

Analyse de rentabilité des visites à domicile comme mesure de prévention pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants : une revue des revues

Avril 2010



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)
Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
ccnnds@stfx.ca
tél. : 902-867-5406
téléc. : 902-867-6130
www.ccnnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est hébergé par l'Université St. Francis Xavier.

Au sujet du présent document

En 2009, des chercheurs du Centre de recherche interventionnelle en santé des populations de l'Université de Calgary ont réalisé une revue accélérée des travaux de recherche sur les visites à domicile comme mesure de prévention pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants. L'objectif consistait à réunir les données probantes les plus intéressantes sur les visites à domicile durant la petite enfance, afin de faciliter l'évaluation et la conception d'interventions efficaces dans le contexte canadien des visites à domicile. À la suite de cette revue, on a ajouté en 2010 un post-scriptum où l'on examinait deux autres textes parus dans des revues spécialisées. Ensemble, ces revues ont permis de jeter les assises et de réunir l'essentiel des données probantes nécessaires à l'élaboration d'une analyse de rentabilité en faveur des programmes de visites à domicile au Canada. Margaret Leighton et Alan Shiell ont rédigé la revue accélérée. Pierre Guenette et Alan Shiell ont rédigé l'addenda, ou le post-scriptum. En 2012, le CCNDS s'est chargé de la traduction de l'anglais au français de ces documents.

Citer le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2009). Analyse de rentabilité des visites à domicile comme mesure de prévention pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants : une revue des revues. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

ISBN : 978-1-926823-55-3

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title Building a Business Case for Preventive Home Visiting for Pregnant Women and Mothers of Young Children: A Review of the Literature.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1 : Les visites à domicile comme mesure de prévention pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants : une revue des revues	4
INTRODUCTION	4
MÉTHODES	4
Objectif	4
Stratégie de recherche	4
Chevauchements dans les recherches	5
RÉSULTATS	6
Description des revues	6
Revues sur les visites à domicile	7
Examen des résultats	8
SOMMAIRE	13
Résultats associés aux enfants	13
Résultats associés aux mères	13
Résultats associés au rôle parental	13
Types de programmes	13
Lacunes de la recherche	14
CONCLUSIONS	15
BIBLIOGRAPHIE	16
Annexe A : Stratégie de recherche	19
Annexe B : Pictogramme du processus de recherche	21
Annexe C : Liste des 22 revues systématiques trouvées dans les titres de la DARE	22
Annexe D : 25 revues ne figurant pas dans la DARE	24
Chapitre 2 : Préparer une analyse de rentabilité en faveur des programmes de visites à domicile : post-scriptum aux visites de prévention à domicile auprès des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants : une revue des	26
SOMMAIRE	26
PRÉFACE	26
INTRODUCTION	27
Sweet et Appelbaum : l'efficacité des visites à domicile	28
Aos et ses collaborateurs : coûts et avantages des programmes de prévention	36
Préparer une analyse de rentabilité	39
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	40

Chapitre 1 : Les visites à domicile comme mesure de prévention pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants : une revue des revues par Margaret Leighton et Alan Shiell, Centre de recherche interventionnelle en santé des populations, Université de Calgary

INTRODUCTION

Partout au Canada et ailleurs dans le monde, on a mis en place des programmes de visites à domicile afin d'améliorer l'état de santé des mères et de leurs jeunes enfants, que ce soit dans l'immédiat ou à plus long terme. Ces programmes varient considérablement en ce qui concerne la période visée et la portée, les compétences, l'expérience et la formation des personnes visiteuses et des populations et résultats visés. Parmi les sous-ensembles de programmes de visites à domicile ayant fait l'objet d'une évaluation, on note des différences encore plus marquées dans les mesures de leur efficacité. Le bassin de données probantes sur les visites à domicile et sur les interventions préventives s'est beaucoup enrichi au cours des deux dernières décennies. Cela dit, les constatations et les études elles-mêmes sont hétérogènes à bien des égards. Il se révèle donc fort difficile pour les responsables de l'élaboration des programmes ou pour les bailleurs de fonds de tirer quelque conclusion que ce soit à partir d'une base de connaissances aussi hétéroclite. On tente par la présente étude de réunir les données probantes les plus intéressantes concernant les visites à domicile durant la petite enfance et de faciliter ainsi l'évaluation et l'élaboration d'interventions pertinentes en la matière.

MÉTHODES

Objectif

La présente revue vise à réunir les données probantes sur les visites à domicile utilisées comme moyen de favoriser la santé des mères et de leurs enfants, en examinant uniquement les textes des revues scientifiques. En raison des contraintes de temps et de ressources financières, il n'a pas été possible de mener une revue systématique approfondie des revues. Toutefois, la Health Development Agency du Royaume-Uni a récemment publié un rapport qui correspondait étroitement aux objectifs de cette recherche. Dans le rapport intitulé *Ante and postnatal homevisiting programmes: a review of reviews*, les auteurs Bull, McCormick, Swann et Mulvihill (2004) examinent les revues publiées en anglais entre 1996 et 2001. Dans l'objectif de mettre à jour les constatations issues de cette revue, on a reproduit la stratégie de recherche expliquée dans le rapport, en limitant la recherche à la Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). On a toutefois étendu les contraintes de langue de manière à inclure les rapports de synthèse rédigés en français ainsi que la période couverte de manière à inclure les textes ajoutés à la base de données jusqu'à octobre 2008 inclusivement. Tous les textes dont on peut trouver un résumé dans cette base de données concernent des revues systématiques soumises à une évaluation de la qualité. En outre, afin de fournir des indications sur le travail nécessaire pour procéder à une revue systématique des revues, on a considéré la faisabilité de reproduire la recherche exhaustive menée par Bull et ses collaborateurs (2004) dans l'ensemble des bases de données pertinentes et non seulement dans la DARE. On trouvera à l'annexe A, les premières constatations sur cette question de même que la stratégie de recherche utilisée avec la DARE.

Stratégie de recherche

On a répété la stratégie de recherche employée par Bull et ses collaborateurs(2004) pour la DARE, en étendant la période couverte et les langues afin d'inclure les publications en français et en adaptant les troncatures pour trouver des variantes avec l'interface Ovid. La première recherche a fait ressortir 80 résumés de la DARE. Deux examinateurs ont passé en revue les titres de manière indépendante. La référence bibliographique passait à un second écran si on y mentionnait de manière explicite les visites à domicile ou les principaux résultats visés par les programmes de visites à domicile (résultats pour l'enfant, résultats pour la mère ou les résultats pour les parents). On a rejeté les références

bibliographiques si elles portaient explicitement sur un autre mode de prestation, sur des traitements plutôt que sur des programmes préventifs (p. ex. abordant les problèmes de comportement diagnostiqués) ou sur une population autre que celle visée (c.-à-d. les femmes enceintes ou les mères avec un nouveau-né ou de jeunes enfants) ou, encore, si elles reposaient sur des données probantes concernant des pays en développement. S'il était impossible d'évaluer un titre à l'aide de ces critères ou s'il y avait un désaccord entre les deux examinateurs, on retenait la référence bibliographique et la reportait sur le second écran (voir l'ordinogramme du processus de recherche à l'annexe B).

On a récupéré le résumé et le texte intégral de 44 documents. Encore une fois, deux examinateurs ont travaillé de manière indépendante pour évaluer les résumés et, au besoin, les textes intégraux. Les examinateurs en sont arrivés aux mêmes conclusions dans la majorité des cas. L'indice Kappa s'établissait à $k = 72,5$ pour l'examen du titre (premier tour) et à $k = 82$ pour l'examen du résumé et du texte intégral (second tour) (tableau 1). Les examinateurs ont réglé leurs désaccords en discutant entre eux. À la fin, ils ont convenu que 22 des textes satisfaisaient aux critères d'inclusion (annexe C). Un des examinateurs (ML) s'est chargé d'extraire les données des textes.

Tableau 1. Accord sur les résultats entre les deux examinateurs

Premier tour	Examinateur A			Second tour	Examinateur A		
Examinateur B	N = 80	Retenir	Rejeter	Examinateur B	N = 44	Retenir	Rejeter
	Retenir	33	8		Retenir	19	3
	Rejeter	3	36		Rejeter	1	21

En plus de la recherche dans la DARE, d'autres articles d'intérêt ont été découverts grâce à l'interrogation non systématique de bases de données, dont ERIC et la base de données du CRD, à la consultation de livres et de revues pertinentes, à la recherche de références citées dans des articles pertinents, ainsi qu'à la recherche d'articles citant des textes plus vieux à l'aide de la fonction « trouver des articles cités » dans Ovid. La qualité de ces revues et la méthode utilisée varient considérablement, car bon nombre ne sont pas des revues systématiques. On se pose donc des questions sur les critères utilisés pour sélectionner les études originales. En outre, certains de ces textes sont des revues de familles d'interventions plutôt que des revues exclusives de visites à domicile. Les conclusions tirées dans les articles portent donc entre autres sur les effets des visites à domicile, mais elles sont peut-être mitigées par des programmes combinés ou des stratégies de prestation ne portant pas sur les visites à domicile. On a aussi récupéré et sauvagardé des titres intéressants, et les plus pertinents ont été mis de côté aux fins de référence ultérieure. Les conclusions de 25 textes autres que ceux recensés à l'aide de la DARE ont été examinées pour déterminer si elles appuient ou réfutent les conclusions présentées dans les revues d'articles tirés de la DARE (voir annexe D).

Chevauchements dans les recherches

Des neuf revues traitées par Bull et ses collaborateurs (2004), cinq sont ressorties lors de la recherche avec la DARE. Les quatre autres textes consistent en deux revues de la Cochrane Library et deux méta-analyses qui ne font pas actuellement partie de la liste de la DARE. Des 17 articles retenus, quatre figuraient dans la DARE pour la période couverte par la recherche de Bull et ses collaborateurs (2004), mais ils n'ont pas été retenus par ces chercheurs. L'un de ces textes est en français. Les trois autres se sont révélés d'une pertinence marginale relativement aux visites à domicile comme telles. On les a inclus dans notre revue, mais l'on a été incapable de tirer, à partir de ces études, des conclusions claires sur les résultats des programmes de visites à domicile distincts des autres programmes de formation au rôle de parent ou de programmes de santé des enfants. Cela peut expliquer pourquoi Bull et ses collaborateurs (2004) les ont exclues. Notre recherche, qui couvre également les huit années qui ont suivi la recherche par Bull et ses collaborateurs (2004), a fait ressortir 13 revues supplémentaires qui ont été publiées après la période

couverte par Bull et ses collaborateurs (2004).

RÉSULTATS

Description des revues

Les 22 textes de revue ressortis de la DARE puis sélectionnés pour la présente revue tombent dans deux catégories. Dans la première catégorie, huit textes portent principalement sur le mécanisme de prestation (c.à.d. les visites à domicile) et traitent des résultats indirectement. Dans les 14 autres textes, on examine les données probantes liées à des résultats précis, par exemple, diminution du nombre de blessures chez les jeunes enfants ou insuffisance pondérale à la naissance. La plupart de ces revues couvrent une multitude de modes d'intervention, parmi lesquels figurent les visites à domicile. Le tableau 2 ci-dessous donne un aperçu des conclusions de ces revues. Le tableau 2 présente les conclusions des différentes revues sur les résultats individuels. Quand un résultat donné est examiné dans la revue, l'effet des visites à domicile sur ce résultat est classé comme suit : « amélioration », « aucun effet observé » ou « effets mitigés ». Ces mêmes conclusions sont représentées par des flèches dans la colonne DARE. La dernière colonne, « Autre », utilise les flèches obliques pour indiquer si la preuve provenant de la recherche non systématique suggère une incidence plus importante ou plus faible des visites à domicile sur chaque résultat. Il est à noter que ces données proviennent d'un corpus hétérogène de preuves. La qualité des revues ne figurant pas dans la DARE n'est pas évaluée, et certaines sont des revues de familles d'interventions qui ne sont pas exclusivement des visites à domicile.

Tableau 2. Sommaire des résultats, avec mentions et tendances des revues ne figurant pas dans la DARE

	Groupe	Domaine	Résultat	Mention			DARE	Autre
				↑	∅	↔		
A	Enfant	Santé physique	générale	4, 5			↑	↘
B			acceptation de la vaccination		5, 13		∅	≈
C			allaitement et régime alimentaire	7, 9, 20			↑	↘
D			développement	22			↑	↘
E			dépistage des troubles de la vue		19		∅	
F		Naissance	accouchement prématuré		1		∅	↗
G			insuffisance pondérale à la naissance	3	5, 14, 22		↑ ∅	↘
H			âge gestationnel		5		∅	
I			mortalité et morbidité néonatales		5		∅	
J		Cognitif	santé mentale	4, 5	11		↑ ∅	
K			développement intellectuel	4, 5, 9			↑	↗
L		Social et affectif	comportement	9			↑	↘
M			développement affectif					↗
N	Parent		compétences parentales	9			↑	↗
O			interaction parent-enfant	22		2	↑ ↔	↗
P			blessures	9, 16, 18			↑	↗
Q			maltraitance	16			↑	↗
R			violence			18	↔	≈
S			cadre familial	5, 9	10		↑ ∅	↗

T			attitudes					
U	Mère	Santé	santé physique	4, 5			↑	↗
V			santé mentale	4, 5, 11			↑	↘
W			dépression postnatale	9, 15			↑	↗
X			grossesse		1		Ø	↗
Y		Vie	soutien social	1			↑	↘
Z			parcours de vie					↗
Za			utilisation des services*	4, 5			↑	↘
Zb			violence conjugale					↗
Zc	Autre	Sociétal	efficacité des autres services	4, 5			↑	↘
Zd			groupes de plus faible SSE comme cible	12			↑	↗

Remarques : les numéros des revues 1 à 22 correspondent aux revues de la DARE dont la liste figure à l'annexe C.

Le signe [↑] signifie une amélioration dans les résultats, [Ø] signifie aucun effet observé et [↔] signifie des effets mitigés. (*Pour le résultat Za, « utilisation des services », l'utilisation accrue est rapportée comme une amélioration.)

On entend par tendance la manière dont les conclusions des études ne figurant pas dans la DARE se rapportent aux conclusions des revues tirées de la DARE. Une flèche vers le haut ↗ indique une preuve positive supplémentaire; une flèche vers le bas ↘ indique des preuves supplémentaires remettant en question une conclusion positive, tandis que le symbole [≈] indique une conclusion en accord avec les revues tirées de la DARE. Il est à noter que ces données proviennent d'un corps hétérogène de preuves. La qualité des revues ne figurant pas dans la DARE n'est pas évaluée, et certaines sont des revues de familles d'interventions qui ne sont pas exclusivement des visites à domicile.

Revues sur les visites à domicile

Des huit revues portant sur la question des interventions, six traitent des visites à domicile de manière globale (McNaughton, 2004); Ciliska et coll., 1996; Ciliska et coll., 2001; Elkan et coll., 2000; Blondel et Mellier, 1996; Wade et coll. 1999). Dans la septième revue, on examine l'incidence de la prévention primaire (Durlak et Wells, 1997) et, dans la huitième, on passe en revue les programmes de formation au rôle de parent, en ne mentionnant les visites à domicile qu'à titre comparatif (Thomas et coll., 1999).

Parmi les six revues traitant de manière globale des visites à domicile, celle de McNaughton (2004) ne contient aucune synthèse des résultats. Ciliska et ses collaborateurs (1996) observent qu'il est possible d'associer les visites à domicile à un effet bénéfique sur la « santé physique, la santé mentale et le développement, la santé sociale, les habitudes sanitaires, les connaissances et l'utilisation des services ». Les auteurs font remarquer que les études peu concluantes tendent à correspondre à des interventions peu soutenues et que les interventions ont une incidence plus marquée sur la clientèle la plus vulnérable. En soulignant la difficulté d'en arriver à une signification statistique dans les recherches sur les services de santé, les auteurs laissent entendre que l'incidence des interventions est probablement sous-estimée. Ils concluent que « les visites à domicile peuvent certainement accroître l'efficacité des autres services médicaux, sociaux et éducatifs ». Dans une revue plus récente, Ciliska et ses collaborateurs (2001) observent une incidence positive similaire chez les mères et les enfants que celle observée dans les cas documentés en 1996. Les auteurs soulignent l'influence favorable des visites à domicile sur le cadre familial et sur l'efficacité des autres services. Ils constatent que les meilleurs effets surviennent à la suite d'interventions plus soutenues et chez la clientèle plus vulnérable (à l'exception des polytoxicomanes). Ils ne relèvent aucune trace d'effets positifs relativement au taux de vaccination, à l'insuffisance pondérale à la naissance, à l'âge gestationnelgestationnel ou, encore, à la mortalité ou à la morbidité néonatales.

Dans une autre revue, Elkan et coll. (2000) signalent que les visites à domicile peuvent avoir pour effet d'améliorer les compétences parentales, le cadre familial, certains problèmes de comportement de l'enfant ainsi que son

développement intellectuel, les blessures non intentionnelles, la gestion et le dépistage de la dépression postnatale et le taux d'allaitement.

Se penchant strictement sur les visites prénatales à domicile, Blondel et Mellier (1996) ne trouvent aucune donnée probante d'intérêt sur les visites à domicile durant la grossesse. Les auteurs font état d'une petite diminution non significative du nombre d'accouchements prématurés à la suite de certains essais, et aucun changement dans le taux d'hospitalisation. Ils constatent dans les résultats une faible tendance (statistiquement non significative) à la baisse pour les femmes chez qui on avait prévu des complications et chez qui on avait effectué des visites à domicile. Cela dit, un biais de suivi ou la nature de la complication comme telle expliquent sans doute la tendance observée. Si les auteurs pensent que les interventions n'étaient peut-être pas assez soutenues pour produire l'effet souhaité, ils font remarquer que les visites à domicile semblent renforcer les réseaux de soutien social d'une façon susceptible de donner de meilleurs résultats sur la santé.

Wade et coll. (1999) se sont quant à eux penchés exclusivement sur les programmes d'intervention par les pairs ou par les auxiliaires, que les interventions soient faites individuellement ou dans le cadre d'un programme à volets multiples. Les données laissent supposer que ce genre de programme produit un effet bénéfique sur le développement de l'enfant et l'interaction parent-enfant. Il est possible que les interventions à volets multiples influencent l'acceptation de la vaccination, les soins préventifs, les visites prénatales, l'utilisation des ressources communautaires, la violence envers les enfants et la santé psychosociale de la mère. Aucune donnée ne permet de conclure à une incidence quelconque sur l'insuffisance pondérale à la naissance.

Les auteurs des deux dernières revues n'étudient pas précisément les visites à domicile, mais font certaines comparaisons entre les stratégies de prestation de services qui se révèlent pertinentes pour les visites à domicile (Durlak et Wells, 1997; Thomas et coll., 1999). Durlak et Wells (1997) font la synthèse de 177 évaluations de programmes de prévention primaire. Même si la revue porte sur une grande variété d'interventions, les auteurs ont déterminé des variables pour les programmes qui mittent les résultats, ce qui revêt un certain intérêt. Ils concluent que « la plupart des types de programme de prévention primaire donnent d'importants résultats bénéfiques ». Soulignons toutefois qu'ils n'ont pu dire autant de bien des programmes de formation au rôle de parent, qui constituent « le seul type d'intervention n'ayant produit aucun résultat moyen positif d'importance ». Qui plus est, les programmes visant « d'abord à changer la situation familiale d'un enfant en passant par l'éducation des parents sur le développement de l'enfant et la modification des attitudes parentales, voire par les techniques d'éducation des enfants offertes au besoin... donnent des résultats homogènes mais inefficaces ». Par contre, les programmes de transition pour les nouvelles mères, qui comprennent certains programmes de visites à domicile, produisent en fait des « résultats bénéfiques notables ». Thomas et ses collaborateurs (1999) examinent l'efficacité des groupes de parents dirigés par des professionnels pour ce qui est de promouvoir la santé et le développement de l'enfant ou du parent. Si les auteurs s'intéressent surtout aux programmes de groupes, en faisant une comparaison avec la formation au rôle de parent donnée individuellement, ils constatent que « non seulement les programmes de groupes donnent de meilleurs résultats pour les parents et les enfants, mais ils sont aussi beaucoup plus économiques ». Selon cette revue, on dispose d'excellentes données probantes pour étayer la notion que les groupes de parents constituent une stratégie permettant d'améliorer les résultats chez les parents, les enfants ou à la fois chez les parents et les enfants. Les auteurs mentionnent qu'après avoir comparé « le temps consacré aux visites à domicile à celui consacré aux programmes de groupes et à celui consacré aux consultations téléphoniques, ils en sont venus à la conclusion que les programmes de groupes exigeaient beaucoup moins de temps des professionnels par parent et par famille que les autres ».

Examen des résultats

Les 14 autres textes traitent des interventions sous l'angle d'un résultat précis, soit les résultats associés aux enfants (comme le développement psychologique), les résultats associés à la mère et à la naissance (comme la dépression postnatale) ou les résultats associés au rôle parental (interaction mère-enfant). La plupart portent sur une série d'interventions, mais deux traitent uniquement d'études menées sur des programmes de visites à domicile.

Parmi les 14 études, huit traitent des résultats associés aux enfants (Close, 2002; MacMillan, 2000; Roberts, Kramer et Suissa, 1996; Emmons et coll., 2001; Fraser, James, Anderson, Lloyd et Judd, 2006; Kendrick et coll., 2000; Snowdon et Stewart-Brown, 1997; Gepkins et Gunning-Schepers, 1996); trois portent sur les résultats associés aux mères (Lumley, Austin et Mitchell, 2004; Brunton et Thomas, 2001; Lu, Lu et Schetter, 2005) et trois traitent des aspects du rôle parental (Bowie, 2005; de Oliveira, Camacho et Tedstone, 2001; Tedstone, Dunce, Aviles, Shetty et Daniels, 1998). Même si dans certaines de ces revues, on découpe les résultats selon le type d'intervention, on formule dans plusieurs d'entre elles des conclusions quant aux interventions dans leur ensemble. Certaines de ces revues s'appliquent parfois aux visites à domicile mais très schématiquement, et on a fait cette distinction dans la mesure du possible.

Résultats associés aux enfants

Parmi les huit revues dans lesquelles on fait état des résultats associés aux enfants, trois traitent des blessures et de la violence (Close, 2002; MacMillan, 2000; Roberts et coll., 1996), une concerne les interventions visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac ambiante (Emmons et coll., 2001), une porte sur les programmes destinés aux enfants de parents atteints de maladie mentale (Fraser et coll., 2006), deux sont axées sur des programmes de prévention précis en matière de santé (Kendrick et coll., 2000; Snowdon et Stewart-Brown, 1997) et une porte sur une évaluation des interventions visant à réduire les différences de santé fondées sur les groupes socioéconomiques (Gepkins et Gunning-Schepers, 1996).

Dans une mini-revue des programmes de sensibilisation à la prévention des accidents destinés aux parents et aux personnes prenant soin d'enfants, Close (2002) conclut que ni l'une ni l'autre des deux études ne permet d'avancer que de tels programmes réduisent en milieu familial la fréquence des accidents chez les enfants de moins de cinq ans. Même si dans ces deux études, on décrit l'intervention en question comme de « l'éducation sur la sécurité à la maison donnée individuellement par des professionnels en soins de santé lors de trois contrôles de santé consécutifs d'enfants », on ne peut confirmer si ces interventions avaient pris place à la maison ou non. On a donc exclu cette mini-revue des données sur les visites à domicile. En examinant les interventions visant à prévenir les mauvais traitements faits aux enfants, MacMillan (2000) affirme que les « données montrent que de fréquentes visites à domicile par des infirmières en commençant avant la naissance et jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de deux ans sont susceptibles de prévenir les mauvais traitements faits aux enfants et les conséquences en découlant (p. ex., les blessures et le recours aux soins de santé) chez les nouvelles mères des milieux défavorisés ». On trouve moins de données à l'appui des visites à domicile par des auxiliaires ou des personnes sans formation. Cela dit, les études où on y fait allusion présentent des problèmes méthodologiques qui en affaiblissent les conclusions. Les données concernant d'autres types d'intervention ne permettent aucune conclusion probante. Les auteurs préviennent que le dépistage associé aux mauvais traitements n'est pas jugé utile en raison du risque de faux positif. Roberts et ses collaborateurs (1996) examinent l'efficacité des programmes de visites à domicile pour prévenir les blessures chez les enfants et la violence envers les enfants. Soulignant que « la plupart des essais dont ils ont tenu compte dans la revue se rapportaient à des visites à domicile par des non-professionnels », les auteurs estiment que les données sont assez concluantes pour dire que les visites à domicile permettent de prévenir les blessures. Parmi les huit essais où l'on a mesuré la prévention des blessures, six « ont fait mention d'un plus petit nombre de blessures dans le groupe bénéficiant de visites à domicile ». Les données restent tout de même mitigées en ce qui concerne la violence envers les enfants. Parmi les neuf études où l'on examine les visites à domicile comme stratégie pour réduire la violence faite aux enfants, quatre essais ont entraîné une diminution de la fréquence des situations de violence chez les groupes bénéficiant de visites, tandis que cinq ont mené à une augmentation. Soulignons à ce chapitre, cependant, qu'un contrôle accru grâce à la présence de la personne effectuant la visite à domicile pourrait contribuer à un biais majeur favorisant le dépistage de la violence.

Dans une revue de programmes visant à réduire l'exposition à la fumée de tabac ambiante chez les jeunes enfants, Emmons et ses collaborateurs (2001) trouvent très peu de données en accord avec les visites à domicile. En examinant tous les types d'intervention, les auteurs arrivent à la conclusion « qu'aucune des études réalisées à ce jour n'a mené à des réductions importantes si on mesure objectivement l'exposition des enfants », même si on rapporte un certain effet sur l'exposition signalée par la personne. Une seule étude traite des visites à domicile en tant que stratégie. On y mentionne des différences significatives dans les circonstances déclarées par les mères fumeuses et des différences

significatives quoique faibles déclarées par les mères non fumeuses. Cependant, on n'a pas noté ces différences lors d'une mesure objective connexe.

Fraser et coll. (2006) trouvent très peu de données appuyant l'utilité des programmes de visites à domicile pour les enfants de parents atteints d'une maladie mentale. En plus, ces données se rapportent seulement à des mesures indirectes de la santé mentale. En considérant une multitude d'interventions, les auteurs notent que les données des études de qualité moyenne ou supérieure fournissent « très peu de détails concernant l'efficacité des programmes par rapport aux résultats associés au bien-être ou à la maladie chez l'enfant ». En mesurant l'absence de toute psychopathologie durant l'enfance en tant que résultat, les auteurs ne voient aucune donnée permettant de conclure que les visites à domicile par les infirmières, parmi tant d'autres interventions, soient bénéfiques. Les données spécifiques aux visites à domicile laissent supposer « que l'humeur dépressive des mères s'est atténuée, que le degré de stress quotidien a diminué et que le recours aux mesures disciplinaires punitives par les parents a diminué à la suite des visites à domicile par des infirmières... Toutefois, aucune donnée probante ne permet de conclure que cela [des marqueurs de substitution comme ceux-ci] ait mené à l'amélioration de la santé mentale des enfants ».

Deux revues sont centrées sur certains aspects préventifs en matière de santé chez les enfants. L'une traite de l'acceptation de la vaccination (Kendrick et coll., 2000), et l'autre traite du dépistage des troubles de la vue chez les enfants d'âge préscolaire (Snowdon et Stewart-Brown, 1997). Dans la première, Kendrick et ses collaborateurs (2000) ne relèvent aucune donnée à l'appui des visites à domicile comme stratégie pour accroître l'acceptation de la vaccination durant l'enfance. Dans cette revue, les auteurs recommandent que « d'autres mesures se révèlent sans doute nécessaires pour accroître l'acceptation de la vaccination chez les personnes plus difficiles d'accès ». Dans leur revue sur le dépistage des troubles de la vue chez les enfants d'âge préscolaire, Snowdon et Stewart-Brown (1997) estiment que les données ne permettent pas de confirmer le bien-fondé des programmes comme tels ni des visites à domicile comme mécanismes propices au dépistage. Les auteurs concluent que les « responsables des programmes de dépistage en cours devraient songer à y mettre un terme ».

Gepkins et Gunning-Schepers (1996) passent en revue les interventions visant à atténuer les différences dans l'état de santé selon le statut socioéconomique (SSE). Leurs conclusions contiennent certains fondements théoriques à l'appui de l'intervention d'une personne visiteuse dans le cadre de ces programmes. La revue montre que le simple fait de fournir des renseignements se révèle utile dans les groupes de SSE plus élevé, mais que « le fait de fournir des renseignements en y jumelant un soutien individualisé semble donner de bons résultats chez les groupes de SSE plus faible ». Les auteurs concluent qu'il est souvent difficile de prévoir l'effet qu'aura une intervention sur l'atténuation des différences observées dans l'état de santé selon le rang socioéconomique parce qu'on ne mesure que rarement les effets sur la santé.

Résultats associés aux mères

Trois revues traitent des résultats sur la santé des mères. Dans deux d'entre elles, les auteurs évaluent les programmes visant à réduire le nombre de cas d'insuffisance pondérale à la naissance (Brunton et Thomas, 2001; Lu et coll., 2005). Dans la dernière, les auteurs se penchent sur les interventions centrées sur la dépression postnatale (Lumley et coll., 2004). Dans leur revue des interventions visant à réduire le nombre d'accouchements de mères adolescentes où le bébé naît avec une insuffisance pondérale, Brunton et Thomas (2001) notent un appui modéré et non exclusif à l'égard des visites à domicile comme mécanisme de prestation. Même si les contextes, les mécanismes de prestation et les fournisseurs de service n'étaient jamais les mêmes, « dans les cinq études comportant des différences statistiquement significatives, on a offert un soutien et de l'éducation en santé comme stratégie d'intervention ». Même « s'il est difficile de savoir avec précision quelle composante, par exemple les visites à domicile, de l'une ou de l'autre des interventions agit favorablement sur le poids à la naissance », les auteurs observent que « les interventions engageant les adolescentes dès le début de leur grossesse », c'est-à-dire celles qui ciblaient précisément les adolescentes, de même que les programmes combinant des stratégies diverses, se révèlent les plus efficaces. « Les interventions ne semblent pas produire des effets différents selon le groupe ethnique. » Au total, six des 13 études d'interventions sélectionnées pour la revue se sont déroulées à la maison. Lu et ses collaborateurs (2005) n'appuient pas beaucoup les visites à domicile comme stratégie d'intervention pour prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance. Dans leur

revue des modèles de recherche sur les interventions d'aide sociale axées sur l'insuffisance pondérale à la naissance, la seule étude sur les 12 examinées qui montrait une réduction intéressante à cet égard ne contenait aucune mention des visites à domicile comme stratégie. Cependant, aucune des 12 études « ne satisfaisait à tous les critères associés aux modèles de recherche efficaces », ce qui fait remettre en question les conclusions tirées de cette compilation de recherche.

À la lumière de leur examen des interventions visant à réduire les cas de dépression après l'accouchement, Lumley et coll. (2004) se montrent favorables à une multitude d'interventions axées sur la relation thérapeutique. À partir d'une série d'études dans lesquelles il est question de diverses interventions liées aux visites à domicile, les auteurs en arrivent à la conclusion que « les données laissent fortement supposer que la relation thérapeutique établie après l'accouchement (pour l'ensemble des modalités étudiées) avec des femmes aux prises avec une dépression ou avec une dépression latente par des professionnels de formations diverses, après une formation complémentaire spécialisée, permettra de réduire substantiellement les symptômes de dépression et la dépression elle-même ». Ils ne se montrent que peu favorables aux interventions universelles ou aux interventions sélectives durant la période pré-natale. Ils concluent que « ni la constance des soins, ni l'aide d'une doula ou d'une infirmière durant le travail, et ni les conseils postnataux d'une sage-femme ne peuvent être recommandés comme stratégies pour réduire les cas de dépression postnatale ». Ils n'ont trouvé aucune trace non plus qui permettent d'avancer que les interventions visant à améliorer l'interaction mère-enfant puissent produire un effet quelconque sur la dépression maternelle.

Résultats associés au rôle parental

Parmi les trois revues portant sur l'interaction entre la mère et l'enfant, deux traitent de l'allaitement (de Oliveira et coll., 2001; Tedstone et coll., 1998), tandis que la troisième porte sur les mères toxicomanes (Bowie 2005). Dans leur revue, de Oliveira et ses collaborateurs (2001) concluent à un appui modéré par rapport aux visites à domicile utilisées dans les interventions pour promouvoir l'allaitement. Après avoir examiné l'ensemble des interventions, les auteurs concluent que les programmes les plus fructueux « combinent généralement l'aide, les renseignements et les conseils individuels offerts à long terme de manière soutenue ». Même si les qualifications du personnel investi ne semblent pas jouer sur l'efficacité, les stratégies sans véritable contact direct ne semblent pas porter des fruits. Il appert que les programmes s'échelonnant sur toute la période pré-natale ou les périodes pré-natale et postnatale à la fois se révèlent plus bénéfiques que ceux déployés durant la période postnatale seulement. Les auteurs concluent que les stratégies les plus utiles sont « les séances de groupe durant la période pré-natale; les visites à domicile durant la période postnatale ou durant les deux périodes; et la combinaison des séances de groupes, des visites à domicile et des séances individuelles dans le cadre d'interventions déployées sur les deux périodes ». Dans leur revue des interventions visant à promouvoir les bonnes habitudes alimentaires pour les nourrissons de moins d'un an, Tedstone et coll. (1998) fournissent très peu de données à l'appui des visites à domicile. Les auteurs concluent que « certaines données laissent supposer que les interventions à long terme avec de multiples prises de contact se révèlent sans doute les plus fructueuses ».

Après avoir étudié les interventions visant à améliorer l'interaction entre la mère et l'enfant chez les mères toxicomanes, Bowie (2005) estime que les visites à domicile dans ce contexte produisent des effets mitigés. Dans cette revue, les sept études sur les visites à domicile présentent des conclusions divergentes, allant de l'absence générale d'effets jusqu'à la présence d'effets positifs en passant par des effets bénéfiques négligeables. Contrairement aux résultats obtenus lors d'études ayant un enjeu différent [p. ex. la prévention de la maltraitance, comme l'a rapporté MacMillan (2000)], l'auteur conclut que « la durée, l'intensité ou la fréquence de l'intervention ne semblent pas [être] des facteurs de réussite prévisibles ».

Le tableau 3 ci-dessous présente la synthèse des sujets couverts dans les textes sélectionnés pour la revue par type de résultat et de conclusion tirée par les auteurs.

Tableau 3. Résultats mesurés dans chacune des revues

Revue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Résultat																						
A			↑	↑																		
B				∅										∅								
C						↑		↑												↑		
D																					↑	
E																			∅			
F	∅																					
G		↑		∅										∅							∅	
H				∅																		
I			∅																			
J		↑	↑								∅											
K		↑	↑						↑													
L									↑													
M																						
N								↑														
O	↔																				↑	
P							↑								↑		↑					
Q															↑							
R																	↔					
S		↑						↑	∅													
T																						
U		↑	↑																			
V		↑	↑							↑												
W								↑								↑						
X	∅																					
Y	↑																					
Z																						
Za			↑	↑																		
Zb																						
Zc						↑	↑															
Zd														↑								

Remarques : Les résultats présentés A à Zd correspondent à ceux mentionnés au tableau 2; le numéro des revues de 1 à 22 correspond aux revues récupérées dans la DARE dont la liste figure à l'annexe C. [↑] signifie une amélioration dans les résultats; [∅] signifie aucun effet observé, [↔] signifie des effets mitigés. (Pour le résultat Za, soit « utilisation des services », une utilisation accrue est rapportée comme une amélioration, étant donné la conception que les nouvelles mères n'utilisent probablement pas les services de santé autant qu'elles le devraient.)

SOMMAIRE

Dans les revues dont il est question ci-dessus, on présente des données probantes associées aux résultats obtenus dans le cadre de programmes de visites à domicile et aux aspects susceptibles de contribuer à la réussite de ces programmes. Ces données se résument comme suit :

Résultats associés aux enfants : Même si les données laissent supposer des améliorations dans l'état de santé physique général de la clientèle, on ne peut pas en dire autant des nouveau-nés, que ce soit en termes de mortalité ou de morbidité. En outre, on a noté des améliorations générales de la santé mentale ainsi que des améliorations dans le développement de l'enfant et le développement intellectuel. Cela dit, dans le cas des enfants dont les parents sont atteints de maladie mentale, on ne relève aucun indice suggérant qu'une intervention quelconque puisse prévenir la psychopathologie. On remarque que les visites à domicile peuvent réduire le taux de blessures à la maison. Les données en accord avec les visites à domicile pour réduire la violence envers les enfants ou les mauvais traitements faits aux enfants ne sont pas concluantes. On constate que de fréquentes visites à domicile par des infirmières peuvent diminuer les cas de mauvais traitements, mais on ne trouve que des données mitigées sur les résultats liés à la violence. Étant donné l'effet confondant exercé par le biais de suivi, qui pourrait accroître le dépistage dans les familles visitées où il y a de la violence, on peut douter de la façon de mesurer la réussite d'un programme en fonction d'une diminution des cas de violence rapportés. Soulignons en dernier lieu que les visites à domicile ne semblent pas constituer une très bonne technique de dépistage des troubles de la vue chez les enfants d'âge préscolaire.

Résultats associés aux mères : Les revues contiennent un grand nombre de données voulant que les visites à domicile puissent aider à dépister et à gérer la dépression postnatale. On associe les visites à domicile à des améliorations de la santé physique, de la santé mentale et du développement, de la condition sociale et des habitudes d'hygiène. On estime également qu'elles constituent une méthode propice pour entrer en contact avec les personnes de faible statut socioéconomique. Il a été démontré que les visites à domicile réduisent les cas d'insuffisance pondérale à la naissance des bébés nés de mères adolescentes. Les résultats rapportés pour les autres tranches de population ne laissent voir aucun intérêt à utiliser les visites à domicile comme stratégie pour agir sur l'insuffisance pondérale à la naissance ou l'âge gestationnel.

Résultats associés au rôle parental : On estime que les visites à domicile jouent un rôle dans l'amélioration des connaissances et de l'utilisation des services de même que dans l'amélioration de l'efficacité des services sociaux, de santé et d'éducation. Cependant, rien ne laisse supposer que ce genre de programme influence la décision d'opter pour la vaccination. Même s'il appert que les visites à domicile peuvent dans une certaine mesure mener à une amélioration du cadre familial, on ne trouve pas grand chose permettant de conclure qu'une intervention puisse avoir un effet notable dans le cas de l'exposition à la fumée de tabac ambiante. Les observations concernant l'effet bénéfique des visites à domicile centrées sur l'interaction mère-enfant chez les mères polytoxicomanes sont mitigées. Dans cette tranche de population, l'abstinence demeure le principal indicateur de résultats. Il est assez clairement démontré que les visites à domicile peuvent accroître le taux d'allaitement, et il semble clair aussi que les visites à domicile peuvent influencer favorablement les compétences parentales et l'interaction parent-enfant.

Types de programmes : En général, les programmes de visites à domicile donnent les meilleurs résultats quand ils sont soutenus et ciblent la clientèle la plus vulnérable (sauf pour les polytoxicomanes). Les programmes de transition destinés aux nouvelles mères portent également des fruits tout comme les programmes combinant diverses stratégies d'intervention. On observe de meilleurs résultats chez les mères adolescentes quand celles-ci bénéficient dès le début de leur grossesse de programmes explicitement mis sur pied pour elles. On obtient les résultats les plus probants en matière d'allaitement et de saine alimentation avec les programmes à visites multiples échelonnés sur une longue période, tels que ceux incluant une composante prénatale et ceux combinant des séances de groupe, des séances individuelles et des visites à domicile.

Il est démontré que les programmes de visites à domicile offerts durant la grossesse seulement ou ciblant les femmes enceintes susceptibles d'avoir des complications ne sont pas profitables. En les combinant à d'autres formes de services, les visites à domicile rendues par des auxiliaires peuvent influencer le taux de vaccination, améliorer les soins

préventifs et les visites prénatales, accroître l'utilisation des ressources communautaires, diminuer les cas de violence envers les enfants et améliorer la santé psychosociale de la mère. Si on compare les divers programmes de formation au rôle de parent, on constate que la formation en groupe se révèle plus économique que la formation individualisée et qu'elle produit des résultats plus positifs. Signalons toutefois que, dans une autre étude, on remet en question de manière générale le bien-fondé de la formation au rôle de parent, si on la compare aux autres types de prévention primaire.

Lacunes de la recherche : Malgré les 22 revues systématiques examinées dans le présent document, les 25 autres textes de revues spécialisées résumés à l'annexe D et les quelque 200 études primaires sur lesquelles s'appuie la présente revue documentaire, il semble impossible d'en arriver à des conclusions claires au sujet des visites à domicile utilisées comme mesure d'intervention. Cela s'explique par un certain nombre de facteurs associés à la fois aux programmes de visites à domicile à proprement dit et aux données et analyses en découlant. Dans une large mesure, ce n'est pas le nombre, mais l'objet des travaux de recherche qui empêche de dresser un portrait plus clair des visites à domicile. Pour en arriver à des constatations plus cohérentes et tirer des conclusions plus nettes, on devra étudier plus à fond les champs de recherche nommés ci-dessous.

Puisqu'il existe déjà une grande quantité d'études primaires, les recherches plus approfondies sur l'efficacité des visites à domicile devraient commencer par un examen plus détaillé des résultats connus. Réunir les résultats de programmes hétérogènes à l'aide d'une méta-analyse pose problème. On a critiqué cette méthode avec raison dans le cas des visites à domicile (Olds et coll., 2007). Cela dit, étant donné qu'on a accès depuis quelques années à de plus en plus de données, il faudrait maintenant procéder avec précaution au regroupement des résultats connus et à une interprétation tout aussi prudente. Une telle méta-analyse doit descendre plus dans le détail que les études précédentes (Sweet et Appelbaum, 2004), en subdivisant les programmes de visites à domicile en sous-groupes de programmes similaires que l'on peut regrouper de manière intelligente. La durée et la fréquence des programmes, la population visée, le contexte, le fournisseur de services et l'objet ou le point central devraient servir à catégoriser les programmes de visites à domicile sous évaluation. La méta-analyse devrait porter uniquement sur les groupes de programmes clairement similaires.

Il est parfois difficile de connaître les résultats des évaluations des visites à domicile en raison de l'absence de continuité entre la conception du programme et la théorie, d'une part, et les résultats mesurés lors de l'évaluation, d'autre part. Si les programmes entraînent des changements dans des domaines autres que ceux mesurés, soit en raison des intentions explicites liées à la conception du programme ou des pratiques de visites à domicile qui divergent de la conception, les données de l'évaluation viendront sans doute brosser un tableau fautif de l'efficacité du programme. Un examen de la cohérence des études existantes à cet égard pourrait permettre de déterminer la qualité des données probantes disponibles au sujet des visites à domicile.

Les données qualitatives et expérientialles ne font généralement pas partie des conclusions concernant les résultats mesurés. Si elles divergent des données issues de l'évaluation quantitative, elles pourraient en quelque sorte expliquer l'écart entre la pratique et l'évaluation. Une meilleure compréhension de l'expérience vécue par le visiteur ou par le client aiderait à évaluer et à interpréter les résultats obtenus. Des recherches additionnelles devraient porter sur la manière d'interpréter et de comprendre les données expérientialles.

Outre les données existantes, les préjugés défavorables résultant apparemment de la participation à un programme ciblant les mères à risque constituent l'un des aspects des visites à domicile pratiquement passés sous silence dans les documents spécialisés. Bien qu'un grand nombre de données probantes laissent supposer que les programmes ciblés orientent les ressources sur la clientèle susceptible de bénéficier le plus des services de visites à domicile, personne n'a encore vraiment exploré les conséquences associées aux préjugés en découlant. Il est essentiel de mieux comprendre le genre d'effets que peuvent avoir ces préjugés sur les personnes impliquées, que ce soit l'hésitation à participer ou d'autres effets néfastes pour les personnes ayant accepté le service, si l'on veut savoir à quel moment et à

quel endroit les programmes ciblés pourraient mieux répondre aux besoins que les programmes universels.

Une fois que nous aurons exploré les questions de recherche mentionnées ci-dessus, nous devrions être mieux en mesure de déterminer quel genre de modèle (ou de modèles) serait le plus approprié pour le Canada. Y a-t-il un seul modèle qui, en raison de l'endroit où sera mis en place le programme, répond le mieux aux objectifs des visites à domicile au Canada? Existe-t-il un modèle susceptible de servir de norme pour la pratique canadienne? Dans un tel cas, il sera nécessaire d'adapter ce modèle à la réalité canadienne et d'en faire une évaluation détaillée à long terme dans le contexte canadien.

CONCLUSIONS

Parmi les 22 revues, on présente des résultats équivoques (certaines constatations positives et d'autres négatives) dans deux rapports, des effets neutres (sans différences statistiquement significatives) dans 12 rapports, et des résultats bénéfiques dans 33 rapports. Relativement aux neuf résultats examinés (état de santé général de l'enfant, allaitement, blessures durant l'enfance, développement cognitif, santé physique de la mère, santé mentale de la mère, dépression postnatale, utilisation des services de santé et utilisation d'autres ressources), on démontre dans au moins deux revues les effets bénéfiques, et aucune donnée quant à un effet contraire. En ce qui concerne les six autres résultats examinés (développement physique de l'enfant, comportement social, rôle de parent, maltraitance, soutien social de la mère et familles de statut socioéconomique plus faible comme cible), on fait état dans au moins une revue d'effets salutaires, et aucune donnée quant à un effet contraire. L'ampleur du chevauchement des études originales citées dans chacune des revues n'a toutefois pas fait l'objet d'une analyse. Il est donc impossible de dire pour le moment combien d'études originales contiennent suffisamment de données permettant de conclure à un effet salutaire des visites à domicile dans chacun des 15 domaines liés aux résultats. Plus grand est le nombre d'études originales où l'on rapporte des effets salutaires, plus il sera possible de confirmer l'utilité des visites à domicile. De même, si diverses revues traitent de mêmes études originales, la valeur des données cumulées sur ce seul programme pourrait s'en trouver exagérée.

Il importe par ailleurs de signaler la diversité des caractéristiques des programmes de visites à domicile examinés dans les 22 revues. Il va sans dire que divers types de programmes de ce genre peuvent agir sur différents domaines liés aux résultats. On peut toutefois déduire parmi les conclusions tirées des textes de revues que les programmes soutenus déployés à long terme et auxquels on a alloué des ressources adéquates sont plus susceptibles de se révéler salutaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Aos, S., R. Lieb, J. Mayfield, M. Miller et A. Pennucci. 2004. Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth: Technical appendix (document no 04-07-3901), Olympia (Washington), Washington State Institute for Public Policy.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., M. H. van IJzendoorn et F. Juffer. 2003. « Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood », *Psychological Bulletin*, vol. 129, no 2, p. 195-215.
- Bilukha, O., R. A. Hahn, A. Crosby, M. T. Fullilove, A. Liberman, E. Moscicki et coll. 2005. Task Force on Community Preventive Services (2005). « The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, no 2, supplément no 1, p. 11-39.
- Blok, H., R. G. Fukkink, E. C. Gebhardt et P. P. M. Leseman. 2005. « The relevance of delivery mode and other programme characteristics for the effectiveness of early childhood intervention », *International Journal of Behavioral Development*, vol. 29, no 1, p. 35-47.
- Blondel, B. et G. Mellier. 1996. « Les visites à domicile pendant la grossesse : revue des essais randomisés et questions soulevées », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 25, no 5, p. 515-522.
- Bowie, B.H. 2004. « Interventions to improve interactions between drug abusing mothers and their drug-exposed infants: a review of the research littérature », *Journal of Addictions Nursing*, vol. 15, no 4, p. 153-161.
- Brunton, G. et H. Thomas. 2001. « The effectiveness of public health strategies to reduce or prevent the incidence of low birth weight in infants born to adolescents: a systematic review », Ville de Hamilton, Direction des services sociaux et de santé publique. Projet de pratique efficace en santé publique.
- Bull, J., G. McCormick, C. Swann et C. Mulvihill. 2004. Health Development Agency. Ante- and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews: Evidence briefing (1ère édition), Health Development Agency (Royaume-Uni).
- Ciliska, D., S. Hayward, H. Thomas, A. Mitchell, M. Dobbins, J. Underwood et coll. 1996. « A systematic overview of the effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, no 3, p. 193-198.
- Ciliska, D., P. Mastrianni, J. Ploeg, S. Hayward, G. Brunton et J. Underwood. 2001. « The effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions to clients in the prenatal and postnatal period: a systematic review », *Primary Health Care Research & Development*, vol. 2, no 1, p. 41-54.
- Close, J. 2002. « Does accident prevention education reduce the incidence of childhood accidents in the home? », *British Journal of Community Nursing*, vol. 12, no 7, p. 639-644.
- de Oliveira, M. I., L. A. Camacho et A. E. Tedstone. 2001. « Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions », *Journal of Human Lactation*, vol. 17, no 4, p. 326-343.
- Durlak, J. A. et A. M. Wells. 1997. « Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review », *American Journal of Community Psychology*, vol. 25, p. 115-152.
- Elkan, R., D. Kendrick, M. Hewitt, J. J. Robinson, K. Tolley, M. Blair et coll. 2000. « The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature », *Health Technology Assessment*, vol. 4, no 13, p. 1-339.
- Emmons, K.M., M. Wong, S.K. Hammond, W.F. Velicer, J.L. Fava , A.D. Monroe et coll. 2001. « Intervention and Policy Issues Related to Children's Exposure to Environmental Tobacco Smoke », *Preventive Medicine*, vol. 32, no 4, p. 321-331.
- Evanson, T. A. 2006. « Addressing domestic violence through maternal-child health home visiting: what we do and do not know », *Journal of Community Health Nursing*, vol. 23, no 2, p. 95-111.
- Fraser, C., E.L. James, K. Anderson, D. Lloyd et F. Judd. 2006. « Intervention programs for children of parents with a mental illness: a critical review », *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 8, no 1, p. 9-20.
- Geeraert, L., W. Van den Noortgate, H. Grietens et P. Onghena. 2004. « The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis », *Child Maltreatment*, vol. 9, no 3, p. 277-291.
- Gepkens, A., et L.J. Gunning-Schepers. 1996. « Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature », *The European Journal of Public Health*, vol. 6, no 3, p. 218.

- Gomby, D. S., P. L. Culross et R. E. Behrman. 1999. « Home visiting: recent program evaluations—analysis and recommendations », *The Future of Children*, vol. 9, no 1, p. 195-223.
- Gomby, D. S. 2005. Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents, *Invest in kids working paper 7*, Sunnyvale (Californie), Committee for Economic Development Invest in Kids Working Group.
- Karoly, L. A., P. W. Greenwood, S. S. Everingham, J. Hoube, R. Kilburn, C. P. Rydell, M. Sanders et J. Chiesa. 1998. *Investing in our children: what we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*, Santa Monica (Californie), Rand Corporation.
- Kearney, M. H., R. York et J. A. Deatrick. 2000. « Effects of home visits to vulnerable young families », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 32, no 4, p. 369-375.
- Kendrick, D., J. Barlow, A. Hampshire, S. Stewart-Brown et L. Polnay. 2008. « Parenting interventions and the prevention of unintentional injuries in childhood: systematic review and meta-analysis », *Child: Care, Health and Development*, vol. 34, no 5, p. 682-695.
- Kendrick, D., M. Hewitt, M. Dewey, R. Elkan, M. Blair, J. Robinson, D. Williams, K. Brummell. 2000. « The effect of home visiting programmes on uptake of childhood immunization: a systematic review and meta-analysis », *Journal of Public Health*, vol. 22, no 1, p. 90-98.
- Lagerberg, D. 2000. « Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables », *Acta Paediatrica Supplement*, vol. 89, supplément no 434, p. 43-52.
- Layzer, J. I., B. D. Goodson, L. Bernstein et C. Price. 2001. *National evaluation of family support programs: final report volume A: the meta-analysis*, Cambridge (Massachusetts), Abt Associates Inc.
- Lee, S., S. Aos et M. Miller. 2008. Evidence-based programs to prevent children from entering and remaining in the child welfare system: Benefits and costs for Washington (document no 08-07-3901), Olympia (Washington), Washington State Institute for Public Policy.
- Lu, Q., M.C. Lu, et C.D. Schetter. 2005. « Learning from Success and Failure in Psychosocial Intervention: An Evaluation of Low Birth Weight Prevention Trials », *Journal of Health Psychology*, vol. 10, no 2, p. 185-195.
- Lumley, J., M. Austin et C. Mitchell. 2004. « Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 20, no 2, p. 128-144.
- Lundahl, B. W., Nimer, J. et Parsons, B. 2006. « Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs », *Research on Social Work Practice*, vol. 16, no 3, p. 251-262.
- MacLeod, J. et G. Nelson. 2000. « Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review », *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, no 9, p. 1127-1149.
- MacMillan, H.L. 2000. « Soins de santé préventifs, mise à jour 2000 : Prévention de la violence faite aux enfants », traduction de l'article intitulé « Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment », paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, le 28 novembre 2000, vol. 163, no 11, p. 1451-1458.
- McNaughton, D. B. 2000. « A synthesis of qualitative home visiting research », *Public Health Nursing*, vol. 17, no 6, p. 405-414.
- McNaughton, D.B. 2004. « Nurse Home Visits to Maternal-Child Clients: A Review of Intervention Research », *Public Health Nursing*, vol. 21, no 3, p. 207-219.
- Nelson, G., A. Westhues et J. MacLeod. 2003. « A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children », *Prevention & Treatment*, vol. 6, no 31.
- Nievar, M. A. et L. Van Egeren. 2005. More is better: A meta-analysis of home visiting programs for at-risk families, document présenté dans le cadre de la Biennial Conference of the Society for Research in Child Development, Tampa (Floride).
- Olds, D., D. W. Luckey, N. S. Donelan-McCall, J. Holmberg, R. A. Tutt, H. Kitzman et coll. 2007. « Home-based support for disadvantaged adult mothers: criticism », *The Cochrane Library*. Récupéré à l'adresse <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003759/frame.html>.
- Olds, D., P. Hill, J. Robinson, N. Song et C. Little. 2000. « Update on home visiting for pregnant women and parents of young children », *Current Problems in Pediatrics*, vol. 30, no 4, p. 109-141.

- Olds, D. L. et H. Kitzman. 1993. « Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children », *The Future of Children*, vol. 3, no 3, p. 53-92.
- Olds, D. L., L. Sadler et H. Kitzman. 2007. « Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 48, no 3, p. 355-391.
- Roberts, I., M.S. Kramer et S. Suissa. 1996. « Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials », *British Medical Journal*, vol. 312, p. 29-33.
- Russell, B. S., P. A. Britner et J. L. Woolard. 2007. « The promise of primary prevention home visiting programs: a review of potential outcomes », *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, vol. 34, no 1, p. 129-147.
- Snowdon, S.K. et S.L. Stewart-Brown. 1997. « Preschool vision screening: results of a systematic review », NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York (Royaume-Uni).
- Sweet, M. A. et M. I. Appelbaum. 2004. « Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children », *Child Development*, vol. 75, no 5, p. 1435-1456.
- Tedstone, A., N. Dunce, M. Aviles, P. Shetty et L. Daniels. 1998. Effectiveness of interventions to promote healthy feeding in infants under one year of age, The Health Education Authority, Londres.
- Thomas, H., Y. Camiletti, M. Cava, L. Feldman, J. Underwood et K. Wade. 1999. Effectiveness of parenting groups with professional involvement in improving parent and child outcomes, région de Hamilton-Wentworth, Ontario : Direction des services sociaux et de santé publique.
- Wade, K., M. Cava, C. Douglas, L. Feldman, H. Irving, M. A. O'Brien, et coll. 1999. A systematic review of the effectiveness of peer/paraprofessional 1:1 interventions targeted towards mothers (parents) of 0-6 year old children in promoting positive maternal (parental) and/or child health/developmental outcomes, région de Hamilton-Wentworth, Ontario : Direction des services sociaux et de santé publique.

ANNEXE A : STRATÉGIE DE RECHERCHE

Comme stratégie de recherche, on a adapté l'annexe 1 intitulée « Search Strategy » dans le texte de Bull et coll. (2004) pour l'appliquer à la Database of Abstracts of Reviews of Effect (DARE) du Centre for Reviews and Dissemination (CRD) en y accédant à l'aide de l'interface Ovid. On a modifié la stratégie de recherche originale uniquement par rapport à la période couverte (en changeant les limites) et aux troncatures utilisées pour trouver des variantes avec l'interface Ovid.

1. (famille ou familles).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
2. (parent ou parents).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
3. (enfant ou enfants ou nouveau-né ou néonat\$).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
4. (mère\$ ou bébé ou bébés).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
5. 1 ou 2 ou 3 ou 4
6. (visite\$ à domicile ou visite\$ de santé).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
7. consultation\$ à domicile.mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
8. travailleur\$ socia\$.mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
9. (parent\$ adj3 (éducation ou classe\$ ou formation ou programme\$ ou compétence\$)).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
10. ((prénatal ou anténatal ou anté-natal ou post-natal ou postnatal) adj3 (classe\$ ou formation ou éducation)).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
11. (infirmi\$ de santé publique ou infirmi\$ de quartier ou infirmi\$ communautaire\$).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
12. 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11
13. ((amélior\$ ou augment\$) adj3 (santé ou bien-être ou bienêtre)).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
14. (réduction\$ ou rédui\$ adj3 (mortalité ou morbidité ou inéqu\$ en santé ou variation\$ sociale\$ ou inéqu\$ sociale\$)).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
15. (appui ou soutien ou encourage\$).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
16. ((maternel\$ ou mère\$) adj3 santé).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
17. ((parent\$ ou mère\$) adj1 (enfant ou nourrisson) adj1 relation\$ ou lien\$).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
18. (enfant\$ adj1 (développement ou aide sociale ou violence ou santé)).mp. [mp=titre, résumé, titres de sujet, mot du titre, nom commercial du médicament, titre original, fabricant de l'appareil, nom du fabricant du médicament]
19. 13 ou 14 ou 15 ou 16 ou 17 ou 18
20. 5 et 12 et 19

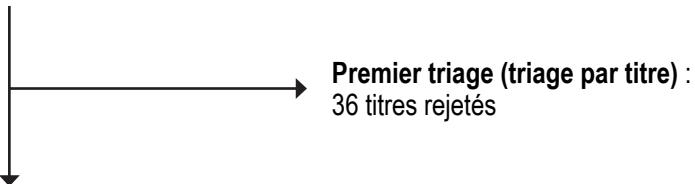
Remarques sur la faisabilité d'une revue systématique exhaustive

Comme il est mentionné dans le corps du rapport, nous avons effectué notre recherche uniquement dans la Database of Abstracts of Reviews of Effect (DARE). Nous avons, par contre, examiné la faisabilité de mettre à jour l'une des revues systématiques de revues relevées (soit l'exposé des données de la HDA élaboré par Bull et ses collaborateurs en 2004, qui s'intitule « Ante- and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews ») et de procéder à une revue systématique exhaustive des revues publiées jusqu'en 2008. Quand on les applique aux bases de données EMBASE, Medline, Cochrane Library, Sociological Abstracts, CINAHL, Social Science Citation Index, DARE et HTA, en utilisant les nouvelles dates et les résultats en français, les recherches les plus pointues décortiquées par Bull et ses collaborateurs (2004) permettent de recenser quelque 1 170 titres (avant le rejet des répétitions). Des recherches moins pointues, exécutées à l'aide des bases de données TRIP, PsychINFO et Sociological Abstracts, ont permis de recenser 4 580 titres (en incluant les répétitions).

Bref, nous aurions pu trier quelque 5 750 titres et résumés au total puis en évaluer la pertinence. Normalement, environ le cinquième des titres serait passé à l'étape suivante. Il aurait donc fallu récupérer 1 150 textes et en vérifier le texte au complet pour en réévaluer la pertinence. Puisque nous avons déjà estimé qu'une bonne quarantaine de textes de revues étaient pertinents, nous ne pouvons estimer avec précision combien de nouveaux titres sortiraient avec une telle recherche systématique. Nous ne pensons pas toutefois qu'il s'agirait d'un grand nombre. Aussi, la valeur de l'exercice réside davantage dans la conviction que nous avons fait une recherche exhaustive.

ANNEXE B : PICTOGRAMME DU PROCESSUS DE RECHERCHE

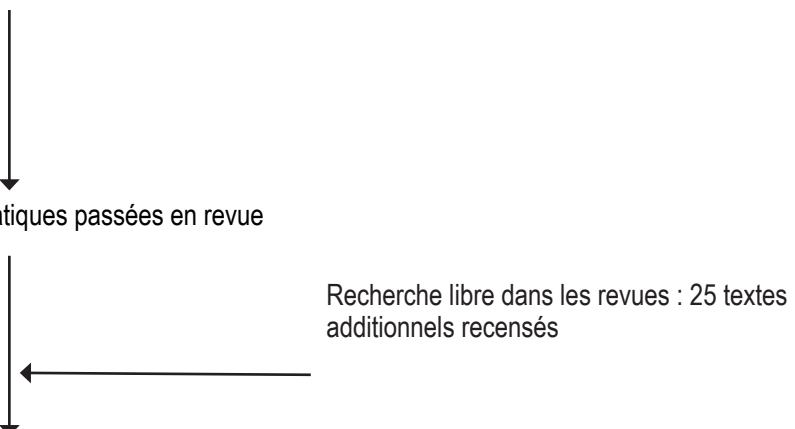
80 titres trouvés dans la DARE



44 résumés et textes intégraux
acheminés vers le second triage



22 textes de revues considérés
admissibles à l'inclusion



47 textes de revues recensés et
commentés

ANNEXE C : LISTE DES 22 REVUES SYSTÉMATIQUES TROUVÉES DANS LES TITRES DE LA DARE

La liste suivante contient les 22 revues systématiques recensées à l'aide de la DARE. Le chiffre correspond au numéro de l'étude se trouvant dans les tableaux 2 et 3.

- (1) Blondel, B. et G. Mellier. 1996. « Les visites à domicile pendant la grossesse : revue des essais randomisés et questions soulevées », Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 25, n° 5, p. 515-522.
- (2) Bowie, B.H. 2004. « Interventions to improve interactions between drug abusing mothers and their drug-exposed infants: a review of the research literature », Journal of Addictions Nursing, vol. 15, no 4, p. 153-161.
- (3) Brunton, G. et H. Thomas. 2001. « The effectiveness of public health strategies to reduce or prevent the incidence of low birth weight in infants born to adolescents: a systematic review », Ville de Hamilton, Direction des services sociaux et de santé publique. Projet de pratique efficace en santé publique.
- (4) Ciliska, D., S. Hayward, H. Thomas, A. Mitchell, M. Dobbins, J. Underwood et coll. 1996. « A systematic overview of the effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions », Revue canadienne de santé publique, vol. 87, no 3, p. 193-198.
- (5) Ciliska, D., P. Mastrilli, J. Ploeg, S. Hayward, G. Brunton et J. Underwood. 2001. « The effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions to clients in the prenatal and postnatal period: a systematic review », Primary Health Care Research & Development, vol. 2, no 1, p. 41-54.
- (6) Close, J. 2002. « Does accident prevention education reduce the incidence of childhood accidents in the home? », British Journal of Community Nursing, vol. 12, no 7, p. 639-644.
- (7) de Oliveira, M. I., L. A. Camacho et A. E. Tedstone. 2001. « Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions », Journal of Human Lactation, vol. 17, no 4, p. 326-343.
- (8) Durlak, J. A. et A. M. Wells. 1997. « Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review », American Journal of Community Psychology, vol. 25, p. 115-152.
- (9) Elkan, R., D. Kendrick, M. Hewitt, J. J. Robinson, K. Tolley, M. Blair et coll. 2000. « The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature », Health Technology Assessment, vol. 4, no 13, p. 1-339.
- (10) Emmons, K.M., M. Wong, S.K. Hammond, W.F. Velicer, J.L. Fava, A.D. Monroe et coll. 2001. « Intervention and Policy Issues Related to Children's Exposure to Environmental Tobacco Smoke », Preventive Medicine, vol. 32, no 4, p. 321-331.
- (11) Fraser, C., E.L. James, K. Anderson, D. Lloyd et F. Judd. 2006. « Intervention programs for children of parents with a mental illness: a critical review », International Journal of Mental Health Promotion, vol. 8, no 1, p. 9-20.
- (12) Gepkens, A., et L.J. Gunning-Schepers. 1996. « Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature », The European Journal of Public Health, vol. 6, no 3, p. 218.
- (13) Kendrick, D., M. Hewitt, M. Dewey, R. Elkan, M. Blair, J. Robinson, D. Williams, K. Brummell. 2000. « The effect of home visiting programmes on uptake of childhood immunization: a systematic review and meta-analysis », Journal of Public Health, vol. 22, no 1, p. 90-98.
- (14) Lu, Q., M.C. Lu, et C.D. Schetter. 2005. « Learning from Success and Failure in Psychosocial Intervention: An Evaluation of Low Birth Weight Prevention Trials », Journal of Health Psychology, vol. 10, no 2, p. 185-195.
- Lumley, J., M. Austin et C. Mitchell. 2004. « Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials », International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 20, no 2, p. 128-144.
- (16) MacMillan, H.L. 2000. « Soins de santé préventifs, mise à jour 2000 : Prévention de la violence faite aux enfants », traduction de l'article intitulé « Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment », paru dans le Journal de l'Association médicale canadienne, le 28 novembre 2000, vol. 163, no 11, p. 1451-1458.
- (17) McNaughton, D.B. 2004. « Nurse Home Visits to Maternal-Child Clients: A Review of Intervention Research », Public Health Nursing, vol. 21, no 3, p. 207-219.

- (18) Roberts, I., M.S. Kramer et S. Suissa. 1996. « Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials », British Medical Journal, vol. 312, p. 29-33.
- (19) Snowdon, S.K. et S.L. Stewart-Brown. 1997. « Preschool vision screening: results of a systematic review », NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York (Royaume-Uni).
- (20) Tedstone, A., N. Dunce, M. Aviles, P. Shetty et L. Daniels. 1998. Effectiveness of interventions to promote healthy feeding in infants under one year of age, The Health Education Authority, Londres.
- (21) Thomas, H., Y. Camiletti, M. Cava, L. Feldman, J. Underwood et K. Wade. 1999. Effectiveness of parenting groups with professional involvement in improving parent and child outcomes, région de Hamilton-Wentworth, Ontario : Direction des services sociaux et de santé publique.
- (22) Wade, K., M. Cava, C. Douglas, L. Feldman, H. Irving, M. A. O'Brien et coll. 1999. A systematic review of the effectiveness of peer/paraprofessional 1:1 interventions targeted towards mothers (parents) of 0-6 year old children in promoting positive maternal (parental) and/or child health/developmental outcomes, région de Hamilton-Wentworth, Ontario : Direction des services sociaux et de santé publique.

ANNEXE D : 25 REVUES NE FIGURANT PAS DANS LA DARE

La liste ci-dessous contient les 25 revues qui n'ont pu être recensées à l'aide de la DARE.

- (23) Aos, S., R. Lieb, J. Mayfield, M. Miller et A. Pennucci. 2004. Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth: Technical appendix (document no 04-07-3901), Olympia (Washington), Washington State Institute for Public Policy.
- (24) Bakermans-Kranenburg, M. J., M. H. van IJzendoorn et F. Juffer. 2003. « Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood », *Psychological Bulletin*, vol. 129, no 2, p. 195-215.
- (25) Bilukha, O., R. A. Hahn, A. Crosby, M. T. Fullilove, A. Liberman, E. Moscicki et coll. 2005. Task Force on Community Preventive Services (2005). « The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, no 2, supplément no 1, p. 11-39.
- (26) Blok, H., R. G. Fukkink, E. C. Gebhardt et P. P. M. Leseman. 2005. « The relevance of delivery mode and other programme characteristics for the effectiveness of early childhood intervention », *International Journal of Behavioral Development*, vol. 29, no 1, p. 35-47.
- (27) Bull, J., G. McCormick, C. Swann et C. Mulvihill. 2004. Health Development Agency. Antenatal and postnatal homevisiting programmes: a review of reviews: Evidence briefing (1ère édition), Health Development Agency (Royaume-Uni).
- (28) Evanson, T. A. 2006. « Addressing domestic violence through maternal-child health home visiting: what we do and do not know », *Journal of Community Health Nursing*, vol. 23, no 2, p. 95-111.
- (29) Geeraert, L., W. Van den Noortgate, H. Grietens et P. Onghena. 2004. « The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis », *Child Maltreatment*, vol. 9, no 3, p. 277-291.
- (30) Gomby, D. S. 2005. Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents, *Invest in kids working paper 7*, Sunnyvale (Californie), Committee for Economic Development Invest in Kids Working Group.
- (31) Gomby, D. S., P. L. Culross et R. E. Behrman. 1999. « Home visiting: recent program evaluations—analysis and recommendations », *The Future of Children*, vol. 9, no 1, p. 195-223.
- (32) Karoly, L. A., P. W. Greenwood, S. S. Everingham, J. Hoube, R. Kilburn, C. P. Rydell, M. Sanders et J. Chiesa. 1998. Investing in our children: what we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions, Santa Monica (Californie), Rand Corporation.
- (33) Kearney, M. H., R. York et J. A. Deatrick. 2000. « Effects of home visits to vulnerable young families », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 32, no 4, p. 369-375.
- (34) Kendrick, D., J. Barlow, A. Hampshire, S. Stewart-Brown et L. Polnay. 2008. « Parenting interventions and the prevention of unintentional injuries in childhood: systematic review and meta-analysis », *Child: Care, Health and Development*, vol. 34, no 5, p. 682-695.
- (35) Lagerberg, D. 2000. « Secondary prevention in child health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcome variables », *Acta Paediatrica Supplement*, vol. 89, supplément no 434, p. 43-52.
- (36) Layzer, J. I., B. D. Goodson, L. Bernstein et C. Price. 2001. National evaluation of family support programs: final report volume A: the meta-analysis, Cambridge (Massachusetts), Abt Associates Inc.
- (37) Lee, S., S. Aos et M. Miller. 2008. Evidence-based programs to prevent children from entering and remaining in the child welfare system: Benefits and costs for Washington (document no 08-07-3901), Olympia (Washington), Washington State Institute for Public Policy.
- (38) Lundahl, B. W., Nimer, J. et Parsons, B. 2006. « Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs », *Research on Social Work Practice*, vol. 16, no 3, p. 251-262.
- (39) MacLeod, J. et G. Nelson. 2000. « Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review », *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, no 9, p. 1127-1149.
- (40) McNaughton, D. B. 2000. « A synthesis of qualitative home visiting research », *Public Health Nursing*, vol. 17, no 6, p. 405-414.
- (41) Nelson, G., A. Westhues et J. MacLeod. 2003. « A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children », *Prevention & Treatment*, vol. 6, no 31.

- (42) Nievar, M. A. et L. Van Egeren. 2005. More is better: A meta-analysis of home visiting programs for at-risk families, document présenté dans le cadre de la Biennial Conference of the Society for Research in Child Development, Tampa (Floride).
- (43) Olds, D., P. Hill, J. Robinson, N. Song et C. Little. 2000. « Update on home visiting for pregnant women and parents of young children », Current Problems in Pediatrics, vol. 30, no 4, p. 109-141.
- (44) Olds, D. L. et H. Kitzman. 1993. « Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children », The Future of Children, vol. 3, no 3, p. 53-92.
- (45) Olds, D. L., L. Sadler et H. Kitzman. 2007. « Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials », Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 48, no 3, p. 355-391.
- (46) Russell, B. S., P. A. Britner et J. L. Woolard. 2007. « The promise of primary prevention home visiting programs: a review of potential outcomes », Journal of Prevention and Intervention in the Community, vol. 34, no 1, p. 129-147.
- (47) Sweet, M. A. et M. I. Appelbaum. 2004. « Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children », Child Development, vol. 75, no 5, p. 1435-1456.

Chapitre 2 : Préparer une analyse de rentabilité en faveur des programmes de visites à domicile : Post-scriptum aux visites de prévention à domicile auprès des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants : une revue des revues par Pierre Guenette et Alan Shiell, Centre de recherche interventionnelle en santé des populations, Université de Calgary

SOMMAIRE

Dans le rapport précédent (*Les visites à domicile comme mesure de prévention pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants : une revue des revues*), on analyse l'efficacité des programmes de visites à domicile et on donne un aperçu des résultats observés. Toutefois, ce rapport ne renfermait pas suffisamment de données pour nous permettre de procéder à une analyse de rentabilité.

Dans ce post-scriptum, nous examinons deux revues qui n'ont pas satisfait aux critères d'inclusion pour la Revue des revues. Dans les deux cas, les auteurs font la synthèse des données probantes disponibles, en quantifiant les effets des programmes de visites à domicile.

La première revue menée par Sweet et Appelbaum (2004) fait ressortir six domaines dans lesquels les programmes de visites à domicile donnent des résultats positifs statistiquement significatifs. Elle nous permet également d'illustrer les complexités liées à la préparation d'une analyse de rentabilité.

La deuxième revue menée par Aos et ses collaborateurs (2004) dans l'État de Washington traite de ces complexités. Les chercheurs présentent un sous-ensemble d'effets immédiats des programmes de visites à domicile et, au terme d'une analyse approfondie, font une estimation du rapport coûts-avantages de ces programmes. Les résultats suggèrent que les avantages des programmes ciblés excèdent leur coût, c'est-à-dire que l'on observe un rendement de 2,28 \$ pour chaque dollar investi. Les chercheurs ont donc conclu à la rentabilité des programmes de visites à domicile, même si certains d'entre eux ne sont pas efficaces.

Ensemble, ces deux revues nous offrent le cadre et la majeure partie des données probantes nécessaires pour préparer une analyse de rentabilité en faveur des programmes de visites à domicile au Canada.

Il reste toutefois du pain sur la planche. Nous devons comparer les caractéristiques des populations ciblées et des programmes prévus ou déjà instaurés au Canada avec celles des programmes ayant fait l'objet de la Revue des revues afin de déterminer s'il est possible d'en appliquer les estimations de l'efficacité à la réalité canadienne. Nous devons également analyser les données qu'Aos et ses collaborateurs ont utilisées pour construire leurs modèles, et y substituer les données canadiennes dans la mesure du possible, puis refaire l'analyse au besoin pour produire une estimation des coûts pertinente pour le contexte canadien.

Ce nouveau travail modifiera les résultats relativement au rapport coûts-avantages, mais l'ampleur des avantages observés à la suite de l'analyse d'Aos et de ses collaborateurs suggère que la conclusion restera aussi solide.

PRÉFACE

Dans leur rapport au Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Leighton et Shiell (2009) ont présenté les résultats de leur Revue des revues accélérée sur l'efficacité des interventions à domicile auprès des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants.

L'objectif de ce rapport était de « réunir les données probantes sur les programmes de visites à domicile utilisés comme moyen de favoriser la santé des mères et de leurs enfants ». C'était la première étape à franchir avant de pouvoir préparer une analyse de rentabilité en faveur des programmes de visites à domicile sur laquelle pourraient s'appuyer les autorités de la santé publique pour prendre leurs décisions en matière d'affectation des ressources.

En raison de diverses contraintes, les auteurs ont limité leur recherche aux textes scientifiques déjà sélectionnés, soumis à une évaluation de la qualité et affichés dans la Database of Abstracts of Reviews of Effect (DARE). Cette

façon de procéder a amélioré l'efficacité de la méthodologie et des étapes de sélection, et a permis d'axer davantage la Revue des revues sur les résultats des textes scientifiques dont on avait rigoureusement évalué la qualité. Après avoir sélectionné et analysé les titres et les sommaires contenus dans la DARE, puis évalué les textes complets qui semblaient pertinents, les auteurs ont analysé et résumé 22 textes scientifiques.

Les résultats se sont révélés plutôt décevants. Aucun des textes scientifiques tirés de la DARE ne comprenait une synthèse conventionnelle des résultats des études examinées. En outre, les résultats étaient mitigés, certains ayant des effets bénéfiques sur quelques aspects des catégories de résultats, alors que d'autres étaient ambigus, voire sans importance. Leighton et Shiell ont recensé un grand nombre de problèmes de méthodologie : rapports de faible efficacité statistique, mauvaise prise en compte des variables de confusion et important décalage entre la théorie sous-tendant l'intervention et les résultats mesurés. Ils ont également observé une grande variation dans les programmes offerts aux groupes cibles, dans les résultats jugés importants ainsi que dans le contenu, la portée et le mode de prestation des programmes.

Leighton et Shiell (2009) en sont venus à la conclusion que « les programmes soutenus déployés à long terme offerts par du personnel adéquatement formé et auxquels on alloue des ressources adéquates sont plus susceptibles de se révéler efficaces dans tous les cas, sauf les plus exceptionnels ». Ils ont été toutefois incapables d'étayer leur argument au-delà de cette conclusion.

Depuis l'achèvement de la Revue des revues, on a eu l'occasion de réexaminer les critères de recherche et les textes scientifiques qui en sont ressortis. De cette liste, on a repéré deux études intéressantes qui n'étaient pas incluses dans la DARE (ce qui voulait dire que ces études n'avaient pas été soumises à une évaluation de la qualité). Elles présentent toutes deux les résultats d'une méta-analyse de la documentation sur les programmes de visites à domicile. Chacune, à sa manière, fournit d'importants renseignements nécessaires pour préparer une analyse de rentabilité en faveur des programmes de visites à domicile. Dans le présent post-scriptum au rapport original rédigé par Leighton et Shiell (2009), nous décrivons les résultats de ces deux études et examinons dans quelle mesure elles nous aident à préparer une analyse de rentabilité.

INTRODUCTION

L'« analyse de rentabilité » se définit de bien des façons. Mais la définition qui reflète le mieux notre interprétation provient de la UK Association for Project Management. Elle se lit comme suit :

« ...fournit une justification pour entreprendre un projet, en donnant une évaluation des avantages, des coûts et des risques des diverses options et expliquer le raisonnement derrière la solution privilégiée. L'objectif : obtenir l'engagement et l'autorisation des gestionnaires d'investir dans le projet. » (Traduction libre) (<http://www.apm.org.uk/Definitions.asp>).

La Revue des revues mentionnée ci-dessus visait à déterminer si les données probantes nécessaires à la préparation d'une analyse de rentabilité étaient disponibles. Leighton et Shiell ont donc centré l'analyse sur l'efficacité des programmes de visites à domicile, c'est-à-dire sur leurs effets par rapport aux résultats jugés valables, dont la compensation des coûts. Même si les textes scientifiques renferment des renseignements sur les caractéristiques liées à la prestation des programmes, les chercheurs ont jugé nécessaire de déterminer leurs coûts d'application au Canada en se basant sur les ressources requises (personnel, espace de bureau, etc.).

Leighton et Shiell se sont rendu compte qu'ils avaient fait quelque peu fausse route en se fiant uniquement à la DARE comme source de textes scientifiques soumis à une évaluation de la qualité. Aucun de ces textes ne fournissait un

sommaire (synthèse) des données probantes sur l'efficacité des programmes. La DARE est loin d'être exhaustive. Les nombreuses recherches ont permis de recenser plusieurs textes sur les programmes de visites à domicile qui ne figuraient pas dans la DARE. De toute évidence, certains des textes répertoriés sont de très haute qualité (stratégie de recherche systématique, critères d'inclusion et d'exclusion clairement énoncés), mais étant donné qu'il était impossible d'évaluer systématiquement tous les textes qui ne figurent pas dans la DARE, Leighton et Shiell ont pris la décision de ne pas les inclure dans leur Revue des revues.

Deux des textes semblaient comporter des éléments importants, car ils présentaient tous les deux un sommaire de certaines des données probantes sur les programmes de visites à domicile. C'est pourquoi nous avons décidé d'analyser ces textes plus en détail dans le présent post-scriptum. Le premier est un document rédigé par Monica Sweet et Mark Appelbaum (2004) qui ont étudié et résumé les données probantes de 60 études sur des programmes de visites à domicile. Le deuxième est un rapport de Steve Aos et de ses collaborateurs (2004) de la Washington State Institute for Public Policy qui présente également une méta-analyse de l'efficacité des programmes de visites à domicile. Il est intéressant de noter que ce dernier rapport complémentaire le travail de Sweet et Appelbaum (2004).

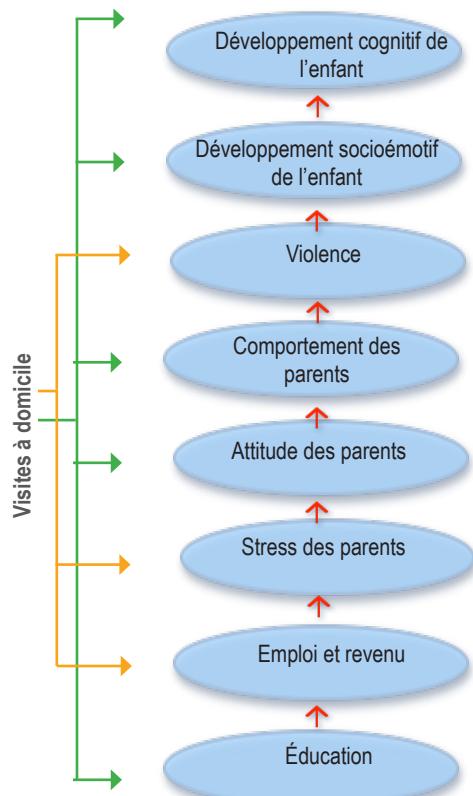
Dans la section qui suit, nous utilisons les travaux de Sweet et Appelbaum (2004) pour souligner ce que nous savons sur l'efficacité des programmes de visites à domicile, mais également ce que nous ne savons pas. À cette fin, nous suggérons des liens de causalité possibles entre les interventions à domicile et les résultats susceptibles de nous intéresser. Par souci de concision, nous avons concentré notre recherche sur les éléments liés à quatre grandes catégories de compensation des coûts entraînant subséquemment des économies dans les secteurs de l'éducation, de la santé, de la justice pénale et de l'aide sociale. Uniquement par souci de clarté, nous n'avons pas tenu compte des améliorations observées en santé, dans le rendement scolaire, dans le domaine de l'emploi ni dans le comportement social qui permettent de réaliser ces économies. Nous décrivons ensuite comment Aos et ses collaborateurs (2004) ont comblé certaines des lacunes.

Sweet et Appelbaum : l'efficacité des visites à domicile

Sweet et Appelbaum (2004) ont passé en revue 60 interventions à domicile menées depuis 1965. Les trois quarts étaient des programmes offerts seulement aux familles considérées comme étant « à risque » en raison de leur situation socioéconomique ou démographique (p. ex., faible revenu, dépendance sur l'aide sociale, toxicomanie, mère adolescente). Moins de 10 % des programmes s'adressaient à toutes les familles, peu importe leurs « besoins ».

Les chercheurs ont dégagé 10 catégories de « résultats » : développement cognitif et socioémotif de l'enfant; violence envers les enfants (actuelle et potentielle); stress des parents; comportement et attitude; et niveau d'instruction, emploi et dépendance sur l'aide sociale de la mère. La méta-analyse suggère des effets statistiquement significatifs dans six des dix catégories de résultats (figure 1). Par souci de concision, nous avons combiné les deux catégories de violence envers les enfants en une et avons juxtaposé la dépendance sur l'aide sociale à l'emploi et au revenu.

Figure 1 : Effets initiaux des programmes de visites à domicile

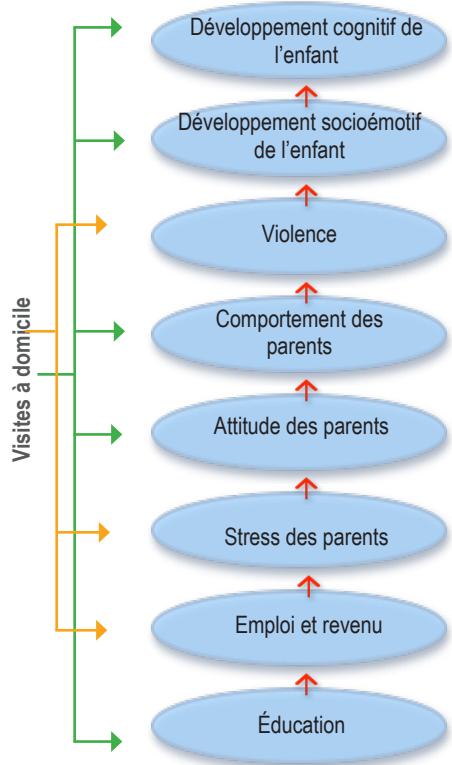


Basé sur les données de Sweet et Appelbaum

Quoiqu'indispensables à la préparation d'une analyse de rentabilité, ces renseignements ne sont pas suffisants. Il nous faut déterminer les effets des visites à domicile sur chaque catégorie de résultats, incluant ceux sur la santé et le bien-être de l'enfant et de la mère.

La première étape consiste à reconnaître les liens qui existent entre les résultats initiaux. Par exemple, le développement cognitif de l'enfant peut dépendre de l'attitude et du niveau de stress des parents. Les visites à domicile pourraient, par conséquent, avoir un effet direct sur le développement cognitif de l'enfant en raison des activités qu'organisent la personne visiteuse, et un effet indirect en raison des changements qu'elles provoquent chez le parent. Nous avons nommé la somme des effets directs et des effets indirects des visites à domicile « effets proximaux » (voir la figure 2).

Figure 2 : Effets proximaux des programmes de visites à domicile



La deuxième étape consiste à déterminer les répercussions de ces effets proximaux sur les changements « distaux » dans le comportement et le rendement. Nous avons cherché les éléments de causalité liés aux résultats observés en éducation (voir la figure 3), en santé (voir la figure 4), dans le système de justice pénale (voir la figure 5) et dans les services sociaux ou l'aide sociale (voir la figure 6). Par souci de concision, nous nous sommes concentrés uniquement sur la compensation des coûts découlant de programmes de visites à domicile efficaces. Nous n'avons pas inclus les résultats sur les secteurs de la santé et de l'éducation qui entraînent ces économies.

Figure 3 : Facteurs de compensation des coûts liés à l'éducation

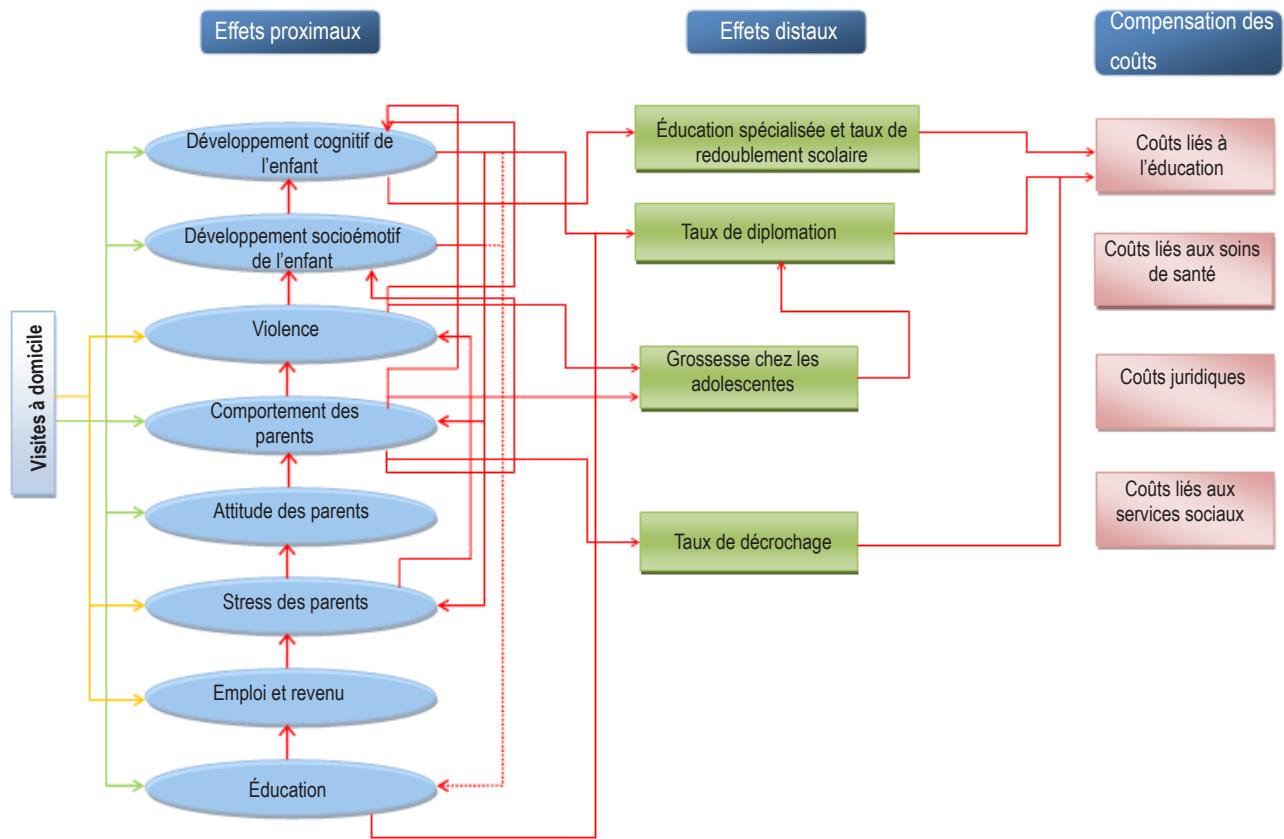


Figure 4 : Facteurs de compensation des coûts liés aux soins de santé

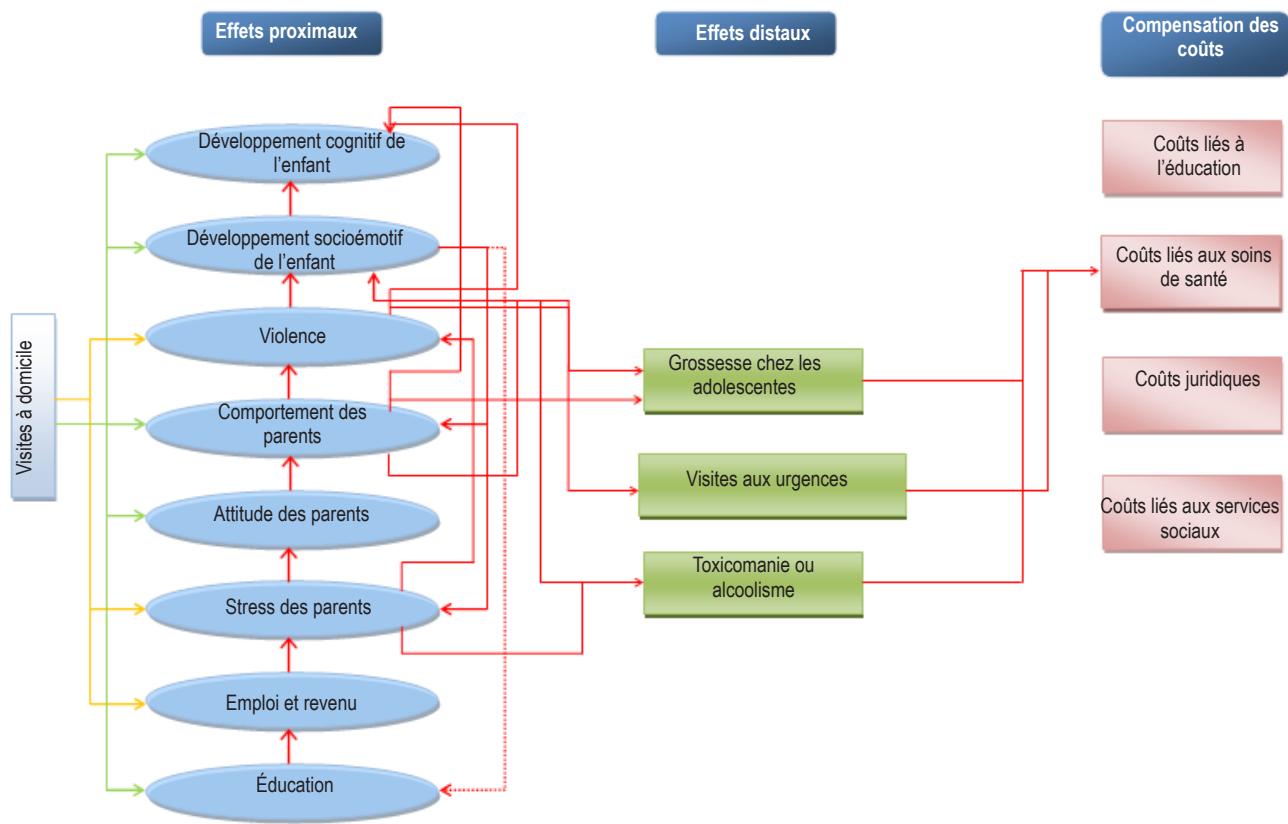


Figure 5 : Facteurs de compensation des coûts juridiques

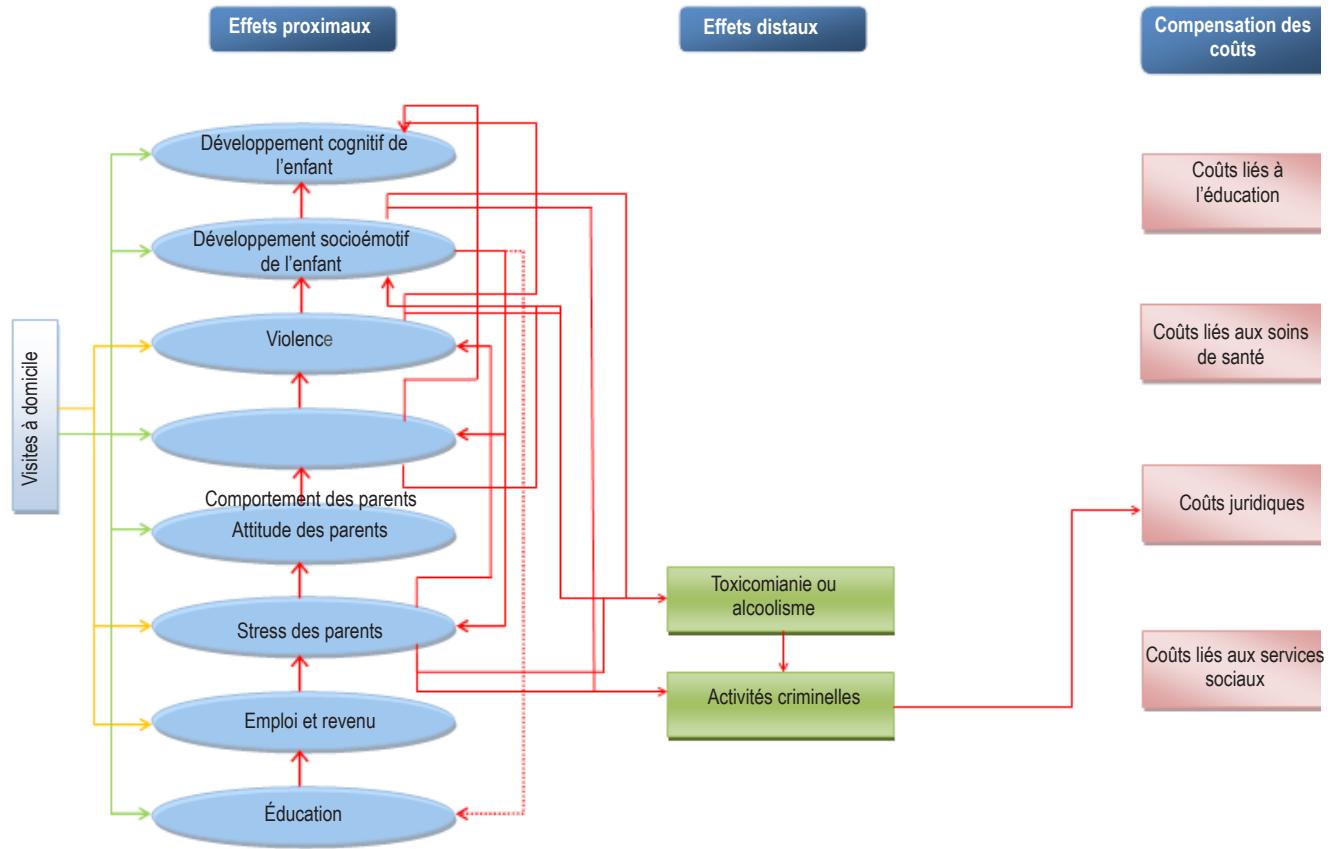
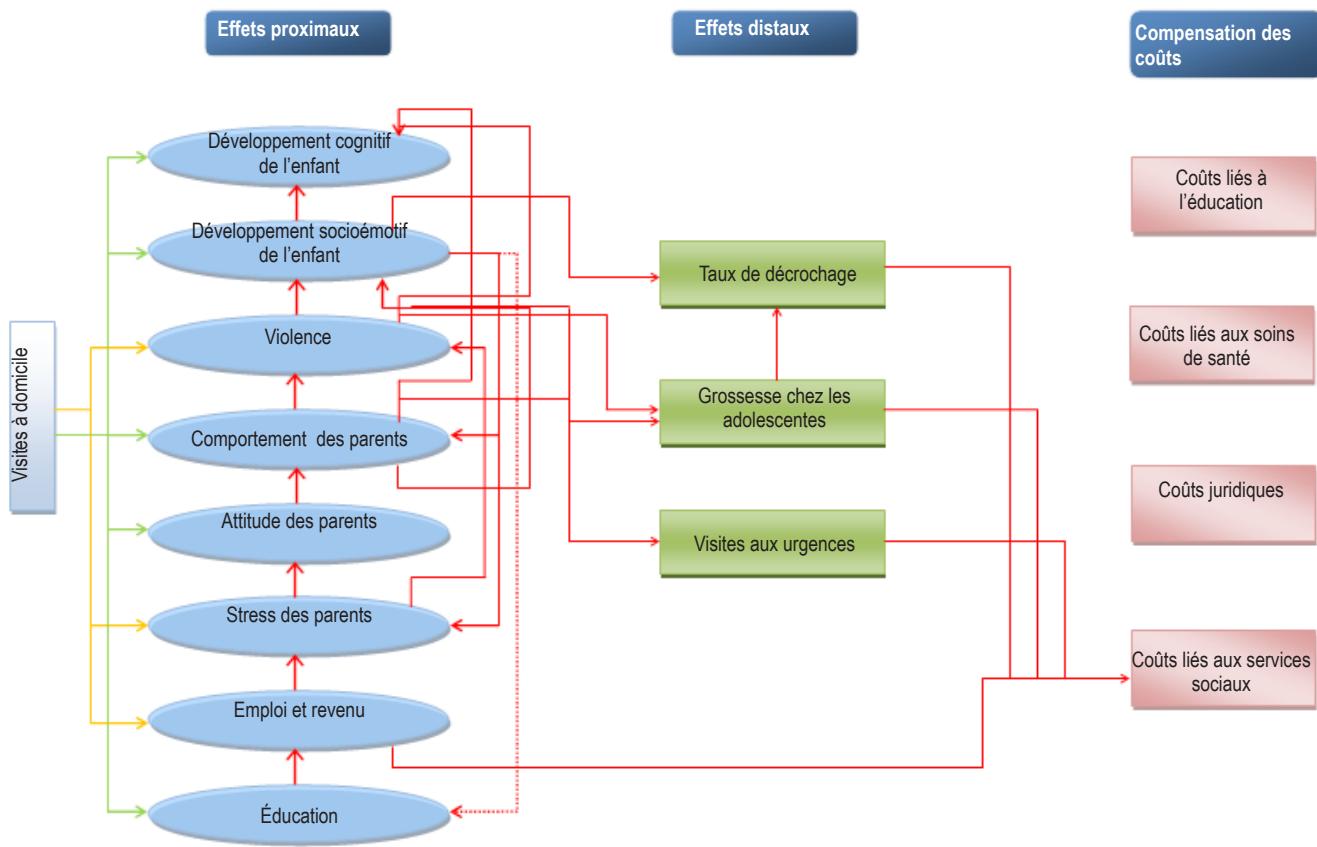
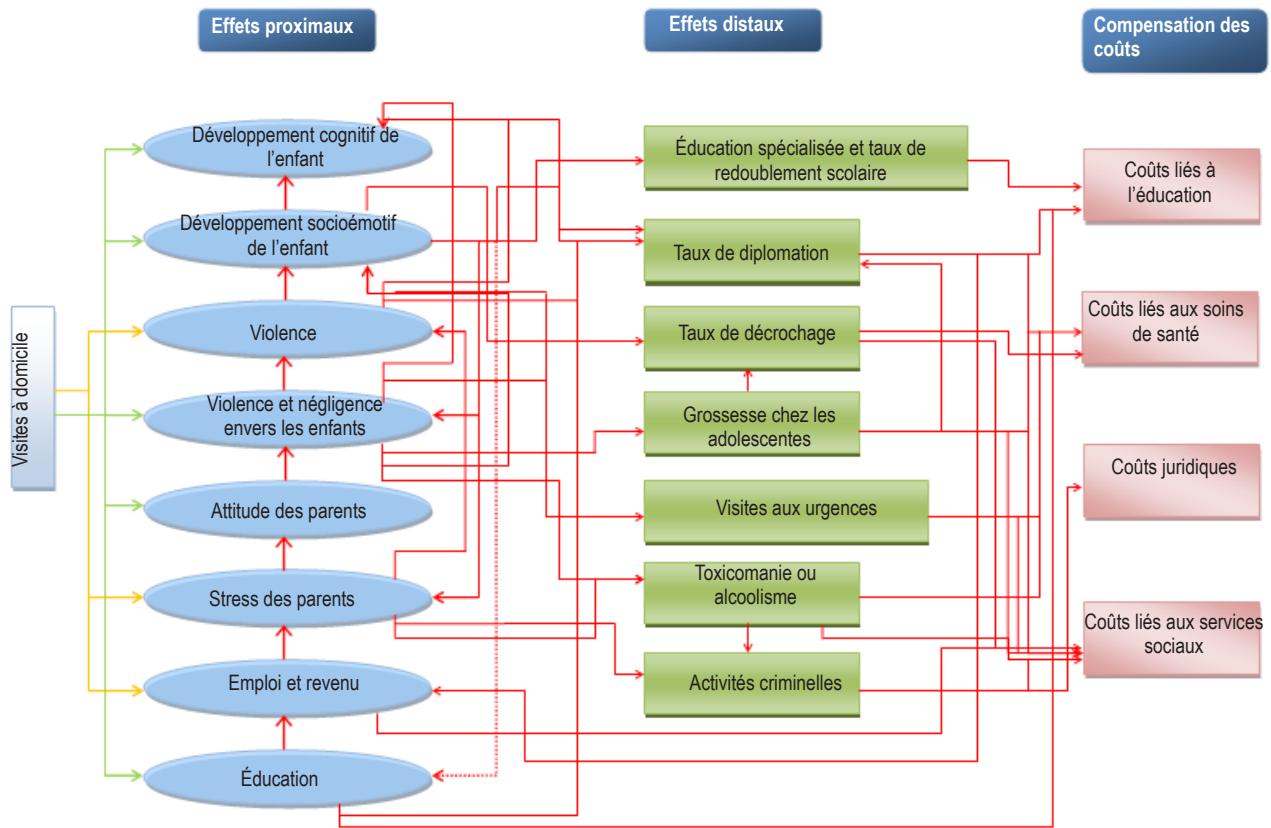


Figure 6 : Facteurs de compensation des coûts liés aux services sociaux



En traçant l'enchaînement causal complet (figure 7), force est de constater la grande complexité de la tâche imposée aux personnes désirant préparer une étude de rentabilité des programmes de visites à domicile.

Figure 7 : Modèle de compensation des coûts global



Pour préparer une étude de rentabilité, nous devons quantifier chaque lien indiqué par une flèche dans le diagramme. Dans la Revue des revues initiale, on signalait l'existence de certains liens, sans fournir de données probantes quantifiables. Sweet et Appelbaum (2004) quantifient les effets directs des programmes de visites à domicile, mais ne donnent pas un portrait complet des effets proximaux (par exemple, ils n'ont pas tenu compte des effets indirects des visites à domicile) ni de données sur l'ampleur des effets distaux. Pour obtenir ces données, nous devons nous tourner vers d'autres études.

Aos et ses collaborateurs : coûts et avantages des programmes de prévention

C'est ainsi que nous avons examiné la recherche menée par Steve Aos et ses collaborateurs du Washington State Institute for Public Policy.

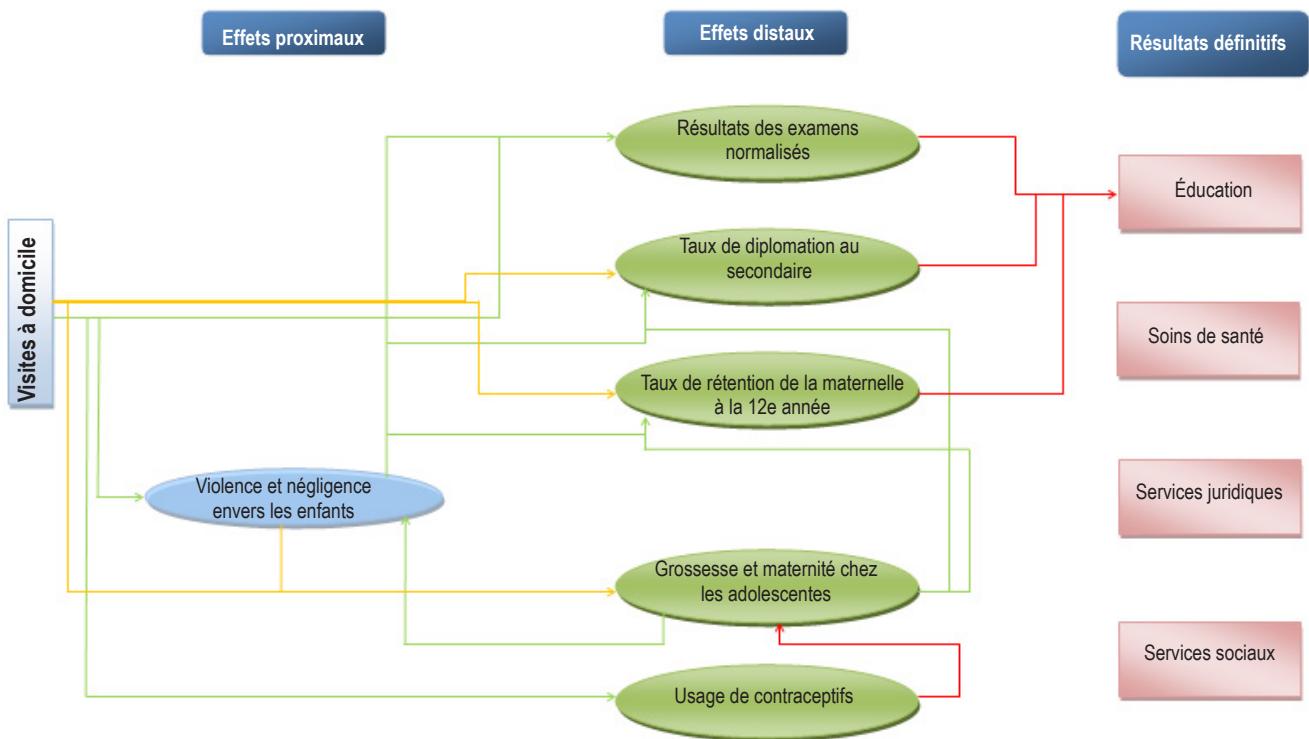
On a donné le mandat à Aos et ses collaborateurs de renseigner les décideurs du Washington State's Legislature sur les programmes de prévention destinés aux enfants et aux jeunes qui donnaient les meilleurs résultats pour chaque dollar investi. Les programmes de visites à domicile faisaient partie des types d'intervention étudiés dans leur évaluation. Le pouvoir législatif s'intéressait à sept catégories de résultats : criminalité, toxicomanie ou alcoolisme, rendement scolaire (résultats d'examens normalisés et taux de diplomation), grossesse chez les adolescentes, tentatives de suicide chez les adolescents, violence ou négligence envers les enfants et violence conjugale. Or, on a constaté que les programmes de visites à domicile avaient une incidence sur seulement deux de ces catégories (rendement scolaire et violence envers les enfants). Bien qu'il y ait un certain chevauchement entre les résultats fournis par Aos et ses collaborateurs et ceux mentionnés dans le travail de Sweet et Appelbaum, il y a également des différences marquées. Par exemple, Aos et ses collaborateurs n'ont pas tenu compte de résultats pertinents en santé publique comme les blessures ou la prévention des accidents étant donné que ces derniers sortaient du cadre de leur recherche.

Contrairement à Sweet et Appelbaum, toutefois, Aos et ses collaborateurs ont quantifié la rentabilité des programmes de visites à domicile en tenant compte des effets indirects décrits ci-dessus et en élargissant leur analyse jusqu'aux répercussions finales sur les résultats observés en santé et en éducation. L'analyse est partielle parce qu'elle est centrée sur les résultats qui pourraient être exprimés en terme monétaire. Mais, en calculant le rendement de l'investissement dans les programmes de visites à domicile, Aos et ses collaborateurs donnent l'information explicite nécessaire pour nous permettre de préparer une analyse de rentabilité similaire pour le Canada.

Aos et ses collaborateurs ont basé leur revue sur 19 évaluations de programmes de visites à domicile initiales, dont 10 font également partie de la revue de Sweet et Appelbaum. Ces recherches ont été enrichies de plusieurs études qui ne sont pas forcément liées directement aux programmes de visites à domicile, mais qui font le lien en amont sur la chaîne de causalité.

On a surveillé les effets des programmes de visites à domicile sur le *rendement scolaire* en examinant les changements dans les résultats des examens normalisés, la réduction du redoublement scolaire et l'augmentation du taux de diplomation au secondaire chez les jeunes mères. On a ensuite compilé séparément des données probantes sur les effets de chacun de ces facteurs sur l'emploi et le revenu prévu au cours d'une vie afin d'estimer l'augmentation du revenu au cours de la vie d'une personne, permettant ainsi d'exprimer les avantages des programmes de visites à domicile sous forme monétaire (figure 8). Plus on réduit le taux de redoublement, plus on réduit les coûts d'éducation en découlant. On a également estimé les économies ainsi réalisées.

Figure 8 : Effets sur les résultats en éducation

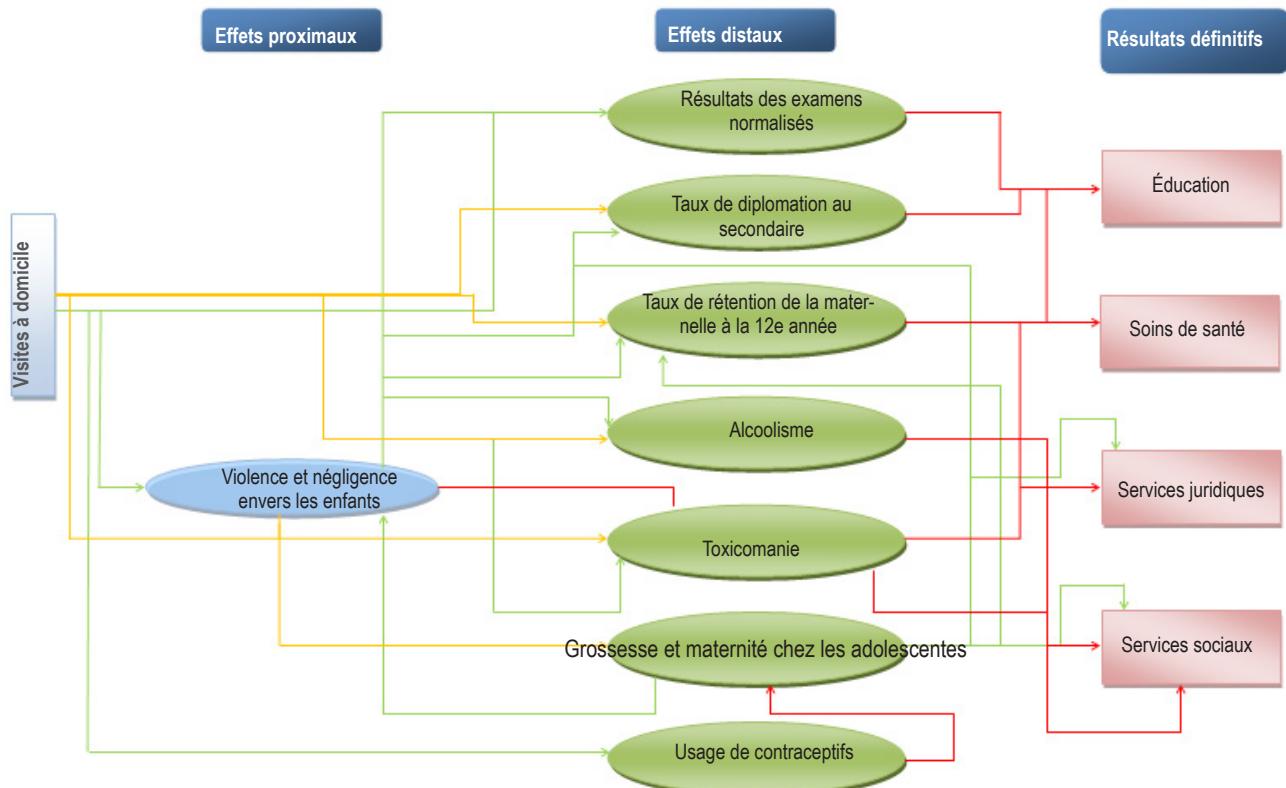


Aos et ses collaborateurs se sont ensuite penchés sur la deuxième catégorie de compensation des coûts : l'incidence des programmes de visites à domicile sur la violence et la négligence envers les enfants. Cette catégorie renferme : (i) les coûts du secteur public liés au traitement des cas de violence envers les enfants (surveillance, évaluation, placement, etc.); (ii) les effets de la violence à plus long terme sur les coûts liés au système de santé; et (iii) les effets de la violence sur les résultats subséquents. Cette dernière catégorie rend l'analyse encore plus complexe étant donné qu'on a établi que la violence était liée au mauvais rendement scolaire (lien entre les coûts et les avantages décrits dans le paragraphe précédent), au comportement criminel et délinquant, à la toxicomanie ou à l'alcoolisme et à la grossesse chez les adolescentes. Il fallait donc quantifier les effets indirects des programmes de visites à domicile sur les résultats susceptibles de nous intéresser.

Le travail requis pour évaluer tous les effets menant à une réduction de la négligence et de la violence envers les enfants est considérable. Prenons par exemple la criminalité : Aos et ses collaborateurs ont d'abord quantifié le coût d'une seule activité criminelle. Ils ont relevé sept catégories de crime et 14 catégories de coûts (police, système judiciaire, détention, etc.). Ils ont procédé à une série d'analyses de régression, entre autres, pour chaque catégorie de coût afin d'estimer les coûts d'une seule activité criminelle.

Selon Aos et ses collaborateurs, les programmes de visites à domicile ont une influence seulement sur ces deux catégories de compensation des coûts. L'ensemble des éléments de causalité quantifiés par ces chercheurs se trouve dans la figure 9.

Figure 9 : Modèle global évalué par Aos et ses collaborateurs



Préparer une analyse de rentabilité

Sweet et Appelbaum indiquent assez clairement l'importance et la gamme des avantages auxquels on peut s'attendre en instaurant un programme de visites à domicile présentant les mêmes caractéristiques que ceux analysés dans leur revue. Toutefois, leur analyse ne fournit pas suffisamment d'information sur les autres changements que suscitent les programmes de visites à domicile et ne peut donc pas, à elle seule, aider à la préparation d'une analyse de rentabilité.

En revanche, Aos et ses collaborateurs présentent ce qui constitue l'essence d'une analyse de rentabilité, quoique partielle. En effet, leur analyse ne tient pas compte de tous les effets inventoriés par Sweet et Appelbaum dans leur estimation des résultats et de la compensation des coûts. Aos et ses collaborateurs ont estimé les coûts des programmes de visites à domicile. En comparant ces coûts à leur estimation des avantages exprimés sous forme monétaire, ils peuvent ainsi calculer le rendement sur l'investissement.

Ils ont basé l'estimation du coût des programmes de visites à domicile (4 892 \$ US, en prix de 2002) sur l'information extraite d'un sous-ensemble d'interventions analysées dans leur revue. La valeur monétaire des avantages était de 10 969 \$ US (85 % de ce coût représentent l'augmentation du revenu dont bénéficie une personne qui affiche une meilleure réussite scolaire. Les programmes de visites à domicile génèrent donc des avantages nets (les avantages moins les coûts) de 6 077 \$ US, ou un rapport coûts-avantages (avantages divisés par les coûts) de 2,28 \$ US. Par conséquent, chaque dollar investi dans les programmes de visites à domicile donne un rendement de 2,28 \$.

C'est ainsi que se pose la question suivante : pouvons-nous appliquer ces résultats aux politiques canadiennes? Pour y répondre, nous devons aborder trois points.

Le premier consiste à déterminer si, en étudiant uniquement le sous-ensemble de résultats délimités par la Washington State Legislature, Aos et ses collaborateurs ont négligé de tenir compte des effets nuisibles des programmes de visites à domicile. Dans un tel cas, une évaluation plus complète donnerait une réponse moins intéressante. Soulignons que l'exclusion d'avantages importants comme ceux liés aux blessures n'est pas si déterminante, étant donné que leur inclusion viendrait renforcer la conclusion que les programmes de visites à domicile sont une bonne utilisation des ressources. Sweet et Appelbaum ne signalent aucun effet nuisible. Des 22 textes ayant fait l'objet de la *Revue des revues*, seulement deux mentionnent des résultats ambigus (certains positifs, d'autres négatifs) et dans deux catégories de résultats seulement (sur les 30 mesurés). Donc, à une seule exception près, bien que l'on ne puisse pas écarter le risque de préjudice, les effets nuisibles ne semblent pas très importants. La possibilité de préjugés entraînés par les interventions ciblées comme celles analysées par Aos et ses collaborateurs et Sweet et Appelbaum fait figure d'exception. Malheureusement, comme on l'a fait remarquer dans la *Revue des revues*, aucune des études examinées n'a mesuré ce facteur.

Le deuxième point est également lié à la nature des programmes évalués par Aos et ses collaborateurs et Sweet et Appelbaum. Plus de 90 % des programmes analysés par Sweet et Appelbaum ciblaient jusqu'à un certain point les familles considérées comme étant à risque. Aos et ses collaborateurs ne décrivent pas les caractéristiques des programmes à l'étude, mais compte tenu du nombre de chevauchements entre leur recherche et celle de Sweet et Appelbaum, nous en tirons la conclusion que les programmes s'adressaient probablement à la même clientèle. Les programmes ciblés semblent plus efficaces que les programmes universels, à tout le moins en ce qui a trait aux résultats mesurés. Il est plus que probable également que les coûts des programmes ciblés diffèrent de ceux des programmes universels, principalement parce que l'étendue de ces derniers est beaucoup plus large. Il faudrait donc faire preuve de prudence avant d'extrapoler les résultats mentionnés dans la présente aux programmes qui pourraient s'adresser à des groupes de clientèle différents.

Le troisième point se rapporte aux valeurs de paramètre utilisées par Aos et ses collaborateurs pour quantifier les coûts et les avantages. Les chercheurs ont utilisé les taux en vigueur dans l'État de Washington. Le taux de rendement associé à des années d'études supplémentaires, aux coûts des services de police, des systèmes juridique et de santé et la valeur que nous pourrions imputer aux résultats en santé et en services sociaux des programmes de visites à domicile peuvent être complètement différents au Canada. Chacun de ces facteurs influencera le rapport coûts-

avantages. Les structures de coûts de la police canadienne et des systèmes juridique et de santé peuvent également diverger, ce qui nous obligerait à refaire les analyses statistiques réalisées par Aos et ses collaborateurs. Autrement dit, il ne suffit pas de substituer les valeurs canadiennes aux calculs faits par Aos et ses collaborateurs.

Certes, la recherche d'Aos et de ses collaborateurs appuie les programmes de visites à domicile, mais il est important de préparer une analyse de rentabilité pour le contexte canadien.

Cette analyse doit tenir compte des caractéristiques des programmes envisagés pour le Canada et déterminer comment ils se comparent à ceux évalués par Aos et ses collaborateurs pour veiller à en arriver à une estimation d'efficacité applicable à la réalité canadienne.

CONCLUSION

Le contenu de la *Revue des revues* a encouragé, quoique modérément, la préparation d'une étude de rentabilité, sans toutefois pouvoir offrir d'éléments tangibles. La méta-analyse de Sweet et Appelbaum révèle la complexité que représente l'évaluation économique des programmes de visites à domicile, mais aussi l'efficacité des programmes ciblés dans bon nombre de domaines critiques. L'évaluation économique d'Aos et de ses collaborateurs établit clairement que les effets bénéfiques des programmes en compensent fort probablement les coûts.

Il est indéniable que le rapport coûts-avantages ou les avantages nets seront différents pour le Canada. Toutefois, l'ampleur des avantages révélés par la recherche d'Aos et de ses collaborateurs suggère que l'on tirera les mêmes conclusions, malgré la refonte des données.

BIBLIOGRAPHIE

Aos, S., R. Lieb, J. Mayfield, M. Miller et A. Pennucci. 2004. Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth: Technical appendix (document no 04-07-3901), Olympia (Washington), Washington State Institute for Public Policy.

Leighton, M. et A. Shiell. 2009. Preventive Home Visiting for Pregnant Women and Mothers of Young Children: A Review of Reviews, Centre de recherche interventionnelle en santé des populations, Université de Calgary.

Sweet, M. A. et M. I. Appelbaum. 2004. « Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children », Child Development, vol. 75, no 5, p. 1435-1456.



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS)

Université St. Francis Xavier Antigonish, N.-É. B2G 2W5

Téléphone: (902) 867-5406 Télécopie : (902) 867-6130

ccnnds@stfx.ca www.ccnnds.ca