

***Les familles d'abord : une évaluation du processus et des
résultats sur les perspectives des infirmières, des intervenantes
à domicile et des parents***

D. Noreen Ek

School of Health Studies

Université de Brandon

et

Sid Frankel

Faculty of Social Work

Université du Manitoba

Présentée à :

Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants

Mars 2006

SOMMAIRE EXÉCUTIF

***Les familles d'abord* : une évaluation du processus et des résultats sur les perspectives des infirmières, des intervenantes à domicile et des parents**

Bébé d'abord (maintenant *Les familles d'abord*) est un programme de soutien à domicile destiné aux familles jugées à risque quant à la pertinence des soins prodigués aux enfants d'âge préscolaire (0 à 6 ans). Le processus de sélection du programme qui comporte deux étapes et est normalisé universellement, est dirigé par des infirmières de la santé publique. Il a été implanté en 1999 par le *Child and Youth Secretariat* (maintenant *Healthy Child Manitoba*), organisme issu de différents ministères provinciaux, par l'entremise des autorités régionales de la santé à travers la province. Les visites à domicile sont effectuées par des collègues non professionnelles qui ont reçu une formation comme intervenantes à domicile, et qui sont supervisées et conseillées par des infirmières de la santé publique. Le travail des intervenantes à domicile est gouverné par un *curriculum*, et les infirmières de la santé publique sont prêtes à intervenir là où leur expertise est nécessaire. Les objectifs proclamés du programme sont les suivants :

- Assister les familles dans leurs capacités dans le but d'assurer la santé physique et la sécurité de leurs enfants;
- Permettre aux parents de développer leurs forces et favoriser le développement d'un attachement solide avec leur(s) enfant(s);
- Appuyer les parents dans leur rôle visant à éduquer leurs enfants et à procurer une stimulation sociale, physique et cognitive appropriée à leurs enfants;
- Faciliter les rapports avec les ressources communautaires et développer un sentiment d'appartenance dans leur communauté (*Healthy Child Manitoba*, 2003).

Cette étude comporte une évaluation qualitative du processus et des résultats du programme, fondée sur des entrevues semi-structurées et intensives menées auprès des participants clés (N=124), incluant les infirmières de la santé publique (n=33), les intervenantes à domicile (n=32) et les parents (n=59) dans nos régions, y compris les colonies urbaines, rurales et reculées. Outre une description des caractéristiques sociodémographiques des participants, l'étude renferme les éléments suivants :

- Le point de vue des infirmières de la santé publique et des intervenantes à domicile sur les intentions et les objectifs du programme *Les familles d'abord* ;
- Le point de vue des infirmières de la santé publique et des intervenantes à domicile sur les activités du programme;
- Le point de vue des infirmières de la santé publique et des intervenantes sur les forces et les limites du programme;

- Le point de vue des infirmières de la santé publique et des intervenantes sur le succès du programme *Les familles d'abord* à améliorer les compétences parentales;
- Les expériences parentales avec le programme;
- Les recommandations des infirmières de la santé publique, des intervenantes à domicile et des parents visant à améliorer le programme.

Les infirmières de la santé publique et les intervenantes à domicile n'ont pas fait une distinction entre intentions et objectifs et, de façon générale, les objectifs énoncés ont apporté une précision des objectifs officiels du programme. Les infirmières de la santé publique ont néanmoins élaboré sur les objectifs officiels, en citant la réduction de la maltraitance envers les enfants. Suivent les intentions et les objectifs mentionnés par les infirmières de la santé publique et les intervenantes à domicile :

- Individualisation et adaptation (mentionnées uniquement par les intervenantes à domicile);
- Encouragement et inclusion;
- Développement des forces;
- Soutien social;
- Évolution dans les rapports;
- Développement des capacités parentales;
- Développement sain chez l'enfant;
- Réduction de la maltraitance envers les enfants (mentionnée uniquement par les infirmières de la santé publique)

Les infirmières de la santé publique et les intervenantes à domicile se sont, toutes les deux, décrites comme assurant la dispense directe d'éléments du programme autant que certaines fonctions de soutien au programme. Les fonctions de services directs des infirmières de la santé publique étaient plus précises que le rôle généralisé des intervenantes à domicile et comportaient : a) l'implantation du processus de sélection en deux étapes du programme, b) le service direct aux familles en réponse aux préoccupations soulevées par la famille ou les intervenantes à domicile, c) la recommandation et la liaison avec des médecins et d'autres dispensateurs de services, et d) des services de soins fondamentaux aux familles du programme par le truchement d'autres rôles et programmes. Les fonctions de services directs des intervenantes à domicile comprenaient : a) des visites à domicile, b) des activités de groupes portant sur l'éducation et le réseautage ; et c) organiser des recommandations vers différents types de soutien formel et informel, et plaider auprès d'autres services. Les activités de soutien au programme des infirmières de la santé publique étaient davantage de surveillance et administratives que celles des intervenantes à domicile et comportaient : a) superviser et conseiller les intervenantes à domicile, b) conseiller d'autres infirmières de la santé publique, c) mener des activités de gestion du programme, et d) former les intervenantes à domicile et les infirmières de la santé publique. Les fonctions de soutien au programme des intervenantes à domicile comprenaient : a) participer à la supervision, b) participer à des conférences de cas de programmes multiples, c) assister à des rencontres de personnel, d) conseiller et soutenir les collègues, e) développer et maintenir des relations

communautaires, et f) collaborer aux tâches administratives. Les préoccupations reposent sur la complexité du modèle de recrutement de la santé publique et les exigences considérables en matière de documentation.

Le point de vue des infirmières de la santé publique sur les forces du programme s'est concentré sur : (a) le programme fondé sur les forces, (b) la reconnaissance de l'intervenante à domicile comme étant un atout certain du programme et (c) le processus de formation pour les intervenantes à domicile. Les intervenantes à domicile partageaient certaines de ces opinions sur les forces du programme, mais ont aussi abordé quelques secteurs uniques : (a) que le programme était fondé sur les forces et volontaire, (b) qu'il comportait un *curriculum* solide, (c) que la force du programme était reliée à la force des rapports qui sont développés, (d) qu'il existait un système et une structure solides sur lesquels compter, et (e) que le programme contribue à créer des liens avec la communauté. Les infirmières de la santé publique ont noté que les limites du programme étaient reliées : (a) au fait que le programme soit volontaire, (b) aux difficultés de dispenser un programme dans les régions rurales/éloignées de la province, (c) au processus de sélection, (d) au temps et aux ressources humaines disponibles, (e) à l'approche universelle vs celle ciblée du programme, (f) aux questions liées aux intervenantes à domicile, (g) aux questions de transport, (h) aux limites du *curriculum*, (i) aux questions relatives à la formation, et (j) aux défis cliniques, y compris les rapports avec les autorités des services aux enfants et aux familles et le roulement des intervenantes à domicile. Les intervenantes à domicile ont noté que les limites du programme étaient reliées : (a) aux tensions autour de la façon dont leurs rôles sont définis, (b) à la formation et à la documentation, (c) aux secteurs limitatifs du *curriculum*, (d) aux questions ayant trait à la surveillance et au bureau, et (e) aux questions touchant leur propre avenir d'emploi.

Les infirmières de la santé publique et les intervenantes à domicile, toutes les deux, estiment que le programme a très bien réussi à améliorer les compétences parentales. Les infirmières de la santé publique ont défini ce succès en termes de : (a) empressement parental, (b) apprentissage parental, (c) amélioration dans les rapports parent-enfant, et (d) réduction du stress chez le parent qui peut mieux composer avec la situation. Elles ont aussi noté le besoin de donner de la rétroaction aux intervenantes à domicile. Les intervenantes à domicile ont défini le succès du programme en termes de : a) satisfaire aux objectifs de *Les familles d'abord*, (b) 1) succès à long terme et 2) à court terme, (c) réduction du stress et meilleure capacité de s'en sortir, (d) amélioration dans les rapports parent-enfant, (e) amélioration de l'estime de soi chez le parent, (f) meilleur rapport avec la communauté, (g) mesurer le succès au fil du temps, et (h) succès à bâtir la confiance dans les rapports intervenant(e) à domicile-parent.

De façon générale, les parents ont rapporté avoir été initiés au programme par l'infirmière de la santé publique ou par le biais d'un effort d'encouragement. Les raisons pour s'y inscrire incluaient des difficultés liées à l'enfant, le désir d'avoir de l'aide à domicile, le manque perçu de connaissances à l'égard des soins à apporter à l'enfant, et le désir d'avoir un individu confidentiel avec qui interagir. Les renseignements d'orientation médicale étaient davantage souhaités par les infirmières de la santé

publique. Les intervenantes ont été appréciées pour le soutien et les renseignements qu'elles ont apportés et pour leur attitude non critique. Tous les parents se sont dits satisfaits du programme et ont défini les bénéfices en termes de ressources et de renseignements fournis, de transmission de connaissances sur le développement de l'enfant, d'amélioration dans les questions de sécurité, de compétences acquises, de groupes de parents et de la compagnie obtenue.

Au chapitre des améliorations du programme, les infirmières de la santé publique préconisent plus de formation préparatoire et continue à l'intention des infirmières de la santé publique et des intervenantes à domicile, de plus grandes ressources attribuées au recrutement, une application plus soutenue des normes du programme, une couverture prolongée, une collaboration améliorée avec les autres services, une documentation rationalisée, revoir l'étape d'étude du parent au processus de sélection, et réduire le risque inhérent au lieu de travail des intervenantes à domicile. Les intervenantes à domicile ont aussi suggéré des améliorations au *curriculum*, une documentation et une action rationalisées afin d'améliorer leur satisfaction au travail. Les parents ont demandé de plus longues visites à domicile, davantage d'activités de groupe et des intervenantes à domicile plus expérimentées. Ils ont aussi demandé plus de fonctions de groupe et du *curriculum* adaptées aux pères, un module de garderie, du transport, des interventions de collaboration avec d'autres organismes, et une promotion accrue du programme.

La conclusion générale est que, d'après de nombreuses perspectives, il est très clair que le programme atteint ses objectifs officiels. Les résultats indiquent aussi que l'efficacité du programme pourrait être accrue, si des ressources additionnelles étaient offertes pour bien satisfaire aux besoins de soutien psychologique des parents, l'implication familiale plus tôt (prénatale), des exigences en matière de documentation rationalisée, un accès à des ressources additionnelles du *curriculum* ou des moyens de les localiser, la considération de l'éligibilité universelle, et un plus grand confort intégré au processus de sélection ayant pour but d'encourager des données valides sur les facteurs de risque.

Les effets du programme se réfèrent à la réduction du risque de maltraitance envers les enfants grâce à une diminution du stress parental, d'une efficacité améliorée du parent envers lui-même, d'une augmentation de l'autonomisation parentale, et au moyen d'un soutien non critique. Accroître les liens communautaires et/ou réduire l'isolement peuvent aussi s'avérer être d'importants éléments contribuant à réduire le risque du parent d'adopter un comportement abusif envers un enfant.