'information recueillie sera analysée au cours d'un échange entre experts auquel prendront part les D^{rs} MacMillan et Olds.

Cette étude illustre bien comment on peut essayer de reproduire un programme original déjà évalué avec une population différente. L'étude pilote du NFP est également un exemple d'évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité comme première étape de l'implantation d'un programme. Avant de chercher à voir les effets d'un programme, il faut être certain que les conditions qui en assureront l'efficacité sont présentes. Procéder à une étude pilote avant de passer à un ECR est une façon intelligente d'utiliser les ressources et permet de veiller à ce que la mise en œuvre adéquate du programme rende plus valables les résultats de l'évaluation future. 

Références

1. M. A. Sweet et M.I. Appelbaum, « Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children », *Child Development*, vol. 25, n° 5, 2004, p. 1435-1456.
2. D. Olds, « The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention », *Infant Mental Health Journal*, vol. 27, n° 1, 2006, p. 5-25.

Le Community Perinatal Care Study (CPC)

par Stefanie Salazar et Alison Palkhivala

Certains besoins des femmes pendant la grossesse peuvent être comblés par des services non médicaux comme les cours prénataux, les formations parentales et le counselling en nutrition, qui favorisent l'adoption de comportements sains et ont des effets positifs à la naissance. Au Canada, les soins courants donnés aux femmes enceintes comprennent des visites chez le médecin. Puisque ces visites sont généralement assez brèves, les médecins ont peu de temps pour répondre aux besoins non médicaux de leurs patientes. Les femmes doivent donc chercher elles-mêmes des ressources additionnelles. Or, les femmes ayant plus besoin sont peu susceptibles de le faire et lorsqu'elles le font, elles risquent davantage de délaissier ces services. Inspirée par le travail de

David Olds et de ses collègues, décrit dans l'article précédent, une équipe de recherche dirigée par Suzanne Tough a avancé l'hypothèse selon laquelle le soutien prénatal (sous forme de visites à domicile et de soins infirmiers additionnels), jumelé aux soins couramment offerts aux femmes enceintes, accroîtrait l'utilisation des ressources non médicales.

Le Community Perinatal Care Study (CPC) a tenté de vérifier cette hypothèse au moyen d'un essai contrôlé randomisé (ECR). Un échantillon de 1 737 femmes enceintes âgées de 18 ans et plus inscrites aux trois grandes cliniques de maternité de la Calgary Health Region a accepté de participer à l'étude. La ville de Calgary a été retenue, puisque c'est à cet endroit qu'on constate les taux



« Les femmes à risque élevé ont continué à faire un moins grand usage des ressources que les femmes à faible risque. »

d'insuffisance pondérale à la naissance les plus élevés au Canada. Également, étant donné que cette ville accueille une population multiethnique croissante et qu'elle souffre d'une pénurie de médecins, ses habitants pourraient bénéficier de ce type d'intervention. Les femmes ont été réparties aléatoirement dans les trois groupes suivants.

Soins courants (groupe témoin)	Les femmes ont consulté leur médecin de famille de 11 à 14 fois. Les visites ont duré de 6 à 10 minutes en moyenne.
Soins courants et consultation d'une infirmière	Les femmes ont eu droit à des séances de consultation avec des infirmières en santé communautaire possédant une formation aux soins prénataux et au suivi postnatal. Les consultations se déroulaient principalement à la clinique de maternité, ou à la maison si la patiente le désirait. Elles ont commencé le jour du premier rendez-vous médical de la patiente ou plus tôt et se sont poursuivies jusqu'à l'accouchement. Les infirmières avaient été formées pour discuter avec les patientes de nutrition, d'habitudes de vie, de sécurité alimentaire, de santé psychosociale, d'abus, de complications médicales potentielles et d'activité physique.
Soins courants, consultation d'une infirmière et visites à domicile d'une intervenante	Les femmes ont eu droit à des séances de consultation avec une infirmière et à des visites à domicile d'une intervenante non professionnelle. Les intervenantes ont fourni du soutien pratique non médical dans un cadre amical visant à mettre les patientes en lien avec les ressources communautaires dont elles avaient besoin.

L'intervention avait pour buts principaux d'améliorer la manière dont les femmes utilisaient les ressources, d'accroître la quantité et la qualité des renseignements communiqués aux patientes et de favoriser l'adoption de comportements sains. Afin de déterminer si ces objectifs avaient été atteints, les responsables de l'étude ont réalisé des entrevues avec les participantes en début de grossesse, à la mi-grossesse et à la huitième semaine suivant l'accouchement. Dans l'ensemble, 78 p. 100 des femmes interrogées ont terminé l'étude et participé pleinement au volet qui leur avait été assigné au hasard.

Si on les compare aux membres du groupe témoin, les participantes aux volets 2 et



3 étaient plus susceptibles d'utiliser les ressources communautaires offertes aux femmes enceintes et ont reçu des renseignements sur une plus grande variété de sujets relatifs à la grossesse. Néanmoins, les femmes à risque élevé ont continué à faire un moins grand usage des ressources que les femmes à faible risque. En outre, il n'y avait pas de différence marquée entre les groupes d'intervention et le groupe témoin au chapitre du tabagisme, de l'abus d'alcool, de la dépression et de l'anxiété prénatales et post-partum et des résultats de la grossesse.

Parmi les femmes qui ont eu droit à des séances de consultation avec une infirmière, 81 p. 100 ont senti qu'elles en tiraient profit et 43 p. 100 ont eu l'impression qu'elles en avaient besoin. Toutefois, lorsqu'on a interrogé les femmes sur l'utilité des visites à domicile réalisées par des intervenantes, ces pourcentages ont diminué de près de la moitié; les participantes remettaient en question la valeur de ce service additionnel. Les femmes qui ont dit avoir besoin de consulter une infirmière ou de recevoir des visites à domicile par des intervenantes étaient plus susceptibles d'en être à leur première grossesse, de fumer, de vivre dans un ménage touchant un revenu annuel inférieur à 40 000 \$, d'avoir moins de 25 ans, d'être non-caucasiennes et d'avoir des antécédents de mauvais traitements, une faible estime de soi ou de la difficulté à maintenir et à entretenir un réseau social. Les femmes qui ont délaissé le programme d'intervention présentaient des facteurs de risque semblables. L'évaluation montre que les femmes qui sont très difficiles

à rejoindre et qui tendent à délaissé ce genre de services sont souvent celles qui ont le plus besoin de soutien. Il importe donc d'adopter d'autres stratégies créatives de rayonnement et de rétention.

Une analyse du rapport coûts-bénéfices a révélé que la prestation de services prénataux additionnels entraînait une hausse des coûts de 9 p. 100 (pour les séances de consultation avec une infirmière) et de 15 p. 100 (pour les séances de consultation et les visites à domicile). Les chercheurs avaient émis l'hypothèse selon laquelle l'accroissement du soutien prénatal réduirait l'utilisation des services de santé et les coûts après l'accouchement. Les résultats ont montré que les coûts des services de santé à la mère ou à l'enfant demeuraient les mêmes durant la première année suivant la naissance, et ce, dans les trois groupes. Le fait que les femmes à risque aient maintenu les mêmes comportements explique peut-être pourquoi les coûts des soins de santé postnataux n'ont pas baissé. Dans l'ensemble, cela amène les chercheurs à se demander si le contenu de l'intervention est approprié et suffisant pour inciter les femmes à changer certains de leurs comportements durant la grossesse, notamment en ce qui concerne le tabagisme et l'abus d'alcool, et pour réduire leur besoin de recourir aux services de santé. Finalement, cette évaluation est un bon exemple des avantages d'un ECR. La répartition aléatoire des femmes dans les trois groupes faisait probablement en sorte que tous les autres facteurs pouvant influencer sur les résultats, comme les comportements avant l'accouchement et la propension à utiliser les ressources disponibles, étaient présents en proportions égales dans les trois groupes. Par conséquent, les différences cernées entre ces groupes devraient être uniquement attribuables aux différents services reçus. ↗

Références

- F. Au, A. Shiell, M. van der Pol, D. W. Johnston et S. Tough, « Does supplementary prenatal nursing and home visitation reduce healthcare costs in the year after childbirth? », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 56, n° 6, 2006, p. 657-668.
- D. Johnston, S. Tough et J. Siever, « The Community Perinatal Care Study: Home Visiting and Nursing Support for Pregnant Women », *Zero to Three*, novembre 2006.
- S. C. Tough, J. E. Siever, G. Jorgenson, L. Slocombe, C. Lane et M. Clarck, « Does supplementary prenatal nursing and home visitation support improve resource use in a universal health care system? A randomized control test in Canada », *Birth*, vol. 33, n° 3, 2006, p. 183-194.
- S. C. Tough, J. E. Siever et D. W. Johnston, « Retaining women in a prenatal care randomized controlled trial in Canada: implications for program planning », *BMC Public Health*, vol. 7, n° 148, 2007.

Le Community Parent Education Program (COPE)

par Amélie Petitclerc et Sandra Braun

Des études ont révélé que les programmes de formation aux habiletés parentales peuvent aider les parents d'un enfant ayant des comportements perturbateurs en améliorant la capacité des parents à gérer leur enfant, en renforçant le comportement prosocial et en réduisant les troubles du comportement chez ce dernier. Or, il s'avère que les familles les plus vulnérables — celles qui sont économiquement défavorisées ou isolées socialement ou qui font face à l'absence d'un parent ou à la dépression — sont les moins susceptibles de participer aux programmes de formation aux habiletés parentales ou d'en tirer profit.

En Ontario, Dr Charles Cunningham et ses collègues ont mené un essai contrôlé randomisé (ECR) pour savoir si le fait d'offrir de la formation aux habiletés parentales au sein de groupes en milieu communautaire accroît le taux de participation des familles les plus vulnérables, qui sont les moins susceptibles de s'inscrire aux programmes traditionnels offerts en milieu clinique aux parents, seuls ou en couple. Ils ont comparé les retombées et les coûts du *Community Parent Education Program* (COPE), donné en groupe en milieu communautaire, à ceux d'un programme semblable de formation aux habiletés parentales dispensé dans une clinique à des parents, seuls ou en couple.

Les programmes d'intervention permettaient aux parents d'acquérir des habiletés de résolution de problèmes et des stratégies pour remarquer et renforcer les bons comportements de leurs enfants. Ces programmes leur enseignaient aussi à délaissier l'interaction coercitive, à ne pas intervenir à chaque perturbation mineure et à utiliser les *retraits punitifs* aux moments opportuns. Des parents ont visionné une vidéo présentant des mises en situation sur la gestion de l'enfant, puis ont cerné les erreurs, débattu des conséquences de ces erreurs, proposé des solutions de rechange et formulé leurs propres opinions sur la meilleure démarche à adopter. Les



« ... un programme de formation aux habiletés parentales offert en groupe en milieu communautaire est davantage susceptible d'attirer les familles les plus vulnérables... »

instructeurs ont alors modélisé les solutions suggérées, et les parents ont mis en scène ces stratégies avant de les appliquer à la maison avec leurs enfants. Les groupes en milieu communautaire comprenaient en moyenne 27 participants d'environ 18 familles différentes, mais plusieurs activités ont été menées dans des sous-groupes comptant entre cinq et sept personnes pour favoriser une participation active.

À Hamilton, en Ontario, les parents des élèves de quatre cohortes de la maternelle (quatre ans) ont reçu une liste de vérification servant à dépister les troubles de comportement chez l'enfant. Au total, 3 564 familles (environ 50 p. 100 de la population scolaire) ont retourné leur questionnaire dûment rempli. Les 435 familles qui ont signalé d'importants

problèmes de comportement des enfants (au-dessus du 90^e centile) ont été réparties de manière aléatoire dans trois groupes (145 familles par groupe) : 1) celles qui suivraient une formation individuelle aux habiletés parentales de 12 semaines dans un milieu clinique traditionnel (variante individuelle/clinique); 2) celles qui suivraient une formation aux habiletés parentales de 12 semaines en groupe en milieu communautaire (variante communautaire/de groupe, qui correspond au COPE); 3) celles qui figureraient sur une liste d'attente. Ces dernières familles représentaient le groupe témoin pour les deux types d'intervention. Une fois la répartition aléatoire effectuée, les responsables de l'étude ont communiqué avec les parents, leur ont fourni des détails sur l'étude et les ont invités à participer au type d'intervention qui leur avait été assigné.

Au total, 150 familles ont accepté de participer à l'étude, y compris 56 familles qui ont été mises sur la liste d'attente. Si les familles assignées à la formation individuelle en milieu clinique et à la formation en groupe en milieu communautaire ont accepté de prendre part à l'étude dans des proportions semblables (48 et 46 familles, respectivement), elles présentaient néanmoins certaines différences. Les parents qui avaient immigré au Canada, qui utilisaient l'anglais comme langue seconde ou qui avaient signalé un grand nombre de problèmes de comportement chez l'enfant étaient plus susceptibles de participer à la formation en groupe en milieu communautaire qu'à la formation individuelle en milieu clinique. Ce résultat indique que les familles les plus vulnérables de l'étude jugeaient la formation en groupe en milieu communautaire leur convenait davantage.

Les familles des trois groupes ont été comparées au terme du programme et six mois plus tard. Des 150 familles ayant pris part à l'étude, 114 (76 p. 100) ont accepté de le faire jusqu'au suivi, six mois plus tard (le taux de complétion était semblable d'un groupe à l'autre). Au moment du suivi, les parents assignés à la variante communautaire/de groupe ont signalé moins de problèmes de comportement chez l'enfant à la maison que les parents de la variante individuelle/clinique et du groupe témoin. Toutefois, selon les autres variables à l'étude, il semble que l'intervention ne présentait aucun

avantage en termes d'amélioration du comportement des enfants et des parents. En fait, la plupart des variables mesurées indiquent que le comportement des parents et des enfants s'est bel et bien amélioré au fil du temps, mais cette amélioration est semblable à celle constatée dans le groupe témoin, qui n'a fait l'objet d'aucune intervention. Cela montre l'importance d'inclure un groupe témoin dans toute étude d'évaluation : même sans subir d'intervention, des familles peuvent changer au fil du temps. Les faibles retombées de l'intervention peuvent être attribuables à la taille relativement petite de l'échantillon et peut-être aussi au manque de motivation des familles participantes (par rapport à celles qui vont elles-mêmes chercher de l'aide).

La comparaison des coûts des deux variantes a révélé que la formation en groupe en milieu communautaire est environ trois fois plus coûteuse que la formation individuelle en milieu clinique. Or, comme la variante en milieu communautaire accueille en moyenne 18 familles par groupe, celle-ci est en vérité six fois moins coûteuse que la variante individuelle. De plus, cette alternative est d'autant plus économique que la proximité des milieux communautaires diminue les déplacements des participants.

Cette étude comptait plusieurs qualités. Tel qu'expliqué dans l'article précédent, un devis avec essai randomisé renforce la certitude à l'égard des différences observées chez les différents groupes, c'est-à-dire au chapitre des problèmes de comportement chez l'enfant à la maison, signalés au moment du suivi. Les personnes chargées de l'étude ont utilisé un grand nombre de mesures afin d'évaluer les effets du programme sur les parents et sur leurs enfants. Elles ont ainsi réduit au minimum les risques que d'importants effets passent inaperçus ou d'accorder trop d'importance aux résultats obtenus par l'entremise d'une seule mesure.

Cette étude est un très bon exemple de la manière dont la recherche permet d'accroître la participation des familles les plus difficiles à rejoindre, de mener des évaluations et de réduire les coûts de service. Elle a aussi montré qu'un programme de formation aux habiletés parentales offert en groupe en milieu communautaire est davantage susceptible d'attirer les familles les plus vulnérables et entraîne des coûts moindres, tant pour les organismes que pour les participants. Bien qu'elles aient été limitées, les améliorations observées chez les familles ayant pris part au COPE s'avèrent prometteuses et indiquent qu'il reste beaucoup à faire pour accroître la capacité du programme à modifier positivement les comportements des parents et de leurs enfants. ☺

Référence

C. E. Cunningham, R. Bremner et M. Boyle, « Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n° 7, 1995, p. 1141 à 1159.

Le Triple P Positive Parenting Program

par Amélie Petitclerc et Sandra Braun

Au Canada, un enfant sur quatre de 11 ans et moins présente des troubles de comportement ou des difficultés d'apprentissage¹. Si la proportion d'enfants vulnérables est la plus élevée au sein des familles de milieu socioéconomique précaire, la plupart d'entre eux sont issus de familles de la classe moyenne, qui réunit la majorité des familles canadiennes. Par conséquent, réserver les programmes d'aide aux familles ayant un statut socioéconomique modeste reviendrait à négliger une part importante des familles qui ont besoin de ces services². C'est pourquoi Enfants en santé Manitoba, le comité interministériel du gouvernement du Manitoba qui se consacre aux enfants et aux jeunes, a décidé de mettre en œuvre un système d'intervention auprès des parents et des familles, le *Triple P Positive Parenting Program*, qui peut rejoindre un grand nombre de familles diverses.



À l'instar du *Community Parent Education Program (COPE)* et de sa variante individuelle/clinique examinée précédemment, le programme Triple P offre de la formation aux habiletés parentales aux parents d'enfants qui présentent déjà des comportements perturbateurs. Mené à l'échelle de la population, il vise aussi à prévenir les troubles comportementaux et émotionnels graves et à améliorer le développement des jeunes enfants en aidant les parents à acquérir l'assurance, les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour élever leurs enfants.

Mis au point par D^r Matthew Sanders et ses collègues en Australie, le programme Triple P comprend cinq niveaux conçus pour offrir différents types de soutien aux familles en fonction de leurs besoins respectifs (voir l'encadré). Chaque niveau permet au parent d'acquérir des habiletés précises fondées sur cinq principes propres aux pratiques parentales : assurer un milieu sécuritaire et stimulant, créer une ambiance propice à l'apprentissage, exercer la discipline avec assurance, avoir des attentes réalistes par rapport aux capacités de l'enfant et prendre soin de soi en tant que parent. Plusieurs études rigoureuses ont montré l'efficacité avec laquelle ce programme modifie les pratiques parentales et améliore le comportement de l'enfant. Les résultats de ces études révèlent également que les niveaux 4 et 5 du programme sont les plus efficaces.

Niveaux d'intervention du programme Triple P

Niveau 1 – Universel

Campagne médiatique de renseignements sur les pratiques parentales positives

Niveau 2 – Sélectif

Séminaires éducatifs publics fournissant des renseignements sur un large éventail de stratégies parentales

Niveau 3 – Soins primaires

Environ quatre séances dans un milieu de soins de première ligne où le praticien fournit des conseils pratiques et de la formation active aux parents d'enfants aux prises avec des troubles du développement et de comportement.

Niveau 4 – Soins courants

Formation de huit à dix semaines aux habiletés parentales (leçons particulières, cours en groupe et apprentissage autonome). Les variantes comprennent le programme *Stepping Stones*, destiné aux parents d'enfants handicapés.

Niveau 5 – Renforcé


Intervention familiale intensive destinée aux familles aux prises avec d'autres difficultés. Le programme *Pathways*, par exemple, a été conçu pour les parents à risque d'infliger de mauvais traitements à leurs enfants.

Enfants en santé Manitoba met en œuvre chaque niveau de ce programme et ce, à l'échelle de la province. La démarche adoptée consiste à former des praticiens afin qu'ils puissent offrir les services du programme Triple P dans le cadre de leurs fonctions. Tous les praticiens intéressés peuvent suivre la formation et obtenir la certification du programme Triple P International. Les praticiens actuels travaillent dans les milieux social et communautaire et dans les domaines suivants : protection et bien-être de l'enfant, enseignement, éducation préscolaire, soins de santé et santé mentale.

Pour veiller à obtenir les mêmes résultats positifs observés ailleurs grâce au programme Triple P, Enfants en santé Manitoba recueillera des renseignements sur la formation, l'implantation et la portée du programme. L'organisme mesurera pour différents secteurs la proportion de travailleurs qui reçoivent la formation et la certification, et

la proportion de la population qui en bénéficie. Les responsables du programme mèneront des entrevues auprès de praticiens pour déterminer s'ils utilisent le programme Triple P et pour savoir à quel point ils s'y conforment et s'ils doivent surmonter des obstacles pour y arriver.

Les retombées du programme seront évaluées au moyen de données qui sont recueillies depuis plusieurs années au Manitoba et dans le reste du Canada. Les données analysées comprendront des renseignements sur les habiletés parentales, le comportement de l'enfant et la préparation à l'école et, si possible, les registres publics de maltraitance faite aux enfants. Les responsables du programme mesureront ces variables avant et après l'implantation du programme Triple P, puis les compareront pour déterminer si des changements positifs se sont produits. Pour s'assurer que ces changements sont propres au Manitoba et attribuables au programme, ils les compareront à ceux observés au cours de la même période dans d'autres familles canadiennes.

L'implantation du programme Triple P par Enfants en santé Manitoba montre plusieurs aspects importants des processus de sélection et d'évaluation des programmes. La province a non seulement choisi un programme ayant des effets démontrés pour servir les familles, mais elle a aussi conçu un plan exhaustif pour évaluer la manière dont celui-ci est mis en œuvre et comment il réussit à rejoindre les familles. Cet aspect est important, puisqu'il permettra de déterminer si le programme offert a été fidèle et a montré une intensité comparable au programme original, afin de maximiser l'impact positif sur les familles manitobaines. Certaines stratégies visant à évaluer les retombées du programme pour les parents et pour leurs enfants à l'échelle provinciale sont présentement à l'étude. Notons en terminant la remarquable démarche ouverte adoptée par la province, qui vise à partager les résultats de l'évaluation avec les parties intéressées, y compris les praticiens et les membres du public. 

Références

1. J. D. Willms, *Vulnerable children: Findings from Canada's Longitudinal Survey of Children and Youth*, Edmonton, University of Alberta Press, 2002.
2. M. N. McCain, J. F. Mustard et S. Shanker, *Early Years Study 2: Putting Science into Action*, Toronto, Council for Early Child Development, 2007.

APPRENTISSAGE CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Centre du savoir

Bulletin

Centre du savoir sur l'apprentissage chez les jeunes enfants

GRIP-Université de Montréal
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Téléphone : 514. 343.6111, poste 2541
Télécopieur : 514.343.6962

apprentissagejeunesenfants@ccl-cca.ca
www.ccl-cca.ca/apprentissagejeunesenfants

Rédacteurs en chef : Valérie Bell,
Richard E. Tremblay
Rédactrices : Sandra Braun,
Alison Palkhivala,
Amélie Petitclerc,
Stefanie Salazar
Collaborateurs : Charles Cunningham,
Steven Feldgaier,
Harriet MacMillan,
Suzanne Tough
Révisseuses scientifiques : Nathalie Malenfant,
Stefanie Salazar
Révisseuse : Sylvie Noiseux
Traduction : ComTra Inc.
Design : Fairmont House Design
Impression : Le groupe Quadriscan

ISSN : 1911-2149

Poste-publications N° de convention : 40069629

Le Centre du savoir sur l'apprentissage chez les jeunes enfants (CSAJE), un des cinq centres du savoir fondés et financés par le Conseil canadien sur l'apprentissage, publie ce *Bulletin* deux fois par an. Il est destiné aux prestataires et aux planificateurs de services, aux décideurs politiques, aux parents et au grand public. La reproduction des textes est autorisée, à condition de citer leur source.

Le CSAJE est un consortium d'organismes dirigé par le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, duquel font partie la Fédération canadienne des services de garde à l'enfance, l'Université Laval, le Réseau canadien de recherche sur le langage et l'alphabétisation, le Human Early Learning Partnership et le Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant. La mission du CSAJE est d'améliorer les connaissances en matière d'apprentissage chez les jeunes enfants auprès de ses publics cibles.