

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME LES FAMILLES D'ABORD

**Evaluation de l'efficacité du Programme de visites à domicile
Les familles d'abord à améliorer le bien-être des familles à
risque ayant des enfants d'âge préscolaire**

Février 2010

RÉSUMÉ

Le but de cette évaluation était d'examiner si la participation au Programme de visites à domicile Les familles d'abord du Manitoba a permis d'améliorer le bien-être des familles à risque.

Contexte :

Le Programme de visites à domicile Les familles d'abord fournit des services aux familles ayant des enfants (d'avant la naissance à cinq ans) qui vivent dans des conditions qui sont considérées comme étant à risque. Ces familles peuvent inclure des enfants ayant des problèmes de santé congénitaux, des parents adolescents, des parents ayant des difficultés financières ou des parents ayant des problèmes de santé mentale.

Selon les recherches, les programmes de visites à domicile peuvent améliorer le bien-être de ces enfants et de leurs familles. Selon une étude de D. L. Olds et autres (1997)¹, parmi les personnes interrogées de faible situation socioéconomique, les femmes qui avaient bénéficié des visites à domicile, par rapport à celle d'un groupe de référence qui n'en avaient pas bénéficié, avaient eu par la suite moins de grossesses et de naissances et plus de temps entre la naissance de chaque enfant. Elles étaient également moins susceptibles d'utiliser des coupons alimentaires ou d'avoir recours à des services de Medicaid (un service de santé pour les Américains à faible revenu). Les femmes recevant des visites à domicile étaient également moins susceptibles d'être délinquantes toxicomanes, d'être arrêtées ou déclarées coupables d'un crime, d'avoir fait de la prison ou d'avoir été impliquées dans un cas de violence ou de négligence à l'égard des enfants. Les interventions des infirmiers et infirmières de la santé publique au cours de visites à domicile ont été efficaces pour réduire les comportements à risque pour la santé lorsque les nourrissons des femmes ayant participé au programme deviennent adolescents (Olds et autres, 1997). Bien que les programmes de visites à domicile aient été évalués dans des conditions très structurées et supervisées, peu de recherches ont été entreprises

pour montrer l'efficacité de ces programmes lorsqu'ils sont mis en œuvre dans les conditions réelles de la prestation de services.

Méthode :

Les infirmiers et infirmières de la santé publique du Manitoba ont entrepris le dépistage des facteurs de risque influençant le bien-être des enfants chez presque toutes les mères ayant des nouveaux-nés, au moyen du formulaire de dépistage du programme Les familles d'abord. Les familles qui, selon le dépistage, présentaient trois facteurs de risque ou plus ont ensuite fait l'objet d'une évaluation à l'aide de l'Enquête auprès des parents. Le Programme de visites à domicile était offert aux familles qui vivaient dans des conditions mettant à risque le bien-être de leurs enfants. Les familles à faible niveau de risque (mais présentant au moins trois facteurs de risque) ont été invitées à participer au groupe de référence (ou groupe témoin). Les examens ont eu lieu après quatre mois et un an, puis annuellement pendant quatre autres années. La modélisation linéaire hiérarchique (une technique statistique très avancée) a permis d'évaluer les différences dans les résultats obtenus pour les familles participant au programme et pour celles des groupes de référence.

Résultats :

On a effectué l'évaluation après avoir neutralisé les facteurs sociodémographiques, le nombre de visites à domicile et la qualité des relations entre les parents et les visiteurs à domicile. L'ampleur de l'effet (AE) s'entend de la magnitude ou de l'importance des répercussions du programme. Selon des études similaires précédentes menées au États-Unis et en Australie, l'ampleur de l'effet varie généralement de 0,10 à 0,20.

Les améliorations qui sont associées au Programme incluait les suivantes :

- des rapports parents-enfants plus positifs (AE : 0,80);

- des rapports parents-enfants moins hostiles (AE : -0,53);
 - aucun changement dans la note globale liée au bien-être psychologique de la mère, mais amélioration de trois des six sous-échelles :
 - but dans la vie (AE : 0,49);
 - maîtrise environnementale (AE : 0,76);
 - acceptation de soi (AE : 0,79);
- accroissement du soutien social (AE : 0,65)
- plus forte cohésion de quartier (liée au quartier; AE : 0,42).

Aucune différence n'a été trouvée entre le groupe des familles participant au programme et celui de référence en ce qui concerne la sécurité dans le quartier, la dépression maternelle, le recours aux services communautaires, la participation de la famille à des organismes bénévoles, les retards de développement de l'enfant et les séances de lecture aux enfants.

Conclusions :

Le Programme de visites à domicile Les familles d'abord a montré des résultats solides et positifs dans l'amélioration du bien-être des familles du Manitoba ayant participé à son évaluation. L'ampleur des bénéfices du Programme était considérablement supérieure à celle des bénéfices obtenus lors des évaluations précédentes des programmes de visites à domicile. Ces résultats sont encourageants, étant donné l'importance de l'influence initiale des parents et du bien-être psychologique maternel pour le développement et la sécurité de l'enfant. De plus, le meilleur soutien social et la plus forte cohésion de quartier qu'entraîne le Programme aident les familles à se protéger des autres facteurs de stress auxquels elles peuvent faire face.

Bien que le Programme semble avoir eu des effets positifs sur la cohésion de quartier, il n'en a eu aucun sur la sécurité de quartier. L'amélioration de la sécurité de quartier dépasse le cadre du Programme de visites à domicile. L'évaluation indique qu'il faudrait améliorer l'accès aux programmes d'alphabetisation, faire un suivi des renvois concernant les retards de développement et examiner les autres méthodes de sécurité à la maison. Ces résultats ont également fait ressortir des préoccupations liées aux questions de santé mentale. Les infirmiers et infirmières de santé publique et les visiteurs à domicile ont fait part de leurs préoccupations quant au petit nombre de services de santé mentale offerts aux familles étant donné leur importance pour le fonctionnement de la famille et les résultats des enfants.

En conclusion, ces résultats suggèrent que le Programme de visites à domicile Les familles d'abord contribue à créer des environnements plus sûrs, plus réconfortants et plus stimulants pour les enfants dans lesquels ils peuvent se développer physiquement, émotionnellement et socialement. Étant donné les effets bénéfiques et importants des visites à domicile, il faudrait poursuivre nos efforts pour assurer la qualité du programme et améliorer l'engagement des familles envers le Programme et leur maintien de leur participation.

INTRODUCTION

L'environnement du très jeune enfant est reconnu comme étant un élément important du développement sain des enfants (Irwin, Siddiqi et Hertzman, 2007). Des liens ont été établis entre les conditions défavorables de l'enfance et les résultats des enfants sur les plans comportemental, émotionnel et cognitif (Scannapieco et Connell-Carrick, 2005; Wekerle et Wolfe, 1996). Ces conditions peuvent inclure le fait d'avoir des parents adolescents, la pauvreté, l'abus d'alcool ou d'autres drogues chez les parents ou leur mauvaise santé mentale, le mauvais traitement des enfants, les rapports parents-enfants hostiles ou les mauvaises relations parents et enfants.

Les programmes de visites à domicile aident à empêcher les familles, qui font face à de multiples défis en matière de rapports parents-enfants, de nuire au bien-être de leurs enfants. Ces programmes consistent en des visites à domicile régulières par des infirmiers et infirmières, d'autres professionnels ou des auxiliaires qualifiés. Les objectifs de programme varient entre les programmes et peuvent inclure les suivants : appuyer le développement sain de l'enfant, améliorer les relations parents et enfants, augmenter le taux d'emploi chez les mères, établir des liens entre les familles et leur communauté, et réduire les taux de mauvais traitements des enfants.

Les programmes de visites à domicile se sont montrés efficaces pour réduire le mauvais traitement des enfants et améliorer le bien-être des enfants (McLeod et Nelson, 2000). M.A. Sweet et M.I. Applebaum (2004) ont étudié 60 programmes de visites à domicile, en examinant les résultats concernant les enfants et les familles. En général, les familles et les enfants participant aux programmes de visites à domicile ont obtenu de meilleurs résultats que ceux des groupes de référence. Au cours de l'examen des divers modèles de programmes de visites à domicile, on a déterminé que les plus efficaces étaient des programmes de deux ou trois ans qui étaient axés et fondés sur les forces de la famille, appuyaient le développement sain des enfants et des rapports parents-enfants sains, et augmentaient les systèmes de soutien aux familles (McLeod et Nelson, 2000).

Olds et coll. (1997) ont étudié l'un des tout premiers modèles de programmes de visites à domicile et l'un des plus prometteurs. Parmi les personnes interrogées à faible situation socioéconomique, les femmes qui bénéficient des visites à domicile, par rapport à celles qui n'en bénéficient pas, par a suite avaient connu moins de grossesses et de naissances et plus de temps entre la naissance de leurs enfants, avaient eu recours à des services de Medicaid (un service de santé pour les Américains à faible revenu) ou étaient moins susceptibles d'utiliser des coupons alimentaires. Les femmes bénéficiant de visites à domicile étaient également moins susceptibles d'être délinquantes toxicomanes, d'être arrêtées ou déclarées coupables d'un crime, d'avoir fait de la prison ou d'avoir été impliquées dans un cas de violence ou de négligence à l'égard des enfants. Les interventions des infirmiers et infirmières de la santé publique au cours de visites à domicile ont été efficaces en vue de réduire les comportements à risque pour la santé lorsque les nourrissons des femmes ayant participé au programme atteignent l'adolescence (Olds et autres, 1997).

D. L. Olds et coll. (2007) ont récemment examiné des études comparatifs aléatoires évaluant l'efficacité des programmes de visites à domiciles, dont leur propre recherche décrite ci-dessus. Les auteurs ont remarqué que Healthy Families America (HFA), un programme de visites à domicile américain, a divers modèles de mise en œuvre (Hawaii Healthy Start, Alaska Healthy Start, New York State HFA et le programme d'essai HFA de San Diego) présentant tous des écarts. Certains sites ont enregistré de meilleures visites chez les médecins et dans les salles d'urgence, une meilleure santé maternelle, moins de punitions verbales et corporelles, moins de négligence, un meilleur développement mental de l'enfant et moins d'insuffisance de poids à la naissance. Toutefois, aucun n'a constaté de diminution du nombre de cas déclarés d'enfants maltraités aux Services de protection des enfants.

K. DuMont et coll. (2008) ont récemment évalué les effets du programme de visites à domicile Healthy Families New York (HFNY) sur les mauvais traitements et la négligence infligés aux enfants, à l'aide d'un échantillon comparatif aléatoire de 1 173 familles. Ils ont constaté que, par rapport aux familles du groupe de référence, les familles participant au programme HFNY avaient enregistré 25 % d'actes de violence grave déclarés de moins. Ils ont également montré des résultats différents selon le sous-échantillon examiné. Les mères pour la première fois, qui ont commencé le Programme à la 30^e semaine de leur grossesse ou avant, étaient moins susceptibles de se livrer à des actes mineurs d'agression physique (51 % par opposition à 70 %) et d'avoir des rapports parents-enfants stricts au cours de la semaine précédente (41 % par opposition à 62 %) que celles du groupe de référence. Parmi les mères qui étaient psychologiquement vulnérables, les participantes au Programme étaient moins susceptibles de déclarer s'être livrées à des actes graves de violence et de négligence (5 % par opposition à 19 %).

Les mécanismes sous-jacents à l'efficacité des programmes de visites à domicile à améliorer le bien-être des enfants ne sont pas bien compris. Un grand nombre de programmes de visites à domicile reposent sur le principe selon lequel la promotion du bien-être de la famille entraîne des enfants plus sains. En d'autres mots, les facteurs familiaux sont des éléments importants pour améliorer la santé et le bien-être des enfants.

Toutefois, D. M. Fergusson et coll. (2006) sont d'avis que cela peut ne pas être le cas. Particulièrement, ils ont constaté que les visites à domicile permettaient d'améliorer la santé des enfants et l'éducation préscolaire, de rendre plus positifs les rapports parents-enfants et de diminuer le rôle parental punitif, les mauvais traitements aux enfants et les problèmes de comportement des enfants. Cependant, ce groupe de recherche n'a constaté aucun lien entre la participation au programme et la santé maternelle, le fonctionnement de la famille, le fonctionnement économique de la famille

et son exposition aux événements défavorables de la vie. Selon ces résultats, ils ont conclu que les programmes de visites à domicile semblent fonctionner en augmentant les connaissances et les compétences liées au rôle parental et au développement de l'enfant, plutôt qu'en modifiant les difficultés familiales de longue date. Ils suggèrent que les programmes de visites à domicile devraient permettre de fournir aux parents de nouvelles compétences, des connaissances approfondies et des méthodes d'éducation des enfants, et non d'essayer de résoudre les problèmes familiaux de longue date.

Le gouvernement du Manitoba finance actuellement le programme Les familles d'abord. Le programme fournit des visites à domicile aux familles qui ont des enfants (d'avant la naissance à cinq ans) et qui vivent dans des conditions qui sont considérées comme étant à risque. Il est fondé sur le modèle des programmes de visites à domicile des États-Unis, le Hawaii Healthy Start Program et le Healthy Families America, qui se sont montrés très prometteurs d'après les évaluations antérieures. Le Hawaii Healthy Start Program est un programme axé sur la famille qui est fondé et axé sur les forces, encourage un rôle parental positif, améliore les rapports mutuels entre parents et enfants, améliore la santé et le développement de l'enfant, et s'appuie sur l'optimisation optimale des ressources communautaires.

Le programme manitobain Les familles d'abord (antérieurement appelé Priorité aux bébés) a fait l'objet d'une évaluation de faisabilité en 1998 et a été mis en œuvre dans tout le Manitoba en 1999. Un cadre d'évaluation a été élaboré à ce moment-là et des données rassemblées de façon continue par des fournisseurs de services. Parallèlement au programme Les familles d'abord, au sein du système de santé publique, le Programme d'intervention précoce a été mis en œuvre dans les garderies autorisées. Le modèle du Programme d'intervention précoce avait les mêmes buts et utilisait le même programme que Priorité aux bébés. Toutefois, les visiteurs à domicile étaient supervisés par le personnel de garderie et les enfants n'étaient pas

recrutés à la naissance. Le programme Priorités aux bébés et le Programme d'intervention précoce ont été intégrés en 2005 au programme Les familles d'abord. Les données de cette évaluation proviennent, presque entièrement, des programmes Priorité aux bébés et Les familles d'abord.

Bien que les programmes de visites à domicile aient été évalués de manière très structurée et supervisée, peu de recherches ont été entreprises pour montrer leur efficacité lorsqu'ils sont mis en œuvre dans les conditions réelles de la prestation de services. Il se peut que les résultats obtenus au cours des recherches ne soient pas les mêmes que ceux obtenus dans des milieux institutionnels ou communautaires. Souvent, des compromis sont faits en ce qui concerne le programme original, ce qui réduit son efficacité. Le but de cette étude manitobaine était d'évaluer l'efficacité du programme Les familles d'abord à améliorer le rôle parental, le bien-être des parents, le soutien social et communautaire des parents et le bien-être des enfants, lorsqu'il est offert dans les conditions réelles de la prestation de services.

MÉTHODES

Aperçu de la méthodologie de recherche

L'Évaluation du programme des visites à domicile du programme *Les familles d'abord* a utilisé une méthodologie quasi expérimentale. Toutes les familles faisant l'objet de renvois postnataux au Manitoba ont été soumises à un dépistage des facteurs de risque influençant le bien-être des enfants et à une évaluation par un infirmier ou infirmière de la santé publique. Le Programme de visites à domicile est offert aux familles qui présentent des niveaux de risque élevés. On demande aux familles chez qui on constate trois facteurs de risque ou plus au cours du dépistage – mais qui ont des niveaux de risque moins élevés selon l'évaluation de l'infirmier ou de l'infirmière de la santé publique – de participer au groupe de référence. Les examens ont lieu à quatre mois et à un an, puis annuellement pendant quatre autres années. La modélisation linéaire hiérarchique (une technique statistique très avancée) a permis d'évaluer les différences dans les résultats des familles entre les groupes du programme et de référence. Les facteurs de risque connus (revenu du ménage, éducation de la mère, âge de la mère, etc.) ont été pris en considération pour tenir compte des divers niveaux de risque entre les familles participant au programme et celles du groupe de référence.

Recrutement des familles

Les familles ont été recrutées pour le programme *Les familles d'abord* grâce à un processus en deux étapes. La première étape incluait un dépistage systématique des facteurs de risque influençant le bien-être des enfants et la deuxième, une évaluation appelée *Enquête auprès des parents* (voir ci-dessous). Depuis 1999, *Enfant en santé Manitoba*, en partenariat avec les offices régionaux de la santé, a effectué des tests de dépistage chez la plupart des familles ayant des nouveaux-nés pour trouver les facteurs de risque qui influencent le bien-être des enfants. Pour chaque renvoi postnatal, les infirmiers et infirmières de la santé publique posent des questions aux familles sur les 39 facteurs biologiques, sociaux et démographiques à l'aide du formulaire de dépistage du programme *Les Familles*

d'abord. Le formulaire de dépistage comprend des questions sur les anomalies congénitales, le poids à la naissance, les naissances multiples, l'âge de la mère, l'éducation, la situation familiale, la santé mentale et l'isolement social de la famille, et ses difficultés en matière de relations.

Les infirmiers et infirmières de la santé publique évaluent les familles présentant trois facteurs de risque ou plus à l'aide de l'*Enquête auprès des parents*. Ces familles peuvent participer au Programme de visites à domicile si elles obtiennent une note de 25 ou plus à l'évaluation. L'*Enquête auprès des parents* permet d'évaluer les familles en ce qui concerne les soutiens et les défis liés au rôle parental. On demande aux familles qui ont obtenu une note inférieure à 25 à l'*Enquête auprès des parents* de participer au groupe de référence. Les familles de ce groupe se voient offrir des soins postnataux réguliers, dont quelques visites de membres du personnel de la santé publique et des renvois à d'autres soutiens communautaires, si nécessaire.

Le dépistage systématique des familles ayant des nouveaux-nés s'est amélioré de façon constante pour atteindre des taux de couverture de 95 % de toutes les naissances des familles ayant un renvoi postnatal. Toutefois, les infirmiers et infirmières de la santé publique n'obtiennent pas de renvois postnataux pour toutes les naissances, et les familles vivant dans les réserves ne sont pas soumises au dépistage. On estime que 83 % de toutes les naissances au Manitoba font l'objet d'un dépistage, car il est difficile de repérer certaines familles une fois qu'elles ont quitté l'hôpital. D'autres raisons incluent le refus de la famille à prendre part au programme, les difficultés administratives concernant les renvois postnataux et les enjeux provinciaux et fédéraux qui ne permettent pas de faire le dépistage des familles des Premières nations vivant dans les réserves. On estime qu'environ 35 % des familles du programme ont participé à l'évaluation entre 2000 et 2007. Par conséquent, il faut noter que les résultats de l'évaluation ne tiennent compte que des familles participantes.

Prestation des services

Le Programme de visites à domicile Les familles d'abord est fondé sur le principe selon lequel les parents qui ont des liens très forts avec leurs enfants en bas âge peuvent mieux en prendre soin. Des visiteurs à domicile auxiliaires établissent des relations de confiance avec les familles et tirent parti de leurs forces. Bien que les visites à domicile puissent commencer au cours de la grossesse, la plupart des familles s'inscrivent au programme peu de temps après la naissance de leur enfant. D'autres sont recommandées par des sources communautaires lorsque les enfants sont des tout-petits qui commencent à marcher ou des enfants d'âge préscolaire plus âgés. La fréquence des visites à domicile varie d'une semaine à trois mois et les visites durent d'une à deux heures, selon les besoins de la famille. Les familles peuvent participer au programme pour une période maximale de trois ans. À partir de 2001, les visiteurs à domicile auxiliaires et les infirmiers et infirmières de la santé publique ont reçu une formation pour utiliser le programme Growing Great Kids Inc (GGK) et le guide Growing Great Families (GGF) (consultez le site Web du GGK pour obtenir plus de renseignements.) Ce programme sert de guide pour les visites à domicile et inclut des renseignements sur le développement de l'enfant, le rôle parental et la santé, ainsi que des activités pour les enfants et les parents. Le guide GGF aide les familles à établir des buts et à développer les habiletés d'adaptation qui sont essentielles pour améliorer le fonctionnement de la famille. Ces outils offrent à la fois une structure et une flexibilité suffisante pour appuyer le développement sain et la croissance de l'enfant au sein de la famille.

Personnel : Visiteurs à domicile auxiliaires et infirmiers et infirmières de la santé publique

Deux niveaux de personnel participent à la prestation du programme Les familles d'abord : les visiteurs à domicile auxiliaires et les infirmiers et infirmières de la santé publique. Les visiteurs à domicile sont des auxiliaires qui travaillent directement avec 10 à

18 familles. Certains peuvent avoir une formation dans le domaine de la santé, de l'éducation ou du développement de l'enfant, et d'autres peuvent avoir eu une expérience personnelle du rôle parental dans des circonstances difficiles. Les infirmiers et infirmières de la santé publique fournissent une formation, une expertise clinique, un soutien et une supervision aux visiteurs à domicile.

Les visiteurs à domicile rencontrent chaque semaine leur superviseur pour discuter des questions concernant la famille et les défis auxquels ils font face pendant les visites à domicile. Le visiteur à domicile et le superviseur participent tous les deux à une séance de formation de base d'une semaine pour apprendre les principes de base du Programme de visites à domicile. D'autres séances de formation sont données aux visiteurs à domicile après cette formation de base. La décision d'embaucher des auxiliaires plutôt que des infirmiers et infirmières professionnels a été prise en raison de ce que l'on connaissait des programmes de visites à domicile efficaces de ce moment-là, de la réalité du manque de personnel infirmier et des coûts prohibitifs des salaires de ce personnel. La mise en œuvre du programme Les familles d'abord a précédé les recherches suggérant que les visiteurs à domicile infirmiers et infirmières fournissent de meilleurs résultats pour le programme que les auxiliaires.

Examens de la recherche

Le dépistage et les examens concernant les enfants ont été effectués pendant la grossesse ou à la naissance, et comprenaient le formulaire de dépistage du programme Les familles d'abord et l'*Enquête auprès des parents*. Les examens de l'évaluation du programme ont eu lieu lorsque l'enfant cible avait quatre mois et un an, puis annuellement au cours des quatre années suivantes. La plupart des examens compris dans cette évaluation ont eu lieu à quatre mois, à un an et à deux ans, car la plupart des enfants sont inscrits au Programme à la naissance et y demeurent en moyenne 16 mois. Les examens d'évaluation ont été effectués par des infirmiers et infirmières de la santé publiques ou des visiteurs à domicile, et ils comprenaient une liste de vérification

de sécurité et un formulaire de dépistage des retards de développement de l'enfant remplis par le personnel de visites à domicile et un questionnaire auto-administré pour les parents.

Les questionnaires auto-administrés pour les parents incluait des mesures sur le rôle parental, l'alphabétisation, le soutien social, le recours aux services communautaires et de santé, les caractéristiques du quartier, la dépression maternelle, les facteurs de santé des parents et les caractéristiques sociodémographiques. On a demandé aux infirmiers et infirmières de la santé publique et aux visiteurs à domicile d'offrir de l'aide aux familles qui ont des difficultés à remplir les questionnaires, en raison des barrières linguistiques auxquelles elles sont confrontées et de leur niveau d'éducation.

L'évaluation comprenait des questions de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) qui provenaient de mesures dont la validité et la fiabilité sont connues. Veuillez consulter l'Annexe A pour obtenir plus de renseignements sur chaque mesure. L'Enquête longitudinale est une enquête de longue durée menée par Statistique Canada et visant à étudier les enfants canadiens au cours de leur développement (consultez le site Web de Statistique Canada pour obtenir plus de précisions). Les variables des résultats étaient issues du calcul de la note moyenne des questions. Par exemple, l'échelle du soutien social comprenait six éléments évalués selon une échelle en quatre points (allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Des valeurs étaient données à chaque réponse, de manière à ce que « pas du tout d'accord » équivalait à « 1 » et « tout à fait d'accord » à « 4 ». Ces notes étaient ajoutées, puis divisées par six pour obtenir la note du soutien social. Des notes élevées indiquent des niveaux de résultats plus élevés.

Description de l'échantillon

Les données portent sur 1 319 familles participant au programme (et 301 familles du groupe de référence), soit 35 % des familles ayant accepté de se soumettre

à l'évaluation. Il a été possible de lier les données sur les familles participant au programme qui ont été soumises à l'évaluation et celles qui n'ont pas été soumises à l'évaluation à des données portant sur les caractéristiques des familles. Ces données ont été recueillies grâce au dépistage du programme Les familles d'abord pour les années 2000 à 2005. Des comparaisons ont été faites pour déterminer les différences entre les deux groupes de familles dans ce sous-échantillon (consultez le tableau 1 ci-dessous). Aucune différence n'a été relevée dans le poids à la naissance, les mères adolescentes, les soins prénatals ou la dépression maternelle. Toutefois, les mères qui participaient au programme, mais qui n'étaient pas incluses dans l'évaluation, étaient plus susceptibles d'être Autochtones et de présenter un certain nombre de facteurs de risque (bénéficiaires de l'aide sociale, chefs de famille monoparentale, études secondaires non terminées, tabagisme maternel).

Les données de mise en œuvre (nombre de visites à domicile, la qualité des relations des parents avec les visiteurs à domicile) manquaient pour environ la moitié de l'échantillon (860/1620). Cela représente 18,5 % des familles qui ont accepté d'être évaluées. Comme l'indique la partie sur les résultats, les meilleurs résultats ont été trouvés après la neutralisation du nombre de visites à domicile et des relations des parents avec les visiteurs à domicile. On s'est préoccupé du fait que les analyses effectuées sur la moitié des échantillons puissent donner des résultats bien différents et partiels. On a effectué des analyses de sensibilité afin que les résultats des familles ayant des données de mise en œuvre ne soient pas différents de façon significative des résultats des familles n'en ayant pas. On a effectué les analyses sur le plus petit échantillon avec des données complètes (n=860) sans inclure les variables de mise en œuvre (nombre de visites à domicile et relations des parents avec les visiteurs à domicile) et on a trouvé que les résultats étaient similaires à ceux du plus grand échantillon sans données de mise en œuvre (n=1620). Ceci indique que ce petit échantillon est probablement représentatif du plus grand échantillon.

Analyse statistique

La modélisation linéaire hiérarchique a servi à déterminer l'efficacité du Programme de visites à domicile du programmes Les familles d'abord. La modélisation est un outil statistique puissant à utiliser avec les données longitudinales (les données recueillies à plusieurs points d'observation). Cette méthode statistique peut servir à analyser des données quels que soient les points d'observation manquants. Les données pour les familles participant à l'évaluation du programme Les familles d'abord avaient souvent au moins un point d'observation qui manquait. Avec la modélisation linéaire hiérarchique, les trajectoires de chaque famille ont été évaluées afin de découvrir si elles variaient entre elles. L'analyse multiniveau tient compte de la variation des résultats entre les familles ainsi que de la variation au sein des familles et avec le temps pour chacune d'entre elles.

Les analyses pour cette évaluation du Programme comprenaient deux niveaux de modélisation. Le

niveau 1 incluait les trajectoires de croissance par famille afin de mesurer les changements au sein des familles avec le temps en ce qui concerne les résultats de chaque famille à divers points d'observation. Le niveau 2 comprenait la variable du niveau de famille qui demeure stable avec le temps (p. ex., le sexe de l'enfant, le statut d'Autochtone, l'allocation du programme). Pour ajuster les différences entre le groupe des familles participant au programme et le groupe de référence, les mêmes variables (covariables) ont été incluses dans les modèles. Ces variables permettent de veiller à ce que les effets puissent être attribués au Programme et non à d'autres influences comme : l'âge, le sexe et le tempérament de l'enfant, l'âge et l'éducation de la mère, la race (Autochtone), le revenu du ménage, le type de famille (famille monoparentale), le soutien social, la cohésion de quartier et la dépression maternelle. Comme déjà indiqué, le nombre de visites à domicile et la qualité des relations entre les parents et les visiteurs à domicile ont également inclus dans le modèle.

Tableau 1. Différences entre les familles participant au Programme qui étaient soumises à l'évaluation et celles qui n'y étaient pas.

Indicateurs**	Familles participant au Programme soumises à l'évaluation (n=1079)	Familles participant au Programme <u>non</u> soumises à l'évaluation (n=1645)
Insuffisance de poids à la naissance	6,6%	6,3%
Mère adolescente	19,9%	18,6%
Aucun soin prénatal avant le 6 ^e mois	7,3%	10,2%
Dépression maternelle	26,1%	25,8%
Mère chef de famille monoparentale*	39,2%	44,5%
Aide sociale*	56,2%	64,4%
Mère n'ayant pas terminé ses études secondaires*	50,5%	60,5%
Mère autochtone*	38,4%	51,1%
Tabagisme maternel*	43,4%	50,4%

* Ces indicateurs étaient nettement différents entre les deux groupes.

**Ces taux de prévalence sont pour les familles qui participaient au programme Les familles d'abord.

Les taux de prévalence étaient moins élevés que les taux actuels parce que si l'élément statistique n'était pas inscrit, il était censé être absent. Certains éléments statistiques non inscrits étaient probablement considérés comme absents alors qu'ils étaient en réalité présents.

RÉSULTATS DU PROGRAMME

Résultats moyens des familles participant

Initialement, on a comparé 1 046 familles participant au programme et 220 familles du groupe de référence (Tableau 2). Les enfants des familles participant au programme étaient plus âgés et plus probablement des filles, que ceux des familles du groupe de référence. Par rapport aux mères du groupe de référence, les mères des familles participant au programme étaient plus jeunes, moins susceptibles d'avoir terminé leurs études secondaires, avaient un revenu de ménage annuel moins élevé et étaient plus susceptibles d'être chefs de famille monoparentale et d'être Autochtones.

Les Tableaux 3 et 4 montrent que des différences dans les notes non ajustées ont été trouvées entre les groupes. Les familles participant au programme ont enregistré des notes inférieures à celles des familles du groupe de référence, ce qui était attendu, en raison de leurs

niveaux de risque plus élevés au cours du processus de dépistage. Les résultats ont changé avec le temps pour les deux groupes. Des tests statistiques (qui contrôlent les caractéristiques des enfants et des parents) ont été menés afin de déterminer comment ces changements se comparent entre les groupes avec le temps. (Consultez la partie suivante pour obtenir plus de détails.) Un certain nombre de facteurs étaient inclus dans les analyses pour neutraliser leur influence sur les résultats. Les facteurs qui étaient aussi liés aux résultats portant sur la famille étaient les suivants : mères ayant un niveau d'éducation plus élevé, enfant ayant un bon tempérament (par opposition à difficile), haut niveau de soutien et faible dépression maternelle.

Tableau 2. Caractéristiques initiales pour le programme Les familles d'abord et le groupe de référence

Indicateurs	Programme (n=1046)	Groupe de référence (n=220)
Âge de l'enfant (en mois)	4,63*	4,25*
Sexe de l'enfant (masculin)	50%*	57%*
Tempérament difficile de l'enfant	3,16	3,13
Premier bébé de la mère	55%	56%
Âge de la mère	24,2 ***	27,7 ***
Mère ayant terminé leurs études secondaires	47% ***	76% ***
Revenu annuel du ménage	\$20,600 ***	\$46,900 ***
Mère autochtone	34% ***	18% ***
Mère chef de famille monoparentale	45% ***	26% ***

* p < 0.10 ** p < 0.05 *** p < 0.01

Tableau 3. Résultats moyens pour le programme Les familles d’abord et le groupe de référence (avant ajustement)

		Les familles d’abord			
	n	Données initiales	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année
Rôle parental positif	1010	4,57	4,57	4,41	4,29
Rôle parental hostile	1009	1,56	2,19	2,38	2,39
Bien-être psychologique	1038	4,54	4,59	*	4,65
Dépression maternelle	1037	1,79	1,78	1,78	1,71
Soutien social	1039	3,49	3,45	3,46	3,50
Cohésion du quartier	1030	2,77	2,82	2,94	2,97
Sécurité du quartier	1030	3,05	3,09	3,11	3,15
		Groupe de référence			
	n	Données initiales	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année
Rôle parental positif	211	4.61	4.59	4.40	4.38
Rôle parental hostile	212	1.44	1.94	2.23	2.39
Bien-être psychologique	219	4.90	4.98	*	4.86
Dépression maternelle	219	1.54	1.44	1.57	1.42
Soutien social	220	3.67	3.66	3.65	3.68
Cohésion du quartier	215	3.05	3.10	3.09	3.17
Sécurité du quartier	215	3.28	3.26	3.40	3.41

* * Le bien-être psychologique n’était pas ajouté au questionnaire des parents pour la deuxième année afin de ne pas les surcharger

Résultats des tests statistiques

Au moyen des statistiques de la modélisation linéaire hiérarchique, l’ampleur des effets (ou l’importance des effets du programme) a été calculée pour faciliter l’interprétation. Par exemple, une ampleur d’effet de 0,80 signifie que le programme a amélioré la note moyenne de 80 % d’un écart-type, soit un grand effet. La plupart des programmes de visites à domicile déclarent des amplitudes d’effets de 0,10 ou de 0,20.

Les valeurs prédictives sont indiquées dans les tableaux et sont des termes statistiques qui quantifient le degré de confiance dans un résultat. Des valeurs prédictives inférieures à 0,05 signifient que les résultats ne sont pas attribuables à la chance. Ces résultats sont indiqués par un astérisque et sont considérés « statistiquement significatifs ».

Rôle parental et bien-être psychologique

Comme l'indique le tableau suivant (Tableau 5), le programme Les familles d'abord semble avoir peu d'effet sur les notes liées au rôle parental après la neutralisation des variables sociodémographiques. Toutefois, après la neutralisation du nombre de visites à domicile, la relation des parents avec les visiteurs à domicile et les variables sociodémographiques, le programme Les familles d'abord est associé avec :

- un rôle parental plus positif (ampleur de l'effet [AE] : 0,81). Les mères participant au programme ont davantage indiqué qu'elles parlaient, jouaient et riaient avec leurs enfants, qu'elles les félicitaient et qu'elles leur portaient plus attention, que les mères du groupe de référence.

- des rapports parents-enfants moins hostiles (AE : -0,53); Les mères étaient moins susceptibles d'être importunées par leurs enfants ou de leur faire part de commentaires négatifs que les mères du groupe de référence.

Aucun lien n'a été trouvé entre le programme et le rôle parental rationnel et constant. La taille de l'échantillon de ces deux variables du rôle parental était plus petite parce qu'elles étaient recueillies après la deuxième année puis annuellement pour les quatre années suivantes, au moment où les points d'observation auraient été plus éloignés. Ainsi, ces analyses ne permettent probablement pas de trouver des différences – même si elles existent. Cet échantillon est formé de familles qui avaient commencé à participer tard au programme ou qui y participaient depuis au moins deux ans.

Tableau 4. Taux des résultats pour le programme Les familles d'abord et le groupe de référence (avant ajustement)

	Les familles d'abord			
	Données initiales en %	1 ^{re} année en %	2 ^e année en %	3 ^e année en %
Lecture quotidienne à l'enfant	42,2%	62,8%	67,7%	61,2%
Recours aux services communautaires	85,3%	81,0%	79,5%	75,5%
Bénévolat dans la communauté	23,5%	30,4%	27,8%	36,9%
Retard du développement de l'enfant	11,1%	11,2%	26,1%	23,0%
	Groupe de référence			
	Données initiales en %	1 ^{re} année en %	2 ^e année en %	3 ^e année en %
Lecture quotidienne à l'enfant	39,4%	66,4%	80,0%	78,4%
Recours aux services communautaires	72,2%	71,0%	60,6%	63,9%
Bénévolat dans la communauté	27,3%	41,0%	42,0%	56,8%
Retard du développement de l'enfant	10,8%	13,7%	21,8%	12,2%

Tableau 5. Modélisation linéaire hiérarchique pour le programme Les familles d'abord en vue de prédire le rôle parental et le bien-être psychologique des parents avec le temps

Résultats concernant la famille	Neutralisation des variables sociodémographiques N=1 620		Neutralisation des variables sociodémographiques et du nombre de visites à domicile N=1 185		Neutralisation des variables sociodémographiques, nombre de visites et de la relation des parents avec les visiteurs à domicile N=860	
	Ampleur de l'effet‡	valeur prédictive	Ampleur de l'effet‡	valeur prédictive	Ampleur de l'effet‡	valeur prédictive
Rôle parental						
positif	0,02 (-0,01 - 0,06)	359	0,17 (0,11 - 0,24)	0,008*	0,81 (0,57 - 1,04)	0,001*
hostile	-0,10 (-0,14 - -0,07)	0,007*	-0,23 (-0,28 - -0,18)	0,000*	-0,53 (-0,70 - -0,36)	0,002*
constant†	-0,04 (-0,19 - 0,11)	0,806	-0,26 (-0,57 - 0,04)	0,392	-0,57 (-1,96 - 0,81)	0,679
rationnel†	-0,12 (-0,25 - 0,00)	0,328	-0,28 (-0,59 - 0,03)	0,374	0,20 (-1,30 - 1,70)	0,894
Bien-être psychologique						
But dans la vie	0,02 (0,00 - 0,05)	0,343	0,07 (0,02 - 0,12)	0,131	0,49 (0,30 - 0,67)	0,010*
Relations positives	-0,13 (-0,15 - -0,11)	0,000*	-0,05 (-0,09 - 0,00)	0,266	-0,14 (-0,31 - 0,04)	0,436
Maîtrise environnementale	-0,11 (-0,16 - -0,05)	0,060	0,50 (0,34 - 0,66)	0,002*	0,76 (0,47 - 1,06)	0,010*
Croissance personnelle	-0,04 (-0,07 - -0,02)	0,072	0,00 (-0,05 - 0,05)	0,991	0,09 (-0,13 - 0,32)	0,675
Autonomie	-0,03 (-0,06 - -0,01)	0,192	-0,02 (-0,07 - 0,03)	0,672	0,21 (0,01 - 0,41)	0,305
Acceptation de soi	-0,09 (-0,14 - -0,04)	0,180	0,60 (0,43 - 0,78)	0,001*	0,79 (0,53 - 1,05)	0,003*

* Statistiquement significatif à $p < 0,05$

† - Recueillies sur les familles aux points 2, 3, 4 et 5. Recueillies de familles qui ont participé tard au programme ou qui y participent depuis au moins deux ans. La taille de l'échantillon est plus limitée.

‡ - L'ampleur de l'effet est calculée par un coefficient de régression non standard ou un écart-type cumulé de variables des résultats.

Le Tableau 5 indique également que le programme Les familles d'abord a été lié aux meilleurs résultats obtenus pour trois des six sous-échelles du bien-être psychologique des parents, à savoir :

- Acceptation de soi (AE : 0,79) – Les mères participant au programme étaient plus susceptibles que celles du groupe de référence de déclarer qu'elles aimaient la majeure partie des aspects de leur personnalité et qu'elles étaient satisfaites de leur vie et fières de leurs réalisations.
- Maîtrise environnementale (AE : 0,76) – Les mères participant au programme étaient plus susceptibles que celles du groupe de référence de déclarer qu'elles étaient en mesure de maîtriser leur situation et de gérer les responsabilités et les demandes de leur vie quotidienne.

- But dans la vie (AE : 0,49) – Les mères participant au programme étaient moins susceptibles que celles du groupe de référence de déclarer qu'elles n'avaient pas de but dans la vie, qu'elles ne pensaient pas à l'avenir ou qu'elles n'avaient pas grand-chose à espérer.
- On n'a trouvé aucune différence entre le groupe de référence et le groupe de participantes au programme quant aux relations positives, à la croissance personnelle et à l'autonomie, ou concernant la note globale (toutes les sous-échelles) du bien-être psychologique.

Tableau 6. Modélisation linéaire hiérarchique pour le programme Les familles d'abord en vue de prédire les facteurs de quartier, le soutien social et la dépression maternelle avec le temps

Résultats concernant la famille	Neutralisation des variables sociodémographiques N=1,620		Neutralisation des variables sociodémographiques et du nombre de visites à domicile N=1,185		Neutralisation des variables sociodémographiques, nombre de visites et de la relation des parents avec les visiteurs à domicile N=860	
	Ampleur de l'effet \ddagger	valeur prédictive	Ampleur de l'effet \ddagger	valeur prédictive	Ampleur de l'effet \ddagger	valeur prédictive
Cohésion de quartier	0,04 (0,02 – 0,07)	0,099	-0,05 (-0,09 - 0,00)	0,284	0,42 (0,22 – 0,62)	0,034*
Sécurité du quartier	0,01 (-0,02 – 0,03)	0,812	0,08 (0,04 - 0,12)	0,075	0,02 (-0,17 – 0,21)	0,902
Soutien social (famille et amis)	0,01 (-0,02 – 0,03)	0,846	-0,03 (-0,07 – 0,02)	0,564	0,65 (0,44 – 0,86)	0,003*
Dépression maternelle	0,02 (-0,02 – 0,06)	0,549	-0,05 (-0,13 – 0,02)	0,490	0,67 (0,31 – 1,02)	0,059

* Statistiquement significatif à $p < 0,05$

\ddagger - L'ampleur de l'effet est calculée à l'aide d'un coefficient de régression non standard ou d'un écart-type cumulé de variables des résultats.

Facteurs de quartier, soutien social et dépression maternelle

Le Tableau 6 indique qu'après la neutralisation du nombre de visites à domicile, la relation des parents avec les visiteurs à domicile et les variables sociodémographiques, le programme Les familles d'abord est associé avec des notes plus élevées en ce qui concerne les facteurs suivants :

- Cohésion du quartier (AE : 0,42) – Les mères participant au programme ont déclaré que leurs voisins se réunissaient pour résoudre les problèmes, qu'il y avait de bons modèles de rôle locaux et que leurs voisins surveillaient les enfants dans le quartier.
- Soutien social (AE : 0,65) – Les mères participant au programme ont déclaré que des membres de leur famille et des amis les aidaient à se sentir en sécurité et heureuses et qu'elles avaient des personnes sur qui elles pouvaient compter en cas d'urgence et à qui elles pouvaient parler de leurs problèmes.
- On a trouvé aucune différence entre les participantes au programme et les membres du groupe de référence en ce qui concerne la sécurité du quartier et la dépression maternelle.

Développement de l'enfant, lecture quotidienne à l'enfant, bénévolat, recours aux services et sécurité à la maison

On a indiqué des ratios d'incidence approchés pour les résultats dans le Tableau 7. Le ratio d'incidence approché décrit la probabilité des résultats concernant les familles participant au programme par rapport à celle des résultats concernant les familles du groupe de référence. Un ratio d'incidence

approché supérieur à « 1 » signifie que les résultats concernant les familles sont plus susceptibles de se produire dans le groupe des familles participant au programme. Un ratio d'incidence approché inférieur à « 1 » signifie que les résultats concernant les familles sont plus susceptibles de se produire dans le groupe de référence. Si « 1 » est inclus dans l'intervalle de confiance (où l'on s'attend à trouver le ratio d'incidence approché), le résultat n'est pas statistiquement significatif, ce qui signifie qu'aucune différence n'a été trouvée.

Après la neutralisation des variables sociodémographiques, du nombre de visites à domicile et de la relation entre les parents et les visiteurs à domicile, on a trouvé aucune différence statistiquement significative entre le groupe de référence et celui des familles participant au programme en ce qui concerne le recours aux services (pour un problème personnel), le bénévolat dans des organismes communautaires, les retards de développement des enfants, la lecture quotidienne aux enfants ou la sécurité à la maison. Il faut noter que les analyses montrent une tendance vers les effets positifs du programme, mais que ceux-ci ne sont pas statistiquement significatifs. Par exemple, le ratio d'incidence approché concernant les cordons de stores plus sécuritaires indique que les parents participant au programme sont 1,81 fois plus susceptibles de rendre leurs cordons de stores plus sécuritaires que les parents qui n'y participent pas, mais cela n'est pas statistiquement significatif. (Ces résultats peuvent être le fruit du hasard.) Il y aura une discussion au sujet des limites des mesures concernant la sécurité à la maison dans la section « Discussion des résultats ».

Tableau 7. Modélisation linéaire hiérarchique pour le programme Les familles d'abord en vue de prédire le développement de l'enfant, la lecture quotidienne aux enfants, le bénévolat et le recours aux services avec le temps

	Neutralisation des variables sociodémographiques N=1,620	Neutralisation des variables sociodémographiques et du nombre de visites à domicile N=1,185	Neutralisation des variables sociodémographiques, nombre de visites et de la relation des parents avec les visiteurs à domicile N=860
Résultats de la famille	Ratio d'incidence approché	Ratio d'incidence approché (CI)†	Ratio d'incidence approché (CI)†
Retard du développement de l'enfant	1.04 (0.85 – 1.27)	1.20 (0.82 - 1.76)	0.62 (0.11 - 3.35)
Lecture quotidienne aux enfants	0.82 (0.73 – 0.92)	0.86 (0.70 - 1.07)	1.28 (0.59 - 2.78)
Bénévolat dans la communauté	0.94 (0.83 – 1.06)	1.03 (0.81 - 1.30)	1.34 (0.51 - 3.52)
Recours aux services			
Services sociaux	1.36 (1.08 – 1.72)	1.43 (0.97 – 2.11)	1.48 (0.33 – 6.69)
Services de santé	0.84 (0.75 – 0.94)	0.94 (0.75 – 1.17)	1.17 (0.50 – 2.77)
Services spirituels et religieux	1.16 (0.92 – 1.45)	1.13 (0.76 – 1.68)	2.76 (0.52 – 14.68)
Recours à l'un des services (sociaux, de santé, religieux)	0.93 (0.81 – 1.07)	0.83 (0.63 – 1.10)	1.65 (0.54 – 5.02)
Sécurité à la maison			
Température de l'eau sécuritaire	0.96 (0.83-1.12)	0.78 (0.67-1.05)	0.48 (0.18 – 1.27)
Présence de détecteur de fumée	1.07 (0.86 – 1.34)	2.24 (0.67-7.44)	1.15 (0.73-1.65)
Cordons de stores sécuritaires	1.02 (0.90 – 1.17)	1.07 (0.85 – 1.36)	1.81 (0.81 – 4.03)

† Le ratio d'incidence approché décrit la probabilité des résultats concernant les familles participant au programme par rapport à la probabilité des résultats concernant les familles du groupe de référence. Un ratio d'incidence approché supérieur à « 1 » signifie que les résultats concernant les familles sont plus susceptibles de se produire dans le groupe de familles participant au programme. Un ratio d'incidence approché inférieur à « 1 » signifie que les résultats concernant les familles sont plus susceptibles de se produire dans le groupe de référence. Si « 1 » est inclus dans l'intervalle de confiance, le résultat n'est pas statistiquement significatif.

RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Plusieurs questions ont été posées pour déterminer si le programme était plus efficace avec certaines familles ou avec certains systèmes de prestation. Il est important de noter que ces types d'analyses exigent de grandes tailles d'échantillons. Le fait de ne pas trouver de différences ne signifie pas nécessairement que ces différences n'existent pas.

Est-ce que les effets du programme sont plus forts pour les familles dont les mères ont un enfant pour la première fois?

Le programme Les familles d'abord est offert à toutes les familles qui ont des difficultés parentales, sans égard au nombre d'enfants déjà nés ou au fait qu'elles ont eu affaire auparavant avec des organismes de protection de l'enfant. Les spécialistes des programmes de visites à domicile suggèrent que ces programmes peuvent être plus efficaces pour les femmes qui sont mères pour la première fois. Elles peuvent être plus réceptives aux directives et aux services et plus susceptibles de changer, et ne pas être trop anxieuses ou frustrées pour commencer à maltraiter ou à négliger leurs enfants (Dumont et autres, 2008). Le test statistique était mené pour déterminer si les participantes au programme qui étaient mères pour la première fois avaient de meilleurs résultats que les mères qui avaient d'autres enfants. On n'a trouvé aucune preuve que le programme crée des résultats différents pour les participantes qui étaient mères pour la première fois.

Est-ce que les effets du programme sont plus forts dans certaines régions de la province que dans d'autres?

Pour améliorer les résultats concernant les familles et les enfants, les familles participant au Programme de visites à domicile doivent avoir accès à toute une gamme de services, y compris les programmes de préparation à l'école, de garde d'enfants, de formation professionnelle, d'aide en matière de finances, d'alimentation et de logement, de services de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et de refuges pour les victimes de violence familiale

(Daro et Crohn Donnelly, 2002). Les communautés des régions rurales et du nord du Manitoba peuvent avoir un accès réduit à ces services pour des raisons géographiques et démographiques. Le test statistique a été mené pour déterminer si les familles dans ces régions obtenaient de moins bons résultats avec le programme que les familles de Winnipeg. On n'a trouvé aucune preuve que le programme crée des résultats différents pour les familles des régions rurales et du Nord.

Est-ce que les effets du programme sont plus forts dans les régions où les infirmiers et infirmières de la santé publique travaillent exclusivement avec le programme Les familles d'abord que dans celles où ils ont, en plus, d'autres responsabilités du programme de santé? Est-ce que la structure du programme influe sur l'efficacité de celui-ci?

Le programme Les familles d'abord est mis en œuvre dans 11 offices régionaux de la santé dans tout le Manitoba, et chaque région a différentes structures de prestation du programme. Les rôles des infirmiers et infirmières de la santé publique ont été particulièrement examinés. Dans certaines régions rurales (modèle A), des infirmiers et infirmières de la santé publique sont affectés pour travailler exclusivement avec le programme Les familles d'abord. Ces infirmiers et infirmières coordonnent le programme, font passer le test de dépistage aux familles, supervisent les visiteurs à domicile et effectuent les évaluations annuelles. Dans d'autres régions rurales (modèle B), les infirmiers et infirmières de la santé publique sont affectés au Programme de visites à domicile et à d'autres responsabilités de santé publique (consultations de nouveaux-nés, vaccinations, visites scolaires). À Winnipeg, divisé en 12 zones communautaires, des infirmiers et infirmières de la santé publique sont affectés dans chaque zone à la surveillance du programme Les familles d'abord ainsi qu'à d'autres responsabilités de santé publique. Ils sont responsables de la coordination du programme et du soutien aux visiteurs à domicile pour ce qui est de leurs rôles avec les familles. Ces infirmiers et infirmières, les visiteurs à domicile et les infirmiers

et infirmières de la santé publique gestionnaires de cas offrent le programme en équipe. Les visiteurs à domicile auxiliaires bénéficient du soutien et des directives des infirmiers et infirmières en chef de la santé publique ainsi que de plusieurs infirmiers et infirmières de la santé publique responsables de la gestion de cas des familles dont ils s'occupent. Le test statistique vise à déterminer si ces trois modèles différents influent sur les résultats. On n'a trouvé aucune preuve que le programme crée des résultats différents pour les modèles.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Cette évaluation indique une association solide entre le programme Les familles d'abord et l'amélioration du rôle parental positif (AE : 0,80) ainsi que la réduction du rôle parental hostile (AE : -0,53). Étant donné l'importance des premières influences du rôle parental sur le développement de l'enfant, il s'agit-là de résultats encourageants (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, Bornstein, 2000). Les résultats sont également conformes aux buts du programme et du curriculum. Le Growing Great Kids Curriculum (Growing Great Kids Inc.), servant à structurer les visites à domicile du programme Les familles d'abord, est fondé sur des activités et fournit de nombreuses suggestions sur la manière dont les parents peuvent interagir positivement avec leurs enfants. Les visiteurs à domicile apprennent l'importance des liens d'attachement parents-enfants et, à leur tour, encouragent les parents à répondre avec sensibilité aux besoins de leurs enfants.

Le programme ne semble pas avoir permis d'améliorer le rôle parental constant et rationnel. Il se peut qu'il ne permette pas en fait d'améliorer ces aspects du rôle parental ou qu'il n'y avait pas suffisamment de familles pour montrer les effets du programme. Ces deux indicateurs du rôle parental incluaient des articles qui étaient des pratiques parentales appropriées pour les jeunes enfants et les enfants plus âgés, ainsi que le suivi des demandes et les discussions avec les enfants plutôt que de les réprimander ou de les frapper. Par conséquent, les indicateurs constant et rationnel du rôle parental provenaient des familles qui participaient au programme depuis au moins deux ans ou qui ont commencé le programme plus tard. Ces familles étaient beaucoup moins nombreuses, ce qui a limité la taille de l'échantillon et la faculté de cerner les différences entre les familles participant au programme et celles du groupe de référence.

Une étude à part sur les familles participant aux analyses du rôle parental constant et rationnel a montré qu'elles étaient généralement à un risque moindre que les familles qui avaient participé au programme lors de l'évaluation à quatre mois et à un an. Les mères ayant des données à des points

d'observation ultérieurs (celles incluent dans les analyses du rôle parental constant et rationnel) étaient plus susceptibles d'avoir terminé leurs études secondaires (58,8 % par opposition à 52,3 %) et d'avoir un revenu de ménage plus élevé (28 500 \$ par opposition à 24 500 \$) que les mères ayant des données à des points d'observation antérieurs. Elles étaient moins susceptibles d'être chefs de famille monoparentale (36,2 % par opposition à 42,9 %) et Autochtones (21,7 % par opposition à 34,9 %). Les mères ayant des données à des points d'observation ultérieurs étaient plus âgées (25,9 ans par opposition à 24,6 ans), avaient moins de visites à domicile par mois (1,86 par opposition à 2,23), avaient participé plus longtemps au programme (20 mois par opposition à 12 mois) et avaient une note plus élevée en acceptation de soi (4,69 par opposition à 4,52). Toutefois, aucune différence entre les deux groupes n'a été trouvée quant aux autres notes des résultats (c.-à-d., les notes des listes de vérification du rôle parental, du bien-être psychologique, au soutien social, de la dépression maternelle, du tempérament de l'enfant, de la relation entre les parents et les visiteurs à domicile, et du stress familial).

Bien que la note globale pour le bien-être psychologique des mères n'ait indiqué aucun effet du programme, trois des six sous-échelles semblent avoir été énormément améliorées pour les mères participant au programme, à savoir : but dans la vie (AE : 0,49); maîtrise environnementale (AE : 0,76) et acceptation de soi (AE : 0,79). Les visiteurs à domicile auxiliaires et les infirmiers et infirmières de la santé publique sont formés pour aider les familles à réaliser leurs buts et à tirer profit de leurs forces plutôt que de leurs faiblesses. De plus, le Growing Great Kids Curriculum prévoit des activités périodiques visant à encourager l'autonomie parentale. Ces méthodes pourraient permettre d'améliorer le bien-être psychologique maternel. Puisque la santé mentale des parents a été liée au fonctionnement de la famille (Dickstein et autres, 1998), au mauvais traitement des enfants (Riheart et autres, 2005; Reder et Duncan, 2000) et aux retards de développement (Tough et autres, 2008), les améliorations du bien-

être psychologique maternel peuvent mener à un meilleur bien-être de l'enfant.

Les familles participant au programme ont déclaré avoir un meilleur soutien social. Ces changements peuvent avoir lieu en raison d'un meilleur bien-être psychologique et du fait que les visiteurs à domicile et les infirmiers et infirmières de la santé publique encouragent les familles à chercher un soutien social. L'isolement social étant considéré comme un facteur de risque lié au bien-être des enfants, il est important d'améliorer les réseaux de soutien familial. L'intervention visant à améliorer les réseaux de soutien social s'étant avérée difficile au cours des tentatives antérieures (Stravynski et Greenberg, 1998), les résultats sont particulièrement impressionnants.

La participation au programme semblait avoir également entraîné une meilleure cohésion de quartier. Les facteurs de quartier ont été associés à de meilleurs résultats scolaires ainsi qu'à moins de comportements posant un risque pour la santé et de mauvais traitements des enfants (Ross et Wu, 1995, Straus et Smith, 1990, Wandersman et Nation, 1998). Selon K. Dumont (2008), les facteurs de quartier seraient importants pour déterminer la manière dont les mauvais traitements des enfants influencent le futur bien-être des adolescents et des adultes. Bien que le programme semble avoir eu des effets positifs sur la cohésion de quartier, il n'en a eu aucun sur la sécurité de quartier. Le fait de trouver des effets positifs liés à la cohésion de quartier, mais non à la sécurité de quartier, étaient des résultats attendus. L'amélioration de la sécurité de quartier dépasse le cadre du Programme de visites à domicile.

La dépression maternelle a été associée au mauvais fonctionnement de la famille (Dickstein et autres, 1998). Selon M. K. Weinberg et E. Z. Tronick (1998), les mères en dépression parleraient moins à leurs enfants, montreraient moins d'expressions faciales d'intérêt et toucheraient moins leurs enfants. Les notes liées à la dépression maternelle étaient plus élevées initialement pour les familles participant au programme et ont continué d'augmenter avec

le temps par opposition aux familles du groupe de référence. D'après presque tous les résultats mesurés au cours de cette évaluation, la dépression maternelle constituerait un solide indicateur de mauvais résultats.

Le Programme de visites à domicile ne semble pas avoir amélioré les niveaux de dépression. Il faut se rappeler que le Programme ne visait pas à traiter la dépression. Ces résultats mettent en évidence un certain nombre de préoccupations concernant les questions de santé mentale et les programmes de visites à domicile. La manière dont les questions de santé mentale sont déterminées et réglées n'est pas entièrement claire dans le modèle du Programme de visites à domicile. Les visiteurs à domicile n'ont pas suivi une formation de conseillers ni ne sont censés agir comme tels, mais ils devraient renvoyer les femmes ayant des troubles de santé mentale aux services pertinents. Les infirmiers et infirmières de la santé publique et les visiteurs à domicile s'inquiètent du nombre restreint de services de santé mentale offerts aux familles. L'un des buts définis du programme Les familles d'abord est de faire connaître les services communautaires aux familles, et le manque de services de santé mentale réduit l'efficacité du Programme. Selon D. Daro et A. Crohn Donnelly (2002), les programmes de visites à domicile sont plus efficaces lorsqu'ils sont intégrés à des programmes sociaux permanents.

Aucun effet de programme n'a été trouvé pour le recours aux services communautaires concernant les problèmes personnels (services de santé, sociaux et spirituels ou religieux), ou pour la participation des familles aux organismes bénévoles. Selon les données initiales, 85 % des familles participant au programme avaient recours à des services communautaires par opposition à 72 % des familles du groupe de référence, et ces deux groupes le faisaient moins avec le temps. La question posée au cours de l'évaluation porte particulièrement sur l'aide pour les problèmes personnels. La question était la suivante : « En dehors de vos amis et de votre famille, est-ce que l'une des personnes suivantes vous a aidé avec vos problèmes personnels au cours des 12 derniers mois? ». Cette question a pu faire croire à tort aux parents de ne

considérer que les services de counseling et non ceux de santé générale, sociaux et spirituels.

Le « recours aux services » étant un concept qui ne s'interprète pas facilement, le manque de différences évidentes entre les deux groupes en ce qui concerne un plus grand recours aux services avec le temps peut sembler positif, c'est-à-dire que les visiteurs à domicile répondent aux besoins des familles et réduisent la nécessité d'avoir recours à d'autres services. Toutefois, on pourrait interpréter le manque de changement dans les taux de recours aux services comme une lacune du programme à renvoyer les familles aux services nécessaires de manière satisfaisante. Le personnel du programme peut examiner davantage cette question afin de déterminer si les familles participant au programme reçoivent les services appropriés.

Selon cette évaluation, on n'a pas trouvé de preuve que le programme Les familles d'abord réduisait le nombre d'enfants ayant des retards de développement. Les infirmiers et infirmières de la santé publique ont observé que le dépistage des enfants ayant des retards de développement a augmenté le nombre de renvois à des spécialistes. Cela ne peut être évalué, car aucun suivi n'a été fait concernant le nombre de renvois faits par l'intermédiaire du programme Les familles d'abord. La réduction des retards de développement n'était peut-être pas un but réaliste pour le Programme étant donné la participation continue des familles au Programme et à l'évaluation pour en moyenne 16 mois. De nombreux retards ne peuvent pas être détectés avant le deuxième anniversaire de l'enfant. (Le Tableau 3 montre que les taux de retard de développement augmentent de 11 % à quatre mois à 26,1 % à deux ans pour les familles participant au programme et de 10,8 % à 21,8 % pour les familles du groupe de référence.)

Contrairement aux résultats préliminaires trouvés dans un rapport précédent de l'Évaluation du programme Les familles d'abord (Enfants en santé

Manitoba, 2005), les niveaux de lecture aux enfants n'ont pas changé en raison de la participation des familles au Programme. Lorsque les enfants avaient deux ans, 67,7 % des familles participant au programme lisaient quotidiennement à leurs enfants, par opposition à 80,0 % des familles du groupe de référence. (Il faut noter que les taux donnés dans ces tableaux n'ont pas fait l'objet d'un ajustement en raison de l'âge, du sexe et du tempérament de l'enfant, du revenu familial, de l'éducation, de la dépression, etc.) Étant donné les nombreux défis auxquels sont confrontées les familles participant au Programme par rapport aux familles du groupe de référence, il se peut que les taux de lecture aient été moins élevés sans le Programme. Selon des recherches antérieures, il existe des liens importants entre la lecture aux enfants et l'amélioration de leur bien-être (Association internationale pour la lecture, National Association for the Education of Young Children, 1998; Fiscella et Kitzman, 2009). Cela peut représenter un domaine exigeant plus d'attention, par exemple, il pourrait être nécessaire d'augmenter la quantité et la qualité des programmes d'alphabétisation.

Il semble que la participation au programme n'a pas amélioré les caractéristiques suivantes : eau du robinet à une température sécuritaire (pour prévenir les brûlures), détecteurs de fumée en bon état et cordons de stores sécuritaires. Les visiteurs à domicile ont trouvé qu'il était difficile de veiller à l'amélioration de la température de l'eau du robinet et à l'entretien des détecteurs de fumée, car de nombreuses familles résidaient dans des logements loués. L'amélioration de ces mesures de sécurité peut exiger un partenariat avec le personnel chargé du logement de Services à la famille et Logement Manitoba. L'ampleur de l'effet pour une meilleure sécurité des cordons de stores, pour les familles participant au programme, était modérée, mais n'était pas statistiquement significative. Il est important de prendre note que nous avons moins confiance dans l'analyse concernant la sécurité à la maison. Les instructions pour administrer les mesures de sécurité à la maison n'étaient pas claires

et ces mesures n'étaient pas toujours complétées de façon consistante par les intervenants.

Un pourcentage élevé de familles autochtones ont participé au Programme de visites à domicile Les familles d'abord – 38,4 % des familles qui participaient à l'évaluation étaient Autochtones. La philosophie du Programme, qui consiste à travailler avec les forces des gens et à tenir compte des différences culturelles, peut avoir contribué à l'acceptation du Programme par les familles autochtones et à leur participation. En sachant que de nombreuses familles autochtones participent au programme Les familles d'abord, il devient de plus en plus nécessaire de se concentrer sur les programmes adaptés aux différences culturelles. Une meilleure sensibilisation à la culture autochtone et une collaboration plus étroite avec les Autochtones aideraient à veiller à ce que les familles poursuivent leur participation au Programme (Gerlach, 2007). Selon le recensement 2006 du Canada, les enfants autochtones (Premières nations, Inuits, Métis) représentaient près de 25 % de la population totale des enfants du Manitoba. Le personnel du programme Les familles d'abord s'efforce avec le personnel du programme de santé maternelle et infantile du gouvernement fédéral d'améliorer les communications entre les programmes et d'accroître la qualité des programmes de visites à domicile dans les communautés des Premières nations et au Manitoba.

Étant donné les effets bénéfiques des visites à domicile, il faudrait continuer à veiller à la qualité du programme. Selon D. Gomby (2005), les programmes de visites à domicile de haute qualité sont associés à un meilleur bien-être des familles et de leurs enfants. Les premiers résultats de la mise en œuvre du programme Les familles d'abord ont montré qu'environ un quart des familles n'ont jamais participé au Programme et que la durée moyenne de participation au programme est de 16 mois. Il faut faire davantage d'efforts pour améliorer la participation au programme et le maintien de ses participants. Cette évaluation ne vise pas particulièrement à déterminer si le programme Les familles d'abord réduit les taux de

mauvais traitements et de négligence des enfants. Les facteurs d'amélioration qui sont associés aux mauvais traitements et à la négligence des enfants (rôle parental, bien-être psychologique, soutien social, cohésion de quartier) devraient permettre d'en réduire le risque, mais aucune conclusion définitive ne peut être prise à cet égard. Les mesures d'évaluation à prendre dans l'avenir consistent entre autres à lier les données de ce programme aux données administratives au Manitoba Centre for Health Policy (MCHP). Ce lien aidera à déterminer les effets du programme sur les taux d'enfants pris en charge, les services de protection et les services de santé. À long terme, nous pourrions étudier les effets du Programme de visites à domicile sur la maturité scolaire, les résultats scolaires et la participation au système judiciaire.

Nous n'avons trouvé aucune preuve suggérant que la prestation exclusive du Programme aux femmes qui sont mères pour la première fois pourrait influencer sur l'efficacité de celui-ci. D'après certains chercheurs, de meilleurs résultats pourraient être trouvés parmi ces familles (Olds et autres, 1997). On n'a trouvé aucune preuve indiquant que les variations dans les rôles des infirmiers et infirmières de la santé publique dans toutes les régions ont eu des effets sur l'efficacité du Programme. Il faudrait noter que le test statistique utilisé dans ces analyses exige d'énormes différences entre les groupes (ou des échantillons de très grande taille). Par conséquent, il se peut que l'échantillon n'ait pas été suffisamment grand pour détecter les différences qui pourraient exister. Les infirmiers et infirmières de la santé publique ont fréquemment mentionné qu'il leur est difficile de porter une complète attention au Programme de visites à domicile en raison de leurs autres responsabilités dans le domaine de la santé publique. Un grand nombre d'entre eux sont fortement d'avis que ces circonstances ont nui aux résultats concernant les familles et les enfants.

Il faut interpréter cette évaluation du programme en fonction de certaines forces et limites. Les forces incluent un modèle quasi-expérimental et longitudinal, une modélisation multiple puissante,

des mesures fiables et valides et la possibilité d'évaluer les visites à domicile dans des conditions réelles. Bien qu'il ait été impossible de sélectionner des familles au hasard pour le Programme et le groupe de référence, toutes les familles participant à cette évaluation présentaient des niveaux de risque différents. Les familles du groupe de référence (comme l'indique le Tableau 2 des caractéristiques initiales) présentaient moins de facteurs de risque que les familles participant au Programme.

Le fait que ce modèle était fondé sur les effets impressionnants et importants du Programme vaut la peine d'être noté. Malgré les niveaux de risque élevés et dans le contexte des systèmes de prestation du monde réel, les familles participant au Programme avaient obtenu de meilleurs résultats que les familles du groupe de référence, en ce qui concerne le rôle parental, le bien-être psychologique, le soutien social et les indicateurs de quartier. L'hypothèse que le programme est bénéfique pour les familles participant à l'évaluation est appuyée par ces analyses. Cependant, nous ne pouvons pas en être complètement certains puisque l'évaluation n'était pas une étude comparative aléatoire. Certains des facteurs associés à la sélection des familles au Programme ont été neutralisés, mais certainement pas tous.

Le fait que le taux de participation était de 35 % était une autre limite de cette évaluation. Les résultats sont applicables seulement aux familles qui participent à l'évaluation. Les données du dépistage du programme Les familles d'abord ont été utilisées pour comparer les familles participant au Programme qui faisaient partie de l'évaluation à celles qui avaient choisi d'en être exclues. Les familles participant au Programme qui faisaient partie de l'évaluation avaient des taux de risque moins élevés que les familles qui participaient également au Programme, mais qui avaient choisi d'être exclues de l'évaluation. Il est difficile d'évaluer le type de distorsions que cela présente. Les effets du Programme peuvent être plus importants pour les familles ayant des niveaux de risque élevés, car il y a plus lieu de les améliorer (Gomby, 2005). Par ailleurs, les effets du programme peuvent ne pas être aussi importants pour les familles qui ont des niveaux de risque plus élevés, car de multiples défis rendent leur participation au Programme plus difficile et les empêchent de profiter pleinement de celui-ci.

Conclusions :

Le Programme de visites à domicile Les familles d'abord a montré des résultats solides et positifs dans l'amélioration du bien-être des familles du Manitoba ayant participé à son évaluation. L'ampleur des bénéfices du Programme était considérablement supérieure à celle des bénéfices obtenus lors des évaluations précédentes des programmes de visites à domicile. Ces résultats sont encourageants, étant donné l'importance de l'influence initiale des parents et du bien-être psychologique maternel pour le développement et la sécurité de l'enfant. De plus, le meilleur soutien social et la plus forte cohésion de quartier qu'entraîne le Programme aident les familles à se protéger des autres facteurs de stress auxquels elles peuvent faire face.

Bien que le Programme semble avoir eu des effets positifs sur la cohésion de quartier, il n'en a eu aucun sur la sécurité de quartier. L'amélioration de la sécurité de quartier dépasse le cadre du Programme de visites à domicile. L'évaluation indique qu'il faudrait améliorer l'accès aux programmes d'alphabétisation, faire un suivi des renvois concernant les retards de développement et examiner les autres méthodes de sécurité à la maison. Ces résultats ont également fait ressortir des préoccupations liées aux questions de santé mentale. Les infirmiers et infirmières de santé publique et les visiteurs à domicile ont fait part de leurs préoccupations quant au petit nombre de services de santé mentale offerts aux familles étant donné leur importance pour le fonctionnement de la famille et les résultats des enfants.

En conclusion, ces résultats suggèrent que le Programme de visites à domicile Les familles d'abord contribue à créer des environnements plus sûrs, plus réconfortants et plus stimulants pour les enfants dans lesquels ils peuvent se développer physiquement, émotionnellement et socialement. Étant donné les effets bénéfiques et importants des visites à domicile, il faudrait poursuivre nos efforts pour assurer la qualité du programme et améliorer l'engagement des familles envers le Programme et leur maintien de leur participation.

Annexe A

Mesures évaluées dans l'évaluation

Nom de la mesure	Description	Document de référence
Rôle parental positif	<p>Cinq questions – exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vous arrive-t-il de féliciter votre enfant, en lui disant par exemple : « Bravo! », « comme c'est bien, ce que tu as fait! » ou encore « C'est très bien! »? - Vous arrive-t-il souvent à faire des jeux, des passe-temps ou des sports avec votre enfant? 	<i>Parent Practices Scale</i> par Strayhorn et Weidman (1988)
Rôle parental hostile	<p>Deux questions</p> <p>Vous arrive-t-il d'être contrarié par votre enfant parce qu'il a dit ou fait quelque chose qu'il n'est pas censé dire ou faire?</p> <p>Vous arrive-t-il de dire à votre enfant qu'il est vilain ou pas aussi bon que les autres?</p>	Même document que ci-dessus.
Rôle parental constant	<p>Arrive-t-il souvent, lorsque vous punissez votre enfant, qu'il ne tient pas compte de la punition que vous lui infligez?</p> <p>Lorsque vous ordonnez à votre enfant de faire quelque chose, combien de fois vous assurez-vous qu'il fasse ce que vous lui demandez?</p>	Même document que ci-dessus.
Rôle parental rationnel	<p>Quatre questions – exemples</p> <p>Lui décrivez-vous d'autre comportements qui soient acceptables?</p> <p>Discutez-vous calmement du problème?</p>	Même document que ci-dessus.
Bien-être psychologique	Dix-huit éléments divisés en six sous-échelles. La liste des questions de chaque sous-échelle figure ci-dessous.	<i>Psychological Well-Being Scale</i> par Ryff & Singer (1996)
But dans la vie	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a des gens qui errent sans but dans la vie, mais je ne fais pas partie de cette catégorie. - Je vis au jour le jour et je ne pense vraiment pas à l'avenir. 	Même document que ci-dessus.
Relations positives	<ul style="list-style-type: none"> - Les gens diraient de moi que je suis une personne généreuse, disposée à partager mon temps avec les autres. - Je n'ai jamais eu beaucoup de relations chaleureuses et empreintes de confiance avec les autres. 	Même document que ci-dessus.

Maîtrise environnementale	<ul style="list-style-type: none"> - En général, je pense maîtriser la situation dans laquelle je vis. - J'arrive à bien gérer les nombreuses responsabilités de ma vie quotidienne. 	Même document que ci-dessus.
Croissance personnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Je trouve important d'avoir de nouvelles expériences qui remettent en question la façon de se percevoir et de concevoir le monde. - Pour moi, la vie a toujours été un processus continu d'apprentissage, de changement et de croissance. 	Même document que ci-dessus.
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> - J'ai confiance dans mes opinions, même si elles sont contraires au consensus général. - Je me juge en fonction de ce qui me semble important, et non pas selon les valeurs qui sont importantes aux yeux des autres. 	Même document que ci-dessus.
Acceptation de soi	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsque je pense à l'histoire de ma vie, je suis heureux de la manière dont les choses ont tourné. - J'aime la plupart des aspects de ma personnalité. 	Même document que ci-dessus.
Cohésion de quartier	<p>Brève version de <i>Characteristics Questionnaire</i>, comportant cinq questions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a dans le quartier des adultes qui peuvent servir de modèle de comportement aux enfants. - Les gens ici sont prêts à aider leurs voisins. 	Barnes McGuire, 1997
Sécurité du quartier	<p>Brève version du <i>Characteristics Questionnaire</i>, comportant trois questions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - On peut marcher seul en toute sécurité dans ce quartier une fois la nuit tombée. - Les enfants peuvent jouer dehors en toute sécurité le jour. 	Même document que ci-dessus.
Soutien social	<p>Brève version de <i>Social Provisions Scale</i>, comportant six questions.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si quelque chose allait mal, personne ne m'aiderait. - J'ai une famille et des amis qui m'aident à me sentir en sécurité, à l'abri du danger et heureux. 	Cutrona, 1986; Curtona et Russel, 1987

Dépression maternelle	Version de 12 mesures de la <i>Centre for Epidemiological Studies Depression Scale</i> – exemple : <ul style="list-style-type: none"> - Je n'avais pas faim; je n'avais pas d'appétit. - Je me sentais déprimé. - J'avais l'impression que tout me demandait un effort. 	Radloff, 1977
Retard du développement de l'enfant	On s'est servi du <i>Test de Denver II</i> jusqu'en 2004 et du <i>Questionnaire sur les étapes du développement</i> par la suite.	<i>Test de Denver II</i> (Glascoe et autres, 1992) <i>Questionnaire sur les étapes de développement</i> (Bricker et autres, 1988)
Lecture quotidienne aux enfants	La question demande la fréquence à laquelle les parents lisent à leur enfant. <ul style="list-style-type: none"> - Présentement, est-ce que vous ou un autre adulte, lisez régulièrement à voix haute à votre enfant? 	DeBaryshe, 1992 pour le U.S. National Assessment of Educational Progress (NAEP), 1997
Recours aux services communautaires	Cette mesure visait à évaluer les services de soutien officiels. La question était la suivante : <ul style="list-style-type: none"> - En dehors de vos amis et de votre famille, est-ce qu'une des personnes suivantes vous a aidé dans vos problèmes personnels au cours des 12 derniers mois? Professionnels des services communautaires ou sociaux? Professionnels de la santé? Communautés ou chefs religieux ou spirituels?	Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995
Bénévolat dans la communauté	Une question à poser sur le bénévolat. <ul style="list-style-type: none"> - Participez-vous à des organismes bénévoles de votre quartier? (ex. : comités d'écoles, comités d'église, associations communautaires ou ethniques)	Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995

Température de l'eau du robinet	Le visiteur à domicile ou l'infirmier ou l'infirmière de la santé publique a rempli une liste de vérification avec la famille. La mesure était la suivante : - Température de l'eau chaude dans la zone de risque peu élevé (eau à 49 degrés ou plus froide).	Enfants en santé Manitoba, 1999	
Présence de détecteurs de fumée	- Détecteurs de fumée fonctionnant à chaque étage	Même que ci-dessus.	
Cordons de stores sécuritaires	- Cordons de stores hors de la portée des enfants ou raccourcis.	Même que ci-dessus.	

