

Parents en santé,
bébés en santé

Rapport du
Conseil national du bien-être social

Été 1997

Canada

PARENTS EN SANTÉ, BÉBÉS EN SANTÉ

**Rapport du
Conseil national du bien-être social**

Été 1997

On peut obtenir des exemplaires de ce rapport au:

Conseil national du bien-être social
2^e étage, 1010 rue Somerset ouest
Ottawa K1A 0J9
(613) 957-2963
Télécopieur (613) 957-0680

Also available in English under the title:
Healthy Parents, Healthy Babies

© Ministre des Travaux publics et services gouvernementaux Canada 1997
N° de cat. H68-42/1997F
ISBN 0-662-82100-9

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1
I. SOINS PRÉNATALS	4
II. LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE	23
CONCLUSION	39
RENOIS	43

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les experts du domaine de l'aide à l'enfance cherchent davantage à attirer l'attention sur la nécessité de s'attaquer aux causes profondes des divers problèmes qui affectent les familles. Selon eux, au lieu de régler les problèmes après coup, il conviendrait de s'employer à les prévenir.

L'Institut canadien des recherches avancées a publié de nombreux articles savants sur les facteurs qui contribuent à la santé et au bien-être des parents et de leurs enfants ainsi que sur les facteurs qui les prédisposent à avoir des problèmes. Bien d'autres chercheurs se sont penchés sur les grandes forces sociales, économiques ou démographiques, parfois appelées les «déterminants de la santé», ou ont décrit des types précis d'«interventions axées sur la petite enfance» qui peuvent faire toute la différence dans la vie des familles.

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants, parrainée par Développement des ressources humaines Canada et Statistique Canada, a entrepris de mesurer des caractéristiques aussi diverses que les soins prénatals dispensés aux femmes enceintes et les problèmes de comportement des jeunes enfants, dans le cadre d'un effort plus vaste mené par les gouvernements en vue d'assurer aux enfants le meilleur départ possible dans la vie.

Notre pendant, le Conseil national de prévention du crime, préconise une stratégie de prévention du crime axée sur le développement social qui vise le bien-être des jeunes enfants. De l'avis du Conseil, «nous devons commencer à investir pour assainir le milieu dans lequel grandissent les enfants et renforcer la collectivité, au lieu de continuer à compter sur le système de justice pénale et à y investir toujours plus. Nous devons commencer à nous attaquer aux facteurs de base qui mènent des enfants, des jeunes et des adultes vers la criminalité.»¹

La même orientation transparaît dans le rapport récent du Forum national sur la santé. «Les dépenses visant les enfants et leurs parents devraient être considérées comme un investissement à long terme» de dire les auteurs du rapport. «On doit investir dans nos enfants et les considérer comme une ressource naturelle pour l'avenir du pays.»²

Le Conseil national du bien-être social est fier d'offrir son appui à tous ces efforts en publiant Parents en santé, bébés en santé, le premier d'une série de rapports qui traitera des principaux problèmes qui affectent les enfants et leurs parents à différents stades de la vie.

Ce premier rapport porte sur les questions avant et après la grossesse et au cours de la première année de vie. La première partie de l'étude est consacrée à la question de l'insuffisance pondérale à la naissance et aux nombreux problèmes qui y sont associés. La deuxième partie traite du sain développement de l'enfant et de questions connexes qui concernent les parents et les enfants.

Le rapport met l'accent sur les «interventions» tentées, au Canada et à l'étranger, qui ont permis d'apporter des réponses aux problèmes les plus graves qui touchent les familles à ces stades de leur vie. Beaucoup de programmes, mais pas tous, ont été conçus pour venir en aide aux familles davantage prédisposées que la moyenne à vivre des problèmes de santé ou de comportement.

Le Conseil national du bien-être social croit que la prévention de ce genre de problèmes serait un grand pas en avant dans la politique sociale canadienne. Il est évident que la prévention améliorerait la vie de milliers de familles qui bénéficieraient d'un programme ou l'autre. De plus, elle permettrait à l'ensemble de la société de réaliser des économies énormes à divers égards : diminution des coûts des soins de santé, abaissement du nombre de décrochages scolaires, plus grande productivité de la main-d'oeuvre et recul de la violence familiale et de la criminalité.

Par ailleurs, il nous apparaît évident que la prévention doit englober bien plus que les programmes décrits dans notre rapport. En effet, une part énorme des problèmes que connaît notre société est liée à la pauvreté. Des interventions bien ciblées peuvent limiter les méfaits entraînés par la pauvreté mais elles ne nous dispensent pas de la nécessité de combattre la pauvreté sous toutes ses formes.

Comme l'a fait valoir une experte dans le domaine, «presque tous les autres facteurs de risque qui ont des conséquences déplorables s'observent également dans une mesure disproportionnée chez les enfants pauvres : mauvais état de santé pendant la petite enfance et l'enfance, malnutrition, isolement ou incapacité de la mère, mauvais traitements ou négligence, piètres conditions de logement et manque d'accès aux services qui assureraient une protection contre les effets de ces mauvaises conditions.»³

Un document de travail produit en 1994 et appuyé par les Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé aboutit à une conclusion analogue lorsqu'il dit du revenu et de la situation sociale qu'il s'agit du «déterminant de la santé le plus important».

Selon le rapport, «un grand nombre d'études démontrent que la santé s'améliore en proportion du revenu et de l'ascension dans la hiérarchie sociale. Il est prouvé également que les sociétés qui sont raisonnablement prospères et dont les richesses sont équitablement partagées ont les populations les plus saines, quels que soient les montants de ressources consacrés aux soins de santé.»⁴

I. SOINS PRÉNATALS

Pendant la période prénatale, le principal objectif consiste à prévenir l'insuffisance de poids à la naissance. L'insuffisance de poids à la naissance - ou hypertrophie néonatale - est un véritable état pathologique dont les causes sont fort diverses. Sa prévention nécessite un éventail de programmes et de stratégies eux aussi fort divers. Des interventions convenables, amorcées bien avant la naissance, peuvent améliorer la vie des enfants et de leur famille pour de nombreuses années.

On parle d'insuffisance pondérale à la naissance lorsqu'on a affaire à des bébés qui pèsent moins de 2 500 grammes ou de 5½ livres à la naissance. D'après les études examinées par l'Institut canadien pour la santé infantile, l'insuffisance pondérale à la naissance s'explique par deux raisons : soit que l'enfant est né avant terme ou qu'il est léger pour son âge gestationnel.⁵ Environ 75 p. cent des décès de nouveau-nés sont attribuables à un faible poids de naissance. L'insuffisance pondérale à la naissance est aussi une des principales causes sous-jacentes de maladie chez le nourrisson et l'enfant.

Il en coûterait de 500 à 1 000 \$ par jour pour soigner un bébé de faible poids à la naissance. Et selon le Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, le coût des soins dispensés à chaque enfant de faible poids, jusqu'à l'âge de deux ans, s'élèverait à 200 000 \$.⁶

L'insuffisance pondérale à la naissance peut entraîner des déficiences durables chez l'enfant, qui requerra par la suite de nombreux services coûteux (physiothérapie, orthophonie, orthopédagogie, etc.) et du matériel spécialisé. Par ailleurs, les familles d'enfants handicapés ont souvent besoin d'une aide supplémentaire.

L'insuffisance pondérale à la naissance est le résultat d'une série de facteurs démographiques, d'affections et de problèmes de comportement qui, dans bien des cas, agissent les uns sur les autres:⁷

- Les caractéristiques démographiques associées à la naissance d'un bébé de faible poids incluent la situation socio-économique de la mère, son niveau de scolarité, son âge au moment de la conception, son état civil et sa race.

- Le déclenchement prématuré du travail vient au premier rang des complications médicales associées à l'insuffisance pondérale à la naissance. Parmi les autres causes médicales figurent les maladies fébriles, l'hypertension gravidique et les infections.
- Enfin, une foule de facteurs liés au comportement se répercutent sur le poids de l'enfant à la naissance : le tabagisme, le stress, l'alimentation, la consommation d'alcool, l'accès à des soins prénatals et le soutien social.

Pauvreté. La pauvreté figure en tête de liste des forces qui contribuent à l'insuffisance pondérale à la naissance. Il ressort d'une étude sur les bébés nés en 1986 dans 25 des plus grandes villes canadiennes qu'il existe, aux chapitres du poids à la naissance et de la mortalité infantile, des écarts considérables entre les bébés nés dans les quartiers les plus riches et ceux nés dans les quartiers les plus défavorisés.⁸

Comme le montre le tableau 1 à la page suivante, les résultats à l'égard de toutes les mesures sont bien pires pour les bébés nés dans les quartiers les plus défavorisés.

Le taux d'insuffisance pondérale à la naissance s'élevait à 6,9 p. cent dans les quartiers les plus pauvres, soit 1,41 fois celui observé dans les quartiers les plus riches (4,9 p. cent). La même tendance se dégage des données relatives aux bébés de très petit poids, soit ceux qui pèsent moins de 1 500 grammes à la naissance.

Le taux de prématurité était de 7,4 p. cent dans les quartiers les plus démunis et de 5,7 p. cent dans les plus riches. Un autre phénomène était encore plus révélateur, à savoir l'écart entre les deux en ce qui concerne le pourcentage des bébés de petite taille compte tenu de leur âge gestationnel, une mesure qui tient compte du stade de la grossesse à l'accouchement et du poids du bébé à la naissance. Le taux était de 12,1 p. cent dans les quartiers les plus défavorisés, contre 8 p. cent seulement dans les quartiers les plus riches.

Enfin, la proportion des décès enregistrés dans l'année suivant la naissance était de 9,9 p. cent dans les quartiers les plus défavorisés, soit 1,66 fois de plus que le taux observé dans les quartiers les plus riches (6 p. cent).

TABLEAU 1
ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE
SELON LE NIVEAU DE REVENU DU QUARTIER, 1986

	Quartiers les plus pauvres	Quartiers les plus riches	Rapport quartiers les plus pauvres : quartiers les plus riches
Moins de 2 500 grammes à la naissance	6,9 %	4,9 %	1,41
Moins de 1 500 grammes à la naissance	1,16 %	0,82 %	1,41
Prématurité, moins de 37 semaines	7,4 %	5,7 %	1,32
Petite taille compte tenu de l'âge gestationnel	12,1 %	8,0 %	1,52
Décès dans l'année suivant la naissance	9,9 %	6,0 %	1,66

L'étude précitée indique que, «d'après les données dont on dispose actuellement pour le Canada, il semble que les problèmes de santé dont souffrent les enfants démunis commencent avant la naissance et qu'ils se continuent par la suite, faisant ainsi courir à ces enfants un risque accru de décès, d'invalidité et d'autres problèmes de santé pendant toute la durée de leur enfance et de leur adolescence.»⁹

Des études connexes fondées sur les données de 1971 et de 1991 ont révélé l'existence d'un véritable fossé entre les taux de mortalité infantile enregistrés dans les quartiers pauvres et dans les quartiers riches.

Selon le Conseil canadien de développement social, «Aucune mesure ne dénote davantage l'engagement d'une société envers ses enfants que le taux de mortalité infantile. La persistance

d'un taux de mortalité infantile élevé dans les quartiers pauvres montre clairement quelles conséquences peut avoir sur la vie et la mort l'inégalité des revenus au Canada.»¹⁰

Pauvreté et monoparentalité vont souvent de pair. Selon le Profil de la pauvreté, 1995 du Conseil national du bien-être social, 57,2 p. cent des familles monoparentales dirigées par une femme de moins de 65 ans et ayant des enfants de moins de 18 ans vivaient dans la pauvreté. Dans le cas des mères seules de moins de 25 ans, le taux de pauvreté atteignait la proportion effarante de 83 p. cent.¹¹

La pauvreté accompagnée d'une faible scolarisation augmentent les possibilités qu'une femme fume, soit mal logée, soit issue d'une famille dysfonctionnelle et s'alimente mal. La sous-alimentation serait une des causes de la croissance insuffisante du fœtus, appelée retard de croissance intra-utérin. Ce phénomène n'est pas bien compris par les spécialistes mais il est le plus fréquent dans les pays sous-développés.

La pauvreté s'accompagne aussi de stress et d'anxiété attribuables au sentiment d'isolement, à l'absence de soutien social, à une mauvaise planification familiale et à un risque accru de maladies. L'absence de soutien de la part de l'entourage familial pendant la grossesse, allant jusqu'à la violence familiale et à l'agression par le conjoint, est étroitement associée à l'insuffisance pondérale à la naissance. Certains estiment aussi que l'anxiété de la mère pourrait influencer le poids de l'enfant, un excès de stress pouvant perturber l'équilibre interne délicat de l'organisme et déclencher le travail prématurément.¹²

La pauvreté est un obstacle à l'accès aux soins de santé. Les femmes démunies peuvent avoir du mal, faute de moyens de transport, à aller consulter un professionnel de la santé ou encore, elles peuvent être réticentes à recourir au système de santé. Elles peuvent aussi être «perdues de vue» à cause du manque de coordination entre différents soignants. Ou encore, les services peuvent être trop dispersés.

Une faible scolarisation est un indice bien connu de la pauvreté qui a un rapport avec le poids de l'enfant à la naissance. Selon une étude réalisée au Québec, les mères peu scolarisées couraient deux fois plus de risques de donner naissance à un enfant de faible poids que les mères ayant fréquenté l'université. Depuis dix ans, le taux d'insuffisance pondérale à la naissance s'est

accru de neuf pour cent chez les femmes peu scolarisées alors qu'il tombait de 21 p. cent chez celles qui avaient une formation post-secondaire.¹³

Même chez les mères adolescentes, qui sont souvent pauvres, peu scolarisées et sans conjoint, la naissance d'enfants de faible poids s'expliquerait moins par des facteurs biologiques que par des raisons d'ordre psychosocial et économique.

Déclenchement prématuré du travail. L'une des initiatives les plus efficaces de lutte contre la prématurité était un programme national mis en oeuvre en France de 1971 à 1983, qui a permis d'abaisser à 5,3 p. cent le taux d'insuffisance pondérale à la naissance, auparavant de 8,2 p. cent. Dans certains groupes, les taux étaient extrêmement bas, variant de 3,7 à 4,4 p. cent. C'était dans la prévention de la naissance d'enfants de très faible poids que le programme avait donné ses meilleurs résultats et c'était aux femmes peu scolarisées qu'il avait le plus profité.¹⁴

Le volet médical du programme reposait sur les stratégies suivantes :

- identification des femmes chez qui le travail risquait de se déclencher prématurément, à l'aide d'un système de cotation qui tenait compte de facteurs biologiques, de facteurs sociaux et du mode de vie;
- programme d'éducation des patientes qui montrait aux femmes comment prendre en mains leur propre santé et les sensibilisait aux risques identifiables et aux indices subtils du déclenchement du travail;
- éducation des professionnels de la santé sur les risques de travail prématuré et aux moyens à prendre pour réduire ces risques;
- suivi prénatal précoce et régulier à partir du premier trimestre et pendant au moins dix semaines; et
- examen régulier du col utérin visant à déceler tout signe de déclenchement prématuré du travail.

Le volet social du programme comprenait les éléments suivants :

- politiques nationales qui encourageaient les femmes à prendre leur congé de maternité à compter de la 34^e semaine de grossesse;
- protégeaient les femmes contre l'effort physique excessif exigé par des emplois où elles devaient rester debout constamment, passaient plus de 90 minutes par jour en déplacement pour se rendre à leur lieu de travail, travaillaient plus de 40 heures par semaine et faisaient un travail physique ardu;
- sensibilisation du public par l'entremise des médias; et
- visite à domicile d'une infirmière ou d'une travailleuse sociale, au besoin, pour aider les femmes enceintes à changer leurs habitudes de vie.

Tabagisme. Des études ont établi que l'effet du tabagisme de la mère sur le poids de l'enfant à la naissance est indépendant des autres facteurs de risque. Il est également reconnu qu'il y a un rapport «direct et causal» entre le tabagisme et l'insuffisance pondérale à la naissance.¹⁵

Une étude de la littérature médicale publiée en français et en anglais, de 1970 à 1984, indique que le tabagisme était de loin le principal facteur de risque associé à l'insuffisance pondérale à la naissance dans les pays développés. La malnutrition et l'insuffisance pondérale de la femme avant la grossesse arrivaient respectivement au second et au troisième rangs.¹⁶

Au Canada, le tabagisme est plus répandu chez les personnes à faibles revenus, notamment chez les femmes défavorisées en âge de procréer. Selon les auteurs d'une étude canadienne, une femme sur trois en âge de procréer qui vit dans un ménage ayant un revenu de moins de 20 000 \$ fume, contre une femme sur quatre dans les ménages ayant un revenu de plus de 40 000 \$.¹⁷

Un document publié par Santé Canada en 1995, Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et post-natale : résumé documentaire, décrit en termes frappants les risques que l'usage du tabac fait courir au fœtus.¹⁸ La nicotine peut

freiner la croissance du fœtus car elle entrave la circulation du sang entre l'utérus et le placenta. Le monoxyde de carbone présent dans la fumée de tabac réduit la quantité d'oxygène dont dispose le fœtus. Même la fumée secondaire contribue sensiblement à l'insuffisance pondérale en réduisant la croissance intra-utérine.¹⁹

Les effets du tabagisme sur le poids de l'enfant à la naissance sont proportionnels au nombre de cigarettes fumées.²⁰ Les femmes qui fument pendant toute leur grossesse donnent naissance à des enfants qui pèsent, en moyenne, de 150 à 200 grammes de moins que les autres. Chez les femmes enceintes qui fument, le risque d'accouchement prématuré est de 1,3 à 1,5 fois plus grand que chez les non-fumeuses.²¹

D'autres problèmes foetaux sont associés au tabagisme maternel : avortement spontané ou fausse couche, fonction respiratoire réduite, placenta praevia (insertion anormale du placenta sur le segment inférieur de l'utérus), décollement placentaire (détachement prématuré partiel ou total d'un placenta normalement inséré) et rupture prématurée des membranes.

Le tabagisme a également des effets nuisibles énormes sur le bébé lorsque ses parents ou d'autres membres de la famille continuent à fumer. Des maladies respiratoires comme la bronchite et la pneumonie sont les principales causes d'hospitalisation des nourrissons. Les enfants de moins de trois mois qui sont exposés à la fumée de cigarette courent 3,3 fois plus de risques d'être malades si les personnes qui s'occupent d'eux fument plus de 20 cigarettes par jour. Jusqu'à l'âge de 18 mois, le risque de maladies est de 1,4 à 4 fois plus grand pour eux que pour les enfants qui vivent dans un milieu exempt de fumée. Le risque d'hospitalisation pour une maladie respiratoire est de 1,5 à 2 fois plus élevé chez les enfants exposés à la fumée de cigarette.

L'asthme est un problème grave chez les enfants exposés à la fumée et il y a un rapport de causalité entre l'exposition à la fumée et la fréquence et la gravité des crises d'asthme. La fumée secondaire multiplie également le risque de survenue d'autres troubles chez ces enfants comme la toux, les mucosités et la respiration sifflante, une réduction permanente de la fonction respiratoire, l'atopie (plus grand nombre d'allergies), la mort subite du nourrisson et les otites moyennes séreuses.

Les effets dommageables du tabagisme n'étant plus à démontrer, il faut tenter de modifier ce comportement. Cependant, les programmes d'intervention ont des limites : ils n'atteignent pas assez de gens et ils sont peu efficaces. Comme la nicotine crée une dépendance très forte, les interventions les plus efficaces sont celles qu'on peut adapter aux besoins de chaque femme.²²

Les auteurs d'une enquête récente de Santé Canada sur les programmes de réduction de la consommation de tabac conçus pour les femmes enceintes et les nouvelles accouchées ont recommandé que l'on modifie les stratégies actuelles.²³ L'enquête recommandait que l'on s'attaque aux raisons pour lesquelles les femmes fument. Les programmes devraient aussi être assez souples pour permettre diverses options. Il faudrait instaurer dans les grandes villes des programmes de lutte contre le tabagisme qui soient centrés sur la famille, avec la collaboration des médecins locaux et des groupes anti-tabac.

D'autres recommandations étaient également formulées : mettre sur pied des programmes de dépistage pour joindre les femmes enceintes qui ne suivent pas de cours prénatals, former les conseillers à se montrer plus sensibles aux besoins de ces femmes, effectuer des recherches sur les femmes qui recommencent à fumer après l'accouchement et revendiquer l'interdiction de fumer dans les lieux publics comme les salles de bingo.

Il faut se rappeler que le problème du tabagisme ne dépend pas seulement des femmes. Selon les études faites sur le sujet, il y a moins de chances que les femmes réussissent à cesser de fumer, de boire ou de prendre de la drogue si les membres de leur famille ou leurs amis continuent à le faire.²⁴

Selon une étude des programmes conçus pour encourager les femmes enceintes à cesser de fumer, plus de la moitié des femmes qui cessent de fumer de leur propre initiative pendant la grossesse recommencent à fumer dans les trois mois qui suivent l'accouchement, et une proportion pouvant atteindre 70 p. cent d'entre elles recommencent à fumer dans l'année qui suit l'accouchement. Les chercheurs estiment qu'il faut mettre l'accent sur les avantages à court terme plutôt qu'à long terme de l'abandon de la cigarette. On pourrait, par exemple, amener les jeunes femmes à faire le lien entre les dangers de l'usage du tabac pour leur santé et le danger que la fumée de cigarette présente pour la santé de leur bébé.²⁵

Nutrition. Les femmes qui risquent d'avoir une déficience nutritionnelle pendant la grossesse sont souvent exposées à d'autres facteurs de risque. Elles peuvent avoir un excédent de poids ou être trop maigres. Elles peuvent ne pas prendre assez de poids pendant la grossesse. Il se peut aussi qu'elles fument ou qu'elles boivent beaucoup. Elles peuvent avoir eu de nombreuses grossesses. Il se peut qu'elles aient moins de 20 ans ou qu'elles soient végétariennes. Enfin, elles peuvent vivre dans la pauvreté.²⁶

Les deux programmes d'administration de suppléments alimentaires parmi les plus connus qui existent encore sont le programme du Dispensaire diététique de Montréal, dont la création remonte à 1963 et le «Special Supplementary Food Program for Women, Infants, and Children» (mieux connu sous le sigle WIC) aux États-Unis, qui remonte à 1974.

Le Dispensaire diététique de Montréal cherche à joindre les femmes qui risquent de donner naissance à un enfant de faible poids à cause de difficultés liées à la pauvreté, à la violence familiale, à la dépression, à leurs antécédents psychiatriques ou à des problèmes de santé ou de nutrition. On offre aux femmes des services individuels d'évaluation de leur régime alimentaire et de counselling nutritionnel; on leur donne des vitamines et des suppléments alimentaires sous forme de lait et d'oeufs et on leur rend visite à domicile au besoin. Les femmes sont également dirigées vers d'autres ressources communautaires qui peuvent leur apporter le soutien social, les services de logement et les soins de santé dont elles ont besoin. En 1987, le dispensaire a indiqué que, parmi les bébés de ses clientes, le taux d'insuffisance pondérale à la naissance était de 5,6 p. cent - l'équivalent de celui de l'ensemble de la population du milieu avoisinant.²⁷

Le programme du Dispensaire diététique de Montréal a été bien évalué. Par exemple, on a mesuré l'effet de l'évaluation et de l'amélioration de l'état nutritionnel individuel sur l'issue de la grossesse chez un groupe de femmes à faible revenu qui avaient déjà eu un enfant sans aucune intervention prénatale. Dans l'ensemble, le taux d'insuffisance pondérale à la naissance était de 50 p. cent inférieur à celui obtenu pour la grossesse précédente. Le poids moyen à la naissance était le plus élevé chez les enfants des femmes qui, selon les intervenantes, étaient sous-alimentées ou vivaient du stress. Les auteurs de cette étude ont souligné l'importance de l'intervention directe et personnelle de la diététiste.²⁸

En 1990, on a évalué que le programme représentait en coûts 357 \$ pour chaque cliente enceinte vivant en milieu urbain et 383 \$ pour chaque cliente vivant en milieu rural. Ces chiffres englobaient le coût d'un litre de lait entier offert tous les jours pendant 22 semaines, de compléments vitaminiques et minéraux dispensés chaque jour et de six consultations nutritionnelles.²⁹

À partir de ces deux chiffres moyens, l'étude concluait que le coût des services offerts à quelque 17 000 femmes enceintes à faible revenu au Québec aurait été de l'ordre de 6,1 millions de dollars par an en 1990. Si le programme réduisait de moitié le taux d'insuffisance pondérale à la naissance, ce qui représente une hypothèse prudente selon l'évaluation, les économies réalisées au chapitre des soins dispensés aux bébés au cours de la première année de leur vie s'élèveraient à environ 5,2 millions de dollars. Par ailleurs, les économies réalisées sur le coût des soins dispensés en établissement et dans la collectivité après la première année de la vie de l'enfant se chiffreraient à environ 45 millions de dollars.

Devant le succès du Dispensaire diététique de Montréal et d'autres initiatives d'aide aux mères à risque menées un peu partout au Canada, le gouvernement fédéral a décidé de mettre sur pied le Programme canadien de nutrition prénatale en juillet 1994. Le programme appuie les projets communautaires qui s'adressent aux familles avec enfants, mis en oeuvre dans le cadre de l'initiative «Grandir Ensemble».

Dans le discours du budget de 1997, le Ministre fédéral des Finances a annoncé l'octroi de subventions additionnelles de 100 millions de dollars, échelonnées sur trois ans, au Programme canadien de nutrition prénatale et à une initiative connexe, le Programme d'action communautaire pour les enfants.

Les formes d'aide sont diverses : suppléments alimentaires, counselling nutritionnel ou soutien social. Il peut également s'agir d'activités menées de concert avec d'autres femmes, comme les cuisines collectives, les jardins communautaires, les clubs d'achats alimentaires ou les échanges de jouets. Les groupes visés sont les femmes vivant dans la pauvreté, les adolescentes enceintes, les femmes enceintes qui consomment de la drogue ou de l'alcool, les femmes autochtones et inuites vivant hors-réserve et les réfugiées.

L'ensemble du programme n'a pas encore été évalué par des chercheurs de l'extérieur, mais il semble tabler sur les expériences concluantes de précédents programmes d'aide nutritionnelle. En fait, le Dispensaire diététique de Montréal est l'un des groupes qui bénéficient de l'aide du Programme canadien de nutrition prénatale.

Le programme WIC des États-Unis comporte plusieurs volets : distribution de suppléments alimentaires (produits laitiers, jus, oeufs, céréales et préparations pour nourrissons) soit au moyen de coupons ou par livraison à domicile, consultations nutritionnelles individuelles et aiguillage vers les services de santé. Le programme est financé par le gouvernement fédéral, administré par les états et mis en oeuvre dans les collectivités. Certains états versent également des fonds qui viennent s'ajouter à l'aide offerte par Washington.³⁰

Au fil des ans, le WIC qui, à l'origine, se résumait à un petit nombre de programmes locaux, est devenu un réseau national regroupant 9 000 cliniques qui desservent plus de six millions de personnes. Trois millions d'autres femmes et enfants sont admissibles à l'aide du WIC en vertu des lignes directrices du programme, mais n'en reçoivent aucune, faute de fonds.

Cinq dirigeants de grandes entreprises aux États-Unis ont été tellement impressionnés par l'impact du programme qu'ils se sont adressés au «House of Representatives Committee on the Budget» en 1991 pour demander une augmentation des subventions fédérales consacrées à ce programme.³¹ Ils ont fait valoir auprès des législateurs les résultats des évaluations faites pour le ministère de l'agriculture des États-Unis et des études effectuées tant par les «Centers for Disease Control» que par le «National Bureau of Economic Research»:

- Les risques d'insuffisance pondérale à la naissance et de mortalité infantile étaient réduits chez les personnes ayant participé au programme.
- Les enfants qui bénéficiaient du programme avaient, en très bas âge, un vocabulaire plus étendu et de meilleurs résultats aux tests de mémoire des chiffres que les enfants des groupes témoins.
- La participation au programme était associée à une nette diminution de l'anémie de l'enfance, qui cause une altération du champ d'attention et de la capacité d'apprendre.

- Les femmes ayant participé au programme étaient beaucoup plus nombreuses à se prêter à un suivi prénatal convenable et à veiller à ce que leurs enfants soient immunisés.

Les dirigeants d'entreprises ont également fait valoir que chaque dollar investi dans les soins prénatals, dans le cadre du WIC, faisait économiser jusqu'à 3 \$ en frais médicaux ou hospitaliers. Ils ont ajouté qu'à leur avis, le WIC était l'équivalent d'un investissement triple A, dans le domaine des soins de santé; c'était une des utilisations les plus rentables que le gouvernement pouvait faire de ses ressources.³²

Une étude réalisée en 1992 par le «U.S. General Accounting Office» et intitulée Early Intervention : Federal Investments Like WIC Can Produce Savings conclut, au terme d'une analyse de 17 autres études, que les effets bénéfiques de ce programme sur les femmes enceintes ont permis de réduire de 25 p. cent le taux d'insuffisance pondérale à la naissance et de 44 p. cent la proportion de bébés de très petit poids à la naissance. L'organisme évaluait à 296 millions de dollars le coût du programme en 1990 ce qui a cependant permis d'épargner 853 millions de dollars en dépenses de santé pour les bébés bénéficiaires, au cours de la première année de leur vie seulement.³³

L'avenir du programme WIC était incertain au moment où s'est amorcée la réforme des programmes d'assistance sociale aux États-Unis, mais le WIC a survécu à peu près indemne à la dernière série de réformes en 1996.

Usage d'alcool. On ignore si une quantité quelconque d'alcool peut être consommée sans danger pendant la grossesse. On sait cependant que, consommé en grande quantité pendant la grossesse, l'alcool peut avoir des effets désastreux sur le fœtus. L'alcool absorbé par la mère se retrouvera dans la même concentration chez le fœtus mais celui-ci ne peut l'éliminer rapidement. Certains enfants pourront être atteints du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF), qui est une principale cause de la déficience intellectuelle au Canada.³⁴

Le syndrome d'alcoolisme foetal caractérisé se trouve à l'extrémité d'un spectre de symptômes qui comprend un retard de croissance sévère, des dérèglements du système nerveux central et des anomalies faciales.³⁵

Les enfants atteints du syndrome d'alcoolisme foetal peuvent souffrir d'effets physiques et de troubles du comportement les plus divers [...] Un cinquième de ces enfants ont des troubles du sommeil et sont hyperactifs. Bon nombre d'entre eux ont de graves difficultés d'apprentissage et ils sont souvent atteints de dyslexie. Les malformations congénitales du coeur sont plus fréquentes chez eux que chez les bébés normaux et le système génito-urinaire peut également être affecté. On observe aussi une incidence accrue de spina bifida, de luxation de la hanche et de maturation squelettique tardive.

Les enfants atteints du syndrome d'alcoolisme foetal présentent une foule d'autres problèmes de santé dont des troubles de la parole, des problèmes dentaires, des troubles de la vue et de l'ouïe et des comportements erratiques.

Les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) sont moins graves que le syndrome d'alcoolisme foetal et sont difficiles à bien diagnostiquer. Les atteintes sont généralement neurologiques et se manifestent par «de l'hyperactivité, des troubles du comportement, des difficultés d'apprentissage et une incapacité générale à fonctionner normalement en société». Si les effets de l'alcool sur le fœtus ne sont pas correctement diagnostiqués, l'enfant risque d'être catalogué comme étant perturbateur et socialement inadapté.

Il n'existe pas de données nationales sur le syndrome d'alcoolisme foetal ou sur les effets de l'alcool sur le fœtus. Selon les estimations du gouvernement fédéral, pour 1 000 naissances, un bébé ou deux sont atteints du syndrome d'alcoolisme foetal. Dans certaines collectivités, ce nombre est encore plus élevé. C'est le cas de certaines collectivités autochtones et du centre-ville, où l'on signale des taux très élevés.³⁶

Les intervenants de la santé, les Autochtones et d'autres groupes s'entendent pour dire que la prévention est la meilleure défense. Dans un communiqué conjoint émis en octobre 1996, ils déclaraient que les programmes de prévention devaient s'adresser aux femmes qui sont ou seront en âge de procréer, de même qu'à leurs conjoints et au milieu tout entier. Toutes ces mesures doivent être axées sur la famille et sensibles à la réalité culturelle de leurs destinataires. Elles doivent aussi reconnaître que les femmes à risque ont souvent des besoins sociaux, financiers et émotionnels complexes.³⁷

Accès à des soins prénatals. Il existe au Canada tout un éventail de programmes à l'intention des femmes enceintes. En 1994, Santé Canada a recensé 242 programmes prénatals de promotion de la santé. Ils s'adressaient tous à des clientèles à risque : les adolescentes, les femmes seules, les femmes à faible revenu, les assistées sociales et les femmes presque analphabètes. Beaucoup de ces programmes étaient adaptés aux besoins des différents groupes ethniques. Ils étaient offerts dans des services de santé publique, des hôpitaux, des maisons privées, des centres communautaires, des églises, des écoles et des centres d'amitié.³⁸

Ces programmes étaient innovateurs et d'inspiration holistique. Ils visaient les objectifs suivants :

- offrir de l'aide et favoriser l'acquisition de compétences;
- renseigner les femmes enceintes sur le travail et l'accouchement;
- améliorer le plus possible l'issue de la grossesse;
- améliorer la santé et la qualité de vie de la mère; et
- aider les femmes à s'adapter aux changements physiques, affectifs et familiaux qui surviennent pendant la grossesse.

Certains programmes comportaient la distribution de suppléments alimentaires, des services de garde d'enfants et le paiement des frais de déplacement. Ils avaient des liens avec d'autres organismes qui offraient des programmes postnatals, des services sociaux et communautaires, des programmes de promotion de la santé infantile et des programmes d'aide aux familles. Dans la grande majorité des cas, les services étaient fournis par des professionnels de la santé mais la plupart d'entre eux devaient avoir suivi une formation particulière sur leurs programmes. Les méthodes d'évaluation variaient beaucoup.

Le programme «Healthiest Babies Possible» mis sur pied à Vancouver est un exemple d'un programme communautaire et multiculturel de dépistage prénatal. Il s'adresse aux femmes qui risquent d'avoir un bébé de faible poids à la naissance ou un bébé atteint de troubles liés à

leur consommation d'alcool ou de drogues. En 1992, 384 femmes ont profité de ce programme instauré en 1976.³⁹

Le programme est mis en oeuvre par une coordonnatrice (diététiste), deux diététistes, quatre conseillères non professionnelles, trois interprètes et un commis. Les conseillères visitent les femmes enceintes chez elles pour les conseiller sur leur alimentation et leur mode de vie. Les conseillères ont expliqué et préconisé l'allaitement maternel.

Le programme doit en partie son succès aux conseillers non professionnels qui vivent la même réalité culturelle que les clientes qu'il dessert. Environ le quart des femmes qui participent au programme sont des Autochtones vivant hors-réserve, le reste étant surtout des femmes d'origine asiatique ou latino-américaine. Environ 40 p. cent ne parlent pas anglais.

Près de 85 p. cent de l'ensemble des femmes sont pauvres. Beaucoup ne sont pas mariées ou vivent des situations familiales instables. Beaucoup n'ont pas terminé leurs études secondaires.⁴⁰

Le programme englobe plusieurs éléments :

- consultation individuelle sur l'alimentation et le mode de vie toutes les deux semaines, et visite de suivi après l'accouchement;
- distribution de suppléments alimentaires (lait et jus d'orange) et de vitamines à prendre pendant la grossesse si un docteur le recommande;
- soins dentaires gratuits;
- orientation vers d'autres organismes susceptibles de répondre aux divers besoins des femmes enceintes (logement, vêtements, règlement de difficultés avec l'immigration, traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie ou soutien à l'allaitement maternel); et
- rencontres de groupe à des fins d'entraide et d'apprentissage de compétences.

Le taux d'insuffisance pondérale à la naissance était de 5,5 p. cent chez les femmes ayant participé au programme alors que pour l'ensemble de la ville de Vancouver, il s'élève à 5,7 p. cent.

On a constaté une amélioration des comportements. Les participantes s'alimentaient mieux. Parmi les clientes qui fumaient (le tiers des participantes), 48 p. cent ont cessé complètement de fumer et 45,5 p. cent ont réduit leur consommation de tabac.

Avant de devenir enceintes, 121 des femmes avaient consommé de l'alcool et 65 avaient pris des drogues illégales. Au moment de la première évaluation, 18 participantes consommaient de l'alcool, 14 prenaient de la drogue et six consommaient de l'alcool et des drogues. Des 18 femmes qui consommaient de l'alcool, 11 n'en consommaient qu'en petite quantité et avaient cessé de boire au moment de l'accouchement. Les sept autres femmes avaient des épisodes de surconsommation : cinq d'entre elles ont cessé de boire, mais les deux autres sont restées aux prises avec ce problème jusqu'à l'accouchement.

Les consommatrices de drogues étaient les moins faciles à suivre, car il était difficile de rester en contact avec elles et de savoir si les renseignements qu'elles donnaient sur leur usage de drogues étaient exacts.

Les auteurs d'une étude réalisée aux États-Unis ont évalué l'effet, sur le poids de l'enfant à la naissance, de la prestation de soins prénatals complets, tant médicaux que psychosociaux, aux femmes enceintes. Les femmes à faibles revenus participant à l'étude ont été réparties en deux groupes : un groupe expérimental et un groupe témoin. Celles du groupe expérimental ont reçu les services d'infirmières sages-femmes, de travailleuses sociales, d'une nutritionniste, d'auxiliaires qui leur rendaient visite à domicile et d'une psychologue, en plus des soins médicaux courants dispensés par des résidents en obstétrique. De leur côté, les femmes du groupe témoin n'ont reçu que les soins médicaux d'usage. Les femmes du groupe expérimental ont donné naissance à des bébés d'un poids sensiblement supérieur à celui des enfants des femmes du groupe témoin mais cet écart n'a été observé que chez les femmes qui en étaient à leur premier enfant.⁴¹

Il ressort de cette étude et d'autres semblables qu'à eux seuls, les soins médicaux ne réussissent pas à prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance. Une étude menée auprès

d'environ 12 000 femmes enceintes de Winnipeg en 1987 et en 1988 ne met en évidence que de légères différences entre les mères ayant reçu des soins médicaux prénatals sous-optimaux et celles qui ont bénéficié de soins adéquats, en ce qui concerne l'issue de la grossesse.⁴²

Là encore, la pauvreté apparaît comme un facteur de risque important. Après avoir pris en considération et écarté d'autres facteurs comme le tabagisme pendant la grossesse, les complications vécues pendant la grossesse et l'importance des soins prénatals reçus, on a constaté que les bébés des femmes les plus pauvres participant à l'étude pesaient en moyenne 89 grammes de moins que ceux des femmes les plus nanties.

Selon les chercheurs, l'écart inexplicé entre les poids moyens à la naissance était attribuable à des facteurs associés à la pauvreté.

Par rapport aux femmes à revenu moyen ou élevé, les femmes pauvres sont sans doute plus nombreuses à présenter des carences nutritionnelles pendant la grossesse, à exercer un métier physiquement plus exigeant et à être exposées aux infections vaginales et elles disposent en général de moins de ressources pour satisfaire aux exigences de la grossesse.⁴³

Soutien social. Par soutien social, on entend l'existence de relations stables, utiles et enrichissantes. Une étude sur le soutien social offert aux adolescentes enceintes au Canada a révélé l'existence d'un rapport statistiquement significatif entre le soutien familial et le poids de l'enfant à la naissance.⁴⁴ Beaucoup de programmes d'intervention qui donnent de bons résultats sur le plan du poids à la naissance comportent un volet de soutien social; il se peut que les contacts supplémentaires et le soutien accru apportés à la mère contribuent à ces résultats.⁴⁵

Citons à titre d'exemple une intervention qui visait à améliorer l'issue de la grossesse chez les femmes pauvres grâce à des visites prénatales et postnatales d'infirmières à domicile. Le programme était offert dans une région semi-rurale de l'État de New York qui était considérée, à l'époque, comme la pire région des États-Unis, d'après les statistiques sur les conditions économiques.⁴⁶ On trouvait également dans ce secteur le plus fort pourcentage de cas signalés et confirmés d'enfants négligés et maltraités de tout l'état.

Dans le cadre du programme, on a divisé les femmes en quatre groupes. Les femmes du groupe témoin n'ont reçu aucun service particulier pendant leur grossesse mais leurs enfants ont

subi un examen de dépistage des problèmes sensoriels et développementaux, à l'âge d'un an et de deux ans. Les femmes du deuxième groupe se sont vu rembourser leurs frais de transport pour pouvoir recevoir les soins prénatals courants et leurs enfants ont également fait l'objet d'un examen. Les femmes du troisième groupe ont reçu, en moyenne, neuf visites à domicile pendant leur grossesse, en plus des services offerts aux femmes du deuxième groupe. Enfin, les femmes du quatrième groupe ont eu droit à tous les services offerts aux femmes du troisième groupe et, de plus, ont reçu des visites à domicile jusqu'à ce que leur enfant atteigne l'âge de deux ans.

Les trois principales activités des infirmières consistaient à éduquer les parents, à aider les mères à élargir leur réseau de soutien informel et à mettre les parents en rapport avec les services communautaires. Les participantes du programme étaient soit des adolescentes, soit des femmes seules, soit des femmes défavorisées.

En moyenne, les nouveau-nés des mères aidées pesaient 395 grammes de plus que les bébés des femmes du groupe témoin. Ce sont les femmes de moins de 17 ans et les fumeuses qui ont le plus profité du programme. Chez les fumeuses, le taux d'accouchement prématuré a baissé de 75 p. cent à cause de la réduction du nombre de cigarettes fumées.

Ce programme a eu beaucoup d'autres effets bénéfiques. Les femmes qui y ont participé ont appris à connaître les services communautaires et avaient tendances à suivre des cours prénatals. Elles se sont prévaluées davantage du programme «Women, Infants, and Children» (WIC) et ont dit avoir amélioré leur alimentation. Elles ont eu moins d'infections rénales. Enfin, elles étaient plus disposées à parler d'elles-mêmes et de leur grossesse à leurs amis, aux membres de leur famille et aux intervenantes. Les hommes ont commencé à s'intéresser à la grossesse de leur conjointe.

On a constaté d'autres retombées favorables du programme après la naissance de l'enfant. Les mères qui avaient bénéficié des visites à domicile jusqu'à ce que leur enfant atteigne l'âge de deux ans risquaient le moins de maltraiter ou de négliger leur enfant. Leurs enfants ont été vus moins souvent en salle d'urgence. Au cours de la première année de vie, leurs enfants sont venus moins souvent à l'urgence pour des infections des voies respiratoires supérieures. Chez les enfants de un à deux ans, on a constaté moins d'accidents et d'empoisonnements.

Les auteurs ont conclu qu'une grande partie du coût des visites à domicile serait compensée par la diminution du nombre de placements en famille d'accueil, d'hospitalisations, de consultations en salle d'urgence et d'interventions des services sociaux ou de la protection de l'enfance. Ils ont ajouté que, selon toute vraisemblance, le programme permettrait à la société de faire des économies substantielles à long terme tout en prévenant bien des souffrances.⁴⁷

Dans une autre étude auprès de femmes issues d'un milieu défavorisé, quatre sages-femmes rendaient visite à domicile et restaient disponibles jour et nuit. On a constaté que les jeunes mères et les nouveau-nés étaient sensiblement en meilleure santé pendant les semaines suivant l'accouchement. Si la fréquence des maladies néonatales était la même chez les enfants des femmes qui avaient bénéficié d'un soutien particulier et chez les bébés des femmes du groupe témoin, les premiers avaient besoin en revanche de soins moins intensifs. Dans l'ensemble, 80 p. cent des femmes ayant bénéficié du programme ont déclaré que ce qu'elles appréciaient surtout c'était d'avoir été écoutées.⁴⁸

D'après différentes études, le soutien social peut améliorer l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Les femmes qui avaient bénéficié d'un meilleur soutien social et psychologique pendant leur grossesse étaient moins nombreuses que les autres à se sentir malheureuses, nerveuses ou inquiètes, et à envisager l'accouchement avec appréhension. Elles étaient aussi plus nombreuses à avoir été accompagnées par leur conjoint pendant le travail, à se dire satisfaites des soins qu'elles avaient reçus et à déclarer que l'accouchement s'était déroulé sans problème.⁴⁹

II. LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE

La stabilité et l'absence de stress excessif revêtent une importance vitale pour le développement normal du nourrisson. Outre la satisfaction de ses besoins fondamentaux (nourriture, habillement et hébergement), le nouveau-né a besoin d'un attachement qui lui apporte la sécurité, d'une interaction sociale variée et stimulante et de la possibilité d'explorer sans danger le monde qui l'entoure. Lorsque tous ces besoins sont comblés, le bébé apprend mieux.⁵⁰

Il pourrait aussi s'avérer nécessaire d'offrir aux jeunes parents une attention spéciale pour qu'ils sachent à quoi s'attendre après la naissance du bébé et où s'adresser pour obtenir de l'aide s'ils ne peuvent compter sur la famille ou les amis.

Le présent chapitre porte sur les interventions qui s'adressent aux très jeunes enfants et à leurs parents. On y aborde une foule d'aspects précis du développement de l'enfant et des soins dispensés par les parents. Certains programmes s'attaquent aux problèmes résultant de l'insuffisance pondérale à la naissance tandis que d'autres s'adressent à un éventail plus large de parents et de nourrissons. Vers la fin du chapitre, nous traitons de questions connexes comme l'adaptation au nouveau rôle de parents, les problèmes particuliers que vivent les mères adolescentes et les moyens de favoriser une meilleure santé de tous les membres de la famille.

En amorçant le Programme d'action communautaire pour les enfants il y a plusieurs années, le Canada a déjà commencé à mettre en place un cadre national dans lequel pourront s'inscrire des interventions auprès de la petite enfance semblables à celles décrites dans le présent chapitre. Le gouvernement a annoncé l'augmentation des fonds consacrés à ce programme dans le discours du budget de 1997.

Ce programme est géré conjointement par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, mais ce sont en fait les groupes communautaires qui fournissent les services conçus pour répondre aux besoins des enfants vulnérables sur le plan du développement.⁵¹

Le Forum national sur la santé a fait des programmes communautaires comportant des visites à domicile une de ses priorités : «Ces programmes devraient cibler les femmes enceintes

et les enfants, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 18 mois, qui sont les plus vulnérables. Il faudrait tout particulièrement s'attarder aux besoins des femmes et des enfants Autochtones.»⁵²

Ce chapitre reprend bon nombre des sujets abordés dans le premier chapitre. Les facteurs de risque comme la pauvreté, la malnutrition et le stress ne disparaissent pas automatiquement à la naissance du bébé et le besoin de soutien social éprouvé par les parents est probablement encore plus grand après la naissance que pendant la grossesse.

Il importe de souligner de façon particulière les répercussions de la pauvreté sur les familles. On sait que la pauvreté est un déterminant de la qualité du milieu familial, laquelle est étroitement liée au développement de l'enfant.

Les auteurs du rapport Un Québec fou de ses enfants paru au Québec en 1991 qualifient les efforts déployés pour enrayer la pauvreté comme «une absolue nécessité» dans toute campagne d'envergure visant à améliorer le bien-être des enfants.

«Les parents de familles pauvres vivent beaucoup plus d'événements négatifs et stressants, sont plus souvent malades et sans cesse préoccupés par leurs difficultés financières,» dit les auteurs du rapport. «Ils sont plus isolés, ont moins de pouvoir social, se sentent plus à la merci de décisions arbitraires, sont plus vulnérables devant la frustration. Ils éprouvent plus fréquemment des sentiments dépressifs et se montrent davantage méfiants envers la société et les services. Cet accablement et cet isolement risquent de les éloigner de leurs enfants : ils deviennent plus distants, se montrent moins attentifs, moins disponibles et moins chaleureux, plus sévères dans leur jugement, et plus autoritaires dans leurs conduites.»⁵³

Certaines des données les plus importantes dans ce domaine proviennent d'une étude américaine, l'«U.S. National Longitudinal Study of Youth». Après avoir analysé la contribution relative des caractéristiques de la mère, du ménage, de l'enfant et de la pauvreté à la qualité du milieu familial, on a constaté que les variables liées à la pauvreté (le degré de dénuement, la durée de la pauvreté et le fait que la famille ait été pauvre ou non au moment de la naissance de l'enfant) avaient un profond retentissement.⁵⁴ Les enfants qui avaient le plus bénéficié des améliorations du revenu familial étaient ceux qui étaient nés dans la pauvreté ou dont la famille avait toujours été pauvre.

L'étude a également révélé que les parents dépensaient leurs revenus en fonction de l'enfant et qu'ils se servaient généralement de tous revenus supplémentaires pour améliorer la vie de leur enfant.

Développement cérébral. Des données récentes sur le développement du cerveau chez le nourrisson confirment le rôle crucial des facteurs génétiques et environnementaux dans la croissance de l'être humain. Dans Starting Points: Meeting the Needs of Our Youngest Children, la «Carnegie Corporation» de New York recommande de renseigner les parents sur le développement de l'enfant et aussi de financer les interventions destinées aux enfants pour prévenir les dommages. Ainsi, une piètre alimentation du nourrisson peut nuire gravement au développement du cerveau, entraînant par le fait même des troubles d'apprentissage et une déficience intellectuelle.⁵⁵

De récents travaux sur le développement du cerveau jettent un éclairage nouveau sur le développement des enfants. Il semblerait que les contacts dans le cerveau ne s'établissent normalement que sous l'effet d'une stimulation extérieure suffisante. Ainsi, les bébés qui passent la majeure partie de leur temps couchés dans leur berceau pendant la première année de leur vie souffrent souvent d'un retard de développement. Près de 15 p. cent des bébés participant à une étude marchaient à l'âge de trois ans.

«Il est maintenant reconnu que les enfants doivent être soumis à des sources de stimulation visuelle, tactile et auditive et à d'autres stimuli pour se développer pleinement. Autrement dit, des facteurs propres à notre environnement social, qui empêchent les enfants de recevoir ces stimuli vitaux au cours des périodes cruciales du développement du système nerveux, pourraient entraîner des troubles cognitifs et comportementaux plus tard dans la vie.»⁵⁶

Il est essentiel d'avoir un équilibre convenable de stimuli cérébraux avec l'enfant pendant la première année de vie. Une stimulation excessive, l'exposition à un stress intense par exemple, danger qui guette beaucoup d'enfants pauvres, risque d'obliger l'enfant à vivre dans un état d'alarme constant et aussi d'engendrer des problèmes d'ordre cognitif, comportemental et affectif qui perdureront toute sa vie.⁵⁷

Le cerveau du nourrisson et de l'enfant est conditionné pour recevoir certains types d'information, selon l'âge, comme l'indique le tableau 2. L'acquisition du langage est un exemple éloquent de la capacité d'apprendre du nourrisson. Les circuits cérébraux qui représentent les sons qui donneront des mots se forment pendant la première année de la vie; pendant les mois qui suivront, le langage se développera rapidement chez l'enfant. Plus l'enfant entend de mots avant l'âge de deux ans, plus son vocabulaire s'accroîtra.⁵⁸

TABLEAU 2

MOMENTS PLUS PROPICES À L'APPRENTISSAGE

Développement moteur	Du stade prénatal à cinq ans et plus
Maîtrise des émotions	De la naissance à deux ans et plus
Perception visuelle	De la naissance à deux ans et plus
Attachement social	De la naissance à deux ans et plus
Vocabulaire	De la naissance à trois ans
Deuxième langue	De six mois à dix ans
Mathématiques et logique	D'un an à quatre ans et plus
Musique	De trois ans à dix ans

Programmes de stimulation parents-nourrissons. Bon nombre des programmes spéciaux qui s'adressent aux nourrissons et aux parents sont connus sous le nom de programmes de «stimulation». Ces programmes sont conçus à la lumière de notre connaissance des stades du développement de l'enfant et visent à faire en sorte que les nourrissons reçoivent la stimulation nécessaire à leur développement.⁵⁹

Certains des bénéficiaires de ces interventions viennent d'un milieu familial pauvre; d'autres sont des sujets à risque parce qu'ils sont nés prématurément ou présentaient un poids insuffisant à la naissance. Des programmes bien conçus répondent aux besoins des deux groupes. Ils améliorent le développement cognitif et socio-affectif des enfants d'âge préscolaire et aident à les préparer à bien réussir à l'école.

De manière générale, les programmes de stimulation présentent les caractéristiques suivantes :

- Les activités se déroulent au foyer, que les enfants fréquentent ou non un centre d'apprentissage à l'extérieur.
- Au moins un des parents accepte de participer.
- Le rôle du parent dans le développement de son enfant est activement renforcé.
- On fait la promotion de modèles positifs provenant du milieu où vit la famille.
- Les contacts avec les intervenantes sont fréquents - au moins deux fois par mois.
- Dans le cadre de ce programme, on fait délibérément une large place aux facteurs tant cognitifs, que sociaux et affectifs.⁶⁰

Programmes centrés sur les enfants de faible poids à la naissance. Malgré les percées technologiques dans le domaine des soins de santé, les enfants de faible poids à la naissance risquent d'accuser un retard de développement en grandissant.⁶¹ Les problèmes sont encore plus graves si l'enfant vit dans la pauvreté.⁶² En fait, le nourrisson de faible poids qui vient au monde dans un milieu défavorisé ne se développe pas aussi bien que les autres enfants de faible poids à la naissance, qui commencent leur existence dans un environnement moins stressant.⁶³

Les bébés de faible poids à la naissance posent des problèmes à ceux qui en prennent soin : ils ont souvent moins d'aptitudes sociales, ils sont plus agités, ils sourient moins et ils ont plus de difficulté à supporter la détresse.⁶⁴

Dans le cadre de l'«Infant Health and Development Program», on s'est efforcé d'évaluer l'effet d'un suivi pédiatrique assorti de visites à domicile et de visites à un centre de développement de l'enfant. Le programme touchait 985 enfants de faible poids à la naissance répartis dans huit centres situés dans des régions géographiques présentant des profils démographiques différents. On a suivi les enfants depuis leur départ de la pouponnière jusqu'à ce qu'ils aient 36 mois.⁶⁵

La famille bénéficiait d'un soutien qui prenait la forme d'informations sur la santé et le développement de l'enfant. On a conçu à l'intention des parents une série de jeux et d'activités visant à stimuler le développement cognitif, linguistique et social de l'enfant. Favoriser le développement affectif était également un objectif important du programme. On aidait les parents à surmonter les problèmes qu'ils avaient eux-mêmes signalés.

À l'âge de 12 mois, les bébés commençaient à fréquenter un centre de développement appliquant un ratio d'un enseignant pour trois enfants d'un ou deux ans, ou d'un enseignant pour quatre enfants de deux ou trois ans. À cela venaient s'ajouter des séances de groupe organisées pour offrir aux parents un soutien social et de l'information sur l'éducation des enfants ainsi que sur diverses questions de santé et de sécurité.

On a constaté que les enfants ayant bénéficié du programme avaient un QI sensiblement plus élevé que ceux d'un groupe témoin qui avaient fait l'objet d'un suivi pédiatrique, sans plus. Les enfants du programme présentaient sensiblement moins de troubles de comportement, en moyenne, que les autres. On a relevé un peu plus d'affections mineures chez les nourrissons qui pesaient moins de 2 000 grammes à la naissance mais ces enfants n'avaient pas plus de maladies graves que les autres.⁶⁶

Les mères ayant participé à une étude semblable prodiguaient de meilleurs soins à leur nourrisson que les mères d'un groupe témoin. Leurs enfants étaient plus persévérants et plus enthousiastes que les autres; ils se montraient aussi plus compétents et plus absorbés par leurs activités.⁶⁷

Une autre intervention auprès d'enfants de très faible poids à la naissance a donné des résultats impressionnants. On a tenté de compenser la froideur de la pouponnière, où souvent les bébés prématurés ne sont dérangés que lorsque c'est nécessaire. Conçue pour nourrissons

issus de milieux défavorisés, l'intervention visait à améliorer leur développement sensoriel et moteur grâce à une stimulation visuelle, tactile et kinesthésique.⁶⁸

On a placé des mobiles d'oiseaux aux couleurs vives à une dizaine de pouces au-dessus du berceau de ces bébés dans la pouponnière de l'hôpital. Les infirmières ont reçu la consigne de leur parler, de les prendre souvent, de les bercer et de jouer avec eux durant leurs boires. Les boires étaient donnés dans une chaise berçante et les infirmières devaient tenir les bébés à la verticale pour leur rot. Toutes ces activités visaient à favoriser l'orientation visuelle.

Les instructeurs de l'hôpital ont été renversés de voir des nourrissons de trois livres fixer les oiseaux aux couleurs vives et le visage des infirmières pendant les boires. De plus, lorsqu'ils pleuraient, on pouvait les calmer en les prenant et en leur parlant. La prise de poids à la pouponnière a été sensiblement meilleure chez les bébés qui avaient reçu un traitement spécial que chez ceux auxquels on ne prodiguait que les soins pédiatriques courants.

Lorsque les bébés avaient quitté l'hôpital, une travailleuse sociale se rendait chaque semaine au domicile de la mère pour lui donner des conseils et lui montrer comment stimuler son enfant. Elle aidait la mère à évaluer où son nourrisson en était sur le plan du développement comportemental et à prévoir l'étape suivante. Elle lui donnait des jeux conçus pour favoriser la coordination oeil-main et pour aider le bébé à tendre la main pour toucher un objet, à prendre un objet, à vocaliser, à s'asseoir et à manger seul.

À l'âge de 12 mois, les bébés participant au programme d'intervention affichaient un niveau de développement quasi normal et ils avaient un QI supérieur de près de dix points à celui des bébés du groupe témoin.

D'autres interventions visant à favoriser le développement des enfants de faible poids à la naissance sont axés sur la mère. On a en effet constaté que les mères peu scolarisées sont proportionnellement plus nombreuses à exprimer de l'insatisfaction à l'égard de la maternité, à avoir une attitude moins favorable face à l'éducation des enfants et à présenter plus de symptômes psychologiques». ⁶⁹

Dans le cadre d'une intervention conçue pour les enfants de faible poids à la naissance, on a appris aux mères à apprécier les caractéristiques comportementales uniques de leur

nourrisson. L'intervention commençait quand le nouveau-né était admis dans l'unité des soins néonataux intensifs et se poursuivait à la maison pendant les trois mois suivants. On sensibilisait les mères aux signaux émis par leur enfant, particulièrement ceux qui dénotaient un excès de stimulation, de la détresse ou le désir d'interaction. On a montré aux mères à réagir à ces signaux.⁷⁰

Le programme visait un groupe expérimental de 25 bébés de faible poids à la naissance, un groupe témoin composé de 29 bébés de faible poids et 28 enfants de poids normal à la naissance. Les mères des bébés du premier groupe ont dit avoir beaucoup plus d'assurance et de satisfaction dans leur rôle de mère; elles avaient aussi des perceptions plus favorables du tempérament de leur bébé. On a également constaté un écart progressif sur le plan cognitif entre les enfants de faible poids à la naissance qui composaient le groupe expérimental et le groupe témoin; des différences appréciables ont été observées entre les deux groupes à l'âge de 36 et de 48 mois, au moment où les bébés de faible poids à la naissance du groupe expérimental ont rattrapé les bébés de poids normal.

Programmes destinés aux enfants de poids normal à la naissance. L'attachement mère-enfant ou l'attachement de l'enfant à la personne qui s'occupe de lui revêt une importance vitale pour le développement de l'enfant. Un attachement précaire peut faire naître chez l'enfant, plus tard, une tendance à l'agression ou au repli sur soi. Les nourrissons qui se sentent en sécurité utilisent la personne qui s'occupe d'eux comme une base à partir de laquelle ils explorent le monde et une source de réconfort lorsqu'ils éprouvent de la détresse.⁷¹ Il y aurait un rapport entre un solide attachement et la compétence cognitive et linguistique de l'enfant à long terme.

Pour bien jouer son rôle, la personne qui s'occupe de l'enfant doit comprendre le niveau de développement du nourrisson et lui procurer des stimulations qui dépassent, mais très légèrement, son niveau de compréhension. Elle doit être capable de guider le bébé dans son exploration du monde et de jouer avec lui sans pour autant s'ingérer dans son cheminement.⁷²

Le programme «Parent-Child Development Centres» créé aux États-Unis pendant les années 70 est un bon exemple d'une intervention holistique offrant de vastes services de soutien à la famille. L'âge des enfants au moment de l'admission au programme, de même que la durée et le type de programme, variaient selon la ville, comme on le voit au tableau 3. Tous les enfants cessaient de participer au programme lorsqu'ils atteignaient l'âge de 36 mois.⁷³

TABLEAU 3
CENTRES DE DÉVELOPPEMENT PARENT-ENFANT

Ville	Âge du bébé à l'admission	Durée du programme	Type de programme
Birmingham	de 3 à 5 mois	de 31 à 33 mois	offert au centre
Houston	12 mois	24 mois	offert à domicile et au centre
Nouvelle-Orléans	2 mois	34 mois	offert au centre

Les mères recevaient de l'information sur le développement social, affectif, intellectuel et physique de l'enfant soit à la pouponnière, soit dans le cadre d'activités d'observation avec leurs enfants, soit dans le cadre de discussions de groupe. On les encourageait à développer leur potentiel en accroissant leurs connaissances dans des domaines comme l'économie domestique, l'alimentation et la santé, les ressources communautaires, les services gouvernementaux et les services d'éducation des adultes.

L'aide apportée aux familles prenait différentes formes : services de transport, quelques repas, services de santé familiale et services sociaux, programmes à l'intention des autres enfants de la famille et petites allocations quotidiennes. Les intervenantes avaient différentes formations et étaient souvent issues du même groupe ethnique et culturel que les mères qui participaient au programme.

On a utilisé plusieurs variables et systèmes de cotation pour évaluer les effets de l'intervention sur la mère et l'enfant. Cependant, aux trois endroits où le programme s'est déroulé, les mères participantes affichaient au moment du suivi effectué à 36 mois, des résultats sensiblement supérieurs à l'égard de différents critères de mesure du comportement, dont les suivants :

- degré de participation active avec l'enfant;

- comportement pédagogique (nommer des activités, donner des renseignements à l'enfant, démontrer les activités ou se concentrer sur une tâche);
- stimulation;
- facilitation de l'apprentissage de l'enfant (aider l'enfant dans un apprentissage en lui fournissant le matériel nécessaire ou en lui donnant la permission d'agir); et
- affection (tenir l'enfant, l'embrasser, le réconforter et le féliciter).

Aux trois endroits où le programme était offert, on a constaté, à la fin du programme, que les enfants obtenaient de meilleurs résultats aux tests d'intelligence. Cependant, seuls les enfants de Birmingham et de Nouvelle-Orléans ont manifesté des gains appréciables sur le plan du développement et les ont maintenus lors des tests effectués un an plus tard. Ces résultats permettent de conclure à l'importance d'admettre les enfants à de tels programmes le plus tôt possible.

Dans un autre programme d'intervention, on a fait appel à des infirmières. Ce programme s'adressait à 95 mères peu scolarisées, qui bénéficiaient de peu de soutien, avaient de nombreux problèmes et vivaient beaucoup de stress dans la vie courante. L'intervention commençait au milieu de la grossesse et prenait fin lorsque l'enfant atteignait l'âge d'un an. On a utilisé auprès de 44 p. cent de ces femmes une formule inspirée du «modèle d'information et de ressources», dans laquelle l'information était donnée à la mère en termes simples. On s'est servi auprès des autres femmes d'un «modèle de la santé mentale»; une infirmière expliquait aux participantes comment favoriser les relations familiales harmonieuses.⁷⁴

Les femmes ont fait l'objet d'une évaluation portant sur le stress, le soutien social, la dépression, les aptitudes sociales et l'intelligence. On a mesuré la solidité de l'attachement de la mère à l'enfant à treize mois et à 30 mois - bien après la fin de l'intervention.

La formule fondée sur le modèle de la santé mentale a profité davantage aux femmes qui éprouvaient les plus graves problèmes; un plus grand nombre d'entre elles avaient en effet des liens plus solides avec leur enfant. Les résultats ont été évalués à l'aide de bandes vidéo illustrant le comportement de l'enfant et sa compétence en présence de sa mère. On observait

le comportement de l'enfant lorsqu'il était séparé de sa mère, puis lorsqu'il la retrouvait. En revanche, les mères dont le QI était plus élevé avaient plus de chances d'avoir avec leur nourrisson des liens d'attachement solides si elles se trouvaient dans le groupe d'intervention inspiré du modèle d'information et de ressources.

Les auteurs de l'étude se sont demandé si des programmes uniformes seraient efficaces pour toutes les familles. Ils ont conclu que le programme n'avait pas donné tous les résultats escomptés parce que, d'après l'évaluation, seulement un faible pourcentage des enfants présentaient un attachement solide à leur mère.

Selon un programme longitudinal de visite à domicile en Floride, auquel ont participé 258 mères et leurs bébés, une intervention précoce et constante pendant les trois premières années de vie aurait un effet bénéfique durable sur les capacités intellectuelles des enfants de milieux défavorisés. En effet, plus l'intervention était précoce, plus elle était de longue durée et plus elle était soutenue, plus les résultats étaient favorables.⁷⁵

On a recruté des parents du milieu même pour qu'ils montrent à d'autres parents comment stimuler leurs nourrissons. Le programme visait les objectifs suivants :

- favoriser la multiplication des expériences, particulièrement en donnant aux jeunes enfants la possibilité d'explorer des objets dans un contexte d'interaction verbale;
- favoriser l'acquisition du langage en procurant à l'enfant un milieu dans lequel il entend des conversations et se familiarise avec la langue utilisée à la maison;
- rehausser l'estime de soi des parents et améliorer leur sentiment de contrôle interne.

La participation des parents était un principe de base de l'intervention; par exemple, on voulait amener les parents à savoir en quoi une activité donnée était utile et à pouvoir déterminer si le nourrisson réagissait convenablement. Les méthodes pédagogiques utilisées par les parents étaient également importantes. Le rôle des intervenantes était relativement structuré. Les personnes chargées de l'éducation des parents se sont liées d'amitié avec les familles. Les intervenantes paraprofessionnelles et professionnelles (qui avaient une formation en éducation,

en psychologie de l'enfant et en soins infirmiers) se sont initiées mutuellement aux meilleures façons d'apprendre aux mères à faire participer leurs nourrissons à des activités saines.

Les enfants qui ont participé au programme soit pendant les trois années complètes, soit pendant deux années consécutives, soit pendant la première année seulement, ont obtenu les meilleurs résultats aux tests d'intelligence. Les résultats de tous les enfants participants ont été supérieurs à ceux des enfants du groupe témoin. Cette supériorité s'est confirmée à l'âge de cinq ans.

On a fait subir d'autres tests à ces enfants pendant le cours primaire; ils avaient un QI supérieur et de meilleurs résultats en mathématiques et en lecture et ils étaient moins souvent placés dans des classes pour élèves en difficulté. Les interventions de ce genre semblent augmenter les chances de réussite des enfants défavorisés et, en retour, pourraient permettre à la société de faire des économies en réduisant la demande de services d'orthopédagogie.⁷⁶

Les interventions précoces semblent également profiter aux parents et aux enfants qui ne sont pas considérés comme «à risque». Dans un programme canadien de huit mois axé sur l'éducation des parents et la stimulation des nourrissons, on a divisé en trois groupes des bébés nés à terme âgés de deux à quinze mois et issus de la classe moyenne; on leur a fait passer des tests pour évaluer leur développement mental et psychologique.⁷⁷

Les parents du premier groupe ont assisté à 22 séances structurées de formation interactive pratique avec leurs enfants, offertes par une équipe multidisciplinaire. À cela venaient s'ajouter des cours magistraux et des travaux à faire à domicile sur des sujets liés au développement de l'enfant. Les mères qui éprouvaient des difficultés avec leur enfant avaient accès à des consultations individuelles et on a organisé des soirées de parents.

Les parents du deuxième groupe ont participé à 22 séances non structurées. Les participants choisissaient eux-mêmes les sujets des conférences et n'avaient pas de travaux à faire à domicile; ils n'avaient pas non plus à participer à des ateliers. Les parents du troisième groupe ont assisté à 11 séances structurées et à seulement trois soirées de parents; ils n'ont participé à aucun atelier. On a aussi constitué un groupe témoin auquel on s'est contenté de faire passer des tests.

Ce sont les enfants placés dans un milieu structuré, les premier et troisième groupes, qui ont fait meilleure figure aux tests servant à mesurer leur développement.

D'après les données, il semble que les mères soient devenues des agents de changement plus efficaces et des éducatrices plus compétentes pour leurs jeunes enfants grâce à cette intervention. Les enfants, pour leur part, sont devenus des explorateurs, des imitateurs et des manipulateurs plus actifs. Il ressort aussi des données cliniques que ces enfants recherchent davantage l'interaction sociale avec d'autres enfants et avec des adultes, et qu'ils manifestent moins d'angoisse de séparation. D'après les réponses qu'ils ont données dans le cadre des entretiens cliniques, les parents semblaient avoir une meilleure connaissance des mécanismes du développement de l'enfant; ils semblent aussi mieux comprendre les interactions parent-enfant et éprouver à la fois plus de plaisir et moins d'anxiété à s'occuper de leurs enfants.⁷⁸

Autres types de programmes destinés aux nourrissons et à leurs parents. L'adaptation au rôle de parent pose un défi majeur à la plupart des familles et les nouveaux parents ont souvent besoin d'une aide extérieure pour faire face aux changements provoqués par l'arrivée d'un bébé.

Le programme ACCESS à Vancouver est un exemple des nombreux programmes qui offrent des services de soutien très divers aux jeunes parents tant avant qu'après la naissance de leur enfant. Le volet postnatal de ce programme englobe une éducation à domicile aux tâches parentales, des cours d'apprentissage de l'autonomie et des groupes d'entraide, des sorties et des cours de cuisine, des programmes locaux d'éducation familiale et de soutien et des réunions hebdomadaires de groupes de parents. Au début de l'année en cours, les organisateurs ont mis sur pied un programme communautaire pour sensibiliser les jeunes pères aux soins à donner aux enfants.

D'après les auteurs d'une étude réalisée au Québec, le fait d'avoir un enfant fait toujours prendre conscience aux nouveaux parents de tout ce qu'ils ont encore à apprendre dans ce nouveau rôle et les pères tout particulièrement doivent comprendre l'importance d'établir le plus tôt possible des liens étroits avec leurs enfants. Les auteurs de l'étude ont recommandé la mise sur pied d'un programme national pour souligner l'importance du rôle du père et de l'attachement père-enfant.⁷⁹

Un programme d'intervention préventive visait à aider 96 couples à s'adapter à leur nouveau rôle de parents. Des professionnels de la santé mentale ont suivi les couples pendant la grossesse et les trois mois qui ont suivi l'accouchement. Ils offraient du soutien aux couples, s'efforçaient d'accroître leur confiance en eux en tant que parents, favorisaient la participation des deux parents, aidaient les couples à s'adapter au changement et à évaluer leur relation.⁸⁰

L'étude a abouti à plusieurs constatations intéressantes. Au début, les couples qui avaient bénéficié de l'intervention et les autres ont vécu une période d'intensification des tensions et des conflits. Les couples ayant fait l'objet d'une intervention ont exprimé plus de préoccupations au sujet de la répartition des tâches ménagères et du temps qu'ils pouvaient passer ensemble en couple. Avec le temps, les femmes de ces couples ont exprimé plus de satisfaction à l'égard de leur nouveau rôle de mère et de la répartition des tâches domestiques. Six mois après l'accouchement, les hommes du groupe d'intervention se sont dits moins satisfaits de leur participation aux soins du bébé, estimant qu'ils pouvaient en faire davantage. Lorsque le bébé a eu 18 mois, ces pères ont exprimé plus de satisfaction, tandis que les pères du groupe témoin se sont dits moins satisfaits.

Les couples ayant bénéficié de l'intervention partageaient plus que les autres les soins prodigués aux bébés et ils ont également été moins nombreux à dire que leur vie sexuelle s'était détériorée. Il est possible que la stabilité conjugale de ces couples se soit améliorée puisqu'il n'y a pas eu de séparation ni de divorce.

Dans une étude portant sur les bébés normaux de mères adolescentes issues d'un milieu socio-économique défavorisé vivant aux États-Unis, on a comparé les bienfaits relatifs des services de garde et de visites à domicile pendant la première année de vie. Les mères du premier groupe ont reçu des services de garde et des cours de formation parentale, tandis que celles du deuxième groupe ont reçu la visite d'une intervenante à domicile. Enfin, un groupe témoin n'a fait l'objet d'aucune intervention, mais a subi des tests.⁸¹

Les bébés placés en garderie pendant toute la journée ont bénéficié d'un programme de stimulation des nourrissons. Le programme comportait également un volet nutritionnel, offert par l'entremise du programme WIC, l'accès gratuit à des produits laitiers et des consultations pédiatriques. Avant et après les heures d'école, les mères adolescentes travaillaient à la garderie, au salaire minimum, comme aide-éducatrices. Elles pouvaient ainsi voir les méthodes

d'éducation des enfants qu'utilisaient les éducatrices de la garderie et les mères de la classe moyenne dont les bébés fréquentaient aussi la garderie.⁸²

À 12 mois, les bébés qui fréquentaient la garderie et ceux dont la mère recevait la visite d'une intervenante à domicile étaient plus gros que ceux du groupe témoin. Ils obtenaient aussi de meilleurs résultats aux tests portant sur les aptitudes mentales et motrices. Les bébés qui fréquentaient la garderie ont affiché des résultats sensiblement meilleurs sur le plan des aptitudes mentales et motrices que ceux dont la mère recevait des visites à domicile. Par ailleurs, les mères dont le bébé fréquentait la garderie risquaient moins de vivre une nouvelle grossesse peu après la naissance du premier enfant et elles étaient plus nombreuses à retourner soit à l'école, soit sur le marché du travail.

Le «Kansas Healthy Start - Home Visitor Program» est une intervention efficace de dépistage et d'éducation conçue pour promouvoir des comportements sains.⁸³ On a demandé aux intervenantes chargées d'effectuer les visites à domicile de se comporter comme de «bonnes grands-mères». Elles ont visité les familles de tous les nouveau-nés de la région : 1 930 familles en tout. Elles les ont sensibilisées à l'importance de comportements sains, ce qui a entraîné, de la part des parents, une demande accrue de services et une amélioration de la vaccination. On a aussi constaté un intérêt accru pour la planification familiale, une augmentation du nombre d'inscriptions aux programmes de soutien nutritionnel et une baisse substantielle du nombre de cas soupçonnés ou confirmés d'enfants maltraités ou négligés.

Enfin, les projets «Child Survival/Fair Start» lancés aux États-Unis étaient une série d'interventions communautaires structurées conçues pour améliorer l'issue de la grossesse de même que la santé et le développement des nourrissons de jeunes familles à faible revenu. La conception de chaque projet était adaptée au milieu visé.⁸⁴

Les personnes chargées d'effectuer les visites à domicile étaient issues du milieu cible et formées à intervenir auprès de familles et de groupes de parents pour :

- promouvoir des pratiques de santé simples (saine alimentation de la mère et du nourrisson, hygiène et sécurité au foyer);
- encourager le recours aux soins médicaux nécessaires;

- aider les parents à acquérir des connaissances et des compétences dans l'éducation des enfants et renforcer la relation parent-nourrisson;
- aider les parents à développer les aptitudes nécessaires pour bien s'occuper d'autres aspects de la vie familiale qui peuvent se répercuter sur les soins donnés à l'enfant : comment gérer un budget, comment mobiliser des réseaux d'aide informels et comment faire face à des situations d'urgence; et
- aider les familles participant au programme à avoir accès aux services et aux mécanismes institutionnels officiels.

Les familles ont bien accueilli les interventions. Les organisateurs des projets ont découvert des «ressources inexploitées» dans le milieu. Ils ont pu mobiliser des gens et les encourager à devenir des modèles, des éducateurs, des sources de soutien social et des revendicateurs. Les programmes ont eu des résultats bénéfiques : amélioration de l'environnement familial, amélioration des conditions de vie dans le quartier et promotion du développement harmonieux des enfants.

CONCLUSION

La période prénatale et la petite enfance sont sans doute les périodes les plus critiques de la vie. En investissant des sommes modestes pour favoriser la santé et le bien-être des mères et des bébés, on peut produire des bienfaits qui durent toute la vie. L'indifférence, la négligence et l'inaction peuvent entraîner des problèmes qui, eux aussi, persisteront toute la vie.

Les données présentées dans ce rapport démontrent que des interventions précoces et bien pensées ont de nombreux effets bénéfiques sur les familles : une amélioration de l'issue de l'accouchement, une amélioration générale de la santé, une amélioration des compétences parentales, une réduction du stress, des parents plus sûrs d'eux et une meilleure compréhension du développement normal de l'enfant.

Ces données prouvent également que les interventions feraient aussi baisser le nombre d'enfants maltraités et négligés, réduisant par le fait même le nombre de placements en famille d'accueil, d'hospitalisations, de consultations aux salles d'urgence et d'interventions des services de protection de l'enfance.

Tous les gouvernements au Canada conviendraient sûrement qu'il est judicieux, sur le plan de la politique publique, d'offrir aux enfants le meilleur départ possible dans la vie. On pourrait donc en conclure que les milieux politiques appuient massivement les types d'interventions spéciales décrites dans ce rapport ou souscrivent à l'objectif plus vaste de la lutte contre la pauvreté. Reste à savoir si les gouvernements sont disposés à passer de la parole aux actes.

Le Conseil national du bien-être social est d'avis qu'il sera difficile d'apporter des réponses satisfaisantes aux causes profondes des problèmes qui affectent les familles aussi longtemps que les gouvernements n'auront pas changé profondément d'orientation et ne contribueront pas au financement de nouvelles initiatives.

Les gouvernements doivent, entre autres importants changements, mettre un terme aux coupures arbitraires dans les programmes sociaux, cesser de se décharger sur d'autres de leurs responsabilités sociales, accepter que leurs programmes soient soumis à une évaluation

minutieuse et en temps opportun de la part d'experts indépendants et s'engager à maintenir les programmes sociaux efficaces.

Mettre un terme aux coupures arbitraires dans les programmes sociaux. Le bien-être des enfants et de leurs parents passe par la volonté des gouvernements de venir en aide aux gens qui sont incapables de défendre seuls leurs intérêts. Il s'agit entre autres d'appuyer les vastes programmes sociaux comme l'assistance sociale, l'assurance-emploi et les pensions gouvernementales ainsi que les interventions spéciales comme celles décrites dans le présent rapport.

Ces dernières années, les programmes sociaux ont subi des coupures généralisées et importantes. L'exemple le plus extrême à cet égard concerne les coupures de 21,6 p. cent dans les prestations d'assistance sociale imposées par le gouvernement ontarien en octobre 1995. Les prestations d'assistance sociale accordées aux familles avec jeunes enfants ont été touchées par cette mesure. La décision était entièrement arbitraire et a été prise sans que l'on ait sérieusement déterminé si les nouvelles prestations permettraient aux familles touchées de nourrir, de vêtir ou de loger convenablement les enfants bénéficiant de l'assistance sociale. Un fait tout aussi inquiétant est que ce gouvernement qui a mis en oeuvre une telle politique irréfléchie continue de jouir de la faveur populaire.

Cesser de se décharger sur d'autres des responsabilités sociales. L'un après l'autre, les gouvernements fédéraux ont, au cours de la dernière décennie, consacré une bonne partie de leur énergie à l'assainissement de leurs finances en se déchargeant sur des paliers inférieurs du gouvernement du coût des programmes sociaux. Bien des gouvernements provinciaux et locaux ont appliqué des tactiques semblables. En conséquence, on a observé une diminution marquée de l'appui envers les programmes sociaux; les organismes bénévoles, sans but lucratif et de bienfaisance se sont retrouvés avec un fardeau accru et, enfin, la misère humaine est plus grande que jamais.

Non seulement le gouvernement fédéral a-t-il cessé de s'occuper directement de programmes comme l'assurance-maladie, l'assistance sociale et le logement, mais il a aussi diminué les fonds affectés à ces programmes. Pour la première fois depuis des décennies, le gouvernement fédéral a été un observateur distant plutôt qu'un intervenant direct dans certains des programmes sociaux les plus importants au Canada. Les normes nationales ont presque

disparu dans tous les secteurs de la politique sociale, à l'exception des normes d'assurance-maladie qui sont énoncées dans la Loi canadienne sur la santé.

Une évaluation approfondie et en temps opportun de la part d'experts indépendants des programmes sociaux. L'un des droits fondamentaux de tout citoyen vivant en démocratie est celui d'être renseigné au sujet des programmes financés par l'argent de ses impôts et de savoir si ces programmes atteignent les buts visés. Ce droit est difficile à faire respecter sous un régime parlementaire, à moins que les programmes ne soient évalués par des experts indépendants et que les résultats de leurs travaux ne soient publiés sans l'intervention des gouvernements. Très peu de programmes sociaux au Canada sont convenablement évalués et les quelques évaluations réalisées jusqu'ici sont souvent publiées trop tard pour avoir des répercussions réelles sur la politique publique.

La plupart des programmes décrits ici ont été soumis à l'examen d'experts indépendants et sont l'exception plutôt que la règle. Toutefois, ils nous donnent l'assurance que les interventions bien pensées portent fruit et ils font que les programmes efficaces peuvent plus facilement être reproduits ailleurs au Canada.

S'engager à maintenir les programmes sociaux efficaces. À partir du moment où un programme a fait l'objet d'une évaluation sérieuse qui en a démontré l'efficacité, il devrait être à l'abri des changements inconsidérés de la part des autorités publiques. Il sera difficile de parvenir à un tel résultat, puisque traditionnellement, les gouvernements canadiens ont considéré qu'une victoire sans équivoque aux élections les autorisait à changer à peu près tout ce qui est en place.

Le progrès social est la victime à chaque fois qu'un nouveau gouvernement remanie des programmes pour des raisons purement politiques ou idéologiques. Tout ce qui a été fait pour des motifs essentiellement politiques ou idéologiques est presque inévitablement voué à être défait lors d'un changement de gouvernement.

Ce rapport, comme bien d'autres études réalisées par d'autres chercheurs, a montré que des programmes bien conçus pour venir en aide aux familles donnent de bons résultats et contribuent au bien-être de l'ensemble de la population. Nous avons les moyens de concevoir des interventions spéciales à l'intention des familles qui ont besoin d'une aide particulière. Nous

avons aussi les moyens de faire de réels progrès dans la lutte contre la pauvreté et les problèmes sociaux qui l'accompagnent. Il nous manque cependant une chose : la volonté de nous attaquer à la tâche.

Le Forum national sur la santé a résumé ainsi ce défi:

Les inégalités et la pauvreté infantile ne sont pas nouvelles dans notre société, mais leur persistance donne à penser que nous n'assumons pas nos responsabilités à l'égard de la santé des enfants. Nous croyons fermement que les parents sont responsables au premier chef de la santé de leurs enfants, mais il est dans l'intérêt collectif de veiller au bien-être de tous les enfants. La pauvreté infantile est un problème chronique auquel nous devons nous attaquer sans tarder. Quelle que soit la rhétorique qui entoure les causes de la pauvreté et son niveau réel, il est évident que la société canadienne n'en fait pas assez pour que tous ses enfants grandissent dans un milieu sain. Il faut agir. Ce n'est pas simplement une question d'argent. Ce qu'il faut, c'est une stratégie globale qui prévoit des fonds supplémentaires ainsi que des programmes de soutien qui ont fait leurs preuves pour les familles avec des enfants à charge.⁸⁵

Le Conseil canadien de développement social a, quant à lui, exprimé un avis semblable, mais en termes plus catégoriques, dans une publication récente intitulée La pauvreté des enfants : quelles en sont les conséquences?

«L'avenir du Canada, notre sécurité et notre qualité de vie dépendent du bien-être de nos enfants», de conclure les auteurs du rapport. «Nous ne pourrons jamais avoir une société saine si nos enfants sont pauvres et en mauvaise santé.»⁸⁶

RENVOIS

1. Conseil national de prévention du crime, Un bon placement : Prévention de la criminalité et de la victimisation (Ottawa : septembre 1996), p. 30.
2. Le Forum national sur la santé, vol. II, Rapport de synthèse du groupe de travail sur les déterminants de la santé, p. 46.
3. Lisbeth B. Schorr, Within our Reach : Breaking the Cycle of Disadvantage (Toronto : Anchor Books, 1989), pp. xxii-xxiii.
4. Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens (Ottawa : Santé Canada, 1994), p. 2.
5. Prevention of Low Birth Weight in Canada, p. 6. Cet ouvrage est la principale source de l'information présentée dans le reste de cette section.
6. Les enfants du Canada : notre avenir, Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine (Ottawa, 1991), p. 16.
7. The Prevention of Low Birth Weight in Canada, p. 16; voir aussi F. Joseph McLaughlin, William A. Altemeier, Myra J. Christensen, Kathryn B. Sherrof, Mary S. Dietrich et David T. Stern, «Randomized trial of comprehensive pre-natal care for low-income women: effect on infant birth weight», Pediatrics, 1992, 89(1), p. 128.
8. Russell Wilkins, Gregory J. Sherman et P.A.F. Best, «Issues de grossesse défavorables et mortalité infantile selon le revenu dans les régions urbaines du Canada en 1986,» Rapports sur la santé 1991; 3(1), p. 15.
9. Même, p. 8.
10. Conseil canadien du développement social, La pauvreté des enfants : quelles en sont les conséquences?, p. 9.
11. Conseil national du bien-être social, Profil de la pauvreté, 1995.
12. Prevention of Low Birth Weight in Canada; voir aussi Conseil du Premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, Nos enfants et nos jeunes d'aujourd'hui (Toronto, 1994), p. 36.
13. The Prevention of Low Birth Weight in Canada, p. 21.
14. Même, p. 28.

15. Même, p. 19.
16. M.S. Kramer, «Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis,» Bulletin of the World Health Organization 1987;65(5), pp. 663, 721.
17. Stephen B. Hotz, Nancy Edwards, Nicki Simms-Jones et Julie Allston, Le tabagisme chez les femmes enceintes à haute risque (Ottawa : Santé Canada, 1996) p.17.
18. Santé Canada, Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et post-natale : résumé documentaire (Ottawa, 1995).
19. The Prevention of Low Birth Weight in Canada, p. 19.
20. Même.
21. Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et post-natale, p. 6. Ce rapport est aussi la source des données présentées dans les trois paragraphes suivants.
22. Santé Canada, Les interventions relatives au tabac pendant les périodes prénatale et post-natale (Ottawa, 1995), p. 3.
23. Santé Canada, La réduction de la consommation de tabac dans les programmes prénatals et post-natals pour les familles à haute priorité : résultats d'un sondage canadien (Ottawa, 1995).
24. Louise Hanvey, «Working Paper on Health Status» dans Working Papers on the Determinants of Healthy Child and Youth Development (Toronto : Conseil du Premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, 1993), p. 22.
25. Le tabagisme chez les femmes enceintes à haute risque, pp. 21, 23 (voir la note 17).
26. The Prevention of Low Birthweight in Canada, p. 20.
27. Agnes C. Higgins, John E. Moxley, Paul B. Pencharz, Denise Mikolainis et Sheila Dubois, «Impact of the Higgins Nutrition Intervention Program on birth weight: a within-mother analysis», Journal of the American Dietetic Association, 1989; 89(8), pp. 1097, 1101.
28. Même.
29. Marie-Paule Duquette, Janine Desrosiers Choquette et Sheila Dubois, Programme d'aide aux femmes enceintes de milieux défavorisés (Montréal: Dispensaire diététique de Montréal, 1991).
30. «The WIC Project of the Center on Budget and Policy Priorities» (Washington, avril 1994).

31. «Corporate Support For the WIC Program», Témoignage présenté devant le «House of Representatives Committee on the Budget,» le 6 mars 1991.
32. Même.
33. «The WIC Project of the Center on Budget and Policy Priorities».
34. Syndrome d'alcoolisme foetal : Une tragédie évitable, Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge, de la condition féminine (Ottawa, 1992), p. 3; voir aussi The Prevention of Low Birth Weight in Canada, p. 20.
35. Syndrome d'alcoolisme foetal, p. 3. La citation et les données utilisées dans les deux paragraphes suivants proviennent aussi de cette source.
36. Même, pp. 4-5.
37. Société canadienne de pédiatrie et al., «La prévention du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada,» communiqué conjoint (octobre 1996).
38. Canada, Rapport sur le projet de promotion de la santé prénatale (Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1994).
39. Vancouver Health Department, Healthiest Babies Possible Program, 1992.
40. Rapport sur le projet de promotion de la santé prénatale, pp. 26-31.
41. McLaughlin et al., p. 128 (voir la note 7).
42. Cam Mustard, The Utilization of Prenatal Care and Relationship to Birthweight Outcome in Winnipeg, 1987-1988. (Winnipeg : Manitoba Centre for Health Policy and Education, 1993), pp. iii-v.
43. Même, p. 45.
44. R. Turner, C. Grindstaff et N. Phillips, «Social support and outcome in teenage pregnancy», Journal of Health and Social Behaviour, 1990:31; p. 50.
45. The Prevention of Low Birth Weight in Canada, p. 31.
46. D. Olds, C. Henderson, R. Tatelbaum et R. Chamberlin, «Improving the delivery of prenatal care and outcome of pregnancy : a randomized trial of nurse home visitation», Pediatrics 1986:77(1), pp. 17-18. Toutes les données de cette section proviennent de cette source.
47. Même.

48. A. Oakley, L. Rajan et A. Grant, «Social support and pregnancy outcome», British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1990;97; pp. 160, 157.
49. D. Elbourne, A. Oakley et I. Chalmers, «Social and psychological support during pregnancy», dans Effective Care in Pregnancy and Childbirth (Toronto : Oxford University Press, 1989), p. 222.
50. Daniel P. Keating, «Developmental determinants of health and well-being in children and youth», dans Working Papers on the Determinants of Healthy Child and Youth Development (Toronto : Conseil du Premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, 1993); Carnegie Corporation of New York, Starting Points: Meeting the Needs of Our Youngest Children (New York : Carnegie Corporation of New York, 1994), pp. 6-7.
51. L'information générale sur le Programme d'action communautaire pour les enfants émane de Santé Canada.
52. Le Forum national sur la santé, vol. I, La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, p. 26.
53. Un Québec fou de ses enfants, rapport du groupe de travail pour les jeunes (Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 1991), p. 67.
54. P. Garrett, N. Ng'andu et J. Ferron, «Poverty experiences of young children and the quality of their home environments», Child Development avril 1994; 65(2), pp. 331-45.
55. Starting Points.
56. Daniel Keating et J. Fraser Mustard, Social Economic Factors and Human Development (Toronto : L'Institut canadien des recherches avancées, 1993).
57. Starting Points, p. 9.
58. Sharon Begley, «Your child's brain», Newsweek (Le 19 février 1996), p. 57; C.T. Ramey et R. Haskins, «The modification of intelligence through early experience», Intelligence 1981;5, p. 5.
59. Clyde Hertzman et Michele Wiens, Child Development and Long-Term Outcomes: A Population Health Perspective and Summary of Successful Interventions (Toronto : L'Institut canadien des recherches avancées, 1994), pp. 14-16.
60. Même.
61. Infant Health and Development Program, «Enhancing the outcome of low birthweight, premature infants : a multisite randomized trial,» Journal of the American Medical Association 1990;263(22), p. 3035; V.A. Rauh, T.M. Achenbach, B. Nurcombe et

- C.T. Howell, «Minimizing adverse effects of low birthweight : four-year results of an early intervention program,» Child Development 1988;59(3), p. 544.
62. B. Nurcombe, D.C. Howell, V.A. Rauh, D.M. Teti, P. Ruoff et J. Brennan, «An intervention program for mothers of low birthweight infants : preliminary results,» Journal of the American Academy of Child Psychiatry 1984;23, p. 319.
63. Canadian Institute of Child Health, Low Birth Weight and Prematurity Prevention: Developing the Action Plan, Coalition Workshop Meeting, les 11-12 avril 1994, p. 2.
64. D. Spiker, J. Ferguson et J. Brooks-Gunn, «Enhancing maternal interactive behaviour and child social competence in low birth weight premature infants,» Child Development Juin 1993;64(3), p. 755.
65. Pamey et al., «The Infant Health and Development Program for low birth weight, premature infants : program elements, family participation, and child intelligence,» Pediatrics 1992;89, p. 455.
66. M.C. McCormick, C. McCarton, J. Tonascia et J. Brooks-Gunn, «Early educational intervention for very low birth weight infants : results from the Infant Health and Development Program,» Journal of Pediatrics Octobre 1993;123(4), pp. 527-533.
67. Spiker et al, 1993, pp. 754, 758 (voir la note 64).
68. S. Scarr-Salapatek et M.L. Williams, «The effects of early stimulation on low birthweight infants,» Child Development 1973;44, pp. 97-98.
69. Nurcombe et al., p. 324 (voir la note 62).
70. Rauh et al, 1988, p. 546 (voir la note 61).
71. C.L. Booth, S.J. Spieker, K.E. Barnard et C.E. Morisset, «The role of preventive intervention in deflecting a maladaptive developmental trajectory,» dans Preventing Antisocial Behaviour: Interventions from Birth through Adolescence (New York : Guilford Press, 1992), pp. 27-29; I.J. Gordon et R.E. Jester, «The Florida Parent Education Infant and Toddler Programs,» dans The Preschool in Action (Boston : Allyn & Bacon, 1977), p. 99; C. Booth, K. Barnard, S. Mitchell et S. Spieker, «Successful intervention with multi-problem mothers: effects on the mother-infant relationship,» Mental Health Journal automne 1987;8(3), p. 289.
72. Booth et al., 1992, p. 26.
73. S.E. Andrews, J.B. Blumenthal, D.L. Johnson, A.J. Kuhn, C.J. Ferguson, T.M. Lasater, P.E. Malone et D.B. Wallace, «The skills of mothering: a study of Parent Child Development Centres,» Monographs of the Society for Research in Child Development 1982;47(6), Serial No. 198.

74. Booth et al., 1987, p. 293.
75. Gordon et Jester, pp. 113-116 (voir note 71).
76. R. Jester et Barry J. Guinagh, «The Gordon Parent Education Infant and Toddler Program,» Consortium for Longitudinal Studies, As the twig is bent... (New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 1983), p. 129.
77. J.L. Derevensky et E. Wasser-Kastner, «The effects of an interdisciplinary infant stimulation-parent education intervention program upon infant development,» Infant Mental Health Journal printemps 1984;5(1), p. 5.
78. Même, p. 13.
79. Un Québec fou de ses enfants, pp. 77, 89-90.
80. C. Cowan et P. Cowan, «Preventive intervention for couples becoming parents,» dans Research on Support for Parents and Infants in the Postnatal Period (New Jersey : Ablex Publishing Co., 1987), pp. 225, 233.
81. Clyde Hertzman et Michele Wiens, A Source Document of Longitudinal Research and Specific Intervention Programs Outside of Canada (Toronto : L'Institut canadien des recherches avancées, 1994), p. 10.
82. T.M. Field, «Infants born at risk: early compensatory experiences,» dans Facilitating Infant and Early Childhood Development (Burlington : University of Vermont Press, 1982), p. 337.
83. K. Barquest et H. Martin, "Use of lay home visitors: a primary prevention strategy for families with a newborn,» The Personnel and Guidance Journal 1984;62(9), p. 560.
84. R. Halpern et M. Larner, «Lay family support during pregnancy and infancy: the Child Survival/Fair Start initiative,» Infant Mental Health Journal Été 1987;8(2), p. 132.
85. Le Forum national sur la santé, vol. II, Rapport de synthèse du groupe de travail sur les déterminants de la santé, p. 11.
86. Conseil canadien de développement social, La pauvreté des enfants : quelles en sont les conséquences? p. 28.

MEMBRES DU CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

M. Bruce Hardy (Président intérimaire)	Surrey (Colombie-Britannique)
M. Armand Brun (Vice-président)	Shediac (Nouveau-Brunswick)
Mme Helen Margaret Finucane	Regina (Saskatchewan)
M. Charles H. Forsyth	Hamilton (Ontario)
Mme Dana Howe	Windsor (Ontario)
M. Jonathan Murphy	Edmonton (Alberta)
M. David S. Northcott	Winnipeg (Manitoba)
Mme Lorraine Tordiff	Fort Smith (Territoires du Nord-Ouest)
Mme Claudette Toupin	St-Bruno (Québec)
M. Calvin White	Flat Bay (Terre-Neuve)

Directeur: Steve Kerstetter
Consultante: Brenda F. Beauchamp
Agent de recherche: Gilles Séguin
Agent de liaison: Carole Lanthier Bayram
Agent de publications: Anna Kyle

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

La Loi de 1969 sur l'organisation du gouvernement a institué le Conseil national du bien-être social en tant qu'organisme consultatif de citoyens auprès du gouvernement fédéral. Le Conseil a pour mandat de conseiller le Ministre du Développement des ressources humaines sur des questions relatives aux citoyens à faible revenu.

Le Conseil est composé de membres nommés par le Gouverneur en conseil et provenant de diverses régions du Canada. Les membres agissent à titre personnel et non en tant que représentants d'organismes ou d'agences. Au fil des années, le Conseil a reçu comme membres des assistés sociaux, des locataires de logements publics et d'autres citoyens à faible revenu, ou des enseignants, des travailleurs sociaux et d'autres personnes travaillant au sein d'associations de services bénévoles ou d'organismes privés d'aide sociale.

Les rapports du Conseil national du bien-être social ont porté sur une vaste gamme de questions relatives à la pauvreté et à la politique sociale au Canada, notamment les programmes de sécurité du revenu, la réforme du bien-être social, les soins de santé, les seuils de pauvreté et des données statistiques sur la pauvreté, le système de revenus de retraite, la réforme de la fiscalité, la politique de l'emploi, les services sociaux et l'aide juridique.

All publications of the National Council of Welfare are also available in English. For copies, please write to the National Council of Welfare, 2nd Floor, 1010 Somerset Street West, Ottawa K1A 0J9.