

[Early intervention and psycho-educational support: a review of the English language literature]

Annick Camille Dumaret

► To cite this version:

Annick Camille Dumaret. [Early intervention and psycho-educational support: a review of the English language literature]. Archives de Pédiatrie, Elsevier, 2003, 10 (5), pp.448-61. inserm-00168652

HAL Id: inserm-00168652

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00168652>

Submitted on 29 Aug 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Soins médico-sociaux précoces et accompagnement psycho-éducatif.
Revue de la littérature étrangère**

TC : soins médico-sociaux précoces

A-C DUMARET
Psychologue, ingénieur de recherche

INSERM U 502 Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société, Villejuif

Reçu le 21/01/2003

Accepté le 27/01/2003

**Correspondance : Annick-Camille DUMARET
7, rue Guy Môquet
94801 Villejuif CEDEX**

**Tél : 01.49.58.35.91
Fax : 01.49.58.34.38
E-mail : dumaret@vjf.cnrs.fr**

Résumé

Alors que les évaluations de prises en charge précoces sont encore rares en France, elles ont fait l'objet de très nombreuses publications scientifiques en langue anglaise. Cet article vise à montrer l'apport de ces programmes de prévention au développement ultérieur des enfants et aux modifications survenues dans les familles. Vingt six programmes avec visites à domicile, soins médico-sociaux et support psycho-éducatif ont été menés pendant plus d'un an auprès de populations locales ou hospitalières sélectionnées à partir d'échelles de risque. L'évaluation de la majorité de ces programmes repose sur des études randomisées. Les soins et accompagnements précoces concernent essentiellement des familles de milieu défavorisé et à risques multiples, mais aussi des familles avec enfant prématuré et/ou à petit poids de naissance et des familles à risque psychosocial et psychiatrique. Les programmes, notamment ceux ayant commencé en période prénatale, de durée assez longue et portant à la fois sur le bien-être et les besoins des familles, montrent à des degrés divers les influences positives sur le développement intellectuel et social des enfants et la qualité des relations parents-enfant. Les effets les plus nets et qui se maintiennent à long terme concernent surtout la situation scolaire. Si des effets positifs ont également été constatés auprès de populations spécifiques (mères mineures, mères présentant des retards mentaux...), dans l'ensemble, l'efficacité de ces prises en charge reste limitée, particulièrement liée à la motivation et l'implication des parents dans les soins ainsi qu'au cumul des facteurs de risque familiaux. Même s'il est difficile d'évaluer des prises en charge agissant sur plusieurs facteurs de risque, des approches qualitatives venant compléter les analyses statistiques seraient nécessaires.

Mots-clé: soins médico-sociaux précoces / prise en charge éducative / familles à risque.

Summary. Early intervention and psycho-educational support. A review of the English language literature.

While research on early-intervention programs remains rare in France, there are numerous scientific publications in the English-language literature. This article attempts to describe the contribution of such programs in terms of children subsequent development and changes in their families. Twenty-six programs incorporating home intervention, care, social support and early-childhood education, have been conducted for more than a year within local and hospital populations selected through various scales of risk. The large majority of the programs have randomized trials. Intervention and early education applied essentially to families from deprived environment, families with premature or low-birth-weight infants, and families exhibiting psycho-social or psychiatric risks. Programs of relatively long-term and addressing to families' needs and well-being, initiated in the prenatal period, resulted in variable degrees of positive influences on children cognitive, behavioural and social development, and on parent-child relationships. The most remarkable results with the most prolonged effects concerned school attendance and school performance. Positive effects were also recorded in specific populations (adolescent mothers, mentally retarded mothers,...). Nevertheless the efficacy of such programs remained limited and mainly dependent upon parents' motivation and involvement and concurrent family risk factors. Although evaluation of intervention programs regarding multiple risk factors remains difficult, qualitative analyses complementing the available statistical data appear necessary.

Key words : early intervention / educational program evaluation / mother-child relations / families at-risk / infant-maternal welfare

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté des programmes éducatifs compensatoires auprès de familles socio-économiquement désavantagées, c'est-à-dire essentiellement les populations des ghettos noirs (*Head Start Programs*), ont été initiés aux Etats-Unis depuis environ quatre décennies. A l'origine, ces programmes d'intervention étaient orientés vers les enfants et visaient leur développement cognitif sur la base d'évaluations de leur quotient intellectuel (QI) [1, 2]. Après le constat des limites des supports sociaux locaux, en particulier sous l'influence de la perspective socio-écologique de Bronfenbrenner, l'attention s'est portée sur le rôle crucial des parents, premiers donneurs de soins. Dans l'optique d'une meilleure collaboration avec les professionnels, il s'est avéré nécessaire de mieux connaître les conditions de vie (ressources personnelles et familiales, utilisation des services sociaux et de santé ...). L'accent a été mis sur les interactions mère-enfant, le renforcement des compétences parentales, sur le traitement thérapeutique des dyades mère-enfant selon le modèle de Fraiberg [3]. A la suite de la diffusion de la théorie de l'attachement, on s'est intéressé à l'amélioration de la communication parent-enfant, puis à l'aide à la parentalité. Ces nouvelles perspectives posaient les parents comme éducateurs et thérapeutes par l'intermédiaire de l'alliance avec les professionnels. Les prises en charge se sont élargies à d'autres groupes «à risque» : enfants prématurés et/ou avec un faible poids de naissance, enfants de mères mineures, malades mentales ou «borderlines», enfants de parents maltraitants. La période récente, marquée par un contexte de restriction budgétaire, a vu une dévalorisation du système d'assistance au profit de la notion de participation active des parents : l'accès à ces programmes est, depuis le milieu des années 90, conditionné par la nécessité d'activité professionnelle des parents, justifiant leur volonté d'engagement dans l'amélioration de leur situation. S'ils sont fondés sur une toute autre conception, les soins publics de santé en France et les programmes d'action précoce de guidance parentale, menés par la Protection Maternelle et Infantile, les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce...

montrent également une grande diversité, tant dans leurs objectifs que dans leur mise en pratique. Toutefois, les études françaises qui en ont évalué les effets sont encore rares.

Nous présentons ici une synthèse de travaux étrangers portant uniquement sur les prises en charge très précoces ayant donné lieu à des évaluations du devenir des familles. Cette synthèse est le fruit d'une réflexion plus générale menée au cours de nos travaux portant sur les effets des modifications environnementales sur le développement des enfants, dans le cadre de changement radical de milieu comme l'adoption précoce ou tardive ou partiel comme des placements familiaux stables et de longue durée [4, 5].

I - De la précarité sociale aux facteurs de risques cumulés et interactifs

Le lien entre milieu social, précarité, et difficultés développementales des enfants n'est plus à démontrer, en particulier dans le cas de pauvreté persistante. Par ailleurs, de nombreux travaux ont montré des corrélations entre d'une part QI bas ou troubles du langage avant cinq ans et comportements antisociaux ultérieurs, et d'autre part entre niveau intellectuel, réussite scolaire et insertion socio-professionnelle ultérieure. Des études longitudinales ont souligné l'importance des effets cumulatifs et interactifs des facteurs de risque biologiques, périnataux et environnementaux sur le devenir des enfants et des adolescents (QI, troubles affectifs, troubles émotionnels, comportements déviants...). Les auteurs s'accordent pour mettre en avant la prédominance des facteurs de risque familiaux, qui sont par ailleurs souvent prévalents dans certaines pathologies parentales (familles très carencées, dépression maternelle) : c'est le nombre de risques et leur degré de sévérité, plutôt que le type de risque ou même le diagnostic parental, qui exercent des effets négatifs sur le développement cognitif et affectif des enfants ainsi que sur leurs compétences sociales [6-10].

II - La nécessité de prises en charge médico-sociales très précoces

Toute naissance entraîne un stress lié à la découverte des soins à prodiguer à un bébé dépendant et provoque chez les parents des réaménagements psychologiques pouvant entraîner des désorganisations psychiques graves, des perturbations des interactions parents-enfant précoces, et pouvant ainsi avoir des conséquences à long terme sur le développement des enfants. Environ 10 à 20% des mères sont atteintes de dépression post-partum dans les premiers mois [11, 12]. On sait par ailleurs que la dépression maternelle est associée à des difficultés au niveau de la parentalité, particulièrement pour les mères ayant vécu des carences affectives et des séparations dans leur enfance [13], et à des problèmes d'ajustement ultérieur sur le plan cognitif, relationnel et social chez les enfants. On comprend ainsi que des prises en charge familiales précoces, particulièrement en milieu défavorisé, participent d'une prévention médico-psycho-sociale ; leurs effets seront variables selon qu'elles agissent sur un ou plusieurs facteurs de risque et que les soutiens sont de plus ou moins longue durée.

III - LES PROGRAMMES DE RECHERCHE

Les programmes présentés ont été sélectionnés à partir du «*Handbook of Early Childhood Intervention*» [14], la recherche bibliographique a été complétée par la consultation de plusieurs banques de données dont celle de Medline, de CNRS/Pascal et de lecture en «boule de neige» de références mentionnées dans les articles. De nombreux articles et ouvrages ainsi que plusieurs revues leur ont été consacrés, certains centrés sur l' «éducation compensatoire» des enfants ou sur les visites à domicile et l'environnement familial, d'autres sur certains aspects de la santé et du développement de l'enfant ou l'évolution des familles et des compétences parentales, d'autres encore sur l'évaluation des coûts-bénéfices. ultérieurement. Nombre d'études n'ont pas évalué simultanément les effets auprès des enfants et des parents.

Seuls ont été retenus dans cet article les programmes effectués par des professionnels pendant une durée d'au moins un an (puéricultrices, infirmières psychiatriques, psychologues, pédiatres, travailleurs sociaux) auprès de familles et d'enfants âgés de moins de deux ans, réévalués ultérieurement. Les prises en charge d'enfants porteurs de handicap spécifique (trisomie 21, autisme...), et celles centrées uniquement sur l'attachement et les relations mère-enfant sans support social ont été exclues. Il en est de même pour celles concernant des enfants légèrement plus âgés, dont les résultats vont dans le même sens que ceux des travaux décrits.

1/ Objectifs de ces prises en charge

Vingt six programmes aux protocoles bien précisés présentent actuellement des évaluations à court et long termes auprès des familles. Le tableau I qui les résume présente les populations suivies, la durée et le type de soins, et leurs effets chez les parents et les enfants. Ils fournissent aux parents une gamme de services plus ou moins étoffés pour renforcer leurs compétences et les aider à résoudre les problèmes de la vie quotidienne : promotion de la santé de la mère et de l'enfant, information sur les besoins du bébé, sur les attitudes parentales, aide psychologique, développement du support social et affectif des membres de la famille élargie, transports gratuits vers les lieux de soins ou de garde des enfants, groupes de parents, réseaux locaux d'aide (formation des adultes, planning familial, conseils en économie familiale, recherche de logement et d'emploi). D'autres sont plus tournés en direction des enfants : mode de garde à la journée, activités enfantines d'éveil dans les centres à mi-temps ou à temps plein. Ces deux modèles d'intervention peuvent se conjuguer.

L'objectif principal qui est de faciliter le développement optimum des enfants sous-tend l'hypothèse que ces derniers vont profiter directement des prises en charge socio-éducatives et

indirectement de l'aide dont auront bénéficié leurs parents. Les populations hospitalières ou locales ont été sélectionnées par des équipes de cliniciens et de chercheurs à partir d'indices ou d'échelles de risque (risque environnemental, niveau de revenus, risque de maltraitance...). Les trois quarts de ces recherches, rarement réalisées en population générale, ont des essais randomisés (n=19) permettant de meilleures estimations des effets des protocoles proposés ; quelques unes ont constitué des groupes de comparaison par appariement ultérieur (sexe, milieu socio-économique, origine culturelle). Dans certains cas, par souci éthique, ce sont les différents types d'intervention qui ont été comparés. Les familles ont été suivies jusqu'à ce que les enfants entrent en maternelle ou à l'école primaire dans près de la moitié des situations, les suivis les plus courts concernent surtout les situations à risque périnatal.

2/ Investigation des enfants et des parents

Ce sont les outils standardisés évaluant les aspects cognitifs du développement qui ont été les plus faciles à mettre en place par rapport à ceux concernant les aspects socio-affectifs et relationnels manquant plus souvent de méthodologies rigoureuses. Pour le quotient de développement (QD) et le QI, des échelles classiques ont été utilisées (Gesell, Bayley, Cattell) pour les plus jeunes, puis le WISC et la WAIS pour les plus âgés. Les situations scolaires sont parfois difficiles à comparer étant donné que les tests de connaissances et de niveau ainsi que les diplômes varient selon les régions. Néanmoins, des indicateurs tels que les redoublements, les scolarités en milieu « normal », en classes spécialisées ou dans des institutions médicalisées sont significatifs. Pour l'étude des comportements et des interactions, on s'est longtemps basé sur les observations des cliniciens et les comptes rendus des parents, avant de diversifier les sources de données : entretiens parents et enseignants, questionnaires standardisés (échelles de Rutter, Child Behaviour Checklist, questionnaire de dépression de

Beck ou d'attachement de Ainsworth ...), observations vidéo, registres scolaires et de la Justice, inventaire de la Home pour l'environnement familial. Pour la maltraitance, les comparaisons sont difficiles étant donné l'hétérogénéité des définitions (blessures, signalements, placements...) et le manque de mesures standardisées.

III - Familles socialement et économiquement pauvres

Seize programmes d'intervention concernent ces familles et ont des évaluations en cours de soins ou à moyen terme. Pour la majorité d'entre eux, les visites à domicile ont eu lieu de façon hebdomadaire pendant deux ou trois mois avant de diminuer ultérieurement, et des groupes de rencontre de parents étaient menés à des régularités variables. A ces visites s'ajoutaient des consultations pédiatriques avec parfois des plans alimentaires et d'hygiène.

1/ Huit programmes s'adressent aux parents sous forme de visites à domicile et de support social dès la naissance de l'enfant [15-18] ou avant la naissance [19-22].

Deux seulement ont des données à long terme, dont celui mené en Finlande qui ne s'adresse pas uniquement à des populations très défavorisées [23-25]. Le programme de Larson au Canada [20] montre l'importance du soin précoce et des aides apportées en période prénatale : les mères font mieux face aux problèmes des bébés (alimentation), sont plus sensibles à leurs besoins et sont également plus vigilantes ; les pères sont plus participants. Toutefois, le programme le plus remarquable est celui mené à Elmira dans l'État de New York par Olds et al. [21, 24, 25], auprès de femmes américaines d'origine européenne, programme également appliqué à Memphis à des femmes américaines d'origine africaine [22]. Son originalité est d'avoir suivi pendant deux ans à la fois les parents et les enfants (une visite par semaine pendant vingt mois). Les évaluations montrent : 1/ des effets significatifs à la naissance :

réduction du taux de prématurité et de petits poids de naissance chez les mères qui fumaient, moins d'accidents et d'hospitalisations en urgence et de placements particulièrement pour les enfants de mères les plus démunies sur le plan cognitif et psychologique (également [15]) ; 2/ à la fin des prises en charge et plusieurs années après : moins de stress au niveau de la parentalité, et de meilleures adaptation et insertion socio-professionnelle chez les mères du groupe expérimental par rapport à celles du groupe contrôle ; les grossesses ultérieures sont moins nombreuses car plus espacées ; ces mères recourent moins aux aides sociales et ont moins de comportements antisociaux (usage de drogues, incarcérations). Un autre résultat notable est la nette réduction de la maltraitance à la fin des deux ans de la prise en charge, situation qui s'est maintenue à long terme jusqu'à l'adolescence, montrant ainsi la diminution des abus et négligences familiales. L'intérêt de ces visites à domicile et accompagnements précoces se traduit également par la réduction du taux de troubles de comportement des enfants à 2-3 ans (que les familles soient suivies pendant les six premiers mois de l'enfant ou plus longtemps), par la diminution des hospitalisations d'urgence, des accidents domestiques, et des risques de maltraitance dans les deux premières années de l'enfant.

2/ Dans les huit autres programmes [26-33], une éducation précoce en centre ciblant directement le petit enfant (activités éducatives et de loisirs) est menée parallèlement à l'accompagnement familial.

L'accompagnement familial a commencé pour deux d'entre eux dans la période prénatale [27, 28]. La durée des prises en charge est plus longue que dans les études précédentes. Plusieurs suivis jusqu'à la préadolescence et au début de l'âge adulte ont été effectués. Les données du *Milwaukee Project* [26], expérience très médiatisée, n'ont été soumises à l'analyse scientifique qu'après de virulentes critiques ; l'objectif du projet était la prévention du retard

mental chez des enfants de mères très limitées intellectuellement et la prévention du déclin du QI des enfants «pauvres». La plus grande reconnaissance scientifique revient à l'*Abecedarian Project* [30, 34] qui comporte plusieurs cohortes dont les traitements sont variables en intensité et en durée (haltes garderies pour les enfants, rencontres mensuelles entre parents) ; une aide complémentaire était ajoutée au moment de l'entrée à l'école primaire (agent de liaison parents-école). Les centres d'« éducation compensatoire » des enfants étaient situés sur les lieux universitaires et cette localisation a permis un important recueil de données utilisées par des pédiatres, des sociologues...

Selon Ramey et Ramey [35], plusieurs principes gouvernent les interventions précoces visant au développement cognitif des enfants vulnérables sur les plans biologiques et social : elles doivent démarrer très tôt, être fréquentes et soutenues, variées et étayées par un environnement aidant.

Le même protocole a été utilisé dans les huit sites ayant appliqué l'*Infant Health Development Program* (IHDP) auprès de familles ayant donné naissance à un enfant prématuré ou de petit poids [32, 36, 37]. Toujours dans l'optique de généraliser les résultats à des populations de cultures différentes, le *Parent Child Development Program* de Houston [29] auprès de familles américaines d'origine hispanique a également été utilisé auprès de familles américaines d'origine africaine et européenne. Par ailleurs, le *Project Care* [31] est une reprise de l'*Abecedarian Project*, orienté vers des populations urbaines auquel s'ajoute un accompagnement auprès des familles. Le *Yale Child Research Project* [28] s'est adressé en priorité aux mères adolescentes : un centre spécifique adjoint au système scolaire leur était ouvert afin de leur permettre de terminer leurs études. L'un des plus récents [33] appartient à la série des *Two-generation programs* dont l'un des objectifs est l'éducation parentale et la

lutte contre l'analphabétisation et dont le suivi moyen est de trois ans au moins. Malheureusement, ce programme qui cible une population de plusieurs milliers de familles reste assez mal défini quant à l'aide aux parents dont la participation reste problématique.

Pour ces doubles prises en charge, des modifications dans la vie quotidienne ont été soulignées : les mères ont terminé leurs études, ont obtenu un diplôme d'enseignement secondaire ou continué une formation dans la moitié des situations et acquis une plus grande autonomie sociale ou financière ; l'environnement familial est stable [26-29, 32, 33, 38, 39]. Comparativement aux mères des groupes contrôles, les mères sont moins déprimées, elles sont plus vigilantes face aux besoins des enfants, leurs relations sont plus chaleureuses et leurs interactions plus stimulantes notamment sur le plan verbal ; on observe moins d'attitudes punitives [26, 28-30, 32, 36]. Bien que les parents disent être fiers de leurs enfants et investis dans leur scolarité [27-29, 33], il n'y a toutefois pas de changements importants à moyen terme dans les attitudes parentales.

C'est sur le plan cognitif (dont le langage) que de très nets progrès ont été observés dans les mois qui suivirent ces interventions. Ces résultats n'ont pas été contestés : au moins 8-15 points de gain de QD puis de QI [26, 27, 29-31], moins d'enfants de faible niveau intellectuel, en particulier pour le groupe d'enfants de poids de naissance les moins bas (>2000 gr.) [32, 37], une meilleure scolarité à l'école dans les classes élémentaires grâce aux apprentissages préscolaires et à la fréquentation des centres [26-30]. On notera un résultat étonnant dans l'un des programmes où les visites à domicile ajoutées au programme princeps n'ont pas eu d'effet positif au sein des familles : les enfants du groupe expérimental réussissent moins bien dans les années préscolaires que ceux du groupe contrôle [31]. Deux explications ont été données, valables également pour d'autres programmes : d'une part, en raison du nombre important de programmes d'aide publique et privée aux familles, les enfants du groupe contrôle ont pu

également bénéficier d'aides éducatives par ailleurs, ce qui n'a pu être contrôlé ; d'autre part, le programme proposé était peut-être inadapté pour des familles en situation de très grande pauvreté devant faire face à de nombreux problèmes (logement, manque de transport, possibilité de travail réduite...).

IV - Familles ayant un enfant prématuré ou de petit poids de naissance

Pour la majorité des cinq programmes concernés, les enfants ont été sélectionnés en milieu hospitalier dans les unités néonatales de soins intensifs parmi des familles défavorisées, souvent monoparentales [40-44]. Alors que ces unités font souvent l'objet d'études épidémiologiques à long terme, ces programmes proposaient des prises en charge spécifiques dont le but était de promouvoir le développement physique, affectif et cognitif de l'enfant par l'amélioration des soins physiques donnés par les mères, et l'amélioration de la qualité de la relation mère-enfant. Dans quatre des cinq programmes, les soins ont duré moins de deux ans [44]. L'aide a porté uniquement sur le support socio-familial ; c'est surtout la qualité des interactions et le tempérament des bébés qui ont été analysés. Les protocoles d'enrichissements sensoriels offerts aux bébés sont variés (stimulations visuelles, kinesthésiques, auditives) ; ils ont été importants dans l'étude de Philadelphie [40] et l'étude canadienne [43] menées de façon identique. Ces programmes ayant comporté un soutien aux mères, il est difficile de cerner séparément l'influence directe des stimulations sur les enfants et celle due à l'aide aux soins maternels. Dans deux programmes, les pertes de sujets, questionnent les résultats, même s'il n'existe pas de différences socio-démographiques avec les familles du groupe contrôle [40, 44].

Les progrès constatés concernent le développement moteur, le rattrapage des retards sur le plan physique : gain de poids et de taille, et gain sur le plan mental dans quatre des cinq programmes. Dans la majorité des cas on relève des évolutions positives concernant l'adaptation et le tempérament des bébés perçus par les mères, ainsi qu'un environnement familial plus stimulant ; les mères sont plus confiantes en elles, mieux contrôlées sur le plan verbal et émotionnel. L'étude canadienne est particulièrement intéressante dans la mesure où elle souligne que les deux modèles d'intervention (stimulations et interactions parents-enfant) donnent des résultats identiques. On note aussi les effets positifs des visites à domicile dans les récupérations de retard de développement des enfants de familles pauvres et à risque sur le plan périnatal, notamment dans l'étude de Resnick et al conduite à grande échelle jusqu'à deux ans [44]. Au delà de ces constats positifs, on peut regretter l'absence de suivi à long terme. En effet, la littérature scientifique montre une évolution plutôt défavorable des enfants de milieu très défavorisé tant sur le plan cognitif que sur le plan psychologique et comportemental ; ainsi Breslau et al. [45] ont rapporté une baisse du QI entre 6 et 11 ans chez ces enfants, qu'ils soient prématurés ou non.

V - Familles à risque psychologique et psychiatrique

Cinq programmes s'adressent à des familles vivant dans des environnements « à risque » (précarité, isolement, maltraitance, antisocialité, graves carences intergénérationnelles) et présentant des problèmes importants de santé mentale (dépression et anxiété, alcoolisme et autres toxicomanies) [46-50]. Les parents ayant des troubles importants d'ordre psychotique ne sont pas présents dans ce type de recherches. Ici aussi, les soins ont en général duré moins de deux ans. Par la création d'un lien spécifique avec le parent (alliance thérapeutique), les interventions se proposent d'agir à la fois sur le contexte social et matériel et sur les facteurs

psychologiques qui affectent les relations parents-enfant et la parentalité. Par exemple, dans l'étude de Barnard et al. [47], la coopération des mères au protocole d'intervention est liée à l'importance des facteurs de risque : les mères participant de manière positive ont de meilleures interactions avec leur bébé ; cependant ces différences avec le groupe de comparaison s'estompent vers l'âge de deux ans. Ces travaux s'inscrivent généralement dans le courant de recherche sur l'attachement et ont utilisé la vidéo pour les observations à domicile.

La majorité de ces recherches notent des effets positifs chez les parents et/ou chez les enfants. On peut mettre en relation ces résultats avec l'amélioration des interactions mère-enfant. Le support émotionnel a apporté un mieux-être dans la vie quotidienne des familles, avec des effets positifs sur le fonctionnement maternel (initiatives sociales, capacité à rechercher de l'aide dans l'entourage, utilisation des services de la communauté) et une diminution des stress et des états dépressifs chez les mères [47-51]. Ces programmes, à une exception près, montrent également à court terme une certaine amélioration des comportements des enfants : sentiment de contrôle des situations, moins d'agressivité, et sentiment de sécurité chez près de la moitié des jeunes.

VI - LES EFFETS A LONG TERME AUPRES DES ENFANTS ET DES PARENTS

Les prises en charge médico-sociales et éducatives les plus efficaces ont toujours une double approche : l'amélioration du développement de l'enfant et la participation des parents, ainsi que l'ont montré des études sur les populations pauvres [52, 53]. L'attention des pédiatres et des médecins de santé publique s'est particulièrement portée sur leurs effets dans la petite enfance [54], mais ces effets se maintiendront-ils à long terme lorsque les familles n'auront plus d'étayage ?

1/ Les effets auprès des jeunes

Les suivis de ces programmes de recherche sont généralement inférieurs à cinq ans et un quart seulement ont réalisé des études longitudinales permettant une évaluation à long terme [23-27, 34-39]. Les prises en charge s'adressaient à des familles socialement très démunies ; quatre fois sur six, les aides aux parents ont été conjuguées à une « éducation compensatoire » également précoce. La durée des soins a été relativement longue, en moyenne près de 4 ans. Dans le suivi, le taux de perte de sujets est peu élevé, ce qui a représenté un travail très lourd de suivi des familles pour les équipes.

a) Développement intellectuel et scolaire

Les gains de QI observés dans la petite enfance et à la fin des prises en charge ne se maintiennent pas, et les écarts entre moyennes des groupes expérimentaux et contrôle diminuent jusqu'à ne plus être significatifs. Dans les populations défavorisées, dès l'âge de cinq ans, les enfants en grande pauvreté ont un QI moyen de 9 points plus bas que les autres enfants [55]. Pour certains auteurs, cette baisse ultérieure de QI est due à l'importance des risques familiaux (déficits cognitifs maternels importants) plus que sociaux. Néanmoins, trois études montrent la diminution du nombre d'enfants présentant un retard mental.

Les effets positifs les plus homogènes et les plus nets concernent la scolarité des jeunes [56], comme l'avaient souligné les programmes de la première génération [1,2]. La fréquentation précoce des centres d'éveil et d'activités enfantines a augmenté le taux de scolarisation en maternelle et permis une fréquentation scolaire plus importante parmi les groupes expérimentaux dans le primaire et dans le secondaire. De plus, les performances scolaires sont

meilleures, en particulier en lecture et mathématiques, et on dénombre moins de redoublements et de scolarité en classes d'éducation spéciale, ces effets pouvant également s'élargir aux fratries.

b) Comportements sociaux et délinquance

Des effets significatifs sur le plan social et comportemental ont été démontrés [23-25, 38-39] : une meilleure adaptation sociale et en milieu scolaire avec une agressivité moindre et un plus faible pourcentage de troubles antisociaux essentiellement chez les garçons. A l'adolescence, les symptômes psychiatriques sont moins nombreux dans les familles ayant bénéficié non seulement de visites à domicile mais aussi de conseils en santé mentale. Le fait qu'il n'existe pas de différences entre enfants prématurés ou nés avec un petit poids de naissance et ceux du groupe contrôle témoigne en faveur de l'efficacité des soins précoces dans ce type de population [36, 37]. Certains comportements comme le contrôle et l'estime de soi, le faible taux d'antisocialité sont à mettre en lien avec la découverte de l'intérêt envers l'école. Bien qu'aucun effet sur la santé mentale n'ait pu être montré, Olds et al notent une amélioration parallèle des comportements des mères et de leurs adolescents de 15 ans et plus, avec la diminution de l'antisocialité (moins de consommation de drogues, moins d'actes délictueux et moins de partenaires sexuels chez les jeunes). On peut associer ces effets positifs au travail de socialisation réalisé dans les groupes de pairs, aussi bien pour les parents (groupes de parents, participation des familles élargies, activités dans les associations) que pour les enfants. L'étude de Syracuse montre une diminution des comportements de délinquance à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif (sévérité des actes délictueux), mais ces résultats doivent être considérés avec prudence étant donné les biais dus aux pertes des sujets [27].

c) Les relations entre développement cognitif et comportements sociaux

Même si les effets ont été modestes au niveau de la vie quotidienne familiale, l' «éducation compensatoire», avec le développement de la socialisation et du langage de l'enfant, et les accompagnements familiaux, notamment ceux ayant proposé des aides en santé mentale, ont eu des effets significatifs visibles chez les enfants de trois ans : interactions parents-enfants, apprentissage et intérêt pour l'école (valorisation des enfants par les parents), familles plus autonomes et moins stressées. Plusieurs programmes ont montré le rôle médiateur de la qualité des interactions mère-enfant dans le développement intellectuel et du langage des enfants. Seitz et al [41] soulignent les modifications de l'environnement familial et des compétences parentales en faisant remarquer que ces changements peuvent avoir une efficacité non encore mesurée («*sleepers effects*»). On a également observé sur la durée une relation entre les modifications dans les attitudes parentales, l'amélioration du développement cognitif (niveau intellectuel et scolarité) dans les premières années – même si les gains de QI disparaissent - et les comportements sociaux ultérieurs. Peut-on voir là des pistes de recherche pour le futur ?

2/ Les effets auprès des familles

L'efficacité des soins précoces s'est révélée plus importante quand ils proposaient des services concrets et cohérents aux familles (halte-garderies, transports...) ; leur implication était alors plus grande. Lorsque la durée des prises en charge a été suffisamment longue, et notamment quand elles ont débuté en période prénatale, c'est surtout parmi certains types de populations que des résultats positifs ont été obtenus: mères mineures, mères toxicomanes, mères ex-fumeuses [21, 28, 41, 47, 49], mères présentant un retard mental, mères avec un faible niveau éducatif et sans compétences sociales [21-25, 38, 39, 47], mères d'enfants prématurés [36, 37]. Ainsi dans le *Nurse Home Visitation Program*, on a noté un plus faible taux de

maltraitance chez des mères peu sûres d'elles, manquant de contrôle et disposant de faibles ressources personnelles [57]. Selon certains auteurs, les effets restent peu visibles dans certaines familles où le cumul des facteurs de risque est trop élevé.

La limite de plusieurs programmes tient sans doute à la sous-estimation de l'état psychologique des parents de milieux très précaires et à l'importance des stress vécus au sein des familles. En effet, la proportion de mères déprimées a été évaluée à plus de 40 % dans deux programmes ayant eu un taux élevé de perte de sujets dans les suivis pendant et après les prises en charge. Le développement intellectuel des enfants et les sessions de formation parentale auraient-ils dû être les premiers objectifs de ces programmes, sachant que la dépression est un facteur de risque associée à des relations familiales négatives et conflictuelles ?

Les prises en charge visant le bien-être des parents et des bébés et qui comportaient une aide mentale et/ou psychologique, très souvent à domicile, comptent parmi celles ayant apporté le plus de modifications comportementales : plus d'autonomie et de compétences de la part des parents, moins d'états dépressifs chez les mères, un attachement plus sécurisé et moins de troubles de comportement chez les enfants [20, 24, 31, 35, 50, 51, 53]. Parmi les facteurs de réussite de ces programmes, plusieurs auteurs mentionnent la relation positive entre les intervenants, acteurs des programmes, et les parents, relation basée sur la confiance réciproque et le respect des valeurs et de la culture des familles. Nombre de parents vivent en effet dans la crainte de toute intrusion au sein de la famille et d'un éventuel placement de leurs enfants. Ceci rejoint les observations sur la bientraitance des familles faites en France depuis plus de dix ans par les professionnels de la santé et du social [58].

VII - Des prises en charge à efficacité mitigée

Ces programmes ont des coûts très élevés, notamment ceux avec centres éducatifs pour enfants : un adulte pour un enfant pendant la première année dans le *Milwaukee Project* [29], soit environ 8 600 dollars (soit à peu près autant d'euros) par an et par enfant pour le secteur public [33]) ; le plus onéreux étant l'IHDP avec plus de 15 000 dollars par an et par enfant [35]. Avec le temps, les évaluations se sont complexifiées avec la prise en compte des différents facteurs intervenant dans l'adhésion des familles aux interventions. Les résultats en sont variables et parfois limités. A cela, plusieurs explications peuvent être données : les programmes n'ont pas tous la même durée ; la qualité des services proposés aux parents ou des centres fréquentés par les enfants n'est pas uniforme ; les protocoles prévus n'ont pas toujours été intégralement respectés, alors que le maintien de la participation des familles tout au long du programme est primordial pour pouvoir en évaluer les effets. Ainsi dans l'IHDP, alors qu'il était prévu 84 visites à domicile, en réalité seulement 67 ont été effectuées en moyenne ; de même alors qu'il était prévu une fréquentation du centre par les enfants de 498 jours, elle n'a été en définitive que de 267 jours en moyenne, et sur les 12 groupes de parents prévus 3,7 seulement ont été réalisés. La proportion de familles ayant suivi l'ensemble des programmes est parfois inférieure à 60% [30, 53], et on ne sait pas toujours si les deux parents ont participé au programme. Il y a lieu également de s'interroger sur la légitimité des critères de sélection des sous-populations (différenciation ethnique...), et sur l'adéquation de programmes initialement conçus pour certains types de populations appliqués à d'autres (rurales vs urbaines, problèmes périnataux d'étiologies insuffisamment définies). S'ils peuvent s'expliquer par la difficulté de retrouver des familles souvent instables géographiquement, certains taux élevés de pertes de sujets sont liés aussi à leur manque de motivation ou d'intérêt face à un ensemble d'actions qui ne changent pas radicalement leurs conditions de vie dans le long terme, même si des bénéfices ont été obtenus pour l'ensemble

de la communauté (moins de redoublements dans la scolarité et de placements en classes d'éducation spéciale, moins d'actes de délinquance...).

Plusieurs études ont alimenté de nombreuses discussions et critiques (non mention des moyennes et écarts types des groupes dans les analyses longitudinales, etc...), notamment le *Milwaukee Project* et l'IHDP dans le cadre de la controverse hérédité-milieu, et l'étude de Ramey et al [30, 34, 35]. Enfin, les évaluations qui légitiment essentiellement l'approche statistique et quantitative réduisent la portée générale des effets de ces prises en charge.

VIII – Conclusion

Il y a un quart de siècle, l'équipe d'épidémiologie psychiatrique anglaise de Rutter soulignait que les effets des facteurs de risque dépendent amplement du fait de leur pérennisation. Les programmes de soins précoces et d'accompagnement socio-éducatif se sont efforcés d'apporter des changements dans l'environnement, afin de lutter contre les effets cumulatifs et interactifs des handicaps psychosociaux. Malgré les efforts déployés, certains effets restent de faible portée : les programmes étaient-ils suffisamment adaptés aux problèmes de ces familles ? Une de leurs limites réside dans la rupture avec un milieu stimulant offert pendant les interventions et le retour à une réalité sociale et un environnement scolaire de moindre qualité [59]. Les modifications environnementales n'étaient certainement pas assez profondes. En effet, face à des situations d'adversité familiale et de grande précarité, une alliance thérapeutique et un accompagnement médico-socio-éducatif de plusieurs mois, voire de quelques années, semblent insuffisants au regard de l'histoire transgénérationnelle marquée par l'accumulation des problèmes économiques et de santé, des carences multiples et les dysfonctionnements sociaux et familiaux. Le travail sur le support social et la parentalité reste primordial ; l'implication des pères devrait être mieux prise en compte. Les premières prises

en charge doivent être poursuivies pour consolider l'émergence des compétences des parents et des enfants par des stratégies de travail en réseau et sur le long terme avec l'école, les services sociaux, de santé et de justice. Depuis quelques années seulement en France, notamment avec le développement des réseaux en périnatalité, cette question de l'accès aux soins précoces et du travail d'accompagnement auprès de familles vulnérables a commencé à faire l'objet d'études évaluatives de type qualitatif.

Références

1. Lazar I, Darlington R, Murray H, Royce J, Snipper A. Lasting effects of early education : A report on the Consortium for Longitudinal Studies. *Monogr Soc Res Child* 1982 ; 47 (2-3, serial n°195).
2. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP, Barnett WS, Epstein AS. Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27. ; Ypsilanti, MI: High/Scope Press 1993.
3. Faiberg S Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche de problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. *Psychiatr Enf* 1983 ; 1: 57-98.
4. Duyme M, Dumaret AC, Tomkiewicz S. How can we boost IQ's of dull children : A late adoption study. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1999 ; 96 : 8790-94.
5. Dumaret AC, Coppel-Batsch M. Evolution à l'âge adulte d'enfants placés en familles d'accueil. *Psychiatr Enf* 1996 ; 2 : 613-71.
6. Sameroff AJ, Seifer R, Barocas B, Zax M, Greenspan S. IQ scores for 4-year-old children: social environment risk factors. *Pediatrics* 1987 ; 79 : 343-50.
7. Blanz B, Schmidt MH, Esser G. Family adversities and child psychiatric disorder. *J Child Psychol Psyc* 1991 ; 32 : 939-50.
8. Shaw DS, Vondra, JI, Hommerding KD, Keenan K, Dunn M. Chronic family adversity and early child behavior problems: A longitudinal study of low income families. *J. Child Psychol Psyc* 1994 ; 35 : 1109-22.
9. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey M. The childhoods of multiple problem adolescents: a 15-year longitudinal study. *J. Child Psychol Psyc* 1994 ; 35 : 1123-40.
10. Dumaret AC. Handicaps psychosociaux dans l'enfance et adaptation à long terme. *Prévenir* 2000 ; 39: 139-44.
11. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of post-partum depression- a meta-analysis. *Int Rev Psychiatr* 1996 ; 8: 37-54.
12. Guedeney N. Les dépressions maternelles post-natales. *Neuro-Psy* 1998 ; 13 : 143-46.
13. Gauthier Y. Accès à la parentalité de familles vulnérables : peut-on briser la répétition ? *Cahiers de l'AFree* déc. 1998.
14. Meisels SJ, Shonkoff JP Eds, *Handbook of early childhood intervention*, New York, Cambridge University Press ; 1990 (1ère éd.) et 2000.
15. Gray JD, Cutler CA, Dean JG, Kempe CH. Prediction and prevention of child abuse and neglect. *J Social Issues* 1979 ; 35 : 127-39.
16. Thompson RJ, Cappleman, MW, Conrad HH, Jordan WB. Early intervention program for adolescent mothers and their infants. *J Dev Behav Pediatr* 1982 ; 3 : 18-21.
17. Aronen E. The effect of family counselling on the mental health of 10-11-year-old children in low- and high-risk families: A longitudinal approach. *J Child Psychol Psyc* 1993 ; 34 : 155-65.
18. Fraser JA, Amstrong KL, Morris JP, Dadds MR. Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse Neglect* 2000 ; 24 : 1399-429.
19. Gutelius MF, Kirsch AD, McDonald S, Brooks MR, Mc Erlean T. Controlled study of child health supervision: behavioral results. *Pediatrics* 1977 ; 60 : 294-304.
20. Larson CP. Efficacy of prenatal and postpartum home visits on child health and development. *Pediatrics* 1980 ; 66 : 191-7.
21. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum RC Preventing child abuse and neglect: randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986 ; 78 : 65-78.
22. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R. Affects of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. *JAMA* 1997 ; 278 : 644-52.
23. Aronen E, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. *J Am Acad Child Psy* 1996 ; 35 : 1665-72.
24. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H. Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance and child maltreatment. *Pediatrics* 1995 ; 3 : 365-72.

25. Olds DL, Henderson CR, Charles RJ, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H et al. Long term effects of nurse home visitation on children's criminal and anti-social behavior: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1998 ; 280 : 1238-44.
26. Garber HL, Hodge JD, Rynders J, Dever R, Velu R. The Milwaukee Project: setting the record straight. *Am J Mental Retard* 1991 ; 95 : 493-525.
27. Lally RJ, Mangione PL, Honih AS, Wittner DS. More pride, less delinquency: follow-up study of the Syracuse University Family Development Research Program. *Zero to Three*, 1988 ; april, 13-8.
28. Seitz V, Rosenbaum LK, Apfel NH Effects of family support intervention: a ten-year follow-up, *Child Dev* 1985 ; 56 : 376-91.
29. Andrews SR, Blumenthal JB, Johnson DL, Kahn AJ, Ferguson CJ, Lasater TM, et al. The skills of mothering: a study of Parent Child Development Centers (New Orleans, Birmingham, Houston). *Monogr Soc Res Child* 1982 ; serial n°198, 47 : 6.
30. Ramey CT, Bryant DM, Sparling JJ, Wasick, BH. Project Care: A comparison of two early interventions strategies to prevent retarded development. *Top Early Child Spec* 1985 ; 5 : 12-25.
31. Wasik BH, Ramey CT, Bryant DM, Sparling JJ. A longitudinal study of two early intervention strategies: Project Care. *Child Dev* 1990 ; 61 : 1682-96.
32. Enhancing the outcomes of low-birth-weight, premature infant. A multisite, randomised trial. The Infant Health and Development Program. *JAMA* 1990 ; 263 : 3035-42.
33. St. Pierre RG, Layer JI. Using home visits for multiple purposes: the Comprehensive Child Development Program. *Future Child* 1999 ; 9 : 134-51.
34. Campbell FA, Ramey CT. Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study from low-income families. *Child Dev* 1994 ; 65 : 684-98.
35. Ramey CT, Ramey SL. Early intervention and early experience. *Am Psychol* 1998 ; 53 : 109-120.
36. Brooks-Gunn J, Klebanov PK, Liaw F, Spiker D. Enhancing the development of low-birth-weight, premature infants: change in cognition and behavior over the first three years. *Child Dev* 1993 ; 64 : 736-53.
37. McCarton C, Brooks-Gunn J, Wallace IF, Bauer CR, Bennet FC, Bernbaum JC et al. Results at age 8 years of early intervention for low birth weight premature infants. *JAMA* 1997 ; 277 : 126-32.
38. Seitz V, Apfel N. Parents-focused intervention: diffusion effects on siblings. *Child Dev* 1994 ; 65 : 677-83.
39. Johnson DL, Walker T. A follow-up evaluation of the Houston Parent-Child Development Center: school performance. *J Early Intervention* 1991 ; 15 : 226-36.
40. Scarr-Salapatek S, William ML. The effect of early stimulation of low-birth-weight infants. *Child Dev* 1973 ; 44 : 91-101.
41. Field T, Widmayer SM, Stringer S, Ignatoff E. Teenage, lower-class, Black mothers and their preterm infants: an intervention and development follow-up. *Child Dev* 1980 ; 51 : 426-36.
42. Ross GS. Home intervention for premature infants of low-income families. *Am J Orthopsychiatr* 1984 ; 54 : 263-70.
43. Barrera ME, Rosenbaum PL, Cunningham CE. Early home intervention with low-birth weight infants and their parents. *Child Dev* 1986 ; 57 : 20-33.
44. Resnick MB, Amstrong S, Carter RL. Developmental intervention program for high-risk premature infants: Effects on development and parent-infant interactions. *J Dev Behav Pediatr* 1988 ; 9 : 73-8.
45. Breslau N, Childcoat HD, Susser ES, Matte T, Liang KY, Edward L. Stability and change in children's intelligence quotients scores: a comparison of two socioeconomically disparate communities. *Am J Epidemiol* 2001 ; 154 : 711-7.
46. Lyons-Ruth K, Connell S, Grunebaum H. The depressed mother and her one year infant: environment, interaction, attachment and infant development. In E. Tronick & T. Field eds. *Maternal depression an infant disturbance*. San Francisco : Jossey Bass ; 1986 ; p.61-82.
47. Barnard KE, Magyary GS, Booth CL, Mitchell SK, Spieker SJ. Prevention of parenting altercations for woman with low social support. *Psychiatry* 1988 ; 51 : 248-53.

48. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Dev* 1991 ; 62 : 199-209.
 49. Black MM, Nair P, Kight C, Wachtel R, Roby P, Schuler M. Parenting and early development among children of drug-abusing women: effects of home intervention. *Pediatrics* 1994 ; 94 : 440-8.
 50. Erickson MF, Korfmacher J, Egeland BR. Attachments past and present: implications for therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Dev Psychopathol*, 1992 ; 4 : 495-507.
 51. Lyons-Ruth K, Connell D, Grunebaum, H, Botein S. Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Dev* 1990 ; 61 : 85-98.
 52. Duncan, GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov P. Economic deprivation and early childhood development. *Child Dev* 1994 ; 65 : 296-318.
 53. Petterson SM, Burke Albers A. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Dev* 2001 ; 72 : 1794-813.
 54. Earls F. Positive effects of prenatal and early childhood interventions. *JAMA* 1998 ; 280 : 1271-3.
 55. Liaw F, Brooks-Gunn J. Cumulative familial risk and low birthweight children's cognitive and behavioural development. *J. Clin Child Psychol* 1994 ; 23 : 360-72.
 56. Barnett WS. Long term cognitive and academic effects of early childhood education on children in poverty. *Preventive Medicine* 1998 ; 27 : 204-7.
 57. Olds DL, Korfmacher J. Maternal psychological characteristics as influence on home visitation contact. *J Community Psychol*. 1998 ; 26: 23-36.
 58. Gabel M, Jésus F, Manciaux M. Bientraitances, mieux traiter les familles et professionnels. Paris, Fleurus 2000.
 59. Lee V, Loeb S. Where do Head Start attendees end up? One reason why preschool effects fade out. *Educ Eval Policy An* 1995 ; 17 : 62-82.
-

complement bib

Yoshikawa, 1995

Petterson SM, Burke Albers A. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Dev*. 2001, 72:1794-1813.

Reynolds AJ ,Temple JA, Robertson DL, Mann EA. Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: a 15-year follow-up of low income children in public schools. *JAMA*, 2001, 285:2339-46.

Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 1996, 312:29-32.

Yohsikawa H. Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychol. Bull.* 1994, 115:28-54.

