

**LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS  
AUX ÉTATS-UNIS  
PRÉSENTATION D'UNE RECENSION  
INFORMATISÉE DES ÉCRITS**

**TOME II**

**Marie Hélène Saint-Pierre**

sous la supervision de Renée B.-Dandurand

Suite du document n° 3 du projet  
Recension des écrits : La prise en charge des enfants  
dans certains pays occidentaux

Partenariat *Familles en mouvance et dynamiques  
intergénérationnelles*

INRS-Urbanisation, Culture et Société

Montréal, février 2001

ISBN : 2-922116-40-9

Dépôt légal : 2001

Bibliothèque nationale du Québec,

Bibliothèque nationale du Canada

© Tous droits réservés

INRS-Urbanisation, Culture et Société

3465, rue Durocher

Montréal, Québec

H2X 2C6

Téléphone : (514) 499-4000

Télécopieur : (514) 499-4065

---

*Remerciements*

Le présent document a reçu les conseils et commentaires de Jean-Pierre Lamoureux, du Conseil de la famille et de l'enfance ainsi que de Laurent Roy, du ministère de la Famille et de l'Enfance. Ce projet a bénéficié de l'appui financier du ministère de la Famille et de l'Enfance ainsi que celui du Conseil québécois de la recherche sociale.

Que tous soient remerciés.



Depuis 1996, au sein du partenariat *Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles*, s'est élaboré et poursuivi un programme de recherche portant sur l'analyse contextuelle et comparative des politiques familiales de différents pays occidentaux. Sous deux volets, la prise en charge des enfants et les politiques en direction des familles, nous avons déposé des documents portant sur la France, la Suède, les États-Unis et le Québec.

Le présent document constitue le tome II de *La prise en charge des enfants aux États-Unis*, dont la première partie est parue en 1998 et qui comprenait une recension de 934 titres portant sur : 1) la prise en charge privée et 2) certains aspects de la prise en charge publique (entretien, garde et éducation). La présente synthèse et recension comprend 826 titres et porte sur *la santé et le palliatif public* (protection et services sociaux auprès des enfants).

Il importe de souligner que les cahiers produits au sein de notre programme de recherche sont d'abord des *instruments de travail* en vue d'effectuer des analyses contextuelles et comparatives portant sur le Québec et d'autres provinces et pays. Ces cahiers se présentent sous la forme d'une *recension d'écrits*, que ces derniers soient parus sur support papier ou informatique. Nous avons d'abord répertorié les principaux écrits; ils ont ensuite été classifiés et inscrits sur support informatique à l'aide du logiciel ProCite 5® (format Windows™). Par la suite, le texte de la présentation-synthèse a repris et résumé les écrits recensés qui sont apparus les plus pertinents afin de dresser un tableau général de la situation. Pour de plus amples informations sur le contenu, la configuration et la méthode que nous avons utilisée pour réaliser l'ensemble de ce volet documentation de notre recherche, le lecteur ou la lectrice trouvera dans les pages qui suivent copie d'un court article sur le sujet.

L'annexe A précise par ailleurs le mode de classification des écrits recensés et inscrits sur la disquette placée en couverture 3 de ce cahier, alors que l'annexe B fournit quelques indications relatives à l'utilisation du logiciel Pro-Cite 5® permettant d'accéder à la banque de données bibliographiques.

Renée B.-Dandurand

Février 2001

# Familles en mouvance Dynamiques intergénérationnelles

Un partenariat de recherche sociale, multidisciplinaire et multisectoriel

Bulletin de liaison, volume 2, no 3, mars 1999

## LES PROJETS DE DOCUMENTATION SUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET LES POLITIQUES FAMILIALES : NOTES SUR LES CONTENUS, LA CONFIGURATION ET LA MÉTHODE

Par Marie Hélène Saint-Pierre et Renée B.-Dandurand

Le partenariat *Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles* avait à sa programmation, entre 1996 et 1998, deux projets de documentation portant sur quelques pays occidentaux, l'un concernant la prise en charge des enfants, l'autre, les politiques familiales, explicites ou implicites selon les pays. À l'heure actuelle, les recensions informatisées ont été réalisées pour trois pays en ce qui concerne la prise en charge des enfants, la France, la Suède et les États-Unis; elles sont complétées pour la France et la Suède dans le cas des politiques familiales et la recension sur les États-Unis sera sous peu. Nous sommes actuellement à préparer ces mêmes dossiers pour le Québec, l'Ontario, l'Alberta, le Nouveau-Brunswick et l'ensemble du Canada.

Chaque dossier de documentation comporte deux éléments : la recension comme telle, inscrite sur support informatique au moyen du logiciel ProCite, et un texte d'accompagnement, sous forme écrite, faisant une présentation et une synthèse introductive de cette recension. Par l'utilisation de ProCite, la recension informatisée permet d'obtenir la liste des écrits concernant un thème (mot-clé), un auteur, une année, etc., ou encore, on peut combiner ces variables. La liste obtenue peut ensuite être insérée dans un texte (informatisé) ou imprimée.

### Contenu des documents

#### *La prise en charge des enfants de moins de douze ans*

Les dossiers réunissent, pour chaque pays, les écrits permettant de reconstituer le cadre dans lequel vivent les enfants de moins de douze ans, cadre dans lequel se déploient les actions privées et publiques de leur prise en charge. Essentiellement, les écrits recensés visaient à pouvoir répondre à la question suivante:

par qui et comment s'effectue la prise en charge des enfants dans les divers pays examinés? La recension aborde donc les différents lieux et agents de la prise en charge des enfants de moins de douze ans : d'une part, la famille restreinte et l'entourage immédiat des enfants, familial et social, renvoient à ce que nous appelons les lieux et agents de leur prise en charge privée; d'autre part, les mesures d'aide

financière aux familles, les services de garde, l'école, les services de santé, de loisirs et les services sociaux constituent les lieux de leur prise en charge publique par des agents qui, à l'instar des parents, exercent auprès des enfants des actions nourricière, pédagogique, sanitaire et régulatrice.<sup>1</sup>

#### *Les politiques familiales explicites et implicites*

Les dossiers rassemblent, pour chaque pays, les écrits permettant de connaître la teneur et de comprendre le sens des différentes mesures publiques en direction des familles, mises en place dans les pays examinés. Outre la présentation comme telle des mesures publiques, la recension

répertorie également des écrits abordant les contextes ayant entouré l'élaboration de ces politiques (historique, démographique, économique, politique, acteurs sociaux et institutionnels en cause, etc.), les axes d'intervention publique privilégiés et leur orientation, les enjeux et débats qu'elles ont soulevés, de même que leurs effets à différents égards. S'ajoutent également des écrits faisant la comparaison des politiques familiales du pays concerné par rapport à d'autres.

#### Originalité des documents

Ces documents constituent, croyons-nous, des outils utiles et originaux pour quiconque s'intéresse aux questions abordées et ce,

ProCite est un logiciel qui permet de constituer des bases de données bibliographiques. Une fois constituée, la banque de données peut être utilisée pour rechercher des documents sur un thème donné (mot-clé), par auteur, par année, etc. Les listes ainsi obtenues peuvent être insérées dans un texte ou imprimées. ProCite fonctionne sous Windows ou Macintosh.

Suite page 2

**Site Web de «Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles»**

Visitez le nouveau site Web de notre partenariat à l'adresse suivante:

<http://partenariat-familles.inrs-culture.quebec.ca>

pour plusieurs raisons :

♦ Le classement des écrits dans la recension informatisée est fait selon un canevas inédit, visant à répondre à un questionnement précis; il ne s'agit donc pas d'un classement d'ordre général comme ce qu'on retrouve dans les banques bibliographiques informatisées des bibliothèques ou des CD-ROM.

♦ La double composante, écrite et informatisée, des documents est également assez nouvelle: alors que le texte sur papier propose une synthèse introductive, rappelant les recensions habituelles autour d'un thème, la recension des écrits comme telle, au lieu d'être simplement listée à l'intérieur d'un document écrit, peut être consultée et utilisée de la même manière que les banques informatisées.

♦ Les documents pour chaque pays se complètent l'un et l'autre. Alors que le dossier sur les politiques présente les écrits abordant la situation d'un point de vue «macro», i.e. description des mesures publiques, cadre sociopolitique de leur élaboration, acteurs en cause, enjeux soulevés, effets, etc., le dossier sur la prise en charge des enfants s'attache à répertorier les écrits montrant, de manière plus concrète, comment se traduit dans le vécu des enfants et de leurs parents la présence (ou l'absence) de diverses pratiques de prise en charge privée et publique dans les pays examinés.

♦ Le fait que, pour chaque pays, les documents soient construits selon des thèmes récurrents facilite la comparaison entre pays tout en préservant le contexte politique, social et culturel dans lequel chaque politique ou programme est présenté. Ces documents permettent donc des comparaisons internationales de politiques familiales toujours situées dans le cadre de la société et du profil familial où elles émergent.

#### **Quelques éléments de la méthode**

Nous avons d'abord procédé à la préparation de la recension informatisée des écrits. Le repérage bibliographique de base s'est fait par l'appel de mots-clés dans les banques informatisées des bibliothèques des principales universités (québécoises, canadiennes, américaines ...) et des répertoires présentés sur CD-ROM (Francis, Sociofile, Current Content, etc.). Nous avons également consulté divers sites Internet.

Un premier classement des écrits a alors été effectué selon un canevas préétabli (qui comprend des rubriques et des sous-rubriques). Les documents qui ne trouvaient pas leur place dans les rubriques ainsi définies ont été laissés en suspens. En parallèle, a débuté l'écriture du texte d'accompagnement. Cet exercice a mené à certains constats : des «trous» dans la documentation rassemblée jusqu'alors sont apparus; de même, certains périodiques majeurs sur un thème donné ou certains auteurs incontournables sur une question en particulier sont ressortis à l'évidence. Une recherche bibliographique plus spécifique s'ensuivit: nous avons fait le dépouillement, pour l'année en cours (ou les années les plus récentes), de certains périodiques en particulier, reconnus pour

leur contribution essentielle dans un champ donné, dans un pays donné (la référence à ces articles n'apparaissant pas encore dans les CD-ROM). De plus, au fil des lectures pour effectuer la présentation des écrits, d'autres références ont été ajoutées à la «suggestion» d'auteurs reconnus dans leur domaine, ou encore suite à l'examen de la bibliographie d'ouvrages ou d'articles très récents.

À ce stade, une meilleure connaissance de la situation existant dans le pays concerné nous a ensuite permis de revenir au classement des documents. Dans cette deuxième étape de classement, nous voulions d'une part respecter les grandes lignes du canevas de départ, mais nous voulions également que le classement proposé corresponde à ce qui s'écrit effectivement sur la question dans le pays concerné. En conséquence, certains mots-clés ont été ajoutés pour rendre compte de tous les points abordés dans la documentation rassemblée pour un pays donné (tous les points que nous jugions pertinents même s'ils n'apparaissaient pas dans le canevas de départ). En outre, en changeant de pays, il nous a parfois fallu modifier certains mots-clés même s'ils concernaient une même thématique globale. Un bon exemple de cette démarche concerne l'activité professionnelle des mères. La première recension effectuée portait sur la France et, dans ce pays, les écrits abordant l'activité professionnelle des mères traitaient presque toujours en corollaire de la conciliation entre l'emploi et la famille. En Suède, la situation différait: la conciliation travail-famille est nettement moins une affaire de femmes exclusivement et les écrits recensés en portaient la marque. Au vu des documents recueillis pour la Suède autour de ce thème, il s'avérait difficile de tout regrouper sous un même mot-clé «l'activité professionnelle des mères». Nous avons donc ajouté un mot-clé soit «articulation famille-emploi selon le sexe», ce mot-clé reflétant le fait que, dans les écrits suédois, l'activité professionnelle des deux parents et leur implication dans les responsabilités parentales et domestiques sont la plupart du temps abordées de pair.

\* \* \*

Les dossiers de documentation sur la prise en charge des enfants et les politiques familiales dans certains pays et provinces canadiennes constituent des outils de référence précieux et originaux qui, une fois qu'on s'est familiarisé avec le logiciel ProCite, permettent un accès rapide et précis à une documentation complexe sur les questions étudiées. Comme pour toute ressource documentaire, il importerait de prévoir une mise à jour de ces instruments de recherche. L'existence d'un cadre de référence et une méthode éprouvée de recherche pour mettre en forme cette documentation devraient faciliter les choses et nous inciter à compléter nos connaissances à mesure que paraissent de nouveaux écrits, de plus en plus nombreux, que ce soit sur support papier ou informatisé.

<sup>1</sup> Dandurand, R.-B. 1994. «Pour une définition sociologique de l'enfance contemporaine», *Cahiers québécois de démographie*, vol. 23, n° 2.

#### **Production du bulletin:**

Monique Provost  
coordonnatrice du partenariat  
INRS-Culture et Société  
306, place D'Youville, bureau B-10  
Montréal, Québec, H2Y 2B6  
Tél: (514) 841-4001 Télécopieur: (514) 841-4015  
Courriel: Monique\_Provost@Inrs-Culture.UQuebec.ca





---

*Table des matières du Tome I*

<b>FAITS SAILLANTS</b> .....	iii
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PRISE EN CHARGE PRIVÉE</b> .....	5
<b>A- FAMILLE</b> .....	5
<i>1.1- Transformations de la famille</i> .....	5
1.1.1- Aspects démographiques .....	5
1.1.2- Aspects économiques .....	9
1.1.3- Aspects légaux .....	11
1.1.4- Lecture des transformations familiales .....	15
1.1.4.1- Divorce .....	15
<i>1.2- Différentes configurations familiales</i> .....	16
1.2.1- Familles monoparentales .....	16
1.2.2- Familles recomposées .....	17
1.2.3- Parents non gardiens .....	17
1.2.4- Parents adolescents .....	19
1.2.5- Parents homosexuels .....	19
1.2.6- Familles sans abri .....	19
<i>1.3- L'articulation entre l'emploi et la famille</i> .....	20
1.3.1- L'emploi du temps au sein de la famille.....	22
<i>1.4- L'exercice de la parentalité</i> .....	24
<b>B- COMPLÉMENT PRIVÉ</b> .....	24
Les grands-parents .....	24
L'ensemble du réseau social .....	26
<b>PRISE EN CHARGE PUBLIQUE</b> .....	29
<b>A- ENTRETIEN</b> .....	29
<i>3.1- Entretien: vue générale</i> .....	29
3.1.1- Aide fournie par les états .....	30
<i>3.2- L'aide sociale (fédérale)</i> .....	30
<i>3.3- Mesures de conciliation emploi-famille</i> .....	33
3.3.1- Congé parental .....	33
<b>B- GARDE DES ENFANTS</b> .....	33
<i>4.1- Les différents modes de garde et leur utilisation</i> .....	34
A- Services de garde non officiels .....	34
B- Services de garde officiels .....	34
B.1- Services de garde en milieu familial .....	35
B.2- Centres de services de garde .....	35
B.2.1- Les programmes d'éducation préscolaire .....	36
Utilisation des modes de garde.....	38
A- Enfants d'âge préscolaire.....	38
B- Enfants d'âge scolaire.....	39

4.2- <i>Quelques aspects spécifiques concernant la garde des enfants</i> .....	41
4.2.1- Garde des enfants pauvres .....	41
4.2.2- Garde vs employeurs .....	42
4.2.3- Financement .....	42
4.2.4- Qualité .....	42
4.2.5- Choix .....	42
4.2.6- Relation avec l'emploi des parents .....	42
4.2.7- Effets .....	42
4.2.8- Travailleuses .....	42
4.2.9- Sens et rôle de la garde non parentale .....	43
4.3- <i>Politiques et débats</i> .....	43
<b>C- ÉDUCATION</b> .....	43
5.1- <i>Le système d'enseignement américain</i> .....	44
I- Le réseau public .....	44
A- Partage des responsabilités .....	44
B- Organisation de la scolarité .....	45
II- Le réseau privé .....	47
III- La fréquentation scolaire .....	48
5.1.1- Écoles privées .....	40
5.1.2- Choix de l'école .....	50
5.2- <i>Regards sur l'école</i> .....	51
5.2.1- L'école maternelle .....	51
5.2.2- L'école élémentaire .....	51
5.2.3- Les programmes d'éducation compensatoire .....	51
5.2.4- L'éducation spéciale .....	51
5.2.5- Les enseignants .....	51
5.3- <i>Relations école-familles</i> .....	51
5.4- <i>Services complémentaires</i> .....	52
<b>ANNEXES</b> .....	53
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	57

<b>D - SANTÉ</b> .....	1
6.1 - <i>Le système de santé américain</i> .....	1
Un système de santé hétérogène.....	1
Un système largement dominé par le secteur privé.....	1
Le seul pays industrialisé sans système public de santé.....	3
6.1.1- Le système de santé américain et les enfants.....	3
6.2 - <i>L'infrastructure publique en matière de santé</i> .....	3
Les instances administratives.....	3
Au niveau fédéral.....	3
Au niveau des États.....	4
Les établissements de santé publics.....	4
Les hôpitaux publics.....	4
Autres établissements publics.....	5
6.3- <i>Les formules d'assurance-santé et la couverture médicale</i> .....	6
Les plans d'assurance privés.....	6
Les plans d'assurance publics.....	7
Les exclus.....	7
6.3.1- La couverture médicale des enfants.....	8
6.4- <i>Les programmes publics d'assurance-santé</i> .....	8
6.4.1- Medicaid.....	8
Éligibilité à <i>Medicaid</i> .....	9
Services de santé assurés.....	11
Modalités de prestation des services.....	12
Clientèle de <i>Medicaid</i> .....	12
6.4.1.1- Medicaid : enfants éligibles mais non assurés.....	13
6.4.1.2- Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT).....	13
6.4.2- State Children's Health Insurance Program (CHIP).....	15
Directives fédérales.....	16
Critères d'éligibilité.....	16
Services assurés.....	16
Déboursés par les bénéficiaires.....	16
Conséquences et retombées de CHIP.....	17
État d'avancement de l'implantation de CHIP dans les États.....	17
6.5- <i>La fourniture des services de santé</i> .....	18
6.5.1- L'avènement du « <i>managed care</i> ».....	18
Les caractéristiques du <i>managed care</i> .....	19
Les formules de <i>managed care</i> .....	20
L'expansion du <i>managed care</i> .....	21
6.5.1.1- Le <i>managed care</i> et les enfants.....	22
6.5.1.2- Le <i>managed care</i> et Medicaid.....	22
6.5.2- Maternal and Child Health Block Grant Program.....	24
6.5.3- Special Supplement Food Program for Women, Infants, and Children (WIC).....	25

6.6- <i>L'accès et l'utilisation des services de santé</i> .....	26
6.6.1- Les services de santé pour les enfants .....	27
6.6.2- Les services périnataux .....	27
6.6.3- Les services de santé en milieu scolaire .....	27
6.6.4- Les intervenants en santé.....	28
6.7- <i>Indicateurs de la santé des enfants</i> .....	28
<b>E- PALLIATIF PUBLIC</b> .....	29
Bref historique .....	29
7.1- Le système de services sociaux américain .....	30
Un système mixte : public-privé .....	30
Un système public axé sur la protection des enfants.....	31
L'absence de « système » public de services sociaux préventifs .....	31
7.1.1- Au niveau fédéral .....	32
Les instances administratives.....	32
Les activités fédérales .....	33
7.1.2- Au niveau des États .....	34
7.1.3- Au niveau local .....	35
7.1.4- La composante privée : l'achat de services .....	37
7.1.4.1- Les organismes bénévoles.....	38
7.1.5- Le « <i>managed care</i> » .....	39
7.2- <i>Les services sociaux aux États-Unis : vue d'ensemble</i> .....	40
7.2.1- Les grandes orientations : évolution des lois et des politiques fédérales .....	40
Le « Child Abuse Prevention and Treatment Act » de 1974.....	40
Le « Adoption Assistance and Child Welfare Act » de 1980 .....	42
Le « Family Preservation and Support Initiative » du OBRA de 1993 .....	43
Le « Adoption and Safe Families Act » de 1997.....	44
Le « Title XX » de 1975 et le « Social Services Block Grant » de 1981 .....	45
Le « Indian Child Welfare Act » de 1978 .....	45
Le « Multiethnic Placement Act » de 1994 et le « Removal of Barriers to Interethnic Adoption » de 1996 .....	46
Pour conclure .....	47
7.2.1.1- La réforme de l'aide sociale de 1996 et les services sociaux pour enfants .....	47
7.2.2- Les programmes fédéraux .....	48
Title IV-E .....	50
Foster Care Program .....	50
Adoption Assistance Program.....	50
Independent Living Program.....	51
Title IV-B .....	51
Child Welfare Services Program (Part 1).....	51
Promoting Safe and Stable Families (Part 2) .....	52
Title XX : Social Services Block Grant .....	53
Head Start .....	53
Basic State Grants (Child Abuse Prevention and Treatment Act) .....	54
Un système national de données .....	54
La nature catégorielle des divers programmes.....	54

7.3- Les services préventifs .....	57
7.3.1- Les services de soutien aux familles ( <i>family support services</i> ).....	57
7.3.2- Les services sociaux en milieu scolaire.....	58
7.3.3- Les programmes d'intervention précoce.....	59
7.3.4 Les grossesses chez les adolescentes : prévention et soutien .....	59
7.3.5- Les services aux enfants handicapés .....	59
7.3.6- D'autres services préventifs .....	60
7.4- Le système de protection des enfants .....	60
Les « Child Protective Services Agencies » .....	60
Les cours de justice .....	61
Les services complémentaires à la protection des enfants.....	61
Les travailleurs et travailleuses.....	61
Les problèmes du système.....	62
7.4.1- Les cours de justice .....	63
7.4.2- Le processus de protection.....	63
7.4.3- La protection des enfants en contexte de violence conjugale.....	64
7.5- Les services de préservation familiale ( <i>family preservation</i> ) .....	64
7.6- Le placement.....	65
7.6.1- Le placement : histoire et orientations .....	65
7.6.1.1- Les législations relatives à la question raciale ou ethnique .....	66
7.6.1.2- Le fonctionnement du système de placement.....	66
7.6.2- Les familles d'accueil .....	66
7.6.2.1- Les familles d'accueil au sein de la parenté ( <i>kinship foster care</i> ) .....	67
7.6.2.2- Les « parents » d'accueil.....	68
7.6.3- Les autres milieux de placement.....	68
7.6.4- Les trajectoires des enfants placés .....	68
7.6.5- Les services pour les enfants placés.....	68
7.6.6- Les effets du placement sur les enfants.....	68
7.7- L'adoption .....	69
7.7.1- L'adoption : quelques considérations générales.....	69
Les types d'adoption .....	69
Les mécanismes d'adoption (d'enfants non apparentés) .....	70
7.7.1.1- Quelques pratiques d'ordre général en adoption .....	72
7.7.2- L'adoption des enfants placés .....	72
7.7.3- L'adoption des enfants ayant des besoins spéciaux .....	73
7.7.4- L'adoption interraciale.....	75
7.7.4.1- L'adoption interethnique .....	76
7.7.5- L'adoption internationale.....	76
7.7.6- L'adoption : quelques situations particulières.....	77
7.7.7- L'adoption ouverte .....	77
7.7.8- Les effets de l'adoption sur les enfants.....	78
7.7.9- Les parents concernés par l'adoption .....	79
7.7.9.1- Les parents adoptifs.....	79
7.7.9.2- Les parents biologiques .....	79
7.8- Les services pour les familles sans abri.....	79
7.9- Les travailleurs et travailleuses du système de services sociaux.....	79
7.10- Les relations entre les parents et le système.....	80

7.11- <i>La recherche dans le champ des services sociaux</i> .....	80
7.12- <i>Quelques statistiques</i> .....	81
Les services offerts en vertu du <i>Social Services Block Grant (Title XX)</i> .....	81
Les clientèles desservies par les services sociaux .....	81
La victimisation des enfants aux États-Unis .....	82
<b>ANNEXE A : CLASSIFICATION DE LA RECENSION INFORMATISÉE DES ÉCRITS</b> .....	<b>84</b>
<b>ANNEXE B : FICHIERS PROCITE 5 INCLUS SUR LA DISQUETTE : CONTENU ET PROCÉDURES D'UTILISATION</b> .....	<b>88</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>91</b>

## D - SANTÉ

Il n'existe pas aux États-Unis de système public de santé au sens où on l'entend dans le contexte québécois, c'est-à-dire comportant une infrastructure d'établissements publics desservant l'ensemble du territoire (hôpitaux, CLSC), assortie d'une assurance publique universelle couvrant les besoins de la population en matière de soins de santé (assurance-hospitalisation et assurance-maladie).

Le système de santé américain est plutôt la somme d'interventions et de contributions multiples des secteurs privé et public, appliquées de manière différente d'un État à l'autre.

### 6.1 - LE SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN

Le système de santé américain se caractérise par l'hétérogénéité, la prépondérance du secteur privé et son corollaire, une forte concurrence entre les entreprises privées pour s'accaparer leur part d'un marché lucratif. En outre, l'intervention étatique en matière de santé s'effectue principalement en faveur de certaines catégories défavorisées de la population. « Because health care is clearly a private market activity in America, public activity focuses on efforts to help those who are unable to purchase adequate medical care. » (Dobelstein, 1996 : 172).

#### Un système de santé hétérogène

Le système de santé américain est hétérogène à plus d'un égard :

- coexistence de structures et de programmes relevant du secteur privé, avec ou sans but lucratif, et du secteur public;
- disparité de l'accès aux soins de santé au sein de la population : selon que les personnes bénéficient ou non d'un plan d'assurance-santé (privé ou public), selon la plus ou moins grande « générosité » du plan qui leur est proposé, etc.;
- disparité de l'intervention publique, dans sa forme et dans son intensité, entre les divers États.

#### Un système largement dominé par le secteur privé

Le système de santé américain relève principalement du secteur privé et ce, tant pour ce qui est des fournisseurs de soins (hôpitaux, cliniques, médecins, etc.) que des plans d'assurance-santé auxquels la population a accès. Un bref retour sur le passé récent permet de mieux comprendre cette prépondérance du secteur privé; pour plus de détails sur le sujet, les personnes intéressées peuvent consulter Chamorand (1996), duquel la majeure partie des informations ci-dessous sont tirées.

Des analystes ont qualifié le système de santé américain de « complexe médico-industriel » (en 1968<sup>1</sup>) ou de « nouveau complexe médico-industriel » (en 1980<sup>2</sup>). Au fil des ans,

---

<sup>1</sup> L'expression est de Robb Burlage, fondateur de *Health/PAC Bulletin* (cité par Chamorand, 1996 : 37).

<sup>2</sup> L'expression a été utilisée par Arnold S. Relman, rédacteur en chef du *New England Journal of Medicine* dans un article qu'il a publié dans ce périodique en 1980 (cité par Chamorand, 1996 : 57).

l'entreprise privée a en effet consolidé son emprise sur le secteur de la santé aux États-Unis. Ainsi, en raison de l'échec de plusieurs tentatives d'instaurer un régime public et universel d'assurance-santé<sup>3</sup>, une majorité d'Américains sont aujourd'hui couverts par un plan d'assurance privé (de groupe ou individuel). Le modèle dominant est la couverture médicale liée à l'occupation d'un emploi, ce modèle s'étant développé sous la pression des syndicats à partir du milieu des années 1950 (Chamorand, 1996 : 26-27).

Par ailleurs, sous la pression d'intérêts divers, les gouvernements américains qui se sont succédés ont toujours accordé la préférence à l'entreprise privée pour dispenser les services (Chamorand, 1996 : 28-29, 51). Ainsi, paradoxalement, l'instauration en 1965 des deux grands régimes publics d'assurance-santé que sont *Medicaid* et *Medicare* a profité surtout à l'entreprise privée :

La santé est un secteur de l'économie en pleine expansion qui attire les capitaux, notamment dans la construction de maisons de retraite dès le début des années soixante, la modernisation des hôpitaux et le développement de nouveaux services à partir de 1965. Loin d'envisager une extension du secteur public, le Gouvernement fédéral facilite l'emprunt de capitaux par les entreprises privées, et assure à celles-ci des profits durables grâce à l'élargissement de l'État providence. (Chamorand, 1996 : 51).

Dès lors, s'instaurent des chaînes de maisons de retraite et d'hôpitaux privés à but lucratif qui se développent « en achetant des établissements en difficulté, en fusionnant avec d'autres compagnies, en diversifiant leurs services et en gérant des hôpitaux à but non lucratif ou publics » (Chamorand, 1996 : 54). Plusieurs d'entre elles sont cotées en bourse et s'associent avec d'autres groupes industriels. Ces chaînes promeuvent une médecine technologique de pointe et recrutent une clientèle bien assurée, ne présentant pas de complications médicales, en même temps qu'elles écartent les « mal assurés ». Les hôpitaux privés sans but lucratif font face à cette concurrence en imitant leurs concurrents. Dans le secteur public, de nombreux hôpitaux publics, municipaux ou de comté sont acculés à la faillite : « en 1981, beaucoup de comtés et de villes ont perdu leur hôpital public, soit qu'il ait fermé, soit qu'il soit passé sous le contrôle d'une faculté de médecine, soit qu'il ait été racheté par un hôpital privé » (Chamorand, 1996 : 56).

Dans les années 1980, la « découverte » du « *managed care* »<sup>4</sup> comme solution éventuelle à la hausse effrénée des coûts en santé entraîne une restructuration majeure du système de santé américain, modifiant profondément la manière dont les services sont fournis à la population. Un nouveau type d'entreprises se développe, les *managed care organizations* (MCO). Dans les années 1990, ces entreprises consolident leur position sur le marché de la santé et la formation d'oligopoles s'accélère (Chamorand, 1996 : 74-78). Nous traiterons plus en détail de cette question au point 6.5.1 (voir p. 18).

---

<sup>3</sup> Le premier projet de loi en ce sens remonte au milieu des années 1940 sous la présidence de Truman, le dernier, récemment, sous l'administration Clinton en 1993-1994 (Chamorand, 1996 : 24, 119-127).

<sup>4</sup> Le terme de « *managed care* » renvoie à une variété de formules de financement et de fourniture de services de santé. La caractéristique commune à toutes les formules est que les adhérents à un plan de *managed care* sont obligés ou encouragés à se procurer les soins de santé dont ils ont besoin au sein d'un réseau de fournisseurs sélectionnés par l'entreprise de *managed care*. Du point de vue du financement, la capitation est fréquemment utilisée, c'est-à-dire que l'adhérent paye une cotisation qui lui donne droit à une gamme donnée de services assurés.



## **Le seul pays industrialisé sans système public de santé**

La configuration du système de santé américain, le seul parmi les pays industrialisés à ne pas avoir de système public de santé accessible à tous ses citoyens, suscite de nombreux questionnements (Jimenez, 1997). De nombreux écrits abordent la question maintes fois reprise d'une conséquence majeure inhérente à ce système, celle des exclus, et du rôle de l'État dans ce contexte. Ainsi, Altman, Reinhardt et Shields (1998) par exemple, ont intitulé leur ouvrage collectif « *The Future U.S. Healthcare System : Who Will Care for the Poor and the Uninsured?* ». En outre, l'échec de la réforme du système de santé proposée par Clinton en 1993-1994 a été l'occasion de plusieurs analyses dont la littérature récente fait écho (Patel et Rushefsky, 1998; Weil, 1997); il en est de même à l'égard de l'initiative de certains États pour réformer leur système (Paul Shaheen, 1998).

## **REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES**

À vrai dire, nous n'avons trouvé aucun ouvrage (du moins parmi ceux que nous avons consultés) qui présente de façon claire et complète les multiples facettes de ce système complexe qu'est le système de santé américain. Néanmoins, nous avons classé sous cette rubrique (6.1.0- Système de santé), divers écrits assez généraux sur le thème. Apparaissent également sous cette rubrique, les nombreux écrits analysant la configuration et l'évolution du système de santé américain dont nous parlions au paragraphe précédent. À cet égard, mentionnons entre autres l'ouvrage de Chamorand (1996), publié par la Documentation française, qui présente une analyse historique et politique de l'évolution du système de santé américain et qui, de plus, a l'avantage d'être en français.

### **6.1.1- Le système de santé américain et les enfants**

Nous avons répertorié sous cette rubrique quelques écrits abordant spécifiquement la place accordée aux services de santé en direction des enfants dans le contexte du système de santé américain, tels que Stein (1997).

## **6.2 - L'INFRASTRUCTURE PUBLIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ**

Bien qu'il n'existe pas comme tel de système public de santé aux États-Unis, divers éléments d'une structure publique de services de santé sont en place en direction des couches défavorisées de la population.

### **Les instances administratives**

#### *Au niveau fédéral*

Au niveau fédéral, le *U.S. Department of Health and Human Services* (DHHS) est responsable des questions relatives à la santé. Le ministère comprend plus de dix départements, nommés *agencies*, dont deux concernent plus précisément notre propos (U.S. DHHS, 2000).

- Le *Health Care Financing Administration* (HCFA) administrent les grands programmes d'assurance publics (*Medicaid*, *Medicare* et *CHIP*);

- Le *Health Resources and Services Administration* (HRSA) aide les populations les moins bien desservies en la matière (*underserved populations*) à se procurer des services de santé, notamment par la fourniture directe de services.

#### *Au niveau des États*

De manière générale, les États sont chargés d'administrer et de gérer sur leur territoire les programmes publics de santé du fédéral. En complément, certains États ont également leurs propres programmes publics de santé.

Dans chaque État, une instance spécifique est donc chargée des questions touchant à la santé. Le nom de cette instance peut varier d'un État à l'autre : *state Department of Social services*, *state health agency*, *Department of Health and Family Services*, etc. Des instances sont également présentes au niveau local. La consultation du site Internet de chaque État<sup>5</sup> permet généralement de repérer assez facilement l'instance administrative et d'en savoir plus sur l'administration spécifique de chaque État.

Les États légifèrent en matière de santé, entre autres pour fixer les règles d'application des programmes fédéraux sur leur territoire (*Medicaid*, CHIP, etc.) ou pour réglementer certains aspects de la fourniture de services (Anderson, 1998; Marsteller *et al.*, 1997).

#### **Les établissements de santé publics**

Aux États-Unis, les établissements de santé publics constituent le filet de sécurité (*safety net*) des personnes pauvres qui ne sont pas couvertes par une assurance-santé ou encore dont la couverture est déficiente « *underinsured* », et des populations mal desservies (*underserved*) en terme de services de santé. Selon plusieurs sources (National Health Law Program *et al.*, 1997 : 64; National Association of Public Hospital & Health Systems, s.d. [2000] : 5), la situation financière de ces établissements, déjà précaire auparavant, ne s'est pas améliorée avec l'adoption du *Balanced Budget Act* (BBA) par le gouvernement fédéral en 1997 :

Nearly all of the savings in the Medicaid program is derived from cutting payments to providers. Although the cuts strike across the board, hardest hit are traditional safety-net providers such as public hospitals and federally qualified health and rural health clinics (National Health Law Program *et al.*, 1997 : 64).

#### *Les hôpitaux publics*

Les hôpitaux publics relèvent soit du gouvernement fédéral, soit des États ou encore d'instances locales comme certaines grandes villes. Leur nombre décroît depuis les années 1970 (Chamorand, 1996 : 56; Hill, 1992 : 81) et, comme on vient de le voir, le BBA de 1997 ne les avantage pas non plus.

---

<sup>5</sup> Voir par exemple, sur le site Internet du *Wisconsin Department of Health & Family Services*, la page web de la *Division of Health Care Financing* (DHCF) à l'adresse suivante : « <http://www.dhfs.state.wi.us/aboutDHFS/DHCF/dhcf.htm> », d'où il est facile d'aller voir ensuite les programmes et services qu'elle administre et dispense; voir également la page *Partners and Providers* à l'adresse suivante « <http://www.dhfs.state.wi.us/partners.htm> » (pages consultées le 11 novembre 2000).

La clientèle des hôpitaux publics est composée majoritairement de personnes pauvres, assurées par les programmes publics ou non assurées. Bien que tous les hôpitaux accueillent une part de patients non assurés, les hôpitaux privés peuvent compter sur les revenus plus élevés que procure la fourniture de services à des personnes ayant une assurance privée pour financer leur part de soins fournis à des personnes incapables de payer. Pour leur part, les hôpitaux publics doivent compter essentiellement sur des sources de revenus publiques. Les subventions directes des gouvernements des États et locaux constituent leur première source de financement des services de santé non assurés. Une autre source importante de financement est le programme *Disproportionate Share Hospital* (National Association of Public Hospital & Health Systems, s.d. [2000] : 5).

Le programme *Disproportionate Share Hospital* (DSH) accorde, dans le cadre des programmes *Medicaid* et *Medicare* du gouvernement fédéral, une compensation financière supplémentaire aux hôpitaux qui accueillent une forte proportion de personnes non assurées ou assurées par les programmes publics et ce, à l'égard des services hospitaliers qui leur sont rendus (*inpatient care*). Le programme, administré par les États, a été soumis à de vives critiques au cours des années 1990. En vertu du BBA de 1997, c'est ainsi le budget du DSH qui a été le premier ciblé par la réduction des dépenses effectuée à *Medicaid*. Pour plus de détails sur le DSH, voir Coughlin et Liska (1997).

#### *Autres établissements publics*

Plusieurs types de cliniques publiques de santé existent aux États-Unis, financées à partir de diverses sources.

Au niveau fédéral, le *Health Resources and Services Administration* (HRSA) du DHHS comprend entre autres deux départements qui administrent des programmes dont le but est de financer la fourniture directe de services de santé : le *Bureau of Primary Health Care* et le *Maternal and Child Health Bureau*.

- Le *Bureau of Primary Health Care* administre plusieurs programmes qui octroient des fonds publics fédéraux pour la fourniture de services de santé à différents groupes ou collectivités défavorisés, financièrement ou géographiquement, les *underserved populations*. Le gouvernement fédéral subventionne ainsi un réseau de centres de santé publics<sup>6</sup>, notamment les *Community Health Center* et les *Migrant Health Center*. En 1999, le réseau, en collaboration avec les États et les localités, intervient dans 4 000 communautés environ (U.S. DHHS. Health Resources and Services Administration, 2000 : 19).
- Le *Maternal and Child Health Bureau* administre notamment le *Maternal and Child Health Block Grant Program* (MCH). Nous en reparlerons plus loin (voir p. 24).

Au niveau des États, on trouve habituellement des cliniques de santé publiques, les *health department clinics*, administrées soit par le gouvernement de l'État, soit par une instance locale (Hill, 1992 : 137).

---

<sup>6</sup> Pour la nomenclature complète des « Health Center "Safety Net" Grant Programs » du BPHC, voir Bureau of Primary Health Care (2000).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Sous cette rubrique (6.2- Structures publiques), nous avons classé différentes sources d'information concernant la configuration de la structure publique dont s'est doté le gouvernement américain pour réaliser ses objectifs en matière de santé à l'égard des moins bien nantis. Plusieurs de ces sources sont des sites Internet gouvernementaux (ou des pages spécifiques) où sont expliqués les différents programmes. On trouve également quelques écrits « papier », notamment Hill (1992) qui aborde spécifiquement les programmes à l'égard des enfants et des femmes enceintes.

### 6.3- LES FORMULES D'ASSURANCE-SANTÉ ET LA COUVERTURE MÉDICALE

Comme le fait remarquer Gold (1999 : 5-6), de nombreuses études ont montré que l'accès aux services de santé est fortement lié à la couverture médicale par une assurance. À cet égard, on peut dire que la population américaine se divise en deux : ceux qui sont assurés, que ce soit par un régime privé ou public, et les autres...

#### Les plans d'assurance privés

Pour la majorité de la population américaine, la couverture d'assurance en matière de santé constitue un avantage social lié à l'occupation d'un emploi. De nombreux employeurs offrent ainsi à leurs salariés des plans d'assurance-santé<sup>7</sup>, ces plans se présentant sous diverses formes tant du point de vue des services offerts que de la contribution exigée des salariés. Dans ce contexte, l'accessibilité des parents à des soins de santé s'étend généralement à leurs enfants.

La très forte hausse des coûts liés à l'assurance de leurs employés, observable depuis le début des années 1970, a incité les employeurs à réduire leurs dépenses au cours des années 1980 et 1990. De nombreuses entreprises ont alors cessé d'offrir des plans d'assurance à leurs employés ou encore ont exigé de ceux-ci une contribution financière plus élevée, que ce soit à l'égard de leur contribution à la prime d'assurance ou du partage des coûts des services obtenus : frais « déductibles », de co-paiements ou de co-assurance<sup>8</sup> (Gold : 1999 : 7; Chamorand, 1996 : 60). Ainsi, en 1988, pour une couverture médicale de type familial, les employés payaient en moyenne 26 % de la prime, alors qu'en 1996, ils en payaient 30 %; pour une couverture individuelle, les proportions étaient respectivement de 10 % et 22 %. Entre 1980 et 1993, la proportion de ceux qui, parmi les employés couverts par une assurance de type familial, n'avaient pas de déboursés à faire (*fully employer-funded family benefits*) est passée de 51 % à 21 %. (Gold, 1999 : 7).

De plus, plusieurs écrits rapportent qu'au cours de cette période, on a vu une décroissance de la population salariée couverte par l'entremise d'une assurance-santé liée à

---

<sup>7</sup> Les entreprises qui fournissent une assurance-santé à leurs salariés ont droit à une exemption fiscale du fédéral. D'après les résultats d'une étude prospective présentée par Chamorand (1996 : 26, note 16), cette exemption se situerait au troisième rang des dépenses fédérales en matière de santé en l'an 2000, après celles attribuables à *Medicare* et *Medicaid*.

<sup>8</sup> Comme il s'agit de termes techniques, toujours difficiles à traduire, nous reproduisons ici le texte original : « by imposing cost sharing through deductibles, increasing the amount of coinsurance, and expanding the copayments » (Gold, 1999 : 7).

l'emploi (U.S. General Accounting Office, 1997). Cette diminution serait due à des employés à qui une assurance est offerte par leur employeur mais qui ne la prennent pas, principalement en raison de coûts trop élevés (Cooper et Schone, 1997, cité dans Gold, 1999 : 6).

### **Les plans d'assurance publics**

Le gouvernement fédéral, conjointement avec les gouvernements des États, fournissent une couverture publique d'assurance-santé à certaines catégories de personnes, défavorisées ou âgées. Les trois principaux programmes sont *Medicaid* et *Medicare*, créés en 1965, et le programme *State Children's Health Insurance Program* (CHIP) créé en 1997.

*Medicaid* couvre diverses catégories de personnes parmi les plus pauvres. Le programme *State Children's Health Insurance Program* (CHIP) s'adresse spécifiquement aux enfants, plus précisément à ceux qui, bien que pauvres, ne sont pas admissibles à *Medicaid*. Nous aborderons plus en détail ces deux programmes un peu plus loin (p. 8). Enfin, *Medicare* est un programme universel à l'intention des personnes âgées, que nous ne faisons que mentionner ici car il ne concerne pas notre propos.

Certains États ont, en plus des programmes fédéraux, leur propre programme à l'égard des enfants : le *New York's Child Health Plus*, le *Florida's Healthy Kids* et le *Children's Health Insurance Program* en Pensylvanie (Ullman, Bruen et Holohan, 1998 : 4; voir aussi Hill, Bartlett et Brostrom, 1993).

### **Les exclus**

La structure mixte du système d'assurance-santé américain fait en sorte que certaines personnes se retrouvent entre les deux, « fall through the cracks » selon l'expression employée par Gold (1999 : 5). Ceux-ci ne bénéficient dès lors d'aucune assurance.

Because of the link between insurance coverage and employment and other sociodemographic characteristics, the United States has always had a sizable number of individuals who remain uninsured for either all or part of a year. (Gold, 1999 : 5)

Le nombre et la proportion de ces « exclus » est en croissance depuis 1988. De plus, la proportion de ceux qui expérimentent une période sans couverture d'assurance à un moment quelconque au cours d'une année a également augmenté. (Gold, 1999 : 6).

### **REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES**

La plupart des écrits classés sous cette rubrique (6.1.1- Assurance-santé) font état du niveau et du type de couverture de la population américaine par une assurance-santé. L'ouvrage de Liska, Brennan et Bruen (1998) présente des statistiques très détaillées, selon diverses caractéristiques, de la situation existant dans chaque État en 1994-1995 y incluant celle des enfants. Certains écrits abordent plutôt la question des assurances privées offertes par les employeurs, notamment du point de vue d'un déclin de ce type de couverture au sein des familles de travailleurs en raison du coût croissant de ces assurances (Sheils, Hogan et Manolov, 1999; Cooper et Schone, 1997). À noter que ce qui concerne spécifiquement les programmes publics (*Medicaid* et *State Children's Health Insurance Program*) est répertorié plus loin, aux points 6.4.1 et 6.4.2.

### 6.3.1- La couverture médicale des enfants

La couverture des enfants par une assurance-santé est, comme celle des adultes, tributaire de cette coexistence de régimes d'assurance privé et public et de la frange d'exclus qui se retrouvent entre les deux. Le tableau ci-dessous fait état de la situation existant en 1997, soit juste avant l'instauration du nouveau programme, le *State Children's Health Insurance Program*, dont le but explicite est d'améliorer la couverture médicale des enfants.

Répartition (%) des enfants américains de 18 ans ou moins  
selon qu'ils sont couverts ou non par une assurance-santé  
et la provenance de celle-ci s'il y a lieu,  
par niveau de revenu de leur famille <sup>1</sup>  
États-Unis, 1997

Revenu des familles [par rapport au FPL <sup>1</sup> ]	Formule d'assurance			
	Privée	Publique	Sans assurance	Total
Sous le FPL	21,1	57,3	21,6	100,0
De 100 à 200% du FPL	56,9	20,8	22,3	100,0
De 200 à 300% du FPL	82,4	8,7	8,9	100,0
Supérieur à 300% du FPL	93,9	3,1	2,9	100,0
Total (ensemble des enfants)	68,7	19,2	12,2	100,0

Source : Almeida et Kenney, 2000 : 3 (extrait du tableau 1).

Note 1 : Le niveau de revenu est établi par rapport au seuil de faible revenu américain, le « *Federal poverty level* » (FPL). En 1997, le FPL s'établissait à 16 050 \$ pour une famille de quatre personnes (Rowland, Salganicoff et Keenan, 1999 : 407 (en bas du tableau)).

### REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Les écrits ayant trait spécifiquement à la couverture médicale des enfants sont classés sous la présente rubrique (6.3.1- *Assurance des enfants*).

## 6.4- LES PROGRAMMES PUBLICS D'ASSURANCE-SANTÉ

Comme nous le mentionnions précédemment, deux programmes publics d'assurance-santé concerne notre propos : les programmes *Medicaid* et *Children's Health Insurance Program* (CHIP).

### 6.4.1- Medicaid

*Medicaid* est un régime d'assurance-santé, créé en 1965, à l'intention de certaines catégories de personnes défavorisées. Au cours des années 1980, le programme a été bonifié à plusieurs reprises, notamment en élargissant la couverture à un plus grand nombre d'enfants

et de femmes enceintes. Pour une chronologie de ces changements apportés au programme entre 1984 et 1990, voir Sardell et Johnson (1998 : 184-185). *Medicaid* a encore été modifié récemment, le 5 août 1997, par l'adoption du *Balanced Budget Act* (BBA).

*Medicaid* est un programme public, sélectif en fonction du revenu et des avoirs (*means-tested*). Pour les personnes qui rencontrent les critères d'éligibilité du programme, *Medicaid* constitue un droit individuel (*entitlement*), ce qui signifie que les États sont tenus, de par la loi, de leur assurer les services de santé afférents au programme.

*Medicaid* est un programme à frais partagés entre le gouvernement fédéral et celui des États. La contribution financière du fédéral est modulée en fonction de la richesse relative de chacun des États, établie selon une formule tenant compte du revenu moyen per capita dans chacun des États (*state's per capita income*) et ajustée annuellement; elle varie de 50 % dans les États les plus riches à 83 % dans les États les plus pauvres. Sur la base de ces proportions, le gouvernement fédéral rembourse une partie des dépenses de santé encourues par chacun des États en vertu du programme *Medicaid*. (Dolgoff, Feldstein et Skolnik, 1997 : 239)

Chaque État met en œuvre et administre son propre programme *Medicaid* « conformément à un certain nombre de directives fédérales assez larges concernant la gamme des prestations, le remboursement des prestataires et les catégories susceptibles de bénéficier du programme. » (Chamorand, 1996 : 34). Les directives fédérales comprennent des dispositions obligatoires que les États doivent absolument inclure dans leur programme et d'autres, « optionnelles », dont l'implantation est facultative, mais qu'ils ont le droit d'instaurer tout en bénéficiant de la contribution fédérale. Il en résulte des différences importantes entre le programme *Medicaid* de chacun des États.

### **Éligibilité à *Medicaid***

Les critères d'éligibilité à *Medicaid* ont initialement été établis en fonction des critères d'éligibilité à l'aide sociale, ce qui les rend fort complexes. Avant la réforme de l'aide sociale en 1996 et l'adoption du *Personal Responsibility and Work Opportunity and Reconciliation Act* (PRWORA), les personnes qui recevaient l'aide financière du programme d'aide sociale précédent (*Aid to Families with Dependent Children* [AFDC]) avaient automatiquement droit à *Medicaid*. Depuis l'instauration du nouveau programme d'aide sociale (*Temporary Assistance to Needy Families* [TANF]) en 1996, ce lien automatique entre les deux programmes a été rompu<sup>9</sup> (Rowland, Salganicoff et Keenan, 1999 : 409). Pour un examen des conséquences pour les familles « assistées » de cet abandon de couverture automatique à *Medicaid*, voir Ku et Coughlin (1997 : 1-2).

Dorénavant, l'éligibilité à *Medicaid* est fonction des seuls critères de *Medicaid*, à savoir les directives obligatoires dictées par le fédéral et les dispositions facultatives qu'ont retenues un grand nombre d'États.

---

<sup>9</sup> Le PRWORA de 1996 contenait également une disposition qui resserrait les critères d'éligibilité des enfants handicapés au *Supplemental Security Income* (SSI), faisant en sorte que de nombreux enfants étaient exclus de *Medicaid*. Le *Balanced Budget Act* de 1997 a toutefois annulé cette disposition de la loi de 1996 et rétablit le droit à *Medicaid* aux enfants handicapés qui l'avaient perdu pour cette raison. (National Health Law Program et al., 1997 : 53-54). N.B.- SSI : programme d'assistance financière à l'endroit de personnes pauvres qui sont âgées ou qui sont handicapées, incluant les enfants (Karger et Stoesz, 1998a : 260-262).

Pour être admissibles, les personnes doivent correspondre aux catégories visées par le programme et satisfaire aux conditions de ressources qui y sont associées, lesquelles varient selon l'âge, le sexe, la structure familiale et la présence d'un handicap (*disability status*). Parce que les catégories visées par *Medicaid* découlent de l'aide sociale, le programme concerne en grande partie les enfants de familles à faibles revenus et leurs parents. La plupart des personnes sans enfant demeurent en dehors du programme à moins qu'elles ne deviennent handicapées.

Nous ne présentons ci-dessous que ce qui concerne l'éligibilité à *Medicaid* des enfants et leurs parents, certaines catégories visées par le programme tombant en dehors de notre propos (notamment les personnes âgées et les adultes handicapés). À noter que les conditions de ressources sont établies en fonction d'une norme standard, le seuil de faible revenu défini au niveau fédéral, soit le *Federal Poverty Level* (FPL), lequel s'établissait à 16 050 \$ pour une famille de quatre personnes en 1997 (Rowland, Salganicoff et Keenan, 1999 : 407).

Plafond de revenu donnant droit à *Medicaid*  
exprimé en pourcentage du seuil fédéral de faible revenu (FPL)  
pour certaines catégories de personnes  
États-Unis, octobre 1997

Catégorie	Pourcentage du FPL inférieur à :
Femmes enceintes et enfants de moins de 1 an	133
Enfants de 1 à 5 ans	133
Enfants de 6 à 15 ans <sup>1</sup>	100
Femmes non enceintes et enfants de + 15 ans <sup>2</sup>	41
Enfants nés le ou après le 1 <sup>er</sup> octobre 1983 <sup>3</sup>	100

Source : Rowland, Salganicoff et Keenan, 1999 : 405.

Note 1 Plusieurs États ont porté la limite supérieure de cette catégorie à un âge plus élevé, le Minnesota par exemple (et lui seul) l'a établi à 20 ans.

Note 2 Pour cette catégorie, l'éligibilité n'est pas établie en fonction du FPL mais plutôt selon le plafond de revenu retenu par chacun des États pour l'éligibilité à l'AFDC (selon le niveau en vigueur avant l'implantation du nouveau programme, TANF). La proportion présentée dans le tableau (41 %) est ainsi une transposition en fonction du FPL du niveau moyen accordé par l'ensemble des États.

Note 3 En vertu de cette catégorie (dispositions de la loi fédérale), tous les enfants de moins de 19 ans dont le revenu familial se situe sous le seuil de faible revenu seront couverts par *Medicaid* en 2002.

Pour leur programme particulier, les États peuvent choisir des plafonds de revenu supérieurs à ces normes fédérales minimales; dans le cas des femmes enceintes et des enfants de moins de un an, les États doivent cependant demander une dérogation à l'autorité fédérale pour aller au-delà de 185 % du FPL.



De nombreux États ont des programmes plus généreux que les normes minimales. Ainsi, 27 États ont établi à 185 % du FPL le plafond de revenu donnant droit à *Medicaid* pour les femmes enceintes et les bébés, alors que huit autres le situent à un niveau encore plus élevé. Les États font montre d'une moins grande générosité à l'endroit des autres enfants : ainsi, seulement 14 États ont fixé le plafond au-delà de la norme minimale de 133 % pour les enfants de 1-5 ans et 15 États, au-delà de 100 % pour les 6-14 ans. Parmi les États qui ont un programme bonifié, une dizaine ont choisi un plafond de revenu identique pour toutes les catégories : le Tennessee avec un plafond uniforme de 400 % est le plus généreux de tous, suivi d'Hawaii (300 %), du Minnesota (275 %) et du Rhode Island (250 %). En contrepartie, 15 États n'offrent que le programme minimal. Pour les critères précis qui s'appliquent dans chaque État, voir l'article de Rowland, Salganicoff et Keenan (1999 : 406-407, tableau 1).

Mentionnons également que la législation fédérale permet aux États de créer une catégorie nommée *Medically Needy*, pouvant permettre à des familles, des femmes enceintes, etc., de faire face à des « accidents » de santé graves sans encourir la ruine économique totale. Ainsi, une personne peut être éligible au programme, même si elle ne satisfait pas aux critères d'admissibilité (parce qu'ayant un revenu supérieur au plafond fixé par l'État) : en effet, si les frais médicaux que son état requiert sont à ce point élevés qu'ils feraient en sorte d'abaisser son revenu en dessous du seuil de pauvreté, elle devient admissible à *Medicaid* en vertu du *Medically Needy*. En 1988, 38 États avaient adopté une catégorie *Medically Needy* dans leur programme *Medicaid*. La loi fédérale stipule que, pour être admissible à cette catégorie, les États peuvent fixer le plafond de revenu jusqu'à un tiers au-dessus du plafond établi pour l'admissibilité à TANF. (Karger et Stoesz, 1998a : 308)

Enfin, le *Balanced Budget Act* (BBA) de 1997 a introduit deux nouvelles dispositions en ce qui concerne l'éligibilité des enfants de moins de 19 ans à *Medicaid*, mais les États sont libres de les ajouter ou non à leur programme (Lewit, 1998 : 157). Il s'agit de :

- la présomption d'éligibilité (*presumptive eligibility*) qui permet, durant la période d'attente de la détermination de son éligibilité, l'accès aux services de *Medicaid* à un enfant dont on présume qu'il sera éligible au programme. Cette disposition devrait permettre à des enfants de recevoir rapidement les soins dont ils ont besoin.
- l'éligibilité continue (*continuous eligibility*) qui garantit une couverture continue pouvant aller jusqu'à 12 mois aux enfants inscrits à *Medicaid* qui, en raison de la fluctuation du revenu de leurs parents, seraient autrement inadmissibles. Cette disposition devrait prévenir l'interruption de la fourniture de services aux enfants.

### Services de santé assurés

La gamme de services que les États doivent obligatoirement<sup>10</sup> assurer aux bénéficiaires de leur programme *Medicaid* comprend les soins hospitaliers fournis à des patients hospitalisés et non hospitalisés, les visites chez le médecin, les tests de laboratoire et les rayons-X, les services de planning familial, les services de sages-femmes et le programme

---

<sup>10</sup> Sauf s'ils obtiennent une dérogation de l'autorité fédérale, comme par exemple l'Oregon (voir Karger et Stoesz, 1998a : 308-309).

*Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT)* <sup>11</sup>, spécifiquement à l'intention des enfants dont nous parlerons plus en détail un peu plus loin. En outre, les enfants handicapés ont droit à divers services de santé de longue durée.

Les services assurés aux femmes enceintes se limitent aux soins périnataux (*pregnancy-related care*) et l'assurance se termine 60 jours après l'accouchement, à moins que ces femmes ne répondent à d'autres critères d'éligibilité à *Medicaid* (Rowland, Salganicoff et Keenan, 1999 : 408). En vertu d'une loi de 1996 intitulée *Newborns' and Mothers' Health Protection Act* (NMHPA), les frais d'hospitalisation des femmes qui accouchent doivent être couverts pour une période de 48 heures s'il s'agit d'un accouchement normal et de 96 heures s'il s'agit d'une césarienne (National Health Law Program *et al.*, 1997 : 24).

Les États ont la possibilité de bonifier l'éventail des services assurés, comme par exemple d'y inclure les services dentaires ou optométriques, ou encore les médicaments sous ordonnance. Ils peuvent également imposer des limites à l'utilisation des services comme, par exemple, limiter le nombre de jours d'hospitalisation, le nombre de visites médicales par année, etc. (Karger et Stoesz, 1998a : 308).

### **Modalités de prestation des services**

Les États paient directement au fournisseur de soins (médecin, institution ou organisation de services de santé) les frais encourus par une personne assurée par *Medicaid*. Le taux de remboursement est fixé par chaque État, il peut donc varier d'un État à l'autre. De manière générale, les taux de remboursement des services aux fournisseurs en vertu de *Medicaid* sont inférieurs aux taux de remboursement consentis sur le marché privé. Pour cette raison, de nombreux fournisseurs refusent d'adhérer à *Medicaid*.

Pour certains services, les États peuvent exiger des frais des bénéficiaires. Toutefois, cette pratique leur est interdite en ce qui concerne les services aux enfants, les soins périnataux aux femmes enceintes et les services de planning familial. (Rowland, Salganicoff et Keenan, 1999 : 408).

Comme on le verra plus loin (p. 22), le *Balanced Budget Act* (BBA) de 1997 facilite (sinon favorise) l'adoption du *managed care* à l'endroit des bénéficiaires de *Medicaid*. La liberté des bénéficiaires de choisir les médecins ou les hôpitaux à leur convenance, qui prévaut sous le régime du paiement à l'acte, s'effrite avec l'avènement du *managed care*, les États pouvant en effet limiter le choix des bénéficiaires de *Medicaid* à deux programmes de *managed care* (National Health Law Program *et al.*, 1997 : 2).

### **Clientèle de Medicaid**

En 1996, 21,3 millions d'enfants, soit près du quart de tous les enfants américains, dépendaient de *Medicaid* pour leur fourniture de services de santé. *Medicaid* assumait par ailleurs les frais d'une naissance sur quatre et couvrait 7,8 millions de femmes, soit une femme sur 10 [adultes de moins de 65 ans] (Rowland, Salganicoff et Keenan, 1999 : 404).

---

<sup>11</sup> D'autres services, s'adressant plutôt à des personnes adultes handicapées ou à des personnes âgées, sont aussi obligatoirement assurés : les soins de santé à domicile, en institution, etc.

Les jeunes enfants sont plus fréquemment couverts par *Medicaid* que les plus vieux. En 1997, 26 % des enfants de moins de 6 ans l'étaient, comparativement à 20 % des enfants ayant entre 6 et 12 ans et 17 % des adolescents entre 13 et 18 ans (Rowland, Salganicoff et Keenan, 1999 : 408).

Les femmes en âge de procréer et les enfants représentent la majorité des bénéficiaires de *Medicaid*, soit environ 70 % de l'ensemble en 1995. Cependant, la très forte hausse des dépenses de *Medicaid* entre 1985 et 1995 est plutôt attribuable aux services dispensés à d'autres groupes. En effet sur cette période, alors que les enfants constituaient environ la moitié des bénéficiaires de *Medicaid*, ils ont compté pour seulement 15 % des dépenses du programme; par contre, les personnes âgées, handicapées ou aveugles représentaient 27 % des bénéficiaires mais 75 % des dépenses. (Deal, Shiono, 1998 : 13).

Compte tenu de critères d'admissibilité différents entre les États, on observe de grandes variations de la clientèle entre les États (pour plus de détails, voir Rowland, Salganicoff et Keenan, 1999 : 414).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Sous cette rubrique (6.4.1- *Medicaid*) sont d'abord regroupés divers textes présentant les caractéristiques du programme et leur évolution au fil du temps, notamment en regard de l'expansion du programme pour les femmes enceintes et les enfants. Le texte de Rowland, Salganicoff et Keenan (1999) est particulièrement intéressant, d'une part, parce qu'il est récent et, d'autre part, parce qu'il fournit des informations précises au sujet des normes d'application de *Medicaid* dans chaque État. Nous avons également classé sous cette rubrique des écrits relatifs à certains effets de *Medicaid*, par exemple sur le type de services fournis aux enfants (Short et Lefkowitz, 1992) ou encore, à ce que sous-entend pour les mères le fait d'inscrire leur enfant à *Medicaid* (Peterson et Schmidt Tieszen, 1997).

### 6.4.1.1- *Medicaid* : enfants éligibles mais non assurés

Un des problèmes fréquemment soulevés en regard de *Medicaid* est celui des enfants qui, bien qu'éligibles au programme, ne sont pas assurés. Ainsi, en 1996, parmi les enfants non assurés, 40 % environ auraient été éligibles à *Medicaid* mais ne l'ont pas demandé (Selden, Banthin et Cohen, 1998, cités dans Kenney, Haley et Ullman, 1999 : 1). Les principales raisons invoquées pour expliquer cette situation sont le manque d'information sur le programme, la complexité des critères d'éligibilité, l'obstacle de la langue et le stigma associé à un programme étroitement lié à l'aide sociale (*welfare*) (Lewit et Baker, 1995 : 201). Nous avons classé ici les écrits qui abordent cette question.

### 6.4.1.2- *Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT)*

Le programme *Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT)* est une composante du programme *Medicaid* qui s'adresse spécifiquement aux enfants de moins de 21 ans. Ce programme, créé en 1967, vise à assurer aux enfants qui sont éligibles à *Medicaid* une gamme complète de services de santé, incluant tout autant des soins curatifs que préventifs. En 1989, le *Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA'89)* renforce et précise plusieurs points de ce programme. Selon Sardell et Johnson (1998 : 175) : « The

EPSDT program is notable for its policy significance as the only U.S. entitlement to comprehensive child health services. »

En vertu du programme EPSDT, dont l'objectif premier est la prévention, tout enfant couvert par *Medicaid* a droit aux services suivants (Sardell et Johnson, 1998 : 179) :

- des examens médicaux périodiques de sa santé physique et mentale, de sa croissance et de son développement;
- des examens dentaires, de la vue et de l'ouïe, et le suivi médical approprié au besoin;
- tout traitement médical dont il aurait besoin parmi les 25 catégories spécifiées dans la loi fédérale de 1989 concernant *Medicaid*.

Toutefois, le programme n'a jamais rencontré son objectif d'assurer à tous les enfants une gamme complète et une couverture continue en matière de services de santé. Divers facteurs ont contribué à cet échec relatif. Ainsi, les États n'ont pas réussi à implanter le programme de manière satisfaisante :

State Medicaid agencies were given the responsibility to inform families about the program, to offer assistance in obtaining screening services, to arrange for transportation, and to assist in organizing follow-up care in the event that a child needed treatment. These duties, which were part of the program for more than 20 years, create challenges and failures in its implantation. [...] Medicaid agencies, whose primary role was to pay for covered services, were not consistently able to assist families in the ways prescribed. (Sardell et Johnson, 1998 : 180)

De plus, le critère de faible revenu associé à l'éligibilité à *Medicaid* est tellement bas qu'il en résulte un mouvement d'entrée et de sortie du programme au gré des fluctuations du revenu des familles, ce qui va à l'encontre d'une continuité dans la prestation des services. En outre, de nombreux fournisseurs de services refusent d'adhérer à *Medicaid* en raison des faibles niveaux de remboursement qui y sont appliqués.

La participation au programme a dès lors toujours été faible, se situant habituellement entre 25 % et 35 % des enfants qui auraient pu y être admissibles (Sardell et Johnson, 1998 : 180). Pour un examen plus détaillé de la participation au programme et des facteurs expliquant les faibles taux de participation dans quatre États entre 1989 et 1992, voir Gavin, Adams, Herz *et al.* (1998).

Notons que si, depuis 1997, le programme EPSDT a été maintenu dans le cadre de *Medicaid* comme norme standard en regard des services de santé assurés aux enfants, il n'a cependant pas été retenu dans le cadre du nouveau programme *State Children's Health Insurance Program* [CHIP] (pour une analyse des débats politiques ayant entouré cette décision, voir Sardell et Johnson, 1998).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons regroupé sous cette rubrique quelques écrits qui traitent spécifiquement du EPSDT. Il est à noter que la plupart des écrits qui présentent le programme *Medicaid* abordent généralement le programme EPSDT.

#### 6.4.2- State Children's Health Insurance Program (CHIP)

*State Children's Health Insurance Program* (CHIP) est un programme très récent, créé en août 1997 dans le cadre de la loi intitulée *Balanced Budget Act* de 1997, à titre de *Title XXI* de la *Social Security Act*. Ce nouveau programme vise spécifiquement à étendre la couverture de l'assurance-santé parmi les quelque 7 à 10 millions d'enfants pauvres de moins de 19 ans qui ne sont pas assurés. De fait, la clientèle particulièrement visée est celle des enfants des familles de travailleurs à faible revenu qui n'ont pas accès à *Medicaid*. L'instauration du programme CHIP représente la plus importante hausse de fonds publics en faveur de la santé des enfants depuis l'implantation de *Medicaid* en 1965. Les informations qui suivent sont tirées de trois textes : Ullman, Bruen et Holohan (1998), Ullman, Hill et Almeida (1999) et Lewit (1998).

CHIP est un programme volontaire auquel les États peuvent choisir de participer ou non<sup>12</sup>. Comme *Medicaid*, il s'agit d'un programme sélectif sous condition de revenu (*means-tested*) et d'un programme à frais partagés (*matching fund*) entre le fédéral et les États. Dans le cadre de CHIP, la contribution du fédéral est cependant plus élevée que pour *Medicaid*, celle de chaque État étant établie à 70 % de leur contribution à *Medicaid*. Durant les trois premières années du programme, les fonds sont alloués à chaque État en proportion de leur part, au niveau national, d'enfants non assurés parmi les familles dont le revenu est inférieur à 200 % du seuil fédéral de faible revenu (*federal poverty level* [FPL]). Par la suite, la formule d'allocation sera changée pour donner plus de poids au nombre d'enfants pauvres dans chaque État, sans égard à leur statut vis-à-vis l'assurance.

Le gouvernement fédéral laisse une grande marge de manœuvre aux États pour la mise en place du nouveau programme. Ainsi, les États peuvent utiliser les fonds fédéraux pour :

- étendre la couverture de leur programme *Medicaid* à un plus grand nombre d'enfants;
- établir un nouveau programme d'assurance;
- ou encore, combiner ces deux approches.

Peu importe la formule choisie, le taux de partage des frais entre les deux niveaux de gouvernement demeure inchangé. Les États peuvent également fournir directement les services de santé, subventionner l'inscription des enfants (*children's enrollment*) dans un plan d'assurance offert par des employeurs, utiliser une petite partie de leurs fonds pour payer l'achat direct de services auprès de fournisseurs.

Comme le rapportent Ullman, Hill et Almeida (1998 : 1), l'une ou l'autre de ces formules comporte ses avantages et ses inconvénients. L'expansion de *Medicaid* implique une infrastructure administrative et une gamme de services assurés (*benefit package*) déjà établies; la garantie pour les États d'être remboursés pour leurs dépenses au taux de partage de *Medicaid* s'ils dépassent les fonds qui leur sont alloués dans le cadre de CHIP; la possibilité d'uniformiser le critère d'éligibilité lié au revenu, peu importe l'âge des enfants. Par contre, cette première formule accorde moins de flexibilité : l'éventail de services assurés

---

<sup>12</sup> Le programme est toutefois « *entitled* » pour les États, ce qui signifie que tous les États qui demandent d'y participer y ont obligatoirement droit. En comparaison, *Medicaid* est un « *individual entitlement* », c'est-à-dire que tous les individus éligibles au programme ont droit d'exiger que l'État leur fournisse les services.

et les déboursés pouvant être exigés des bénéficiaires étant déjà fixés. Inversement, la création d'un nouveau programme permet aux États de façonner autrement la gamme de services assurés et d'augmenter la contribution exigible des bénéficiaires; elle permet aussi, puisque CHIP n'est pas un droit individuel (*entitlement*) de fixer un plafond à l'inscription au programme (*enrollment*) et aux dépenses. Enfin, la création d'un nouveau programme peut s'avérer avantageuse pour le recrutement de la clientèle compte tenu d'une image plus positive mettant l'accent sur la fourniture d'assurance-santé aux enfants de familles de travailleurs, alors que *Medicaid* est souvent stigmatisé par les familles et les fournisseurs de soins comme étant une mesure pour les pauvres « as a "welfare" program »<sup>13</sup>.

### Directives fédérales

Le gouvernement fédéral a établi des directives générales (*guidelines*) auxquelles les États sont tenus de se conformer. Nous en présentons les principaux éléments :

#### *Critères d'éligibilité*

- Seulement les enfants de moins de 19 ans sont éligibles; les États qui voudraient étendre l'éligibilité aux parents doivent obtenir une dérogation (*waiwer*) du U.S. Department of Health and Human Services (DHHS);
- seulement les enfants dont la famille a un revenu inférieur à 200 % du FPL (ce qui équivaut à 32 900 \$ pour une famille de quatre personnes); cependant, les États dont la limite d'éligibilité à *Medicaid* est supérieure à 150 % du FPL peuvent établir la limite de CHIP à 50 % de plus;
- seulement les enfants qui ne sont pas éligibles à *Medicaid*<sup>14</sup> compte tenu des critères en vigueur dans chaque État.

Afin d'augmenter les chances de succès de CHIP, les États doivent établir un plan de promotion de celui-ci visant à informer les parents de l'existence d'un nouveau programme.

#### *Services assurés*

Les États doivent choisir un plan d'assurance qui comprend minimalement une certaine gamme de services. Il peut s'agir de l'éventail de services assurés selon divers plans d'assurance existant déjà (*Medicaid*, le « *standard preferred provider option* » du Federal Employees Health Benefits Program, etc.), ou d'un nouveau plan qui devra être approuvé par le DHHS.

#### *Déboursés par les bénéficiaires*

Les États peuvent exiger certains déboursés de la part des bénéficiaires, comme des primes ou des formules de co-paiements. L'État fédéral impose cependant diverses limites dont celles-ci : les États qui étendent le plan *Medicaid* doivent respecter les règles

---

<sup>13</sup> Lewit, 1998 : 153.

<sup>14</sup> Lewit (1998 : 156) apporte cette précision : « States may not enroll children who are eligible for Medicaid in non-Medicaid CHIP programs. ».

fédérales de *Medicaid*; les États qui créent un nouveau programme ne peuvent exiger des familles dont le revenu est inférieur à 150 % du FPL des frais excédant 5 % de leur revenu. De plus, aucun frais ne peut être exigé pour les services préventifs, tels que les vaccinations.

En dehors de ces lignes directrices, les États ont la liberté de créer un programme taillé à la mesure des besoins de leur population respective.

### **Conséquences et retombées de CHIP**

Selon Ullman, Bruen et Holohan (1998 : 18), CHIP peut potentiellement permettre d'assurer environ 5,8 millions d'enfants. Ils estiment par ailleurs que, compte tenu des critères associés au programme, seulement 3,2 millions d'enfants environ sont éligibles à CHIP; en conséquence, concluent-ils, alors que le Congrès a rendu disponible des fonds suffisants pouvant avoir un impact significatif sur le nombre d'enfants non assurés, les règles (*provisions*) des divers programmes font que de nombreuses sommes ne seront pas utilisées et que de nombreux enfants demeureront non assurés.

Comme on l'a vu précédemment, un grand nombre d'enfants de familles à faible revenu sont éligibles à *Medicaid* mais n'y sont pas inscrits; or, la loi fédérale qui a créé CHIP exige que l'éligibilité de chaque enfant soit évaluée en fonction de *Medicaid* avant que ne soit considérée son éligibilité à CHIP (Lewit, 1998 : 157). On s'attend donc à une hausse de l'inscription des enfants, à la fois à *Medicaid* et à CHIP, compte tenu de la publicité et des mesures qui seront prises afin d'encourager les gens à profiter du nouveau programme (Ullman, Bruen et Holohan, 1998 : 2).

CHIP rend plus abordable l'expansion de l'assurance-santé parmi les enfants pauvres car il coûte moins cher aux États, le taux de participation du fédéral y étant plus élevé que dans le cadre de *Medicaid*. Cependant, la création de CHIP en parallèle de *Medicaid* instaure, pour les enfants américains, un système public d'assurance-santé qui est, pourrait-on dire, « à deux vitesses ». Comme la couverture médicale des enfants un peu moins pauvres est financée plus fortement par le fédéral que celle des enfants les plus pauvres (*matching rates*), les États peuvent être incités à favoriser l'assurance des enfants moins défavorisés au détriment des plus pauvres : « For example, states have a greater incentive to expand coverage to higher-income children than to increase participation rates among children who are currently Medicaid-eligible. » (Ullman, Bruen et Holohan, 1998 : 19).

### **État d'avancement de l'implantation de CHIP dans les États**

Un article publié en septembre 1999 rapporte l'état d'avancement de l'implantation du programme CHIP dans les divers États américains (Ullman, Hill et Almeida, 1999). Ainsi, en date du 1<sup>er</sup> août 1999, les cinquante États et le District de Columbia ont développé un plan d'expansion de l'assurance-santé dans le cadre de CHIP et tous, sauf trois<sup>15</sup>, ont reçu l'approbation du fédéral.

Sensiblement le même nombre d'États ont choisi, soit d'étendre leur programme *Medicaid* (en tout ou en partie), soit d'instaurer un nouveau programme. La plupart des États ont utilisé CHIP pour uniformiser le plafond de revenu requis pour l'éligibilité des enfants

---

<sup>15</sup> Ces trois États, le Tennessee, l'État de Washington et le Wyoming, sont en attente de l'approbation fédérale (Ullman, Hill et Almeida, 1999 : 5, note 1).

peu importe leur âge <sup>16</sup>, ce qui fait en sorte que l'augmentation de couverture des adolescents est nettement plus élevée que celle des plus jeunes. Comme le soulignent les auteurs, cette uniformisation apporte peut-être une solution au dilemme depuis toujours associé à *Medicaid* : le faible taux d'inscription parmi les enfants admissibles qui est sans doute causé en partie par la confusion et la frustration des familles obligées de sortir du programme au gré des plafonds de revenu liés à l'âge de leur enfant. Sous CHIP, le plafond de revenu moyen pour l'éligibilité au programme est de 206 % du FPL, alors qu'il était auparavant de 121 % en vertu de *Medicaid* : les États plus riches ont le plafond moyen le plus élevé (238%) alors que les États les plus pauvres ont une moyenne de 181%.

Les auteurs rapportent également d'autres caractéristiques de l'implantation de CHIP, entre autres en fonction de la proportion d'enfants non assurés, de la richesse relative des États, par région, etc.; pour plus de détails, se référer à l'article (Ullman, Hill et Almeida, 1999). Également, de nombreux sites Internet répertoriés dans l'article de Lewit (1998 : 154-155) permettent d'avoir rapidement une information à jour de l'avancement des activités liées à CHIP, notamment une page sur le site de Families USA (2000). À noter que nous avons inclus plusieurs de ces sites dans le fichier ProCite, mais l'information qu'on y trouve ne se limite pas à CHIP.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Les écrits regroupés sous cette rubrique [6.4.2- CHIP (*State Children's Health Insurance Program*)] présentent les caractéristiques de ce nouveau programme (Ullman, Bruen et Holohan, 1998; Ullman, Hill et Almeida, 1999; Lewit, 1998). Certains articles récents se penchent également sur l'importance d'évaluer le programme. Selon Starfield (2000) par exemple, l'évaluation du succès du programme ne doit pas se limiter à mesurer l'amélioration de la couverture médicale des enfants, elle doit également prendre en compte la qualité des services auxquels les enfants ont accès grâce à CHIP.

## 6.5- LA FOURNITURE DES SERVICES DE SANTÉ

### 6.5.1- L'avènement du « *managed care* »

Traditionnellement, l'indemnisation des services de santé assurés était basée sur le système de la médecine libérale, « fondé sur le paiement à l'acte sans limitation et sur le remboursement des actes par une assurance privée individuelle. » (Chamorand, 1996 : 63). Cette formule d'indemnisation n'impliquait aucune tentative d'influencer de quelque façon que ce soit le type de services qui seraient reçus, qui les fournirait et comment ils seraient organisés (Gold, 1999 : 9). Le paiement à l'acte a souvent été critiqué comme encourageant une sur-consommation de soins médicaux (*ibid.* :13).

Dans les années 1970 et 1980, les dépenses de santé ont connu une croissance fulgurante. À partir des années 1980, les deux plus gros acheteurs d'assurance-santé (*purchasers*) que sont les grandes entreprises et les gouvernements, ont cherché des moyens susceptibles de maîtriser, sinon de réduire, leurs dépenses en santé, notamment par d'autres

---

<sup>16</sup> Alors que sous *Medicaid*, le plafond de revenu diminue généralement avec l'augmentation de l'âge des enfants (voir p. 10).



modalités de paiement des fournisseurs de soins que le paiement à l'acte (Chamorand, 1996 : 59).

In their drive to contain costs, purchasers have viewed managed care as the major alternative to increased cost sharing, a view that has led them to encourage the growth of an increasingly complex set of managed care products in order to foster growing managed care enrollment. (Gold, 1999 : 4).

Ainsi, au cours des quinze dernières années, le système de santé américain a été considérablement transformé, passant d'un système dominé par le paiement à l'acte à un système dominé par le *managed care* (Hughes et Luft, 1998 : 29). Le changement a été très rapide : parmi les assurés dans le cadre de leur emploi, la proportion de personnes assurées par un plan de *managed care* est passée de 29 % en 1988 à 73 % en 1995 (Gold, 1999 : 8); le rythme de changement a été encore plus rapide pour les bénéficiaires de *Medicaid*, passant de 10 % en 1991 à 40 % en 1996 (voir p. 23). Cette transition a impliqué une réorganisation majeure, à la fois de la manière dont les fournisseurs de soins rendent les services et des lieux (*settings*) dans lesquels les services sont rendus. (Gold, 1999 : 4)

### Les caractéristiques du managed care

Dans la foulée de ce qui a donné lieu à son essor, à savoir la maîtrise des dépenses de santé, le *managed care* tel qu'on le connaît aujourd'hui aux États-Unis vise principalement à exercer un certain contrôle sur la manière dont les services seront rendus. « With the shift to managed care, there has been an increase in health insurance products with features that have been designed to influence care delivery more directly. » (Gold, 1999 : 9). Cette recherche de contrôle s'est même étendue aux plans d'assurance traditionnels, dont la plupart incluent maintenant la contre-expertise : « Even conventional indemnity insurance [...] usually now includes utilization review. » (*ibid.*).

La formule des *Health Maintenance Organizations* (HMO) est à l'origine du *managed care*; les HMO existent aux États-Unis depuis les années 1950, mais couvraient jusqu'à récemment une fraction restreinte de la population. Les HMO croyaient pouvoir améliorer les soins de santé en combinant la prestation de services prépayés avec le partage des dossiers des patients entre médecins et la facilité de consultation auprès d'un groupe médical. (Hughes et Luft, 1998 : 27).

Plus précisément, selon Chamorand (1996 : 63) : « Les HMO sont des entreprises de soins qui ont pour objet de fournir à leurs adhérents des prestations médicales, ambulatoires et hospitalières. » En contrepartie d'un montant prépayé (cotisation ou prime à payer par chaque adhérent), « une HMO assure la responsabilité contractuelle de fournir ou d'assurer l'accès à une gamme explicite de services. [...] Si les adhérents d'une HMO ont le droit d'exiger le service des prestations qui leur sont nécessaires », en contrepartie, « la cotisation à une HMO est due indépendamment du recours effectif à ces services. » Et l'auteure ajoute : « Cette situation incite chaque HMO à contenir ses dépenses à un niveau acceptable au regard des recettes qu'elle tire de ses cotisations. », ce qui explique que les HMO aient inspiré les acheteurs de services intéressés à réduire leurs dépenses.

Le terme de « *managed care* » n'est apparu dans le domaine de la santé aux États-Unis qu'au milieu des années 1980. Il renvoie à une variété de formules de financement et de fourniture de services de santé, incluant les *Health Maintenance Organizations* (HMO). (Hughes et Luft, 1998 : 27).

La seule caractéristique commune à toutes les formules est que les adhérents sont encouragés ou obligés de se procurer les soins de santé dont ils ont besoin au sein d'un réseau de fournisseurs de soins <sup>17</sup>, ces fournisseurs étant sélectionnés par l'organisation de *managed care* et en acceptent les règles (Hughes et Luft, 1998 : 28). Le but principal visé par les organisations de *managed care* dans le fait de restreindre le bassin de fournisseurs est de leur permettre d'exercer un contrôle à la fois sur l'accès des bénéficiaires aux services de santé et sur le comportement des fournisseurs de soins. (Hughes et Luft, 1998 : 28). De plus, comme le fait remarquer Gold (1999 : 8), les organisations de *managed care* intègrent, à des degrés divers, les fonctions d'assureur et de fournisseur de services.

En dehors de cette caractéristique commune (l'existence de réseaux de fournisseurs), les plans de *managed care* varient considérablement. La complexité de ce marché repose principalement sur certaines modalités : la possibilité ou non de se procurer des services en dehors du réseau de fournisseurs; l'instance assumant le risque financier; l'organisation du réseau de médecins : salariés de l'entreprise, grands groupes, médecin seul ou en petit groupe (*network solo/small-group physicians*); l'exclusivité de la relation entre le plan, ou ses intermédiaires, et le réseau de médecins. (Hughes et Luft, 1998 : 28).

### Les formules de *managed care*

Selon divers auteurs, on trouve actuellement trois formules principales de *managed care*; leurs principales caractéristiques que nous présentons ci-dessous sont tirées de Hughes et Luft (1998 : 28-29), Gold (1999 : 10) et Chamorand (1996 : 63, 65).

Dans le cas des *Health Maintenance Organizations (HMO) plans*, le risque financier est assumé par l'organisation de *managed care*. En retour d'une cotisation que paient les adhérents <sup>18</sup>, la HMO a la responsabilité contractuelle de leur fournir ou d'organiser pour eux l'accès à une gamme de services - cette formule est également nommée « *fully capitated health plans* <sup>19</sup> ». Les adhérents doivent obligatoirement se procurer les services de santé à l'intérieur du réseau de fournisseurs (l'utilisation de services en dehors du réseau n'est aucunement dédommée par la HMO).

Dans le cas des *Preferred provider organisation (PPO) plans*, le risque financier ne repose pas sur les fournisseurs de soins. Ceux-ci sont habituellement payés à l'acte (*on a fee-for-services basis*) et ils ont accepté d'être payés à un taux de rabais pour les services rendus aux adhérents de la PPO. Les adhérents reçoivent les services d'un réseau de médecins

---

<sup>17</sup> « Dans le cadre du *managed care*, les réseaux de fournisseurs de soins sont complexes, d'autant plus que le plan typique établit habituellement des contrats avec différents types de fournisseurs. [...] En 1994, la moitié de toutes les HMO (et les deux tiers des PPO) ont établi des contrats avec des médecins à la fois directement, par l'obtention de contrats individuels, et indirectement, en établissant des contrats avec diverses formes d'entités intermédiaires. [...] Le plus souvent, ces contrats sont avec des groupes et des fournisseurs IPA, mais presque la moitié des HMO (et une petite partie des PPO) ont des contrats avec des PHO (*physician-hospital organizations*) ». (Gold, 1999 : 11, notre traduction). N.B.- *Independent practice association (IPO)* : modèle de HMO dans lequel des médecins travaillant seul ou en petit groupe se regroupent pour former une association légale de praticiens indépendants; cette entité négocie ensuite des contrats de services avec les plans de santé (*The Future of Children*, 1998, vol. 8, n° 2 : 159).

<sup>18</sup> Les adhérents ou l'acheteur de services comme, par exemple, les gouvernements qui, dans le cadre de leur programme *Medicaid*, vont payer un montant fixe à l'égard de chaque bénéficiaire du programme (Deal et Shiono, 1998 : 100).

<sup>19</sup> Voir Deal et Shiono (1998 : 100).

travaillant seuls ou en petits groupes et d'un réseau d'hôpitaux n'ayant pas de relations exclusives avec la PPO. Les adhérents reçoivent un certain dédommagement (moins élevé cependant <sup>20</sup>) s'ils utilisent des services prodigués en dehors du réseau.

Les *Point-of-service (POS) plans* constituent une formule hybride entre les deux premiers, pouvant être vus comme des HMO avec l'enveloppe des PPO. Les adhérents peuvent choisir d'obtenir des services en dehors du réseau de fournisseurs et en recevoir un certain dédommagement (cependant moins élevé, comme dans le cas des PPO <sup>20</sup>). Les primes à payer pour ce plan sont plus chères que celles inhérentes à une HMO traditionnelle.

Bien que la plupart des écrits retiennent les trois formules de *managed care* décrites ci-dessus comme étant les principales, d'autres écrits, dont le texte de loi *Balanced Budget Act* de 1997 <sup>21</sup>, mentionnent également une autre formule : le *Primary care case management (PCCM)*

En vertu du PCCM, l'adhérent doit choisir un « gestionnaire de soins » (*primary care provider* [PCP]) chargé de coordonner les services de santé requis par son patient (ou encore, c'est l'organisation de *managed care* qui lui assigne un PCP). Ce gestionnaire est payé mensuellement à un tarif fixe pour chacun des patients dont il coordonne les services (*a monthly per capita fee*). Par ailleurs, le gestionnaire (PCP) et les autres fournisseurs de soins (comme par exemple, les médecins spécialistes à qui le PCP a référé ses patients) sont payés à l'acte (*on a fee-for-service basis*) et n'assument aucun risque financier pour les services fournis. (Rosenbach et Gavin, 1998 : 510)

### **L'expansion du *managed care***

Si initialement les HMO étaient des organismes sans but lucratif, à partir du moment où Nixon en a favorisé l'extension en 1973 <sup>22</sup>, la demande accrue pour ce genre de services a conduit des compagnies privées à but lucratif (commerciales) à s'y intéresser. De nombreuses formules de *managed care* ont dès lors été élaborées, plus ou moins calquées sur le modèle des HMO comme on l'a vu ci-dessus. De plus en plus, on assiste à une concentration des entreprises dans le domaine du *managed care* et à leur extension à travers tout le pays. « This concentration, together with the movement to national firms, means that a relatively small number of managed care entities is responsible for the care of a disproportionately large share of managed care enrollees. » (Gold, 1999 : 28). Ainsi, si la restructuration du système de santé américain s'est faite au cours des années 1980, depuis le début des années 1990, grâce à des fusions, à la création de filiales, etc., on assiste à la formation d'oligopoles au sein des entreprises de *managed care*, plusieurs d'entre elles étant devenues de très grandes entreprises cotées à la bourse. (Chamorand, 1996 : 74-82).

### **REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES**

Sous cette rubrique (6.5.1- *Managed care*), nous avons classé les écrits abondant, de manière générale, le *managed care*. Outre la revue du développement rapide du *managed*

---

<sup>20</sup> Gold, 1999 : 11.

<sup>21</sup> À ce sujet, voir entre autres : National Health Law Program *et al.*, 1997.

<sup>22</sup> « Une loi sur les HMO de 1973 encourage leur développement par des prêts et des subventions qui subsistent jusqu'en 1981 et 1982. » (Chamorand, 1996 : 63).

*care*, la majorité des écrits s'attachent à essayer d'entrevoir l'impact de cette restructuration fondamentale de la fourniture des services de santé aux États-Unis. Les uns s'interrogent sur la nécessité d'une certaine forme de régulation de cette pratique (Gold, 1999; Terris, 1998; Haas Wilson et Gaynor, 1998), d'autres, sur la qualité des services rendus et la protection des consommateurs (Miller et Luft, 1997; Peak et Barusch, 1999), etc. Certains textes examinent la législation des États sur le sujet (Anderson, 1998). Enfin, soulignons que nous avons inclus dans la bibliographie informatisée un texte, assurément fort utile, présentant un glossaire des termes utilisés dans le monde du *managed care* américain, issu du périodique *The Future of Children*, 1998.

#### 6.5.1.1- *Le managed care et les enfants*

L'implantation du *managed care* pour la fourniture de services de santé aux enfants soulève des interrogations particulières : d'une part, parce que les besoins des enfants en matière de soins de santé diffèrent de ceux des adultes et, d'autre part, parce que les plans de *managed care* ont généralement été élaborés en fonction des adultes (Hughes et Luft, 1998 : 27). Le *managed care* appliqué aux enfants peut avoir des effets positifs tout autant que négatifs :

D'un point de vue positif, le *managed care* peut offrir un point d'accès unique (*medical home*) pour la fourniture de services de santé de base à des enfants qui, autrement, n'obtiendraient que des soins épisodiques; améliorer la coordination des soins de santé; et encourager une plus grande fourniture de services de santé préventifs. D'un point de vue négatif, un mode de remboursement par capitation peut inciter d'une part, les plans de *managed care* à n'assurer que les enfants en santé dont la probabilité de dépenses en santé est faible et, d'autre part, les fournisseurs à offrir une gamme de services moins étendue que ce qui serait approprié. Le *managed care* peut aussi limiter le choix des assurés quant à leur fournisseurs, spécialement en ce qui a trait aux médecins spécialistes. (Hughes et Luft, 1998 : 25, notre traduction).

Nous avons regroupé sous ce mot-clé les écrits abordant la question du *managed care* spécifiquement du point de vue des enfants. Plusieurs de ces textes sont issus du périodique *The Future of Children* qui a récemment consacré un numéro sur le sujet (1998, vol. 8, n° 2) et où sont abordées les questions de la qualité des services, de l'accès aux services, des services aux enfants handicapés, etc. Par ailleurs, mentionnons un texte de *The American Academy of Pediatrics* qui, dès 1995, proposait des principes de base devant guider la fourniture de services de santé aux enfants dans le cadre de plans de *managed care*. Également, il y a quelques écrits qui traitent des services périnataux dans ce contexte (Hartley, 1999; Siddharthan et Reid, 1999).

#### 6.5.1.2- *Le managed care et Medicaid*

Le *Balanced Budget Act* (BBA) de 1997 a ouvert la porte à une croissance accrue du *managed care* dans le cadre de *Medicaid*. Avant cette loi, les États devaient obtenir une dérogation (*waiwer*) de l'État fédéral, plus précisément du *Department of Health and Human Services*, s'ils voulaient obliger les bénéficiaires de *Medicaid* d'adhérer (*to enroll*) à un plan de *managed care*; sans dérogation obtenue du fédéral, l'adhésion des bénéficiaires à ce type de plan se faisait uniquement sur une base volontaire. La nouvelle loi de 1997 abolit cette

obligation faite aux États d'obtenir une dérogation<sup>23</sup>. Avec le BBA, le gouvernement fédéral accorde ainsi aux États une plus grande flexibilité pour la gestion de leur programme *Medicaid* et leur permet plus de contrôle sur le paiement des fournisseurs. De manière générale, les États peuvent limiter le choix des bénéficiaires de *Medicaid* à deux programmes de *managed care* (National Health Law Program *et al.*, 1997 : 2).

Le BBA de 1997 facilite donc, sinon favorise, l'adoption du *managed care* à l'endroit des bénéficiaires de *Medicaid*. Il semble cependant que les États n'aient pas attendu la législation de 1997 pour proposer le *managed care* à leurs bénéficiaires de *Medicaid*, si l'on en juge par ces chiffres.

Proportion (%) des bénéficiaires de *Medicaid* assurés par un plan de *managed care*  
États-Unis, diverses années

1991	1994	1996	1999
9,5	23,2	40,1	55,6

Sources : U.S. DHHS, Health Care Financing Administration, 2000; *ibid.*, 1997.

On observe cependant de grandes variations entre les États : en 1996, la proportion de bénéficiaires assurés par un plan de *managed care* était de seulement 1 % dans certains États comme le Maine et le Wyoming, alors qu'elle s'établissait à 100 % au Tennessee; entre ces deux extrêmes, se situaient la majorité des autres États (Deal et Shiono, 1998 : 96, 99).

Le BBA a également apporté d'autres modifications en ce qui concerne le *managed care* sous *Medicaid*. Les États ont désormais la possibilité d'assurer leurs bénéficiaires selon un large éventail de plans de *managed care*, notamment des plans exclusivement réservés à cette clientèle. Auparavant, ils devaient obligatoirement choisir un plan où au moins 25 % de la clientèle étaient assurés par un plan d'assurance privé individuel, ce qui, selon le National Health Law Program *et al.* (1997 : 25) représentait le gage du maintien d'un certain niveau de qualité, les assurés privés ayant plus de latitude que les bénéficiaires de *Medicaid* de se plaindre ou de se retirer du plan s'ils n'étaient pas satisfaits. Toutefois, le BBA a également inclus de nouvelles règles concernant la protection des consommateurs ainsi que des standards de qualité. (Deal et Shiono, 1998 : 97, 98).

#### REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Parmi les écrits classés sous cette rubrique (6.5.1.2- *Managed care* et *Medicaid*), quelques-uns présentent les spécificités du *managed care* en regard de *Medicaid* (Deal et Shiono, 1998), d'autres examinent les plans adoptés dans certains États (Leichter, 1999 par exemple, pour l'Oregon).

<sup>23</sup> Sauf, sous certaines conditions, pour certaines catégories de personnes : les enfants ayant des besoins spéciaux, les bénéficiaires de *Medicare* et les Autochtones (National Health Law Program *et al.*, 1997 : 5-6).

Certains articles abordent le sujet plus particulièrement en regard des services de santé offerts aux enfants, notamment en ce qui concerne la prestation du programme EPSDT (Rosenbach et Gavin, 1998) ou encore des services périnataux (Siddharthan et Reid, 1999).

#### 6.5.2- Maternal and Child Health Block Grant Program <sup>24</sup>

L'objectif de ce programme, créé en 1981 <sup>25</sup>, est d'identifier, d'évaluer les besoins en matière de santé et de dispenser des services aux femmes et aux enfants, particulièrement à ceux et celles qui sont à faibles revenus ou qui ont un accès limité aux services. L'adhésion au programme est facultative pour chacun des États (*not an entitlement*). Contrairement à la plupart des autres programmes publics de santé américains, les fonds disponibles dans le cadre du *Maternal and Child Health Block Grant Program* (MCH) sont utilisés principalement pour la fourniture directe de services de santé aux clientèles ciblées.

Comme le note Hill (1992 : 137), l'importante marge de manœuvre qui était laissée aux États pour l'implantation de ce programme <sup>26</sup> a fait en sorte que chacun a développé un programme tout à fait particulier rendant difficile la description d'un programme typique. L'auteur dégage néanmoins les traits communs suivants :

- MCH est un programme à frais partagés entre le fédéral et les États participants. Mais au lieu de fonctionner sur la base d'une formule spécifique comme *Medicaid*, la contribution des États est d'environ 3 \$ pour chaque 4 \$ de fonds fédéraux qu'ils reçoivent. Parce qu'il s'agit d'un programme volontaire, le MCH de chaque État doit fonctionner à l'intérieur d'un budget déterminé à chaque année.
- De manière générale, l'éligibilité au programme s'établit à 185 % du seuil fédéral de faible revenu (*federal poverty level*).
- Les services de santé sont fournis dans les établissements publics (*public health care settings*), administrés par les cliniques du département de santé soit au niveau local ou au niveau de l'État (*either state or locally administered health department clinics*). Les fonds sont utilisés, entre autres, pour engager du personnel clinique et administratif, pour adjoindre des médecins de pratique privée au personnel des cliniques publiques en établissant des contrats avec eux, pour acheter des fournitures et des équipements médicaux.

---

<sup>24</sup> Les informations de cette partie reprennent essentiellement les propos de l'article de Hill (1992 : 137-138).

<sup>25</sup> Cette forme d'intervention existait auparavant dans le cadre du *Title V* de la *Social Security Act*, mais en 1981, on a regroupé les sept programmes différents qui existaient en vertu de cette disposition pour ne former qu'un seul programme le *Maternal and Child Health Block Grant Program*. En échange d'une diminution des fonds fédéraux, les États ont obtenu une plus grande marge de manœuvre pour établir la clientèle pouvant bénéficier du programme et pour développer leur système de fourniture de services. (Hill, 1992 : 137).

<sup>26</sup> Depuis 1989, l'autonomie des États en regard du programme a toutefois été restreinte. Ils sont maintenant tenus d'allouer un maximum de 10 % des fonds pour les frais administratifs, de consacrer au moins 30 % des fonds pour les services préventifs et les soins de première ligne aux enfants et au moins 30 % des fonds aux enfants ayant des besoins de santé spéciaux (handicapés). Ce qui ne laisse qu'un maximum de 30 % des fonds pouvant être utilisés pour dispenser des services liés à la maternité et aux soins prénatals. (Hill, 1992 : 138).

- Dans presque tous les États, le programme comporte deux composantes distinctes : une première qui dispense des services préventifs et de première ligne (*primary care*) aux familles; une seconde qui dispense aux enfants handicapés des services répondant à des maladies chroniques et des soins à long terme.

MCH dispose de fonds relativement modestes en comparaison de ceux attribués au programme *Medicaid*. Néanmoins, selon Hill (1992 : 138), ce programme, en terme de pouvoir, assume un rôle prépondérant dans les départements de santé des États et exerce une influence croissante sur l'allure et la direction des systèmes de fournitures de services de santé périnataux et de soins aux enfants.

#### REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Les écrits ne concernant que ce programme sont pour ainsi dire inexistant. Outre Hill (1992) qui présente le *Maternal and Child Health Block Grant Program* parmi d'autres programmes gouvernementaux, nous avons inclus sous ce mot-clé un site Internet élaboré par le *Maternal and Child Health Bureau*, l'instance administrative de ce programme, qui fournit diverses informations sur celui-ci (*Maternal and Child Health Bureau*, s.d. [2000]).

#### 6.5.3- Special Supplement Food Program for Women, Infants, and Children (WIC)

Ce programme, créé en 1972, procure un supplément alimentaire à une clientèle particulière de personnes à faibles revenus, soit les femmes enceintes, les femmes qui ont récemment accouché (*postpartum women*) et leurs enfants, ainsi que les enfants de moins de cinq ans présentant un risque de déficit nutritionnel. Généralement, l'aide est fournie mensuellement sous forme de bons permettant aux bénéficiaires d'acheter les produits alimentaires « prescrits » dans une épicerie.

WIC est financé par le gouvernement fédéral et administré par le ministère de l'Agriculture (*The Food and Nutrition Service* du *U.S. Department of Agriculture*). Concrètement, des fonds fédéraux sont versés aux États qui peuvent également y ajouter leur propre contribution de manière à desservir un plus grand nombre de personnes. Au niveau de chaque État, ce sont des agences publiques ou encore des agences à but non lucratif qui sont chargées de mettre en œuvre le programme. (Dolgoft, Feldstein et Skolnik, 1997 : 246).

Comme le fait remarquer Hill (1992 : 139), bien que WIC ne constitue pas à proprement parler un programme de santé, les évaluations du programme ont démontré son efficacité pour réduire la mortalité infantile, les naissances de petit poids, l'anémie ainsi que d'autres problèmes de santé. Parce que la participation à WIC réduit sensiblement les probabilités de prématurité et de naissances de petit poids, et par là, les coûts exorbitants des soins néonataux intensifs, l'épargne en dépenses de santé peut être au bout du compte substantielle.

#### REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Comme au mot-clé précédent, on trouve peu d'écrits spécifiques concernant ce programme. Cependant, la plupart des ouvrages présentant de manière générale le système d'assistance sociale aux États-Unis (*welfare system*) décrivent habituellement le WIC (Karger et Stoesz, 1998a; Dolgoft, Feldstein et Skolnik, 1997).

## 6.6- L'ACCÈS ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

La majorité des enfants et des femmes enceintes peuvent compter sur des ressources adéquates pour leurs soins de santé. Cependant, comme le note Perloff (1992 : 79) : « les personnes qui sont noires, pauvres et/ou qui habitent dans des zones rurales ou dans les centre-villes (*inner city communities*) demeurent mal desservies. ». Le problème de la mauvaise répartition des ressources en santé tient à différents facteurs tels que « la préférence des médecins pour la pratique en régions métropolitaines [et dans le cas des spécialistes, d'établir leur bureau dans les quartiers plus favorisés], la hausse des primes pour erreurs médicales (*malpractice premiums*) et la réticence des médecins à accepter des patients assurés par *Medicaid* » (*ibid.*). Il en résulte que les services des gynécologues, par exemple, sont souvent inaccessibles, particulièrement aux femmes à faible revenu et à celles ayant une grossesse à risque (*ibid.* : 80). De même, les services des pédiatres sont nettement moins utilisés par les enfants moins bien nantis qui résident dans les centres-villes et ceux des régions rurales (*ibid.* : 84-85). Par contre, la répartition géographique des médecins généralistes est meilleure, plus proche des lieux où habitent les enfants, ce qui est sans doute plus important (*ibid.* : 85).

La plupart des enfants ont un point de service régulier (*usual source of care*) pour obtenir leurs soins de santé de base : en 1988, c'était le cas de 90 % des enfants, cependant que 15 % des enfants pauvres n'en avaient pas. Parmi les enfants qui avaient un point de service régulier, 66 % se rendaient au bureau d'un médecin, 5 % comptaient sur la clinique externe ou l'urgence d'un hôpital et 8 % sur d'autres établissements tels que les centres de santé, les cliniques de santé scolaires, etc. Les enfants de familles à faible revenu sont ceux qui s'en remettent le plus à des établissements pour leurs services de santé, notamment les urgences d'hôpitaux. Par ailleurs, les cliniques publiques de santé et les *community health centers* constituent une ressource importante de soins pour les enfants, notamment parce que ces établissements reçoivent les fonds du *Maternal and Child Health Block Grant Program* (*ibid.* : 87).

Rapportant les résultats d'autres études, notamment les propos de l'Association nationale des gouverneurs (National Governor's Association, 1996), Newacheck, Halfon, Brindis et Hugues (1998 : 157)<sup>27</sup> font valoir que : « Les besoins des enfants qui dépendent des programmes publics sont souvent satisfaits à la pièce (*on a piecemeal basis*) et les services qu'ils reçoivent sont souvent fragmentés et incomplets. » (notre traduction). Dans quelle mesure l'adoption de plus en plus répandue du *managed care* changera-t-elle la situation? À l'heure actuelle, les études à ce sujet ne sont encore que partielles (voir Szilagyi, 1998).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Plusieurs écrits se penchent sur l'accès et l'utilisation des services de santé par les enfants et les femmes enceintes. Ils ont été regroupés sous ce mot-clé.

---

<sup>27</sup> Propos des auteurs introduisant un article présentant les résultats du « Child-Health Initiative » visant à décatégoriser les services de santé offerts aux enfants.



### 6.6.1- Les services de santé pour les enfants

Les écrits classés ici concernent divers aspects des services de santé dispensés aux enfants. Certains traitent de la vaccination (Speziale et Wasowski, 1998), de la dimension santé des services offerts dans le cadre du programme *Head Start* (Zigler, Piotrkowski et Collins, 1994), de tentatives visant à « décatégoriser » les services offerts aux enfants (Newacheck, Halfon, Brindis et Hugues, 1998). D'autres abordent plutôt la qualité des services qui leur sont rendus (O'Malley et Forrest, 1996; Wehr et Jameson, 1994), quelques-uns le coût des services.

### 6.6.2- Les services périnataux

Nous avons répertorié sous cette rubrique des écrits ayant trait spécifiquement à diverses pratiques entourant l'accouchement et les naissances. Ainsi, certains écrits abordent la question des congés précoces de l'hôpital (Braveman *et al.*, 1995), d'autres, celle des services de soins néonataux intensifs (Loveland Cook *et al.*, 1999), un autre encore présente un programme de visite à domicile (Olds *et al.*, 1999).

### 6.6.3- Les services de santé en milieu scolaire

Nous avons trouvé peu de textes relatifs aux services de santé en milieu scolaire. De fait, la plupart des écrits qui sont ressortis de l'examen des banques bibliographiques concernent les services aux adolescents plutôt que ceux aux enfants de l'école élémentaire.

Néanmoins, selon Brindis et Sanghvi (1997), il existerait deux types de services de santé en milieu scolaire. Les *school-based health clinics* sont apparues dans les années 1980. Ces cliniques, situées dans l'école même, offrent des services et soins de santé dispensés par un personnel comprenant habituellement une infirmière ou un médecin associé, un médecin à temps partiel, un travailleur social ou un autre professionnel de la santé mentale. Les *school-linked health programs* sont apparus plus tard, dans les années 1990. Ils ne dispensent pas de soins de santé à l'école, mais permettent fréquemment à un professionnel de la santé de la communauté de s'installer à l'école pour fournir une gamme plus restreinte de services que les *school-based health clinics*. Ces programmes servent habituellement plus d'une école, les fournisseurs de santé faisant la rotation entre elles selon un horaire établi.

Les deux types de services sont habituellement commandités par un département de santé d'un comté ou d'une ville, une clinique communautaire affiliée à un hôpital, etc. La majorité de ces deux types de services s'adressent aux adolescents; ce n'est que dans les dernières années qu'ils ont commencé à être développés dans les écoles élémentaires (Brindis et Sanghvi, 1997 : 568). En outre, un programme fédéral, le *Healthy Schools, Healthy Communities Program*, a été créé en 1994. Ce programme procure des fonds pour la création de *school-based health clinics*, ayant pour but de desservir les enfants à haut risque (Bureau of Primary Health Care, 1999).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Les écrits abordant la question des services de santé en milieu scolaire dans les écoles élémentaires ont été classés sous ce mot-clé. Mentionnons l'existence d'un périodique sur le thème, le *Journal of School Health*, susceptible de fournir plus d'information sur le sujet.

#### 6.6.4- Les intervenants en santé

Sont regroupés sous cette rubrique quelques écrits traitant des intervenants en santé, l'un d'eux examinant notamment la relation entre les parents et le médecin de leur enfant (Hickson et Clayton, 1995).

#### 6.7- INDICATEURS DE LA SANTÉ DES ENFANTS

Nous avons répertorié sous ce mot-clé quelques écrits concernant la santé des enfants américains (bien que nous n'ayons fait aucune recherche spécifique sur le sujet). Le tableau qui suit présente un indicateur classique de l'état de santé d'une population.

Taux de mortalité infantile <sup>1</sup>, États-Unis, diverses années  
et comparaison avec d'autres pays, année 1996

États-Unis, diverses années				
1970	1980	1990	1995	1997
20,0	12,6	9,2	7,6	7,2
Taux américain en comparaison d'autres pays, 1996				
États-Unis	Québec	Canada	France	Suède
7,3	4,6	5,6	5,0	3,5

Sources : Pour les États-Unis : U.S. DHHS. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics, 1999 : 86-87, tableau 27. Pour les autres pays : Duchesne, 1998 : 33, tableau 4.3.

Note 1 Taux de mortalité infantile : décès d'enfants de moins de un an pour 1000 naissances vivantes.

On peut voir que le taux de mortalité infantile des États-Unis est supérieur à celui des autres pays industrialisés mentionnés ci-dessus. L'absence de services de santé accessibles à l'ensemble de la population explique assurément en partie cette différence.

Il n'est sans doute pas inintéressant de noter que plusieurs analystes américains considèrent que le système de santé des États-Unis est moins bon que celui du Canada et ce, tant du point de vue de l'état de santé de la population que du point de vue des coûts. Le moindre coût de la santé au Canada serait attribuable à une rémunération plus faible des médecins, à des dépenses administratives moins élevées et à moins de litiges relatifs à des erreurs médicales (Karger et Stoesz, 1998a : 327). Selon Andrain (1998), bien que les deux systèmes soient de type entrepreneurial et que, dans les deux cas, le pouvoir politique soit largement décentralisé vers les régions, le système américain est à la fois moins efficace et moins égalitaire que celui du Canada.

## E- PALLIATIF PUBLIC

Dans la littérature américaine, les services sociaux à l'intention des enfants sont généralement désignés sous l'appellation de « *child welfare services* ». Il importe de préciser dès maintenant que les services publics, financés ou offerts à cette enseigne, sont très majoritairement des services liés à la protection des enfants, nous y reviendrons plus loin.

### Bref historique

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle aux États-Unis, des services de protection des enfants ont été développés par des organismes caritatifs bénévoles tels que les œuvres philanthropiques, les églises et les communautés locales (*localités*). La création d'institutions visant à héberger les enfants abandonnés, maltraités ou négligés par leurs parents (*specialized children's residential institutions*) marque le début de l'intervention qui sera suivie, au milieu du siècle, par l'instauration d'agences de protection des enfants chargées de surveiller et d'enquêter sur les cas d'abus ou de négligence. (Kamerman et Kahn, 1997 : 389). À ce chapitre, les associations privées connues sous le nom de « *Societies for the Prevention of Cruelty to Children* » font figure de précurseurs du système public qui sera développé plus tard (Schene, 1998 : 26-27).

Si en vertu d'une loi de 1601, la « *English Poor Law* », la responsabilité légale de protection des enfants vulnérables incombait initialement aux communautés locales (*local townspeople*), à partir du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, plusieurs États adopteront des lois afin que les enfants soient retirés des asiles communs<sup>28</sup> et placés dans des institutions pour enfants. À partir de ce moment : « *The care of needy children was considered a public responsibility and so was financed with public dollars, although agencies provided care.* » (Schene, 1998 : 25). Les gouvernements des États, les gouvernements locaux et les organismes bénévoles financent alors les services sociaux pour les enfants, habituellement dispensés par le secteur bénévole (*voluntary*).

L'État fédéral ne s'impliquera pour sa part qu'à partir de 1935. Dans le cadre de l'adoption de la *Social Security Act* en effet, des fonds fédéraux modestes sont offerts aux États afin de les encourager à développer des services préventifs et de protection des enfants vulnérables et de leur famille (*Title IV-B*). Si les États mettent alors en place des services de protection pour les enfants, ces services varient toutefois grandement d'un État à l'autre et parfois même au sein d'un même État (Karger et Stoesz, 1998b : 379). De plus, comme le fait remarquer Schene (1998 : 27), les États utiliseront ces fonds pour payer les dépenses de placement des enfants plutôt que pour offrir des services de prévention.

En 1962, le gouvernement fédéral amende le *Social Security Act* et, dans le cadre de son programme d'assistance financière pour les enfants pauvres (*Aid to Dependent Children [ADC]*), crée un programme d'aide pour les enfants placés. Ce programme, le « *Title IV-A*<sup>29</sup> », accorde des fonds aux États pour les aider à payer les dépenses de placement des

---

<sup>28</sup> C'est-à-dire des asiles accueillant des personnes nécessiteuses de tous âges dans lesquels, notamment, les conditions d'hygiène et de salubrité laissaient beaucoup à désirer.

<sup>29</sup> En 1980, les fonds de ce programme ont été transférés à un nouveau programme, le « *Title IV-E* » de la *Social Security Act*.

enfants qui sont éligibles à l'aide financière du ADC. Ces fonds vont aux parents d'accueil pour couvrir les coûts d'entretien des enfants qu'ils gardent : nourriture, vêtements, supervision, etc. (Schene, 1998 : 28). De plus, cet amendement permet que les agences publiques achètent des services auprès d'autres agences publiques, ce qui a permis d'étendre les services sociaux pour les enfants à travers tout le pays (Rosenthal, 2000 : 293). Un autre amendement à la *Social Security Act*, adopté en 1967, permet quant à lui aux agences publiques de services sociaux d'acheter des services auprès d'organismes bénévoles [*voluntary agencies*] (*ibid.* : 294).

À partir de là, l'État fédéral accroît son implication et devient peu à peu le leader des politiques qui seront adoptées en matière de services sociaux pour les enfants aux États-Unis. La responsabilité de la mise en œuvre des mesures revient cependant aux différents États, de même qu'à certains comtés et grandes villes, alors que du côté de la fourniture des services :

[...] the introduction of federal funding for purchased services can be seen as an example of incrementalism in which an old pattern - public funding of voluntary agencies - that was previously limited to the state and local levels expanded to include the federal government once the idea of an expanded federal presence in social welfare activity was accepted politically (Rosenthal, 2000 : 299).

## 7.1- LE SYSTÈME DE SERVICES SOCIAUX AMÉRICAIN

Le système américain de services sociaux en direction des enfants est complexe. Trois niveaux de gouvernement y sont impliqués, de même que le secteur privé, en majeure partie des organismes bénévoles.

### Un système mixte : public-privé

Aux États-Unis, le système de services sociaux pour les enfants est un système mixte. Si les politiques et l'organisation des services émanent des instances publiques, les services sont actuellement dispensés plus fréquemment par le secteur privé que par des agences publiques.

En schématisant, on peut dire que le système :

- est orienté par l'État fédéral qui, par l'entremise des grands programmes qu'il finance, influence les priorités et les modalités d'intervention, de même que les services offerts.
- est financé par trois niveaux de gouvernement : le gouvernement fédéral [42 %], les gouvernements des États [49 %] et les gouvernements locaux [9 %] (Larner, Stevenson et Behrman, 1998 : 7; voir aussi Courtney, 1998 : 93).
- est géré par les États ou les gouvernements locaux, chargés de mettre en application les programmes fédéraux. Il importe de noter que : « [...] state and local funds for child welfare are often spent in accordance with federal guidelines so they can be used to drawn down federal matching funds. » (Courtney, 1998 : 90).
- dispense ses services principalement par l'entremise du secteur privé (majoritairement, des organismes bénévoles), sauf en ce qui concerne le système

de protection des enfants. Ce qui, comme le souligne Rosenthal (2000 : 300), en fait un système fort complexe :

[...] the complexities involved in what became the public-private system in child welfare that we have today, where some functions -typically investigations and case management - are done by public agencies but services -counselling, child care, and addiction treatment - are carried out by private agencies through contract with public agencies (and, in some cases, through insurance reimbursements).

### **Un système public axé sur la protection des enfants**

L'accent mis aux États-Unis sur le soutien public d'un système visant la protection des enfants contre l'abus et la négligence au détriment d'un système intégré de services sociaux (incluant également des services de nature préventive) se marque notamment par les caractéristiques du financement de l'État fédéral en ce domaine.

En effet, l'importance du financement fédéral de programmes liés à la protection des enfants (placement et adoption) en comparaison de celui de programmes préventifs, de même que les caractéristiques de ces programmes et leurs critères d'éligibilité révèlent hors de tout doute l'orientation que privilégie l'État fédéral en matière de services sociaux publics (pour plus d'informations à ce sujet, voir p. 54).

Ainsi, selon Geen et Boots (1999 : 865), pour l'année 1996, la majorité des fonds qui ont été dépensés pour offrir des services sociaux pour les enfants et ce, tant pour ce qui est des fonds fédéraux que des fonds octroyés par les États, l'ont été pour le placement des enfants.

### **L'absence de « système » public de services sociaux préventifs**

Corollaire de l'énoncé précédent, on ne peut vraiment parler aux États-Unis de « système » public qu'à l'égard des services liés à la protection des enfants. Du côté de la prévention, on constate plutôt que :

[...] a public policy framework for providing supportive services to families, such as those that exist in many other countries, has never really taken hold in the United States. Moreover, the public and private resources available for financial assistance and service programs for children and families - already inadequate to meet existing needs- may shrink further as states and local communities juggle competing demands on a limited pool of tax dollars. (Schene, 1998 : 30)

Comme le faisaient remarquer Kamerman et Kahn en 1995 (1995 : 152), l'adoption du « *Family Preservation and Family Support Program* »<sup>30</sup> en 1993 a constitué la première reconnaissance formelle du gouvernement fédéral à l'égard des services de soutien aux familles. Avant cette loi, les services sociaux préventifs pour les familles (*family support services*) étaient largement une activité des gouvernements des États et des gouvernements locaux, ou encore étaient financés par des fondations privées, des contributions individuelles et des organismes bénévoles (Kamerman et Kahn, 1995 : 153). En 1997, avec une perspective plus large et malgré l'ajout de fonds fédéraux pour la prévention en 1993, les mêmes auteurs soulignent que : « But even these programmes are targeted at problem populations and

---

<sup>30</sup> Pour de plus amples informations, voir p. 43.

problems areas : US child welfare does not fund universal programmes or basic prevention. To the extent that such programmes exist, they are funded and operated by the voluntary sector. » (Kamerman et Kahn, 1997 : 390).

Bien qu'ils existent, les services sociaux préventifs aux États-Unis sont donc très majoritairement financés et fournis par le secteur bénévole (*voluntary sector*), les instances publiques y étant très peu impliquées : « Even so, few family support services are provided through public child welfare agencies to children who remain at home. ». Schene (1998 : 34).

### 7.1.1- Au niveau fédéral

Le gouvernement fédéral des États-Unis propose une quarantaine de programmes de services sociaux pour les enfants. Ces programmes sont administrés par quatre départements différents (*Cabinet agencies*) et supervisés par cinq comités de la Chambre [*House Committees*] (U.S. House of Representatives, 1998 : 728).

#### Les instances administratives

##### *Administration on Children, Youth and Families*

Au niveau fédéral, la principale instance responsable des services sociaux en direction des enfants et des familles est l'*Administration on Children, Youth and Families*, une composante de l'*Administration for Children and Families*, un département (*agency*) du *U.S. Department of Health and Human Services* (U.S. DHHS).

L'*Administration on Children, Youth and Families* compte quatre « bureaux » : le *Child Care Bureau*, le *Children's Bureau*, le *Family and Youth Services Bureau* et le *Head Start Bureau*. Seulement deux bureaux concernent notre propos : en effet, si le *Child Care Bureau*, comme son nom l'indique, s'occupe des services de garde, le *Family and Youth Services Bureau* maintient pour sa part des programmes à l'intention des jeunes (adolescents) en fugue ou sans abri.

Le *Children's Bureau*, la plus ancienne agence (*agency*) fédérale pour les enfants, est responsable de la majorité des programmes fédéraux de services sociaux pour les enfants et leur famille.

Le Bureau précise ainsi ses responsabilités :

[...] assister les États pour la fourniture de services sociaux en direction des enfants (*child welfare*) - services destinés à protéger les enfants et à renforcer (*strengthen*) les familles -. Le Bureau fournit des fonds (*grants*) aux États, aux communautés autochtones (*Tribes*) et aux communautés pour administrer et gérer une gamme de services sociaux incluant des services de protection des enfants (abus et négligence), de préservation et de soutien aux familles, de placement, d'adoption et de « vie indépendante » (*independent living*). De plus, le Bureau effectue des investissements majeurs dans la formation du personnel, la technologie et dans des programmes innovateurs. (Children's Bureau, 2000a - notre traduction).

Le *Children's Bureau* administre neuf programmes de fonds pour les États (*state grants programs*) et six programmes de fonds discrétionnaires. Les *state grants programs* comprennent notamment les grands programmes fédéraux qui seront décrits à la section

suivante<sup>31</sup> : les trois programmes du *Title IV-E*, les deux programmes du *Title IV-B*, le *Basic State Grants* découlant du *Child Abuse Prevention and Treatment Act*<sup>32</sup>. Le *Children's Bureau* administre également un système national de données, le « *National Child Abuse and Neglect Data System* ». Signalons que c'est en vertu de l'adoption du *Child Abuse Prevention and Treatment Act* en 1974 qu'avait été créée une nouvelle instance, le *National Center on Child Abuse and Neglect*<sup>33</sup>, chargée de mettre en place un tel système de données. En 1998, ce centre a été réorganisé et fusionné avec le *Children's Bureau*<sup>34</sup>.

Pour sa part, le *Head Start Bureau*, comme son nom l'indique, administre les programmes *Head Start*<sup>35</sup> à l'échelle du pays.

#### *Office of Community Services*

L'administration du programme « général » de services sociaux, le *Social Services Block Grant*<sup>36</sup>, incombe à l'*Office of Community Services*, également une composante de l'*Administration for Children and Families* du U.S. DHHS.

#### *Administration on Developmental Disabilities*

Cette autre composante de l'*Administration for Children and Families* du U.S. DHHS fournit des fonds aux gouvernements des États, aux communautés locales et à des organismes privés pour la mise en œuvre de programmes de soutien à l'endroit des personnes ayant un handicap et leur famille. Ces programmes visent des clientèles de tous âges (voir *Administration on Developmental Disabilities*, s.d. [2000]).

#### *Bureaux régionaux*

De manière générale, des bureaux régionaux représentent les instances fédérales auprès des entités de leur territoire (État, comté, ville, gouvernement autochtone, *grantees*, organisations publiques et privées de la région). Ils supervisent l'administration des programmes (programmation et gestion financière) et fournissent de l'aide aux diverses entités responsables de les administrer.

### **Les activités fédérales**

Outre l'administration générale des programmes qu'il subventionne, le gouvernement fédéral effectue d'autres activités. Ainsi, il se réserve habituellement une part des fonds de certains de ses principaux programmes (ceux à budget limité) pour mener des études sur les sujets concernés. Il mène ainsi des recherches sur, par exemple, le placement dans des

---

<sup>31</sup> Voir page 48.

<sup>32</sup> Pour plus d'informations sur les autres « *state grants programs* » (*Community-Based Family Resource Program Grants* et *Children's Justice Act*) de même que sur les programmes de fonds discrétionnaires, voir *Children's Bureau*, 2000b.

<sup>33</sup> Voir page 40.

<sup>34</sup> National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, s.d. [2000a] : note de bas de page.

<sup>35</sup> Voir page 53.

<sup>36</sup> Voir page 53.

familles d'accueil au sein de la parenté [*kinship care*] (U.S. House of Representatives, 1998 : 819) ou encore effectuée l'évaluation de certains programmes (*ibid.* : 741); en vertu de la loi adoptée en 1997<sup>37</sup>, le fédéral a été chargé de développer des indicateurs d'efficacité des programmes et de classer les États à ce sujet (*ibid.* : 818). De plus, récemment, en vertu du « *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* »<sup>38</sup> de 1996, des fonds fédéraux ont été accordés (6 millions \$ à chaque année, 1996-2002) pour mener une étude longitudinale nationale sur les enfants à risque d'abus ou de négligence et sur les enfants ayant été identifiés comme victimes d'abus ou de négligence (*ibid.* : 729).

Le fédéral offre également des services de soutien technique aux États (pour favoriser l'adoption, l'implantation de certains programmes, etc.), de même qu'aux cours de justice (*ibid.* : 817, 741).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons classé sous ce mot-clé (7.1.1- Système : fédéral) différents écrits ayant trait aux structures fédérales qui sont en place pour assurer les activités fédérales. Il s'agit dans la majorité des cas de sites Internet ou de pages web d'une instance en particulier.

### 7.1.2- Au niveau des États

Au niveau gouvernemental, la responsabilité première en matière de fourniture de services sociaux aux enfants et à leur famille (*child welfare services*) incombe aux États. À cet égard, chaque État a sa propre structure légale et administrative, de même que des programmes qui lui sont propres<sup>39</sup> (U.S. House of Representatives, 1998 : 728). Notons que certains États délèguent une partie de leurs pouvoirs à des gouvernements locaux.

Dans chaque État et administration autochtone (*tribal government*), une instance spécifique est habituellement chargée des questions relatives aux services dits humains ou sociaux. Le nom de cette instance peut varier d'un État à l'autre : *State Department of Social Services*, *Department of Health and Family Services*, *Department of Human Services*, etc. Fréquemment, ce département des services sociaux a la responsabilité d'une large gamme de services « humains », incluant les services sociaux aux enfants et aux familles, mais aussi des services aux familles comme les services de garde, le recouvrement des pensions alimentaires, la couverture médicale, et plus largement, les programmes d'assistance financière (TANF) et des services d'information et de références (Schene, 1998 : 30).

Au sein du département des services sociaux d'un État, une unité administrative spécifique regroupe habituellement les « *child welfare services* », c'est-à-dire les divers services reliés à la protection des enfants, de même que, s'il y a lieu, des services préventifs à l'intention des enfants et des familles. La consultation du site Internet de chaque État permet généralement de repérer assez facilement l'instance administrative concernée et d'en savoir

<sup>37</sup> Le « *Adoption and Safe Families Act* », voir page 44.

<sup>38</sup> Cette loi est fréquemment désignée comme étant la loi de la réforme de l'aide sociale.

<sup>39</sup> Même si la plus grande partie des programmes que mettent en place les États sont les grands programmes fédéraux, la grande latitude que leur confère l'État fédéral dans la configuration de ces programmes (notamment, en ce qui regarde les modalités de financement) fait en sorte que d'un État à l'autre, le programme devient un programme « propre » à l'État (voir Courtney, 1998 : 90).



plus sur l'administration et les programmes offerts dans chaque État <sup>40</sup>. De manière générale, des bureaux régionaux ou locaux sous gouverne de cette instance première sont généralement présents sur l'ensemble du territoire de l'État.

Le système américain de protection des enfants est constitué autour d'une institution centrale, les « *child protective services* », communément identifiée sous l'acronyme « CPS ». Cette instance, investie d'un pouvoir légal d'autorité, est chargée de recevoir les allégations d'abus et de négligence envers les enfants, d'en examiner la pertinence et d'y répondre en conséquence (une description plus détaillée du système de protection américain est présentée plus loin - voir page 60). La protection des enfants est la seule fonction des services sociaux américains qui donne lieu à la présence d'une infrastructure de service public que l'on retrouve, et de manière assez uniforme, à travers tout le pays.

Entourant les CPS et à l'appui de leur mandat, on trouve habituellement, dans la même entité administrative ou dans une entité voisine, les services de placement et d'adoption, les services de préservation familiale (*family preservation programs*), les services d'accréditation (*licensing*) et de supervision des milieux d'accueil, ainsi que des services pour enfants handicapés mentalement ou ayant des problèmes émotifs (Schene, 1998 : 30; Lerner, Stevenson et Behrman, 1998 : 6).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Contrairement à la rubrique précédente, les écrits rassemblés sous le mot-clé (7.1.2- Système : États) abordent plutôt l'organisation des services que les structures comme telles. Kamerman et Kahn (1990) examinent ainsi les diverses stratégies mises de l'avant par les États pour offrir les services sociaux à la population. Pour sa part, Samantrai (1994) analyse un cas concret, à savoir les changements organisationnels effectués par les États suite au passage de la législation fédérale de 1980. Geen et Boot (1999) traitent des modes de financement qu'utilisent les États et pour quel type de services. Deux écrits abordent le phénomène de dévolution, c'est-à-dire le transfert de certains pouvoirs d'un niveau de gouvernement à un autre : du fédéral vers les États (Sosin, 1990), des États vers les gouvernements locaux (Watson et Gold, 1997).

### 7.1.3- Au niveau local <sup>41</sup>

Historiquement, dans le quart des États américains, l'administration des services sociaux a été confiée à des gouvernements de comtés (*counties*) plutôt qu'au gouvernement de l'État. Selon l'étude de Watson et Gold (1997 : 4-5), c'est le cas dans treize États : Alabama, Californie, Caroline du Nord, Caroline du Sud, Colorado, Dakota du Nord, Georgie, Maryland, Minnesota, New York, Ohio, Virginie et Wisconsin.

---

<sup>40</sup> Voir par exemple, sur le site Internet du *Wisconsin Department of Health & Family Services*, la page web de la *Division of Children and Family Services* à l'adresse suivante : « <http://www.dhfs.state.wi.us/aboutDHFS/dhfs/dhfs.htm> », d'où il est facile d'aller voir ensuite les programmes et services qu'elle administre et dispense; voir également la page *Partners and Providers* à l'adresse suivante « <http://www.dhfs.state.wi.us/partners.htm> » (pages consultées le 11 novembre 2000).

<sup>41</sup> L'information de cette section provient, et est traduite plus ou moins intégralement, de l'étude de Watson et Gold (1997 : 3-5).

Les auteurs font cependant remarquer que cette information, si elle fournit une indication du niveau d'implication des gouvernements locaux dans les services sociaux, ne rend pas compte de toute la complexité des arrangements entre États et instances locales dans tous les États. En Indiana, par exemple, les services sociaux sont administrés au niveau de l'État mais les comtés contribuent néanmoins pour une part substantielle de financement. En Iowa, les services sociaux sont également sous administration de l'État, mais plusieurs comtés reçoivent des fonds décatégorisés de l'État, ce qui leur donne un plus grand pouvoir de décision sur l'utilisation de ces fonds.

Concernant plus précisément l'administration des deux principaux programmes fédéraux<sup>42</sup>, le niveau de décentralisation est déterminé par l'État et varie en fonction de facteurs tels que l'instance administrative du système (État ou comté) et l'implication ou non du comté dans le financement. En plus du financement fédéral (et de la part exigée de l'État en contrepartie<sup>43</sup>), les États peuvent fournir, de manière distincte, leurs propres fonds pour des services additionnels et préciser alors si ces programmes de l'État seront administrés par l'État ou au niveau local.

Au cours de l'année 1995-1996, un changement majeur est ainsi survenu dans l'État de New York en ce qui concerne la dévolution de pouvoirs entre l'État et les instances locales. Le « *New York Family and Children's Services Block Grant* », adopté en 1995, a converti le remboursement de l'État à l'égard de deux grands programmes fédéraux<sup>44</sup> en une enveloppe budgétaire (*block grant*) distribuée aux districts locaux de services sociaux (les comtés et la ville de New York). Cette enveloppe budgétaire fournit un montant plafonné (*capped amount*) aux districts locaux à l'égard des programmes sus-mentionnés et requiert qu'ils maintiennent le niveau des dépenses à au moins 80 % des dépenses antérieures; toutefois, les districts peuvent créer des programmes de *managed care* pour réduire les coûts. Pour l'année 1995, l'enveloppe budgétaire était accompagnée d'une réduction des fonds mis à la disposition des districts par l'État, mais le niveau de financement de l'État a été presque entièrement rétabli pour l'année 1996.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

À moins d'examiner le cas de chaque État en particulier, l'information concernant l'organisation des services sociaux (et autres programmes publics) au sein des différents États américains est plutôt rare. Le texte de Watson et Gold (1997), mentionné ci-dessus, fournit quelques indications sur la complexité de l'administration, et plus généralement, de la fourniture de services, de certains programmes publics américains, dans le contexte d'un processus de dévolution: de l'État fédéral vers les États, des États ensuite vers les gouvernements locaux.

Un autre ouvrage, écrit à l'intention des « *human service workers* », i.e. des travailleurs sociaux et des « soignants » dans le milieu médical, nous est apparu également fort intéressant (Hahn, 1994). L'objectif en est d'instruire ces travailleurs sur les divers

---

<sup>42</sup> Il s'agit du *Title IV-E (Foster Care and Adoption Assistance)* et du *Title IV-B (Child Welfare et Family Preservation and Support* [note: comme l'étude mentionnée examine la situation en 1995 et 1996, le programme portait ce nom à cette époque]). Pour la description de ces programmes fédéraux, voir page 48.

<sup>43</sup> Dans le cas des programmes à frais partagés entre le gouvernement fédéral et celui des États.

<sup>44</sup> Des programmes *Title IV-B* et *Title IV-E* (voir page 48 pour la description des programmes fédéraux).

leviers politiques sur lesquels ils peuvent agir pour faire bouger les choses. Pour ce, l'auteur présente les instances à tous les niveaux<sup>45</sup> qui exercent une influence sur les décisions politiques à l'égard des services « humains » aux États-Unis. Au chapitre 3, il décrit entre autres l'organisation des instances au niveau local et leur dynamique de prise de décision.

#### 7.1.4- La composante privée : l'achat de services<sup>46</sup>

Peu de services sociaux sont dispensés directement par les instances étatiques américaines, exception faite des services liés à l'activité des CPS. En effet, la plupart des États passent des contrats avec des agences privées, sans but lucratif ou à but lucratif, pour une foule d'autres services comme ceux relatifs au placement des enfants, à l'adoption ou au soutien aux familles (Waldfoegel, 1998a : 105).

Cette façon de faire, désignée sous le terme de « achat de services » (*purchase of services* [POS]), représente une forme intermédiaire de privatisation. Dans ce contexte, le gouvernement ou une entité gouvernementale délègue la responsabilité de la fourniture des services à des agences privées tout en maintenant, aux plans politique et fiscal, quelques-unes ou l'ensemble des responsabilités (Gibelman, 1997 : 2).

La formule d'achat de services est en pleine expansion. Elle a été appliquée à des : « group homes, day care, child protective services, substance abuse services, foster care mental health services, and residential care, among others. » (*ibid.* : 18). Les services de protection (pour les enfants et les adultes) représentent l'exception dans cette tendance très marquée à l'achat de services : comme le service inclut un processus légal, le gouvernement peut difficilement en déléguer la fourniture à un autre fournisseur (*ibid.*).

Jusqu'à présent, l'achat de services a été effectué très majoritairement auprès d'organismes sans but lucratif. La situation pourrait peut-être changer puisque, depuis 1996, dans le cadre de l'adoption de la loi intitulée « *Personal Responsibility and Work Opportunity Act* » (réforme de l'aide sociale), un léger changement a été apporté dans le libellé du *Title IV-E* rendant les organismes privés à but lucratif (*proprietary organizations*) éligibles aux paiements des dépenses d'entretien pour les enfants placés recevant l'aide sociale (McGowan et Walsh, 2000 : 18).

La question des relations entre les gouvernements et le secteur privé bénévole a toujours été présente aux États-Unis : « The intersection between public and private social service providers has characterized the American system of caretaking virtually since its inception (Rosenthal, 2000 : 284). Selon cette auteure (2000 : 283), si les gouvernements des États et locaux ont financé des services sociaux dispensés par le secteur bénévole depuis au moins le début des années 1800, une première augmentation importante de l'achat de services auprès d'organismes bénévoles s'est cependant produite à partir de 1967, suite à l'accessibilité à des fonds publics fédéraux pour ce faire<sup>47</sup> (voir p. 30). Par la suite, sous les

---

<sup>45</sup> À savoir, les fournisseurs de services (agences privées et gouvernementales), les gouvernements locaux, les mouvements sociaux, les gouvernements fédéral et des États, les cours de justices et les médias.

<sup>46</sup> Une grande partie de l'information de cette section provient, et est traduite plus ou moins intégralement, du texte de Gibelman (1997).

<sup>47</sup> Augmentation qu'il importe cependant de situer dans le contexte d'une expansion générale des services à la population à cette époque, suite à l'instauration des grands programmes fédéraux de lutte contre la pauvreté, de *Medicaid*, de *Medicare*, etc. (Rosenthal, 2000 : 294).

administrations Reagan et Bush dans les années 1980, mais aussi sous Clinton plus récemment, on parle plutôt d'une accélération du processus, ce qui fait dire à Rosenthal (2000 : 282) : « Although investigators generally acknowledge that public agencies have long purchased services from voluntary social service agencies, most have been impressed by the accelerated pace of "privatization", a term that has replaced "public/private partnership". »

La prolifération de la formule d'achat de services change la donne pour de nombreux organismes sans but lucratif. Ils sont plus dépendants qu'auparavant de l'appropriation de fonds publics par l'obtention de contrats pour assurer leur survie : « [...] more or less traditional child welfare agencies [bénévoles] received 59 percent of their income from governmental sources in 1986; in 1960, that figure was 28 percent. » (Rosenthal, 2000 : 282, citant Smith et Lipsky, 1993). En conséquence, plusieurs organismes ont élargi la gamme de services qu'ils offrent. Cette expansion des services a correspondu aux fonds disponibles (*followed the money trail*) et les nouveaux services offerts s'éloignent parfois des priorités de développement que ces organismes auraient souhaitées. L'autonomie de nombreux organismes sans but lucratif est ainsi remise en question : « to what extent should organizational maintenance and growth needs take precedence over organizational mission? » (Gibelman, 1997 : 23-24).

L'expansion de la formule d'achat de services comporte à la fois des avantages et des désavantages, les avis étant fort partagés à ce sujet. Parmi les avantages, on mentionne fréquemment la réduction des coûts, une meilleure efficacité administrative, une réduction de la bureaucratie, une amélioration de la qualité des services, plus d'innovations possibles, etc. Parmi les désavantages, on cite en partie les mêmes arguments à l'inverse (augmentation des coûts, baisse de la qualité des services), mais aussi la perte du contrôle et de la responsabilité (*accountability*) publics, le manque de standards de qualité, la tendance des organismes sans but lucratif à sélectionner leurs clientèles pour ne retenir que les meilleures, laissant sans service ceux qui en auraient le plus besoin (*ibid.* : 17-18).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Cette rubrique (7.1.4- Privatisation du système) regroupe divers textes relatifs à la privatisation des services et, plus précisément, à la formule d'achat de services (POS) utilisée dans le champ des services sociaux pour les enfants. Signalons tout particulièrement l'article de Rosenthal (2000) qui offre un retour historique des plus intéressants sur le sujet. Également, et bien que de portée plus large que notre propos (concernant l'ensemble des services dits « humains » dans le contexte américain), le texte de Gibelman (1997) nous est apparu fort éclairant : il présente en effet la définition des POS, leur évolution historique, leur justification, etc. Ce texte constitue en fait le premier chapitre d'un ouvrage en deux tomes édité sous la direction de Gibelman et Demone (1997 et 1998) : les autres chapitres de l'ouvrage présentent pour leur part des cas concrets de POS dont certains concernent de plus près cette recension (Gibelman, 1998).

### 7.1.4.1- Les organismes bénévoles

Bien que les organismes bénévoles ne fassent pas partie de notre propos au sens strict, nous avons classé sous ce mot-clé divers écrits à ce sujet. On y aborde entre autres le rôle des églises noires américaines dans le soutien aux familles (Caldwell, Greene et Billingsley, 1992), l'implication des changements effectués au mode financement des

organismes bénévoles survenus dans les années 1980 (Perlmutter et Adams, 1994) ou encore le travail des bénévoles dans une agence de services sociaux (Nassar McMillan et Borders, 1999).

#### 7.1.5- Le « *managed care* »

La formule d'achat de services et la privatisation qu'elle sous-entend ne se situe pas très loin du concept de *managed care*. Au cours des dernières années, l'idée d'importer du domaine de la santé les principes et les pratiques du *managed care* a été mise de l'avant comme solution éventuelle au problème auquel fait face le système américain de services sociaux pour les enfants (Courtney, 2000 : 88).

Jusqu'à présent, on s'est surtout intéressé à l'application du *managed care* dans le secteur le plus coûteux des services sociaux pour les enfants, à savoir le placement en dehors de la famille biologique (Embry, Buddenhagen et Bolles, 2000 : 93).

Selon Embry, Buddenhagen et Bolles (2000 : 101), un transfert vers le domaine des services sociaux pour enfants de la pratique du *managed care* appliquée dans le domaine de la santé nécessiterait, pour qu'il soit réussi, une modification substantielle du modèle utilisé en santé.

Child welfare services target families in a more holistic and broader manner than that used in the medical world and will be need to approached accordingly. [...] Issues and challenges to managed child welfare abound and include at least the following components : clients, laws, funding, cultural competence, cost shifting, administrative structures, and risk assessment. (*ibid.*).

Selon ces mêmes auteurs (*ibid.* : 108), aucune étude à ce jour n'a démontré la pertinence et l'avantage évident qu'il y aurait à convertir les services sociaux pour les enfants au modèle de *managed care*. Ils font valoir que la seule étude qui, jusqu'à maintenant, a examiné l'application des principes du *managed care* dans ce domaine (Wulczyn, Zeidman et Svirsky, 1997), bien qu'ayant montré des effets positifs sur la durée du placement des enfants, ne saurait être vue autrement que préliminaire : elle n'inclut aucun résultat sur le bien-être (*well-being*) des enfants et des familles et la période d'observation (un an) est trop courte pour conclure.

Malgré le peu de résultats concluants, l'implantation du *managed care* et la privatisation dans le domaine des services sociaux pour les enfants va de l'avant dans plus de la moitié des États américains. C'est ce qui ressort d'une enquête effectuée entre août 1998 et janvier 1999 par le *Child Welfare League of America Managed Care Institute* (McCullough et Schmitt, 2000).

#### REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Sous cette rubrique (7.1.5- *Managed care*), nous avons classé les écrits abordant la question du *managed care* dans le domaine des services sociaux pour les enfants. L'apparition de cette forme de fourniture de services étant relativement récente dans le domaine, on y trouve forcément une quantité de textes nettement moins élevée qu'au chapitre précédent concernant la santé.

## 7.2- LES SERVICES SOCIAUX AUX ÉTATS-UNIS : VUE D'ENSEMBLE

De nombreux ouvrages offrent une vue d'ensemble des services sociaux offerts aux États-Unis. On y retrouve généralement un historique des principales lois et politiques ayant été élaborées au fil des années, de même qu'une vue d'ensemble des principaux programmes fédéraux. Plusieurs de ces écrits constituent un chapitre particulier consacré aux services sociaux pour les enfants (*child welfare services*) à l'intérieur d'un ouvrage plus général présentant l'ensemble des mesures sociales américaines (Karger et Stoesz, 1998b), l'ensemble des mesures en direction des familles (Kammerman et Khan, 1997) ou encore, l'ensemble des services à l'intention des enfants et des familles (Downs, Costin et McFadden, 1996). Tous ces écrits ont été classés sous la présente rubrique.

### 7.2.1- Les grandes orientations : évolution des lois et des politiques fédérales

Comme nous l'indiquions plus tôt, le gouvernement fédéral a pris depuis les dernières décennies le leadership en matière de services sociaux pour les enfants. Selon Costin, Karger et Stoesz (1996 : 107), l'adoption de trois lois a servi à consolider cette hégémonie du fédéral : le « *Child Abuse Prevention and Treatment Act* » de 1974, le « *Adoption Assistance and Child Welfare Act* » de 1980 et le « *Family Preservation and Support Initiative* » du *Omnibus Budget Reconciliation Act* de 1993. Plus récemment, en 1997, l'adoption du « *Adoption and Safe Families Act* » allait également en ce sens.

Par ailleurs, d'autres législations fédérales teintent aussi l'orientation des services sociaux en direction des enfants et des familles, notamment le « *Title XX* » de la *Social Security Act* adopté en 1975 et revu en 1981. De plus, des lois particulières ont trait à la question de l'ethnicité ou de la race : le « *Indian Child Welfare Act* » de 1978 et le « *Multiethnic Placement Act* » adopté en 1994 et amendé en 1996.

#### Le « *Child Abuse Prevention and Treatment Act* » de 1974

Au cours des années 1960, l'existence d'un grand nombre d'enfants physiquement blessés par des membres de leur famille a été mise en évidence par les professionnels de la santé. Le phénomène, désigné comme « *the battered child syndrome* », devient un sujet d'importance nationale (Schene, 1998 : 27). L'incapacité des agences de protection, mises en place dans les États et offrant des services fort variables comme on l'a vu plus tôt, d'identifier ces cas d'abus ou de négligence entraîne la remise en question des structures existantes; des pressions s'exercent alors pour demander l'établissement de normes nationales en matière de services de protection des enfants. L'adoption du *Child Abuse Prevention and Treatment Act* (CAPTA) en 1974 vient répondre à ces demandes (Karger et Stoesz, 1998b : 379).

La nouvelle loi encourage les États à passer une loi obligeant certaines catégories de professionnels à déclarer les cas d'abus et de négligence<sup>48</sup>, les départements publics de services sociaux à enquêter sur les déclarations d'abus et de négligence et à tenir des registres sur ces cas. (Schene, 1998 : 27). La loi crée aussi une nouvelle instance fédérale, le « *National Center for Child Abuse and Neglect* », au sein du *Department of Health and*

---

<sup>48</sup> Selon Besharov (1996 : 257-258), dès le début des années soixante, tous les États avaient passé des lois qui obligeaient certains professionnels à déclarer les cas d'enfants qu'ils soupçonnaient d'être maltraités. Au fil des années, l'obligation s'est étendue à la fois à d'autres catégories de professionnels et à d'autres types de maltraitance.

*Human Services*. Elle établit également un modèle (*a model status*) pour les programmes de protection des enfants que les États sont appelés à mettre en place, en spécifiant notamment :

- une définition standard de l'abus et de la négligence envers les enfants;
- des méthodes pour rapporter et investiguer les cas d'abus et de négligence;
- la garantie de l'immunité pour ceux qui déclarent des accidents « suspects » survenus à des enfants;
- le développement d'efforts en matière de prévention et d'éducation publique afin de réduire les cas d'abus et de négligence (Karger et Stoesz, 1998b : 379).

L'adoption du *Child Abuse Prevention and Treatment Act* (CAPTA) a contribué à établir un système national de protection des enfants, chaque État ayant une structure publique assez similaire à cet égard : une loi requérant la déclaration obligatoire des cas suspects, une agence publique mandatée pour recevoir les déclarations et y donner suite, un registre central des abuseurs et des victimes (Schene, 1998 : 27).

Enfin, la loi procure des fonds aux États pour les aider à effectuer les enquêtes et les poursuites nécessaires en cas d'abus et de négligence, à mettre en place des programmes de prévention et de traitement des cas de mauvais traitements et à financer des centres communautaires de ressources pour les familles [*community-based family resources centers*] (Courtney, 1998 : 90-91). Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le financement assorti au *Child Abuse Prevention and Treatment Act* est pour le moins modeste (Kamerman et Kahn, 1997 : 389; Schene, 1998 : 29). Comme le fait remarquer Courtney (1998 : 90) : « Although CAPTA provides important policy direction for the states, it has never been a major source of funding for child protection. In recent years, funding for programs authorized under the law has ranged between \$60 and \$80 million. ».

Selon Kamerman et Kahn (1997 : 389-390), la loi de 1974 a eu un impact majeur sur tout le système de services sociaux à l'intention des enfants et ce, malgré un financement très modeste : alors que les principaux programmes avaient commencé à déployer des efforts visant à maintenir l'enfant dans sa famille en tentant d'améliorer les conditions de son foyer d'origine ou encore en lui trouvant rapidement un nouveau foyer, le programme découlant du *Child Abuse Prevention and Treatment Act* met l'emphase sur la protection des enfants en les retirant rapidement des familles considérées dangereuses. Ce qui fait dire à ces auteurs que, même si l'histoire des politiques et programmes américains de services sociaux pour les enfants est complexe, « the direction is clear : despite much talk about prevention, child welfare remains a foster care programme, responding to dependency, neglect, abuse, and out-of-control behaviour as it did in the nineteenth century. » (Kamerman et Kahn, 1997 : 390).

Conséquence de la loi de 1974, l'établissement de normes standard à travers tout le pays permet dès lors au *National Center for Child Abuse and Neglect* de recueillir des données sur les cas d'abus ou de négligence (Karger et Stoesz, 1998b : 379). Les chiffres sont effarants : alors que le nombre de cas d'abus rapportés double entre 1976 et 1986 (*ibid.*), il augmentera de 347 % entre 1976 et 1993 (Schene, 1998 : 29). Cette augmentation entraîne une surcharge du système de protection, qui devient incapable de répondre à la demande. Les cas sérieux sont soumis à enquête mais peu de ressources sont disponibles pour aider les enfants et les familles. L'attention publique se porte dès lors sur le grand nombre d'enfants placés, enfants en placement pour de trop longues périodes, ou encore se déplaçant de foyer

d'accueil en foyer d'accueil sans retourner soit dans leur famille, soit dans une famille d'adoption (Schene, 1998 : 29).

Ainsi, dans les années 1970, on constate d'une part une explosion de cas d'abus et négligence et d'autre part, que de nombreux enfants sont « perdus » dans le système (Kammerman et Kahn, 1997 : 390); d'un peu partout, on réclame que le gouvernement fédéral accorde des fonds pour la prévention et des services d'adoption permanente tout autant que pour le placement (*ibid.*). Ce qui entraînera l'adoption d'une nouvelle loi fédérale en 1980.

#### **Le « Adoption Assistance and Child Welfare Act » de 1980 <sup>49</sup>**

La loi adoptée en 1980, le *Adoption Assistance and Child Welfare Act*, repose sur le « permanency planning ». Cette philosophie appelle à une « prompt and decisive action to maintain children in their own homes or place them, as quickly as possible, in permanent home with other families (preferably through guardianship or adoption » (Courtney, 1998 : 91).

En vertu de cette loi, le gouvernement fédéral requiert que les États fassent des « efforts raisonnables » pour éviter le placement des enfants et qu'ils promeuvent la réunification des familles ou trouvent des foyers permanents aux enfants placés (Schene, 1998 : 29). L'éligibilité des États aux fonds fédéraux en ce qui concerne le placement des enfants <sup>50</sup> est liée à ces exigences. La loi renforce également la coordination (*connexion*) entre les intervenants : les services de protection des enfants (*child protective services*) qui enquêtent sur les cas, les agences de services sociaux (*child welfare agencies*) qui supervisent les enfants en placement et les cours juvéniles qui révisent les efforts des agences afin d'éviter le placement et de procurer un foyer permanent aux enfants (*ibid.*).

Du point de vue du « permanency planning », l'adoption devient un service de *child welfare* important (Karger et Stoesz, 1998b : 385). La loi accorde des paiements aux personnes qui adoptent un enfant ayant des besoins spéciaux (impliquant des coûts médicaux élevés, des services de réhabilitation spéciaux, etc.). Les parents à faible revenu qui adoptent un enfant peuvent avoir leur adoption subventionnée par le fédéral. (Kammerman et Kahn, 1997 : 390).

La loi de 1980 a également promu l'essor des services de préservation de la famille (*family preservation services*) que Kelly et Blythe (2000 : 30) caractérisent ainsi : « Organizing services around a family's strengths and needs, in their own homes and with sufficient intensity to protect children [...] ». On cherche à prévenir le placement d'enfants en fournissant des services aux familles vulnérables au moment où elles entrent pour la première fois dans le système de services sociaux. Sous-jacent à ce genre de services est la croyance que les enfants ont besoin d'une famille permanente, de préférence leur famille biologique (*ibid.*). La loi de 1980 ouvrait ainsi la porte à l'instauration de services sociaux intégrés se situant sur un continuum allant de la prévention à l'adoption :

---

<sup>49</sup> Dans le cadre de cette loi, un amendement effectué en 1986 a créé un nouveau programme, le « Independent Living Program », qui s'adresse aux enfants de 16 ans et plus qui sortiront sous peu des services de placement (Kammerman et Kahn, 1997 : 390). Voir aussi Karger et Stoesz (1998b : 385).

<sup>50</sup> La loi de 1980 a créé le « Title IV-E », programme de financement pour l'entretien des enfants placés et recevant de l'aide sociale, en y transférant les fonds du précédent programme à cet égard, le « Title IV-A » de la *Social Security Act* (cf. note 29).



Most importantly, P.L. 96-272 provided the opportunity for state and local child welfare systems to begin to shift from remedial and reactive systems of removal [...] to systems that actually supported families and help them learn skills and acquire resources in a solution-focused way (Kelly et Blythe, 2000 : 31).

Cette réforme radicale envisagée dans la loi n'a cependant pas été complètement implantée. Et ce, comme en témoignent tous les auteurs consultés (Schene, 1998 : 29; Kelly et Blythe, 2000 : 32-33; Kamerman et Kahn, 1997 : 390; Karger et Stoesz, 1998b : 383; Courtney, 1998 : 92), en grande partie parce que la loi n'était pas assortie d'un financement suffisant pour permettre la mise en place effective de programmes de préservation familiale<sup>51</sup>. En outre, les fonds disponibles pour offrir des services préventifs sont amputés, notamment les fonds alloués au « Title XX » qui sont réduits de manière significative (voir p. 45).

Dans ces conditions, l'objectif de réduire le nombre d'enfants placés n'a pu être atteint. Après une brève période de déclin au début des années 1980, le nombre de placements a recommencé à augmenter (Kamerman et Kahn, 1997 : 390; Karger et Stoesz, 1998b : 384). De plus, « The pressure for 'permanency' creates many short-term placements (most under two years), considerable 'churning' (i.e. leaving foster care, only to return prematurely), and a core group of long-termers who eventually 'age-out'. » (Kamerman et Kahn, 1997 : 391; voir également Karger et Stoesz, 1998b : 383).

### **Le « Family Preservation and Support Initiative » du OBRA de 1993**

En 1993, dans le cadre du *Omnibus Budget Reconciliation Act* (OBRA), un amendement à la *Social Security Act* crée un nouveau programme, le « Title IV-B, part 2 » ou « *Family Preservation and Family Support Program* ». Ce programme pallie en partie le problème de sous-financement des services de préservation familiale (*family preservation services*) constaté après la loi de 1980. Il inaugure également le financement d'un nouveau type de services de soutien aux familles, les *family support services*, qui met l'accent sur la prévention (McCroskey et Meezan, 1998 : 58).

Selon Schene (1998 : 29, notre traduction), « ce programme fédéral accorde des fonds pour aider les communautés à se bâtir un système de services de prévention et d'intervention de crise pour les enfants et les familles vulnérables ». L'auteure insiste sur le point suivant : « Importantly, the funding is allocated according to the needs and priorities of local communities, which were identified through an extensive process for developing state plans for using these valuable federal dollars ».

Le nouveau programme accroît le financement des services de préservation familiale et alloue des fonds spécifiques pour les services de soutien aux familles. Le financement pour le programme est global mais est assorti des spécifications suivantes : 10 % des fonds peuvent être alloués aux coûts administratifs, les 90 % restant doivent être séparés entre les deux types de services, sous condition que chacun d'eux reçoive au moins 25 % des fonds.

---

<sup>51</sup> Les fonds mis à la disposition des États pour financer ces services peuvent provenir du *Child Welfare Services Program* (Title IV-B, part 1) et du *Social Services Block Grant* (Title XX). Pour plus d'informations, voir pages 51 et 53.

## Le « Adoption and Safe Families Act » de 1997

En 1997, une nouvelle loi, intitulée « *Adoption and Safe Families Act* », est adoptée dans la foulée de la réforme majeure de l'aide sociale effectuée l'année précédente<sup>52</sup>. Cette loi prend place dans le contexte d'une hausse continue des déclarations d'abus envers les enfants tout autant que du nombre d'enfants placés. Elle apparaît également dans le contexte d'une remise en question des initiatives en matière de services de préservation familiale amorcée au début des années 1990 : on doute de la pertinence de cette approche, de son efficacité, on l'associe à des risques pour les enfants, etc. (pour plus de détails, voir Kelly et Blythe, 2000 : 33-35). En conséquence, selon McGowav et Walsh (2000 : 18), la nouvelle loi fait de la sécurité des enfants une priorité dans toutes les décisions liées à leur protection.

La loi de 1997 a placé l'enfant au centre des préoccupations du système de protection, en mettant l'accent sur la sécurité, la permanence du milieu de vie et le bien-être des enfants (Sullivan et Freudlich, 1999 : 509-510). Elle réaffirme le concept du « *permanency planning* », établi en 1980, et requiert des « efforts raisonnables » pour préserver et réunifier les familles (McGowav et Walsh, 2000 : 18). Elle accroît le financement<sup>53</sup> du programme *Family Preservation and Support* tout en changeant le nom pour celui de *Promoting Safe and Stable Families* (Schene, 1998 : 28). La loi ajoute également au programme *Promoting Safe and Stable Families*, en sus des services de préservation familiale et de soutien aux familles, deux nouvelles catégories de services : soit ceux de réunification familiale à durée limitée (*time-limited family reunification*) et de promotion et de soutien à l'adoption (*adoption promotion and support*) [U.S. House of Representatives, 1998 : 738].

La loi clarifie la notion d'« efforts raisonnables » en spécifiant certaines circonstances où les États ne sont pas tenus de faire ces efforts (quand, selon les considérations de la loi, la sécurité de l'enfant est menacée)<sup>54</sup>. Elle stipule également que le cas de tout enfant placé doit être réévalué en cour (*permanency hearings*) après 12 mois de placement, et à tous les 12 mois ensuite. De plus, sauf quelques exceptions, les États sont tenus d'intenter une requête de destitution des droits parentaux (*to file a termination of parental rights petition*) pour les enfants qui ont été placés pendant 15 mois au cours des 22 derniers mois.

En contrepartie, la loi [ASFA] encourage les adoptions :

ASFA not only appropriates additional funding for states that exceed their prior numbers of completed adoptions, but also gives the U.S. Secretary of Health and Human Services to discretion to provide technical assistance to states and localities to help them reach their adoption targets, *not* their targets for discharging children home. Moreover, the law mandates that workers engage in concurrent planning, meaning that while they are providing family reunification services, they are simultaneously making plans for termination of parental rights and adoption in case their reunification efforts are unsuccessful. (McGowav et Walsh, 2000 : 19-20).

<sup>52</sup> En vertu de l'adoption du « *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* » de 1996.

<sup>53</sup> Mais modestement, selon McGowav et Walsh (2000 : 18).

<sup>54</sup> Par exemple, si les parents ont commis un meurtre ou un homicide par négligence (*voluntary manslaughter [sic]*), si leurs droits parentaux leur ont déjà été retirés à l'égard d'un autre enfant de la famille, s'ils ont soumis l'enfant à la torture, à l'abus chronique ou à l'abus sexuel, s'ils l'ont abandonné (McGowan et Walsh, 2000 : 19).

Selon ces auteurs, (*ibid.* : 19), avec la loi de 1997, l'adoption devient la nouvelle panacée au problème du placement.

Enfin, la législation de 1997 oblige le développement d'un système permettant d'évaluer la performance du système de services sociaux pour les enfants (*child welfare*) dans chaque État, la durée et le nombre de placements expérimentés par les enfants devant apparaître au nombre des mesures évaluatives (Usher, Randolph et Gogan, 1999 : 22). Selon McGowav et Walsh (2000 : 20), par cette mesure, l'État fédéral signale son intention d'étendre son rôle dans le domaine des services sociaux pour les enfants.

### **Le « Title XX » de 1975 et le « Social Services Block Grant » de 1981**

Selon Kamerman et Kahn (1997 : 391), le « *Title XX* » a été le premier programme fédéral « distinct » de financement des services sociaux aux États-Unis. Auparavant, le fédéral remboursait une partie des frais encourus par les États qui dispensaient des services sociaux mais dans le cadre des programmes d'assistance financière.

Il faut voir cependant que les services qui peuvent être financés en vertu des fonds alloués aux États dans le cadre du *Title XX* débordent largement ce qu'au Québec nous appelons « services sociaux ». En effet, les États ont le choix d'utiliser les fonds, à leur discrétion, pour fournir différents types de services à dimension sociale. Il peut effectivement s'agir de services sociaux, de prévention ou de protection, en direction des familles, des enfants ou de personnes vulnérables, mais aussi de services de garde ou de mesures de soutien financier pour prévenir la dépendance (U.S. House of Representatives, 1998 : 713, 718).

En 1981, dans le cadre du *Omnibus Budget Reconciliation Act*, le *Title XX* a été amendé et remplacé par le « *Social Services Block Grant* ». Par la même occasion, bien que combinant désormais le financement des services sociaux et de la formation de ceux qui les dispensent, les fonds disponibles pour le nouveau programme ont été réduits de 21 % (U.S. House of Representatives, 1998 : 724; Kamerman et Kahn, 1997 : 391). Par la suite, le faible financement du programme a été maintenu : ainsi, en 1992, la valeur réelle des fonds alloués au programme était inférieure à ce qu'elle était en 1981 (Karger et Stoesz, 1998b : 383; Kamerman et Kahn, 1997 : 391).

Bien que le « *Social Services Block Grant* » ait permis le financement d'une grande variété de services sociaux, à la fin des années 1970, les États consacraient les trois quarts de tous les fonds attribués au *child welfare* à des services de placement plutôt qu'à des services de prévention ou de soutien aux familles (Schene, 1998 : 29).

### **Le « Indian Child Welfare Act » de 1978**

Avant le passage de la loi en 1978, environ 85 % des placements d'enfants autochtones étaient effectués dans une famille non autochtone. Cette pratique a soulevé diverses inquiétudes relatives à la perte, pour ces enfants, de leur identité et de leur culture, voire le spectre du génocide (Karger et Stoesz, 1998b : 385). Le « *Indian Child Welfare Act* », adopté en 1978, est venu clarifier et renforcer la place des familles et des gouvernements autochtones (*tribal government*) dans la prise de décision concernant la protection et le placement de leurs enfants. Ce sont maintenant les gouvernements autochtones, plutôt que les cours des États, qui ont la responsabilité (*governing bodies*) de la

protection des enfants de leur communauté (Karger et Stoesz, 1998b : 386). De plus, en cas de placements, la préférence pour un milieu d'accueil doit être accordée d'abord à la famille étendue, ensuite à un foyer autochtone (Schene, 1998 : 28-29).

### Le « Multiethnic Placement Act » de 1994 et le « Removal of Barriers to Interethnic Adoption » de 1996 <sup>55</sup>

Du milieu des années soixante jusqu'en 1994, les politiques et les pratiques avaient favorisé le placement et l'adoption d'enfants sur la base de l'appariement selon la race <sup>56</sup> (Brooks, Barth, Bussiere et Patterson, 1999 : 168). En 1994, une première loi, le « *Multiethnic Placement Act* » (MEPA), est venue encadrer, sinon limiter cette pratique. Une seconde loi, adoptée en 1996, le « *Removal of Barriers to Interethnic Adoption* », a abrogé certaines parties de la loi de 1994 et en a modifié d'autres.

En vertu des lois de 1994 et 1996, nulle personne ne peut être refusée comme parent d'accueil ou parent adoptif sur la base de sa race, de sa couleur ou de son origine nationale ou sur la base de ces mêmes caractéristiques par rapport à l'enfant impliqué. De plus, le placement d'un enfant en famille d'accueil ou en vue de l'adoption ne peut être retardé ou écarté sur la base de la race, de la couleur ou de l'origine nationale des parents potentiels ou sur la base de ces mêmes caractéristiques par rapport à l'enfant impliqué (*ibid.* : 169-171).

De plus, la loi <sup>57</sup> requiert que les États fassent des efforts consciencieux de recrutement de familles d'accueil ou adoptives potentielles correspondant à la diversité raciale et ethnique des enfants ayant besoin d'être placés ou adoptés dans leur État (*ibid.* : 171).

L'adoption de ces deux lois représentent un compromis entre les protagonistes de l'adoption intra-raciale <sup>58</sup> et ceux de l'adoption interraciale. En toile de fond pour les deux camps : le constat d'une surreprésentation des enfants africo-américains dans les milieux de placement et d'une attente plus longue pour eux que pour les autres enfants avant que ne leur soit trouvé un foyer de vie permanent.

Pour les tenants de l'adoption intra-raciale, le manque de parents potentiels de race noire est dû au racisme historique des États-Unis, de même qu'au racisme institutionnel qui fait que des parents de race noire sont écartés par les intervenants du système en raison de leur race. Ce racisme institutionnel a également pour conséquence que l'effort de recrutement qui serait nécessaire de déployer auprès des parents afro-américains potentiels pour faire en sorte de satisfaire aux besoins de placement des enfants noirs est entravé par la pratique de l'adoption interraciale. Les tenants de cette approche allèguent en outre des conséquences négatives de l'adoption interraciale sur le bien-être des enfants concernés : difficulté

---

<sup>55</sup> Cette section est largement inspirée de Brooks, Barth, Bussiere et Patterson (1999 : 168-170).

<sup>56</sup> Pour des informations sur le contexte historique de cette façon de faire, voir page 75.

<sup>57</sup> Ce mandement de la loi, présent dans le *Multiethnic Placement Act* de 1994, n'a été modifié d'aucune façon dans le *Removal of Barriers to Interethnic Adoption* adopté en 1996 (Brooks, Barth, Bussiere et Patterson, 1999 : 171).

<sup>58</sup> Bien que les lois fassent référence au terme plus global de « ethnique », la majorité des écrits traitent du placement et de l'adoption des enfants du point de vue « racial », et plus précisément des enfants afro-américains par des familles blanches.

d'adaptation, faible estime d'eux-mêmes, confusion ou perte d'identité raciale ou ethnique (*ibid.* : 169).

Pour leur part, ceux qui sont en faveur de l'adoption interraciale ou qui attachent moins d'importance à l'appariement selon la race pour le mieux-être des enfants ne sont pas convaincus des effets négatifs que l'adoption interraciale peut avoir sur le développement et le bien-être des enfants. Pour certains d'entre eux, l'adoption intra-raciale constitue une pratique discriminatoire, ce qui enjoint quelques-uns à considérer l'adoption interraciale comme une tentative de racheter les préjudices d'une discrimination passée et présente contre les Noirs, en procurant à des enfants noirs les bénéfices d'une vie de famille permanente (*ibid.*).

L'adoption du *Multiethnic Placement Act* en 1994, puis du *Removal of Barriers to Interethnic Adoption* est venue entériner l'idée voulant qu'il y ait trop d'enfants qui n'ont pas de foyer permanent et que la priorité doit être accordée à leur en trouver un (Curtis et Alexander, 1996 : 402). La permanence du milieu de vie pour un enfant doit dès lors primer sur des considérations de race ou d'ethnie (Reitz, 1999 : 342). Néanmoins, la question raciale ou ethnique peut être prise en compte lors du placement d'un enfant, mais ce facteur ne peut qu'en être un parmi d'autres dans la détermination du meilleur intérêt de l'enfant (Brooks, Barth, Bussiere et Patterson, 1999 : 170).

### **Pour conclure**

La contribution du fédéral, tant au plan du financement des services sociaux que de l'implication dans l'orientation de la politique, est aujourd'hui considérable bien que les États soient encore les principaux bailleurs de fonds (Kamerman et Kahn, 1997 : 390).

### **REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES**

Les écrits répertoriés sous ce mot-clé abordent plus spécifiquement l'orientation du système de services sociaux aux États-Unis. Plusieurs d'entre eux commentent le système actuel et proposent diverses restructurations, de nouvelles approches, etc., alors que d'autres mettent plutôt l'accent sur l'examen des lois.

On l'a vu, le système américain de services sociaux vise essentiellement la protection des enfants. Dans ce contexte, la distinction entre l'orientation du système de services sociaux dans son ensemble et l'orientation du système de protection des enfants est plutôt ténue. Les écrits classés ici se situent donc plus ou moins entre les écrits plus généraux de la rubrique précédente (7.2) et d'autres qui apparaissent plus loin, sous le mot-clé 7.4 (Protection : système).

#### *7.2.1.1- La réforme de l'aide sociale de 1996<sup>59</sup> et les services sociaux pour enfants*

Bien que la loi dite « *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* » (PRWORA) de 1996 ne concerne pas en tant que telle les services sociaux à l'intention des enfants, de nombreux écrits abordent ses conséquences éventuelles sur ceux-ci.

---

<sup>59</sup> Pour plus d'informations, voir Saint-Pierre et Trudel (2001) où sont examinées plus en détail les politiques américaines en direction des familles.

Rappelons brièvement certains aspects de cette loi. En vertu du PRWORA, l'aide financière consentie aux familles défavorisées a été fondamentalement transformée. Elle n'est plus un droit pour toutes les familles dans le besoin comme c'était le cas auparavant; l'aide peut être accordée pour un maximum de cinq ans au cours de la vie d'un individu; après deux ans sur l'aide sociale, le bénéficiaire est obligé de travailler. De plus, les États ont la possibilité de refuser ou de diminuer le montant d'aide à verser à un bénéficiaire en établissant des critères basés sur le « comportement parental des adultes » selon l'expression employée par Berrick (1999 : 711). De telles sanctions peuvent s'appliquer à une femme qui refuserait de dévoiler le nom du père de son enfant, à une mère adolescente qui ne vit pas avec ses parents, à une femme qui donnerait naissance à un enfant alors qu'elle reçoit de l'aide, à des parents à l'égard d'enfants qui n'ont pas été vaccinés ou qui ne vont pas régulièrement à l'école (*ibid.*).

Dans ce contexte, de nombreux analystes du champ des services sociaux craignent de voir un transfert de clientèles entre le programme d'aide financière<sup>60</sup> et le programme de protection des enfants [*child welfare*] (*ibid.*; McGowan et Walsh, 2000 : 15-18). Plusieurs raisons sont invoquées, la plupart d'entre elles ayant trait aux conséquences d'une croissance probable de l'appauvrissement des familles les plus vulnérables. Selon Berrick (1999 : 712), les familles qui sont impliquées dans le système de services sociaux sont celles qui ont le moins de chance de trouver du travail, qui sont à plus haut risque de ne pas satisfaire aux nouvelles exigences de l'aide sociale, pour qui la limite de temps imposée représente un aspect des plus stressants. La seule solution pour ces familles deviendra-t-elle le placement de leurs enfants? Dans la même optique, McGowan et Walsh (2000 : 16), rappelant l'association maintes fois prouvée entre pauvreté et maltraitance, se demandent si l'augmentation de la pauvreté qui est susceptible de résulter de l'adoption du PRWORA ne va pas entraîner un nombre additionnel d'enfants à risque d'abus et de négligence. Enfin, il n'est pas certain que l'obligation de travail qui est faite aux parents entraînera nécessairement un mieux-être des enfants. La clientèle traditionnelle des services sociaux, si elle trouve du travail, risque fort de ne trouver que des emplois peu qualifiés, à faible salaire, où elle sera confrontée à un fort niveau de stress, à l'instabilité d'emploi et à des conditions de travail peu avantageuses (Berrick, 1999 : 712). On peut se demander comment ces familles de petits travailleurs réagiront à cet environnement stressant.

Plusieurs autres conséquences de l'adoption du PRWORA, celles-là plus intimement liées au fonctionnement même du système de protection des enfants, sont mentionnées dans McGowan et Walsh (2000 : 17-18).

Nous avons classé sous ce mot-clé une douzaine d'écrits abordant cette question d'une interrelation entre les deux programmes depuis la réforme de l'aide sociale en 1996. À noter que quelques écrits font ce rapprochement pour des périodes antérieures.

### 7.2.2- Les programmes fédéraux

Le gouvernement fédéral des États-Unis propose une quarantaine de programmes dans le champ spécifique des services sociaux aux enfants (*child welfare services*). Les principaux programmes sont présentés de façon plus détaillée ci-dessous. Les autres

---

<sup>60</sup> Le PRWORA a créé un nouveau programme d'aide financière : le « Temporary Assistance for Needed Families » ou TANF.

programmes de ce champ, dont le financement est moins élevé<sup>61</sup>, comprennent des fonds alloués aux États, aux gouvernements locaux et aux organismes non gouvernementaux :

[...] for prevention and treatment of child abuse and neglect, advocacy centers for victims of sexual abuse, services for abandoned infants and children with AIDS, promotion of adoption, child-abuse related training for judicial personnel, federally administrated research and demonstration, Indian child welfare programs, family violence programs, and a number of small programs. (U.S. House of Representatives, 1998 : 728).

D'autres programmes, qu'on classerait comme étant des services sociaux dans le contexte québécois, sont également disponibles, mais disséminés à l'intérieur de programmes plus larges. Pour donner un exemple, mentionnons des programmes de prévention des grossesses chez les adolescentes qui peuvent être financés par le *Maternal and Child Health Block Grant Program*<sup>62</sup>. Également, le programme *Head Start* qui, à la base, est un programme d'éducation compensatoire, mais dont le champ global d'intervention l'apparente grandement à un programme de services sociaux<sup>63</sup>.

Les principaux programmes fédéraux de services sociaux, dont ceux s'adressant spécifiquement aux enfants (*child welfare services*), relèvent de la loi dite *Social Security Act*, essentiellement de trois chapitres (*titles*) : *Title IV-E*, *Title IV-B* et *Title XX*. En vertu de cette loi, chaque chapitre comprend un ou plusieurs programmes, le chapitre le plus important étant sans contredit le *Title IV-E*.

*Title IV-E (trois programmes) :*

- *Foster Care Program*
- *Adoption Assistance Program*
- *Independent Living Program*

*Title IV-B (deux programmes) :*

- *Child Welfare Services (Part 1)*
- *Promoting Safe and Stable Families (Part 2)*

*Title XX : Social Services Block Grant*

À titre d'autres programmes fédéraux d'importance, mentionnons le *Basic State Grants* découlant de la loi intitulée « *Child Abuse Prevention and Treatment Act* », de même que le *National Child Abuse and Neglect Data System*.

---

<sup>61</sup> Le tiers de ces autres programmes recevaient un financement inférieur à \$ 25 millions en 1997 (U.S. House of Representatives, 1998 : 728).

<sup>62</sup> Programme administré par le *Maternal and Child Health Bureau*. Pour plus d'informations, voir p. 24.

<sup>63</sup> Programme administré par le *Head Start Bureau* (voir p. 33). Pour plus d'informations sur le programme, voir p. 53 ou Saint-Pierre (1998 : 36-37).

#### Title IV-E

Il importe de noter que tous les États qui reçoivent les fonds du programme d'aide sociale instauré en 1996, le *Temporary Assistance for Needy Families* (TANF), doivent certifier qu'ils mettront en place les deux programmes du *Title IV-E* (U.S. House of Representatives, 1998 : 742).

#### *Foster Care Program*

Fonds fédéraux alloués aux États pour les aider à payer les frais d'entretien d'enfants à faible revenu qui sont placés en familles d'accueil, en foyers d'accueil privés à but lucratif ou sans but lucratif, en institutions publiques de 25 enfants et moins.

Les enfants éligibles au programme sont ceux qui auraient eu droit de recevoir de l'assistance financière en vertu du *Aid to Families With Dependent Children*<sup>64</sup> (AFDC) selon les paramètres en vigueur en date du 16 juillet 1996.

Les coûts d'entretien des enfants, remboursés aux foyers d'accueil ou aux institutions, comprennent les dépenses relatives à la nourriture, à l'hébergement, à l'habillement, à la supervision quotidienne, aux fournitures scolaires, aux frais indirects généraux (*general incidentals*), à une assurance responsabilité à l'égard de l'enfant et à des dépenses de transport pour les visites de l'enfant dans sa famille d'origine (U.S. House of Representatives, 1998 : 742).

Si la loi fédérale oblige les États à rembourser les frais d'entretien de cette catégorie spécifique d'enfants placés, la détermination du taux de remboursement est cependant laissée à la discrétion de chaque État, ce qui entraîne de larges variations entre les différents États (*ibid.* : 743).

En vertu de ce programme, des fonds sont aussi alloués aux États pour la bonne marche générale de leurs services de placement et des coûts administratifs afférents; également, pour la formation du personnel engagé par l'État ou par les agences locales administrant le programme de même que pour celle des parents d'accueil (*ibid.* : 742).

Au cours des années fiscales 1994-1997, des fonds ont été accordés aux États pour mettre en œuvre un système automatisé d'information concernant les placements d'enfants (*automated child welfare information systems*) [*ibid.*].

#### *Adoption Assistance Program*

De manière assez semblable au précédent, le programme *Adoption Assistance Program* alloue des fonds fédéraux aux États dans trois domaines.

- Paiements mensuels que les États peuvent verser aux parents adoptifs pour l'entretien des enfants adoptés ayant des besoins spéciaux et admissibles à l'AFDC (en date du 16 juillet 1996) ou au *Supplemental Security Income* [SSI] (U.S. House of Representatives, 1998 : 750). Il revient à chaque État de définir ce qu'est un enfant ayant des besoins spéciaux sur son territoire, de fixer les critères

---

<sup>64</sup> L'AFDC a été remplacé par le programme TANF en 1996.



d'éligibilité au programme et de déterminer l'admissibilité individuelle de chaque enfant. Si l'admissibilité des parents adoptifs au programme doit être établie sans tenir compte de leur revenu, le montant du paiement mensuel qui leur sera accordé en tiendra compte et, en aucun cas, le montant accordé ne pourra être supérieur à ce qu'aurait obtenu la famille dans le cadre du programme *Foster Care Program*. (*ibid.*)

- Remboursement aux parents adoptifs des dépenses non récurrentes concernant l'adoption d'enfants ayant des besoins spéciaux et ce, sans égard à l'admissibilité de l'enfant à AFDC ou à SSI (*ibid.* : 754). Les dépenses admises sont plafonnées à 2 000 \$ par enfant adopté.
- Depuis le passage de la loi de 1997, un paiement additionnel visant à favoriser l'adoption des enfants placés est versé aux États, soit 4 000 \$ par enfant placé dont l'adoption est finalisée et 6 000 \$ dans le cas d'enfants ayant des besoins spéciaux. (*ibid.* : 817).

En vertu de ce programme, des fonds sont aussi alloués aux États pour la bonne marche générale de leurs services d'adoption et des coûts administratifs afférents; également, pour la formation du personnel engagé par l'État ou par les agences locales administrant le programme de même que pour celle des parents adoptifs. (*ibid.* : 742).

#### *Independent Living Program*

Fonds fédéraux alloués aux États pour assurer des services aux enfants placés de 16 ans et plus, éligibles ou non au *Title IV-E*. Le programme vise à aider ces jeunes, sur le point de quitter les services de placement (à 18 ans), à effectuer une transition heureuse entre leur situation de placement et la vie adulte indépendante qu'ils entreprendront bientôt. Les fonds sont alloués aux États sur la base de leur part d'enfants qui, en 1984, recevaient des paiements dans le cadre du programme *Foster Care Program* du *Title IV-E* (*ibid.* : 761).

### **Title IV-B**

#### *Child Welfare Services Program (Part 1)*

Fonds accordés aux États pour leur permettre d'offrir des services contribuant au bien-être des enfants. Ces services peuvent être préventifs et viser à répondre à des problèmes pouvant mener à des situations d'abus, de négligence, d'exploitation ou de délinquance des enfants, ou encore, à prévenir le retrait des enfants de leur famille et à replacer l'enfant dans sa famille quand c'est possible. Les fonds peuvent aussi être utilisés pour placer des enfants dans une famille adoptive lorsque c'est approprié ou pour assurer un placement adéquat à des enfants qui ne peuvent retourner dans leur famille biologique ou être adoptés (U.S. House of Representatives, 1998 : 734).

En vertu de la loi de 1980, certaines restrictions fédérales concernant l'utilisation des fonds de ce programme s'appliquent :

- À l'égard de trois activités données, les États ne peuvent dépenser plus de 56 millions \$ de la subvention totale qu'ils reçoivent, à savoir pour offrir des services de garde à des parents qui travaillent, pour effectuer des paiements à

l'égard de l'entretien des enfants placés et des enfants adoptés (*ibid.* : 734, 764). Le but visé est d'inciter les États à utiliser les fonds de ce programme principalement pour offrir des services préventifs [maintenir les familles ensemble et prévenir le placement des enfants] (*ibid.* : 734, 763).

- S'ils veulent recevoir le plein montant de leur subvention, les États doivent mettre en place certaines mesures de protection des enfants dans les milieux d'accueil et ce, à l'égard de tous les enfants placés sur leur territoire (pour plus d'informations, voir *ibid.* : 734 et 764).

Contrairement aux programmes du *Title IV-E*, le programme s'adresse à tous les enfants et à leur famille sans égard au revenu (*ibid.* : 734).

Les fonds sont distribués aux États sur la base de leur population de moins de 21 ans et sur le revenu *per capita*. La loi exigeant un rapport minimal sur l'utilisation que font les États des fonds de ce programme, il y a donc peu d'information disponible sur les services offerts, non plus que sur le nombre et les caractéristiques des enfants desservis (*ibid.* : 734).

Le programme alloue également des fonds aux États pour la recherche et la mise en place de projets-pilotes et des fonds fédéraux directs à des entités publiques et privées pour la formation du personnel (*ibid.* : 729).

#### *Promoting Safe and Stable Families (Part 2)*

Fonds alloués aux États pour leur permettre d'offrir quatre types de services : de préservation de la famille (*family preservation*); de soutien aux familles (*community-based family support*); de réunification familiale à durée limitée (*time-limited family reunification*); de promotion et de soutien à l'adoption (*adoption promotion and support*).

Les « *family preservation services* » s'adressent aux familles et aux enfants qui sont à risque ou en crise (U.S. House of Representatives, 1998 : 738, 740), incluant les familles étendues, d'accueil et adoptives. Les « *family support services* » visent à rejoindre les familles et les enfants, incluant les familles étendues, d'accueil et adoptives, qui sont à risque mais qui ne sont pas encore en crise, de manière à prévenir l'apparition d'actes d'abus ou de négligence (*ibid.* : 740).

Alors que les services de préservation et de soutien aux familles ont été mis en place suite à la loi de 1993, les deux autres types de services, soit ceux de réunification familiale à durée limitée (*time-limited family reunification*) et de promotion et de soutien à l'adoption (*adoption promotion and support*) ont été ajoutés plus récemment, soit dans le cadre de la loi de 1997. Les « *time-limited family reunification services* » fournissent des services durant la période de 15 mois après qu'un enfant ait été retiré de sa famille (*ibid.* : 818).

Les fonds sont accordés aux États selon leur part relative d'enfants qui reçoivent des bons d'alimentation [*food stamps*] (*ibid.* : 738). Les États doivent soumettre au gouvernement fédéral un plan détaillant l'utilisation qu'ils comptent faire des fonds. Un maximum de 10 % des fonds peuvent servir à l'administration du programme.

Une partie des fonds fédéraux est réservée à la plus haute cour de chaque État pour évaluer et améliorer certaines procédures (*proceedings*) en matière de *child welfare* (voir *ibid.* : 741).

## **Title XX : Social Services Block Grant**

Fonds alloués aux États pour leur permettre de mettre en œuvre une large gamme de mesures sociales (U.S. House of Representatives, 1998 : 713). Depuis 1993, le programme comporte deux volets : le volet « familles et individus » et le volet « zones » (*ibid.* : 729).

### *Volet « familles et individus »*

Les États ont le choix d'utiliser les fonds à leur discrétion pour fournir différents types de services à dimension sociale. Il peut s'agir de services sociaux, de prévention ou de protection, en direction des familles, des enfants ou de personnes vulnérables, mais aussi de services de garde ou de mesures de soutien financier pour prévenir la dépendance (*ibid.* : 713, 718). Les États peuvent aussi utiliser ces fonds à des fins administratives ou de formation (*ibid.* : 718).

Les États ont aussi la liberté de déterminer les critères d'admissibilité aux services offerts dans le cadre du programme, mais habituellement, ils réservent ces services aux familles et individus à faible revenu (*ibid.*). De manière générale, les fonds sont alloués aux États sur la base de leur population. (*ibid.* : 713)

### *Volet « zones »*

Programme instauré en 1993. Fonds alloués aux États pour la fourniture de services sociaux dans certaines zones d'*empowerment* et entreprises communautaires qualifiées désignées par le gouvernement fédéral [*empowerment zones and enterprise communities*] (*ibid.* : 722). Une zone ou une entreprise est qualifiée si elle a été désignée comme telle selon un article précis du code de revenu de 1986 (*Internal Revenue Code*) et si le plan stratégique qu'elle a soumis avec sa candidature est approuvé.

Les États, conjointement avec les gouvernements locaux qui ont juridiction sur la zone ou l'entreprise, ont une grande liberté dans l'utilisation des fonds. De manière générale cependant, les services pouvant être financés par le programme sont assez semblables à ceux du *Title XX* de base (volet « familles et individus »).

## **Head Start**

Le programme s'adresse aux enfants de 0 à 5 ans et à leur famille (U.S. House of Representatives, 1998 : 1009). Il vise à augmenter les chances de réussite scolaire des enfants de milieux défavorisés. Le programme fournit une gamme complète de services couvrant les domaines de l'éducation, de la santé physique et mentale, des services sociaux, de la nutrition; en outre, il promeut généralement une participation active des parents.

Les fonds sont alloués à des organismes locaux sans but lucratif, publics ou privés. La contribution du fédéral est de 80 % des coûts pour la mise en œuvre et le fonctionnement de chaque programme local; le reste est défrayé par l'organisme subventionné (Social Security Administration, 1997).

Au moins 90 % des enfants inscrits au programme doivent provenir de familles à faible revenu (revenu familial égal ou inférieur au seuil de pauvreté) et au moins 10 % des places dans chaque programme local doivent être offertes à des enfants handicapés (*ibid.*).

### **Basic State Grants (Child Abuse Prevention and Treatment Act)**

Ce programme est établi en vertu de la loi intitulée « *Child Abuse Prevention and Treatment Act* ». Il fournit de l'aide aux États pour développer, renforcer et implanter des programmes de prévention et de traitement des cas d'abus et de négligence envers les enfants. Pour avoir droit à ces fonds, les États doivent satisfaire à de nombreuses exigences comme, par exemple, avoir mis en place : une loi rendant obligatoire la déclaration des cas d'abus ou de négligence (*mandatory reporting law*), des mesures assurant l'immunité de ces déclarants, l'assurance qu'un « *guardian ad litem* » est présent durant les procédures judiciaires pour représenter et protéger les droits et le meilleur intérêt de l'enfant, etc. (Children's Bureau, 2000b - notre traduction).

### **Un système national de données <sup>65</sup>**

Contrairement aux programmes décrits précédemment, il ne s'agit pas ici d'un programme de financement des services sociaux mais plutôt d'un outil de gestion. Le *National Child Abuse and Neglect Data System* est à la fois un système national de collecte de données et une banque de données nationales sur les cas d'abus et de négligence envers les enfants. Les données sont collectées auprès des agences de protection des enfants dans les divers États américains (*State child protective services agencies*) qui fournissent des informations sur le nombre et la nature des cas venus à leur connaissance. La participation des États à ce système est toutefois volontaire.

Rappelons que c'est en vertu de l'adoption du *Child Abuse Prevention and Treatment Act* en 1974, qu'avait été créée une nouvelle instance, le *National Center on Child Abuse and Neglect*, chargée de mettre en place un tel système de données. En 1998, ce centre a été réorganisé et fusionné avec le *Children's Bureau*.

### **La nature catégorielle des divers programmes**

Comme il appert souvent en matière de services publics aux États-Unis, le système de services sociaux s'est façonné au gré du temps par l'ajout de programmes en fonction de l'émergence de nouveaux besoins. Le terme de « fragmentation » revient souvent dans la littérature pour qualifier la fourniture des services sociaux aux États-Unis.

Ce terme renvoie entre autres à la nature catégorielle des programmes fédéraux : à peu près chaque programme a ses conditions particulières d'éligibilité, de même qu'un mode de financement spécifique. D'une part, cette catégorisation des programmes est révélatrice des intentions de l'État fédéral, d'autre part, elle façonne jusqu'à un certain point le type de services offerts (Courtney, 1998 : 88).

Pour l'organisation des services qu'ils fournissent à la population, les États doivent en effet composer avec la nature catégorielle des programmes fédéraux. Dans la pratique, ils se trouvent confrontés avec le dilemme du financement, à savoir comment maximiser les revenus qu'ils peuvent retirer des divers programmes fédéraux. Il s'agit d'un jeu fort complexe, fort bien présenté par Wulczyn (2000), de même que par Courtney (1998). Nous n'en donnerons ici qu'un bref aperçu, un exemple simple pour essayer de montrer comment

---

<sup>65</sup> L'information de cette section est issue de National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information (s.d. [2000a]).

la catégorisation des programmes tend à favoriser le placement, et le placement des enfants de milieux défavorisés de surcroît. Ainsi, le programme fédéral le plus « payant » est celui du placement (*Title IV-E*) parce qu'il comporte un budget illimité; par contre, il ne peut être demandé que pour des enfants qui sont placés et à faible revenu. Dans le cas où cet enfant est réinséré dans sa famille, il n'est plus éligible au *Title IV-E*, d'où une perte de revenu pour le gouvernement de l'État qui doit alors lui fournir des services dans le cadre d'un autre programme dans lequel cet enfant compétitionnera avec d'autres pour des fonds limités. D'autres enfants, qui ne sont pas à faible revenu, peuvent également avoir besoin de placement. Dans ce cas, on privilégiera l'utilisation du programme général de services sociaux (*Title XX*), financés à 100 % par le fédéral, pour en couvrir les frais; cependant, ce programme est assorti de fonds nettement plus limités qu'il importe d'utiliser avec plus de parcimonie. On pourrait aussi avoir recours au programme *Child Welfare Services (Title IV-B, part 1)* pour cet enfant, mais comme le précédent, il comporte un budget plafonné et de plus, il s'agit d'un programme à frais partagés, donc plus coûteux pour l'État.

La nature catégorielle des programmes fédéraux est clairement mise en évidence dans le tableau de la page suivante, où apparaissent en parallèle les critères d'admissibilité et les modalités de financement de ceux-ci. Le tableau inclut également ce qu'on pourrait appeler la résultante de cette catégorisation, à savoir les budgets engagés dans ces divers programmes.

#### REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons classé sous ce mot-clé les écrits qui s'attachent principalement à présenter un ou des programmes fédéraux. À cet égard, la publication (bisannuelle) du U.S. House of Representatives (1998, dans la recension informatisée) est, on ne peut plus complète et à jour (comme en fait foi l'utilisation que nous en avons faite dans cette section); de plus, on peut en obtenir une copie gratuite sur Internet. Par ailleurs, si les écrits classés sous ce mot-clé ne sont pas très nombreux, il importe de souligner que la plupart des écrits plus généraux répertoriés aux rubriques précédentes font habituellement une description des principaux programmes.

Principaux programmes fédéraux de financement des services sociaux.  
Critères d'admissibilité, modalités de budget et budget de 1995, modalités de financement et part du fédéral.  
États-Unis, milieu des années 1990 (avant l'adoption de la loi de 1997)

Programme	Admissibilité (S1)	BUDGET		Mode financement / Part du fédéral <sup>1</sup> (S2-S3)
		Modalités (S2-S3)	1995 (S3) (millions)	
<b>Title IV-E</b>				
Foster Care Program - Paiements aux parents d'accueil	- Enfants placés admissibles à AFDC	garanti <sup>2</sup> et illimité <sup>3</sup>	3050\$	à frais partagés <sup>4</sup> - taux de Medicaid
Adoption Assistance Program - Paiements aux parents adoptifs pour l'entretien des enfants adoptés - Remboursement aux parents adoptifs des dépenses non récurrentes vs adoption	- Enfants adoptés, besoins spéciaux, admissibles à AFDC ou SSI. - Enfants adoptés, besoins spéciaux sans égard à AFDC ou SSI	garanti et illimité	411\$	à frais partagés - taux de Medicaid  - 50 % <sup>5</sup>
Independent Living Program	Enfants placés de 16 ans et plus	garanti mais plafonné	70\$	fédéral 100 %
Child Abuse Prevention and Treatment Act			78\$	fédéral 100 % + partagés
<b>Title IV-B</b>				
Child Welfare Services (Part 1)	Enfants et familles sans égard au revenu	non garanti et plafonné	292\$	à frais partagés : 75 %
Promoting Safe and Stable Families (Part 2)	Enfants et familles à risque d'abus ou de négligence, ou en crise	garanti mais plafonné	150\$	à frais partagés : 75 %
<b>Title XX : Social Services Block Grant</b>				
(volet familles et individus)	Habituellement, familles et individus à faible revenu	garanti mais plafonné	840\$ <sup>6</sup>	fédéral 100 %

Sources : (S1) U.S. House of Representatives, 1998 : diverses pages; (S2) *ibid.* : 730, tiré du tableau 11-1; (S3) Courtney, 1998 : 91, tiré du tableau 1.

Note 1 Des particularités s'appliquent à certains programmes (U.S. House of Representatives, 1998 : 730).

Note 2 Traduction de « entitlement » : le gouvernement fédéral a l'obligation de faire des paiements à toute personne ou unité de gouvernement qui rencontre les critères d'éligibilité établies par la loi (*ibid.* : 729). Antonyme : « non entitlement » : le montant de fonds disponibles est établi par le gouvernement fédéral à chaque année (*ibid.*), traduit par « non garanti ».

Note 3 Traduction de « open-ended » : formule qui permet aux États de réclamer un remboursement illimité du fédéral à l'égard de tous les enfants éligibles au programme et des frais encourus admissibles (Wulczyn, 2000 : 135). Antonymes : « funding ceiling » ou « capped », traduit par « plafonné ».

Note 4 À frais partagés entre le gouvernement fédéral et celui des États.

Note 5 Jusqu'à un plafond de dépenses de 2 000 \$ par placement.

Note 6 Le budget total de ce programme est de 2 800\$ (millions). Comme il comprend des services autres que sociaux, nous avons retenu ici 30 % du total.

### 7.3- LES SERVICES PRÉVENTIFS

Bien qu'il n'existe pas aux États-Unis de « système » public axé sur les services sociaux préventifs, de nombreuses initiatives de prévention n'en sont pas moins rapportées dans la littérature. Parmi ces écrits, il est cependant difficile de savoir qui propose ou dispense le programme ou service dont il est question : s'agit-il d'initiatives du secteur public, ou bien d'activités du secteur privé tels que des organismes communautaires, auquel cas, il n'y aurait pas lieu de les faire figurer dans cette recension d'écrits.

Dans le but de dresser un portrait le plus proche possible de la réalité américaine, nous avons choisi d'inclure ces textes. Il importe toutefois de les situer en contexte : comme nous l'avons vu précédemment, la prévention est essentiellement une affaire du secteur bénévole aux États-Unis, mais ce genre de services peut également être « acheté » par des agences publiques. En outre, le financement des programmes peut provenir de diverses sources : uniquement de fondations privées ou encore selon une formule mixte, impliquant la contribution de fonds privés et de fonds publics, provenant des gouvernements des États ou du fédéral.

#### 7.3.1- Les services de soutien aux familles <sup>66</sup> (*family support services*)

L'État fédéral a reconnu l'importance des services de soutien aux familles pour la première fois, en 1993, quand il a instauré le *Family Preservation and Support Services Program*. Des fonds spécifiques ont alors été alloués aux États pour mettre en place des services de soutien aux familles et la loi de 1997 (*Adoption and Safe Families Act*) a poursuivi dans le même sens. Concrètement, ce sont des organismes communautaires (*community agencies*) qui dispensent ces services. Des efforts, au niveau local dans l'ensemble des États, sont cependant déployés de plus en plus pour institutionnaliser ce type de services (McCroskey et Meezan, 1998 : 59-60); plusieurs espèrent d'ailleurs que se développera un jour aux États-Unis un véritable système intégré de services sociaux à l'intention des familles [*a continuum of family centered-services*] (*ibid.* : 56).

Les services de soutien aux familles (*family support services*) s'adressent aux familles qui éprouvent le stress normal d'élever des enfants, afin de les rassurer, de les aider à faire face à un problème particulier pouvant survenir dans l'élevage ou l'éducation des enfants, ou de prévenir la maltraitance (McCroskey et Meezan, 1998 : 58). Ces services ou programmes peuvent comprendre des groupes de soutien, des programmes d'éducation pour développer les capacités parentales ou le développement de l'enfant, etc.; également, plusieurs défendent les droits des familles auprès d'institutions de services ou les représentent dans la communauté dans son ensemble (*ibid.*). Alors que certains programmes visent l'ensemble des familles, d'autres ciblent une clientèle ou un problème en particulier : l'alphabétisation, les parents adolescents, les parents ayant des enfants qui ont des besoins spéciaux, la prévention de la maltraitance, etc.

La participation des familles à ces services et programmes se fait sur une base volontaire. Ces services utilisent habituellement une approche familiale (*family-centered*

---

<sup>66</sup> L'information de cette section est tirée essentiellement d'un excellent article de McCroskey et Meezan (1998).

services), c'est-à-dire qu'ils prennent la famille comme unité d'intervention et s'attachent principalement à répondre aux besoins des familles et à les renforcer (*ibid.* : 55).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons classé sous ce mot-clé des écrits ayant trait à des services ou à des programmes de soutien aux familles. Certains écrits en font la description, d'autres, l'évaluation, d'autres encore en discutent des éléments de pratiques; les programmes concernent l'éducation parentale, les visites à domicile, diverses formes de soutien aux familles pauvres, etc.

Ces programmes font-ils partie des services financés par le programme fédéral instauré à cette fin que nous avons décrit ci-dessus? Un certain nombre sans doute. Cependant, comme les services de soutien aux familles ne datent pas d'hier, notamment ceux à l'intention des familles pauvres (Halpern, 1998), on peut penser que de nombreux mécanismes, mis en place bien avant la loi de 1993, ont continué compte tenu des fonds relativement modestes du programme fédéral.

### 7.3.2- Les services sociaux en milieu scolaire

Comme en santé, nous avons trouvé peu de textes relatifs aux services sociaux en milieu scolaire. Parmi les écrits recensés, un seul nous fournit quelques indications de ce qui existe à ce chapitre dans les écoles (Dryfoos, 1994).

Comme le mentionne l'auteur, bien que le livre mette l'accent mis sur les programmes pour les jeunes des écoles secondaires (*middle et high school*), les principes d'organisation, le type de services fournis et les problèmes de financement sont les mêmes dans toutes les écoles (*ibid.* : 13-14). Selon lui, en ce qui concerne les services sociaux (et les services de santé) offerts dans les écoles :

The current reality is an ill-defined assortment of school-based programs spread out across a continuum, from single one-component partnership between a school and an outside agency or business to sophisticated, complex, multi-component, multiagency collaborative. Market differences exist in program orientation. Family-oriented programs start with meeting the needs of parents and infants and move toward services for young children. Youth-oriented programs [...] (*ibid.* :13).

De nombreux modèles de programmes existent, mais aucun ne prédomine. Ces nouveaux programmes portent différents noms : *school-based health clinics, youth service centers, family resource centers, full-service schools, wellness centers, student service centers* et *community-schools*. Ce qu'il en ont en commun, c'est d'être situés dans l'école ou dans les environs de celle-ci et de donner accès à des services de santé et sociaux de toutes sortes aux étudiants et à leur famille. » (*ibid.* :14, traduction quasi-intégrale).

Malgré la variété de programmes, seule une infime partie de la population a accès à ce genre de services (*ibid.* : 15). Certains États soutiennent plus activement les initiatives de ce type : des exemples de programmes existant dans douze États sont ainsi présentés à l'annexe A de l'ouvrage de Dryfoos (1994 : 223-249)<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> À l'annexe B de l'ouvrage, sont présentées les sources fédérales de financement qui permettent de mettre sur pied des programmes en milieu scolaire (Dryfoos, 1994 : 250-264).



Parmi les écrits classés sous ce mot-clé, mentionnons, outre le livre de Dryfoss (1994), le texte de Finn Stevenson et Stern (1997). Ce texte présente un programme, développé en 1992 et visant l'intégration au sein de l'école de divers services non académiques pouvant contribuer au bien-être des enfants; l'implantation du programme dans certaines écoles élémentaires est également décrite. La majorité des autres textes apparaissant sous ce mot-clé font état de programmes implantés dans les écoles à l'égard de certaines clientèles ou problèmes particuliers (sans qu'on sache vraiment l'ampleur de ceux-ci : est-ce implanté dans une seule école ou le programme est-il largement diffusé?). Les thèmes abordés sont la prévention de la consommation de drogues chez des enfants à l'école élémentaire, l'adaptation de l'enseignement pour les enfants [de familles] sans abri; les parents adolescents.

### 7.3.3- Les programmes d'intervention précoce

Le plus fameux de ces programmes, le programme *Head Start*, est fondamentalement un programme d'éducation compensatoire. Comme son champ d'intervention inclut aussi des services sociaux, nous avons également répertorié les écrits qui en traitent sous la rubrique « Palliatif public »<sup>68</sup>. D'autres écrits, classés sous le présent mot-clé abordant d'autres programmes d'intervention précoce, sans doute du même type que *Head Start*.

### 7.3.4 Les grossesses chez les adolescentes : prévention et soutien

Nous avons regroupé sous ce mot-clé des écrits abordant la grossesse à l'adolescence : des programmes pour la prévenir ou encore, des programmes ou des services pour soutenir ces jeunes mères dans leur rôle parental. Mentionnons un seul exemple relatif à la prévention, Card (1999) qui se pose la question suivante : « *Teen Pregnancy Prevention: Do Any Programs Work?* ».

### 7.3.5- Les services aux enfants handicapés

Comme on l'a vu dans la première partie de ce rapport<sup>69</sup>, divers services sont offerts aux enfants handicapés dans le cadre de l'école. En vertu de lois fédérales en effet, les écoles sont tenues d'assurer des services adéquats à ces enfants<sup>70</sup>. Selon Smith (1996 : 162) [qui présente les divers programmes fédéraux à l'intention des enfants handicapés], dans le champ de l'éducation, les programmes sont relativement complets et interreliés entre eux. Par contre, il en va tout autrement dans les autres champs :

---

<sup>68</sup> Rappelons que des écrits concernant *Head Start* (les mêmes et d'autres) ont également été classés sous la rubrique « Education » de la première partie de ce rapport (voir Saint-Pierre, 1998 : 36-37).

<sup>69</sup> Voir Saint-Pierre (1998 : 47 et 51).

<sup>70</sup> *Ajout concernant l'obligation de services aux enfants handicapés dans les écoles.* La prolifération des drogues dans la société américaine a eu des conséquences insidieuses telles que la naissance d'enfants déjà dépendants des drogues (*born addicted*). Ces enfants entrent à l'école avec plusieurs problèmes sérieux : hyperactivité, faible niveau d'attention et problèmes physiques. La loi « *Individual with Disabilities Act* » de 1997 oblige les systèmes scolaires à fournir des services à ces enfants. Toutefois, les écoles recevant des enfants aux prises avec ce problème sont confrontées à de multiples embûches : avec le diagnostic de la condition de ces enfants et ensuite avec la fourniture de programmes adéquats (Winters et Gouridine, 2000 : 143).

In other fields, services to children with disabilities may not be unified by a single statutory authority. In some instances, programs were created by Congress to address specific, narrowly defined needs. In other instances, programs meeting the needs of individuals with disabilities are created within the context of larger programs, such as eligibility categories for Medicaid based on disability. (Smith, 1996 : 162)

Les écrits regroupés sous cette rubrique reflètent donc cette réalité. On y trouve la présentation de divers programmes abordant des aspects fort variés.

### 7.3.6- D'autres services préventifs

Sous ce mot-clé, nous avons classé des écrits un peu disparates qui traitent d'interventions préventives auprès de certains groupes d'enfants en particulier : les enfants réfugiés, ceux qui ont connu le divorce de leurs parents, dont les parents sont en prison, etc.

## 7.4- LE SYSTÈME DE PROTECTION DES ENFANTS

Comme nous l'avons vu précédemment (p. 35), le système de protection des enfants s'appuie sur une institution centrale, les « *child protective services* ». Une autre institution est également impliquée de très près dans le processus, soit les cours de justice. Gravitant autour du système et offrant des services souvent nécessaires à la protection des enfants, on trouve les services de préservation familiale, de placement, d'adoption, etc.

### Les « Child Protective Services Agencies »

Le terme « Child Protective Services » (CPS) renvoie généralement à une agence publique particulière, mandatée par la loi de protéger les enfants. Les CPS sont donc investis d'une autorité légale : elles ont le pouvoir d'enquêter sur les allégations d'abus ou de négligence envers les enfants ayant fait l'objet d'une déclaration, le pouvoir de retirer les enfants de leur famille et le pouvoir d'adresser une requête à la cour pour le placement d'un enfant [*to petition a court for custody*] (Waldfoegel, 1998a : 105).

Dans la plupart des États, ce sont des agences publiques de services sociaux qui assurent le mandat de CPS. Dans quelques États, ces fonctions sont remplies par des fournisseurs de services spéciaux : des unités dites « *homed-based units* » ou « *family preservation units* »; des unités spéciales au sein de cours de justice familiale ou juvénile; des agences privées de services sociaux; des agences nommées « *law enforcement agencies* »; des équipes de protection des enfants formées de personnels issus des services sociaux, du milieu médical, de la santé mentale ou du « *law enforcement* ». Peu importe l'arrangement, l'agence (ou l'équipe) est responsable, de par la loi, de recevoir les déclarations, de les évaluer et d'intervenir auprès des familles pour s'assurer que les enfants ont droit à des soins adéquats et à la protection (Johnson, Schwartz et Tate, 1997 : 175).

Les travailleurs et travailleuses des CPS jouent un rôle central dans la protection des enfants. Mais comme le note Lerner, Stevenson et Behrman (1998 : 7), leur rôle est de prendre des décisions et d'assurer la gestion des cas (*case managers*) plutôt que de fournir des services. Ils travaillent ainsi de concert avec d'autres entités : les membres de la communauté qui rapportent les cas d'abus ou de négligence, les cours de justice qui sont appelées à prendre une décision concernant les cas sérieux et les agences communautaires (*community agencies*) qui fournissent les services aux familles.

Outre leur mandat légal d'autorité, les CPS peuvent également fournir des services de suivi à la famille (*ongoing casework services*) dans le but d'examiner les conditions qui ont conduit à la maltraitance, de tenter de changer les comportements des parents et de s'assurer que l'enfant recevra des soins et une surveillance acceptables; de mettre les parents en contact avec des ressources pouvant les aider à remplir adéquatement leur rôle parental (Schene, 1998 : 32).

### **Les cours de justice**

Les cours de justice familiale ou infantile entendent les causes relatives à des allégations d'abus et de négligence portées contre les familles par la police ou les CPS. Elles décident si la situation requiert le retrait immédiat de l'enfant ou non, si des services aux parents doivent être ordonnés par la cour ou encore, si aucune action ne doit être prise parce que non nécessaire (Schene, 1998 : 32).

### **Les services complémentaires à la protection des enfants**

La décision du CPS concernant la situation particulière d'un enfant détermine les ressources vers lesquelles le CPS dirigera ensuite l'enfant et sa famille. Ces services « complémentaires » sont, rappelons-le, habituellement prodigués à l'extérieur du CPS, par une autre unité gouvernementale ou par un organisme communautaire.

Si un enfant doit être placé, les ressources de placement peuvent provenir tout autant d'agences de services sociaux publiques que privées : foyers d'accueil, foyers dans la parenté, refuges d'urgence, institutions [*group or institutional care settings*]. (Schene, 1998 : 32).

Si l'enfant n'est pas retiré de sa famille, ce sont souvent les mêmes agences qui fournissent les services requis pour faire face à des problèmes familiaux sérieux mettant en jeu la sécurité de l'enfant (Schene, 1998 : 32-34). Selon Kelly et Blythe (2000 : 35), seulement quelques États (tels que l'Alabama, le Kentucky, le Michigan et le Missouri) ont institutionnalisé les services de préservation familiale, les considérant ainsi comme un service important au sein de leur système de protection. Cependant, au moins 30 États offraient, en 1999, quelques services ressemblant à la préservation familiale, ce qui ne leur permet toutefois pas, selon les auteures, d'en voir un impact sur les taux de placement.

### **Les travailleurs et travailleuses**

Les travailleurs et travailleuses à l'emploi d'une agence de protection publique jouent un rôle clé et lourd de conséquences dans les décisions qui se prennent à l'égard d'un enfant dont le cas est soumis à un CPS. Ainsi, la personne qui reçoit les déclarations d'abus ou de négligence à l'égard d'un enfant doit déterminer si le cas est urgent ou s'il peut attendre, la personne qui prend un dossier en charge (*caseworker*) doit évaluer rapidement la sécurité d'un enfant, c'est-à-dire décider s'il doit être retiré immédiatement de sa famille ou s'il peut y rester. Malgré l'importance de leurs fonctions, les travailleurs et travailleuses des CPS sont peu qualifiés et mal payés, et on observe que le roulement du personnel est élevé (Larner, Stevenson et Behrman, 1998 : 12). En outre, bien qu'habituellement désignés comme étant

des « travailleurs sociaux », la plupart d'entre eux n'ont pas de diplôme reconnu en travail social <sup>71</sup>.

Examiné sous un autre angle, le manque de qualifications du personnel devient un problème de déclassification du travail effectué dans, et par, les agences publiques de services sociaux.

Declassification trends include the lowering of educational requirements for entry-level public welfare job, the assumption of the interchangeability of bachelor's degrees, the reorganization of jobs to reduce educational requirements, the substitution of experience for education, and the nonrecognition of the exclusivity of bachelor's degree (BSW) and master's degrees (MSW) in social work. » (Costin, Karger et Stoesz, 1996 : 158).

Selon ces auteurs, il s'agit d'une tendance nationale qui se situe dans le contexte d'une volonté de réduction des coûts et du manque de travailleurs sociaux qualifiés qui sont désireux d'entrer dans les agences publiques. D'autres auteurs sont moins pessimistes : tout en reconnaissant le problème, ils font valoir diverses initiatives prises pour le solutionner. Ainsi, plusieurs États ont mis sur pied des programmes de formation menant à une reconnaissance formelle (*certification programs*), d'autres ont imposé des règles de certification pour l'embauche du personnel; en outre, des fonds fédéraux ont été accordés pour la formation (Johnson, Schwartz et Tate, 1997 : 174).

### Les problèmes du système

À en juger par le nombre de textes où l'auteur propose de réformer le système américain de protection des enfants, on peut dire qu'il est jugé défaillant. Pour ne citer qu'un de ces auteurs, Waldfogel (1998a : 106-109), on constate qu'il identifie cinq problèmes reliés au CPS et à son mandat : la sur-déclaration de cas auprès des CPS, l'incapacité du système à répondre à la demande par manque de ressources, la sous-déclaration d'enfants et de familles qui auraient besoin de services, l'orientation ambivalente du système et l'inadéquation des services offerts.

La sous-déclaration renvoie d'une part au fait que les cas de certains enfants victimes d'abus et de négligence ne sont jamais rapportés aux CPS. Mais selon Waldfogel (1998a : 108), un autre groupe peut être identifié à cette enseigne : « low-risk families who voluntarily contact CPS to ask for help, only to have their requests denied because they are not at high-risk. Given the limited availability of preventive services such as child care or family therapy, excluding these families from CPS all too often means that they will not receive help until they cross the line into abuse and neglect. »

L'ambivalence dans l'intervention des CPS est inhérente aux deux buts contradictoires de l'orientation du système : agir auprès des enfants abusés par voie d'autorité et, en même temps, essayer dans la mesure du possible de garder la famille ensemble. Dans ce contexte, la tendance des CPS est d'alterner l'emphase qu'ils mettent sur l'un ou l'autre de ces buts : soit de retirer rapidement un enfant de sa famille pour le placer dans un foyer plus sécuritaire (*child rescue*), soit de laisser l'enfant dans sa famille et de procurer à celle-ci des services propres à renforcer la famille (*family preservation*) [*ibid.*].

---

<sup>71</sup> On trouvera plus d'informations à ce propos à la section 7.9, p. 79.

L'inadéquation des services offerts tient d'abord au manque effectif de services disponibles, notamment des services offerts dans une langue autre que l'anglais. Mais elle tient aussi à la « fragmentation » des services : les services entourant la protection des enfants sont habituellement fournis par des agences différentes, ce qui est particulièrement problématique étant donné que, plus souvent qu'autrement, les personnes qui entrent dans le système n'ont pas qu'un seul problème. C'est ce que souligne Waldfogel (1998a : 108) : « An overarching service delivery issue is that families often have multiple and overlapping problems, while services for them tend to be fragmented, delivered in separate locations by different professionals. »

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons classé sous ce mot clé (7.4- Protection : système) des écrits qui abordent tout autant la description du système que son orientation (de nombreux écrits traitant des deux, la distinction était difficile à faire). Néanmoins, pour avoir une bonne idée de l'organisation du système, on consultera avec profit Schene (1998) ou encore Larnier, Stevenson et Behrman (1998).

Comme nous l'indiquions précédemment, de nombreux auteurs proposent de réformer le système, ce faisant c'est entre autres l'organisation et l'orientation actuelles du système qu'ils examinent et remettent en cause. À ce propos, outre Waldfogell (1998a, 1998b), mentionnons aussi Pelton (1992), Costin, Karger et Stoesz (1996), de même que Larnier, Stevenson et Behrman (1998). Pour un tour d'horizon sur les débats qui ont cours actuellement aux États-Unis concernant la protection des enfants (au sens large, incluant les services entourant la protection : placement, adoption, etc.), il faut voir Gambrell et Stein (1994) dont l'ouvrage « *Controversial Issues in Child Welfare* » rapporte la position dans les débats de nombreux auteurs reconnus dans le domaine.

D'autres écrits abordent des sujets plus « pointus » du système, tels que l'imprécision de la notion d' « efforts raisonnables » contenue dans la loi de 1980 et la controverse qui résulte de son application (Blome, 1996), la situation particulière s'il s'agit d'un enfant autochtone (Matheson, 1996) ou encore, l'importance de tenir compte de facteurs culturels (Derezotes et Snowden, 1990) ou de santé mentale (Dore, 1999) en regard de l'intervention auprès des enfants maltraités ou négligés.

### 7.4.1- Les cours de justice

Nous avons rassemblé sous ce mot-clé quelques écrits abordant spécifiquement le rôle des cours de justice dans le cadre de la protection des enfants.

### 7.4.2- Le processus de protection

Le processus de protection des enfants dans le cadre du mandat des CPS comporte diverses étapes : réception des déclarations de cas d'abus ou de négligence, triage initial (*screening*); s'il y a lieu ensuite, enquête, évaluation du risque pour l'enfant, élaboration d'un plan d'intervention pour protéger l'enfant et renforcer la famille. Pour plus d'informations à ce propos, voir Schene (1998) ou Larnier, Stevenson et Behrman (1998).

Les textes répertoriés sous ce mot-clé abordent l'une ou l'autre de ces étapes.

#### 7.4.3- La protection des enfants en contexte de violence conjugale

Le tiers des enfants qui entrent en contact avec le système de protection des enfants seraient issus de familles connaissant des problèmes de violence conjugale (Findlater et Kelly, 1999 : 84). Bien qu'il s'agisse de deux champs d'intervention distincts, certains CPS font des efforts d'intégration de ces deux problématiques dans leur intervention auprès de ces enfants, ce dont font état certains des écrits regroupés ici.

#### 7.5- LES SERVICES DE PRÉSERVATION FAMILIALE (FAMILY PRESERVATION)

Les services de préservation de la famille (*family preservation*) s'adressent aux familles qui font face à des problèmes sérieux et urgents pouvant affecter leur bon fonctionnement et leur stabilité. Plus fréquemment, ces services sont dispensés à des familles dont un enfant est sur le point d'être retiré du foyer pour être placé ou encore, à des familles ayant un enfant placé pour lequel une réintégration dans sa famille d'origine est envisagée. (McCroskey et Meezan, 1998 : 62).

Les services de préservation familiale utilisent généralement, comme les services de soutien aux familles, une approche axée sur l'unité « famille » (*family-centered services*). Les programmes sont conçus de manière à encourager la famille à réaliser son potentiel en développant ses habiletés et en améliorant son réseau de soutien (*ibid.*).

Les services de préservation de la famille sont généralement dispensés au domicile de la famille et visent la participation de tous les membres de la famille. Contrairement aux services de soutien, ils sont obligatoires pour les familles si leur enfant est en instance d'être placé ou de réintégrer la famille (*ibid.*).

Les services de préservation peuvent être divisés en deux programmes de base : les services de réhabilitation et les services intensifs. Les services de réhabilitation s'adressent à des familles où l'abus et la négligence envers les enfants pourraient mener au retrait de l'enfant du foyer. Ils visent à régler le problème par diverses interventions : « case management, advocacy, home-based counselling, [...] parent education, [...] linkages to community resources and concrete services such as transportation, clothing, emergency funds, and help with housing. » (McCroskey et Meezan, 1998 : 62). Pour leur part, les services intensifs constituent un ensemble de services spéciaux de préservation de la famille. Ils s'adressent aux familles où le retrait d'un enfant est imminent ou aux familles qui se préparent à réintégrer un enfant auparavant placé. Ils visent spécifiquement à éviter le placement ou à permettre le retour d'un enfant placé. Les services offerts ressemblent aux précédents sauf qu'ils sont plus concentrés dans le temps et dans l'action : les travailleurs assignés ne traitent que deux à six familles à la fois, les rencontrent de quatre à vingt heures par semaine pour une durée se situant entre quatre et douze semaines; de plus, les intervenants peuvent être rejoints par la famille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Un des enjeux majeurs des services de préservation de la famille est de déterminer dans quelles circonstances il est préférable d'utiliser les services intensifs plutôt que les services plus légers de réhabilitation (*ibid.* : 62-63).

L'évaluation de l'efficacité des programmes de préservation familiale est plutôt mitigée. Comme le notent différents auteurs (*ibid.* : 63-64; Nelson, 1997 : 105-111), ces résultats reflètent cependant une conception très étroite des effets attendus. Les politiciens

avaient consenti à financer ce genre de services croyant qu'ils pouvaient faire diminuer les taux de placement, garder les enfants dans leur famille et, de la sorte, réduire les coûts très élevés liés au placement. C'est donc à l'examen d'une diminution ou non du nombre de placements que se sont attachées de nombreuses évaluations, alors que si on tient compte d'autres aspects telles que l'amélioration du bien-être des enfants et des familles, on obtient des résultats pas nécessairement probants mais plus nuancés (*ibid.*; Littell et Schuerman, 1999 : 111-114).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

De nombreux écrits abordent la question des services de préservation familiale. La plupart s'interrogent sur leur efficacité et, de là, sur leur devenir dans un contexte où le soutien public à ce type de services a décliné. Plusieurs textes fournissent un très bon aperçu du sujet, mentionnons entre autres McCroskey et Meezan (1998), Nelson (1997), Kelly et Blythe (2000) et Littell et Schuerman (1999).

### 7.6- LE PLACEMENT

« Le placement est conçu pour assurer la garde temporaire, la supervision et le soutien des enfants qui ne peuvent pas vivre dans leur famille parce qu'ils ont été abusés ou négligés par leurs parents. » (Berrick, 1998 : 72 - notre traduction). Selon Karger et Stoesz (1998b : 382), plus de la moitié des enfants placés le sont en raison de mauvais traitements, alors que « la seconde principale cause (environ 20 % des enfants) est la condition<sup>72</sup> ou l'absence de parents ».

Dans la bibliographie informatisée, nous avons attribué ce mot-clé « général » à l'ensemble des écrits ayant trait au placement des enfants aux États-Unis. À noter que tous les écrits comportent également un autre mot-clé identifiant plus précisément quel aspect du placement est abordé selon la classification qui suit.

#### 7.6.1- Le placement : histoire et orientations

Aux États-Unis, le placement des enfants est généralement un service gratuit, c'est-à-dire un service pour lequel les parents d'origine n'ont aucun coût à défrayer. (Karger et Stoesz, 1998b : 382).

Diverses formules de placement existent (Berrick, 1998 : 73) :

- les familles d'accueil,
- les foyers de groupe (*group homes*),
- les institutions spécialisées (*specialized foster care with caregivers specifically trained to care for special needs children*),
- les centres de réadaptation (*residential treatment centers*),
- les refuges (*shelters*).

---

<sup>72</sup> Le terme « condition » est mentionné sans autre indication dans le texte de référence : « The second most prevalent reason [...] is the condition or absence of the parent » (Karger et Stoesz, 1998b : 382). Selon nous, le terme renvoie à diverses conditions pouvant mener des parents à être considérés incapables à remplir leur rôle.

Par contre, le placement à long terme des enfants n'est pas une politique officielle pouvant être envisagée pour répondre à l'objectif de permanence quant au milieu de vie des enfants. Cette formule de placement n'est permise que pour les enfants ayant des besoins spéciaux, ce que déplore d'ailleurs Fenster (1997 : 122-124).

Les écrits classés sous ce mot-clé regroupent des écrits un peu disparates ayant trait à l'histoire du placement aux États-Unis ou encore, à diverses propositions pour en modifier la structure et/ou l'orientation (Fenster, 1997; McKenzie, 1998). À noter que les écrits plus généraux, concernant les services sociaux ou le système de protection des enfants aux États-Unis (classés aux rubriques 7.2, 7.2.1 et 7.4), présentent généralement une vue d'ensemble du système de placement (histoire, législations, orientations, caractéristiques et évolution de la clientèle, etc.).

#### *7.6.1.1- Les législations relatives à la question raciale ou ethnique*

La proportion d'enfants de « couleur » parmi les enfants placés correspond à trois fois leur proportion dans l'ensemble de la population (Avery, 2000 : 402). Comme on l'a vu précédemment, deux lois ont été adoptées au milieu des années 1990 pour encadrer les pratiques de placement et d'adoption de ces enfants, afin de leur permettre d'obtenir plus facilement un milieu de vie permanent, que ce soit dans un contexte interracial ou intraracial. Par ailleurs, un groupe « ethnique » en particulier, les enfants autochtones, fait l'objet d'une législation spécifique en matière de placement et d'adoption : le « *Indian Child Welfare Act* ».

Les quelques écrits regroupés sous la présente rubrique examinent l'implantation ou l'impact de ces lois relatives à la race ou à l'ethnicité.

#### *7.6.1.2- Le fonctionnement du système de placement*

La loi de 1997 oblige les États à élaborer un système leur permettant d'évaluer la performance de leurs programmes de protection des enfants et de services sociaux plus généraux. L'amélioration des outils de mesures est au centre de cette démarche. On s'intéresse notamment à la collecte de données et à une meilleure utilisation de celles-ci pour la planification (Jamison et Bodonyi, 1999), à l'examen des critères à retenir (Altshuler et Gleeson, 1999; Wilson et Conroy, 1999), aux retombées d'une meilleure évaluation (Usher, Wildfire et Gibbs, 1999 : 31).

Nous avons rassemblé sous ce mot-clé ces textes concernant l'évaluation de la performance du système. On trouvera également quelques écrits traitant du processus judiciaire, comme par exemple dans quelle mesure la race influence la décision des juges de référer ou non un enfant placé pour qu'il obtienne des services additionnels (Garland et Besinger, 1997). Certains écrits enfin, datant du début des années 1990, s'intéressent à la question de familles d'accueil ayant fait l'objet d'allégation d'abus envers les enfants sous leur garde et examinent comment le système a fait face au problème (Carbino, 1991).

#### **7.6.2- Les familles d'accueil**

Selon Barbell et Wright (1999 : 3), bien qu'ayant été une ressource cruciale pour des millions d'enfants américains, l'attention croissante portée aux familles d'accueil dans les deux dernières décennies a mis l'accent sur leurs failles plutôt que sur leur succès. « This has



resulted in a questioning and devaluing of family foster care as well as predictions of drastic reductions in its use.» Les auteurs soulignent qu'en réalité la situation est passablement différente : les familles d'accueil demeurent une ressource importante pour la protection des enfants bien que l'utilisation qui en est faite ait changé, reflétant en cela des événements sociaux et politiques (*ibid.*).

Les familles d'accueil sont généralement agréées (*licensed*) par l'État ou le comté, ce qui signifie que le foyer a été évalué et qu'il est conforme aux standards de santé et de sécurité requis et que les parents d'accueil ont reçu une formation minimale les rendant aptes à fournir soins et supervision à un enfant (Berrick, 1998 : 73).

Les écrits apparaissant sous ce mot-clé abordent divers aspects des familles d'accueil : propositions de nouveaux modèles de familles d'accueil susceptibles d'améliorer la qualité du service (Barth et Price, 1999), de modèles d'intervention adaptée à des clientèles spécifiques (McNichol, 1999), de programmes d'évaluation des parents d'accueil ou adoptifs potentiels (Clifford et Cropper, 1997) ou encore, le vécu des enfants placés dans ce type de ressources (Johnson, Yoken et Voss, 1995).

#### 7.6.2.1- Les familles d'accueil au sein de la parenté (*kinship foster care*)

Dans plusieurs États pendant plusieurs décennies, les familles d'accueil ont constitué la principale formule de placement. Au cours des années 1980 cependant, le nombre de familles d'accueil disponibles a commencé à diminuer. Berrick (1998 : 74) attribue ce déclin aux facteurs suivants : la croissance du nombre de familles monoparentales, l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail, la montée des divorces et l'augmentation des coûts pour élever un enfant. Cette difficulté à trouver des familles d'accueil a conduit, entre autres facteurs, à l'émergence du placement dans des familles d'accueil au sein de la parenté.

Durant la dernière décennie, le nombre d'enfants placés dans une famille d'accueil au sein de leur parenté s'est accru considérablement. Cette augmentation est due à plusieurs facteurs : le nombre croissant d'enfants placés, le nombre décroissant de familles d'accueil « traditionnelles » (non apparentées) disponibles, la reconnaissance accrue du placement au sein de la parenté comme étant une ressource possible. (Beeman, Kim et Bullerdick, 2000 : 37). À cela s'ajoute l'incitation financière depuis qu'en 1979, la Cour suprême des États-Unis a jugé que les familles qui ont un enfant de leur parenté placé sous leur garde, sont éligibles au paiement des coûts d'entretien de cet enfant (*Title IV-E*) selon les mêmes conditions que les familles d'accueil non apparentées (Berrick, 1998 : 74).

Les enfants qui sont le plus susceptibles d'être placés dans une famille d'accueil au sein de leur parenté sont, selon l'étude effectuée par Beeman, Kim et Bullerdick (2000 : 37) les enfants plus âgés, sans handicap, de couleur, dont le placement a été ordonné par la cour (*children court-ordered into placement*), dont le placement est attribuable à l'abus de drogues chez leurs parents.

Au niveau national, on estime qu'environ le tiers des enfants placés le sont dans une famille d'accueil au sein de la parenté (Children's Defense Fund, 1998 : 68). La variation entre les États est toutefois importante, certains États appuyant nettement plus que d'autres cette « nouvelle » formule de placement (pour plus de détails, voir Children's Defense Fund, 1998 : 68-69).

Sont classés sous ce mot-clé une douzaine d'écrits (tous récents) concernant le placement d'enfants dans une famille d'accueil au sein de leur parenté. Mentionnons tout particulièrement le texte très riche d'informations de Berrick (1998), de même qu'un numéro spécial du périodique *Child Welfare* sur ce thème (Wilson et Chipungu, 1996).

#### 7.6.2.2- Les « parents » d'accueil

Nous avons classé sous cette rubrique des écrits relatifs aux adultes (les « parents ») qui s'occupent des enfants placés en famille d'accueil. Les textes couvrent essentiellement deux thèmes : les caractéristiques des parents d'accueil (Kirby, 1997) ou encore la perception qu'ils ont de leur rôle (Everett, 1995; Inch, 1999).

#### 7.6.3- Les autres milieux de placement

D'autres milieux de placement assurent la garde et le traitement d'enfants ayant des besoins spéciaux (handicaps physiques ou mentaux, problèmes psychologiques ou de comportement, etc.), pour lesquels le placement en famille d'accueil convient peu ou pas à leurs besoins. Il s'agit d'institutions spécialisées, de foyers de groupe (*group homes*) ou encore de centres de réadaptation (*residential treatment centers*). Ces milieux de placement sont gérés (*operated*) par des agences publiques, privées et religieuses, et financées par des fonds publics (fédéraux, des États ou locaux) et privés. (Johnson, Schwartz et Tate, 1997 : 185).

Nous avons recensé très peu d'écrits sous cette rubrique. Mentionnons toutefois un ouvrage récent entièrement consacré à cette question (McKenzie, 1998). Par ailleurs, certains ouvrages généraux abordent le sujet (par exemple, l'information qui précède provient d'un seul paragraphe dans un ouvrage concernant l'ensemble des mesures sociales américaines).

#### 7.6.4- Les trajectoires des enfants placés

Diverses études, que nous avons regroupées sous ce mot-clé, se sont penchées sur la trajectoire des enfants placés, c'est-à-dire les différents parcours que peuvent connaître les enfants au sein du système (Usher, Randolph et Gogan, 1999; Courtney, Piliavin et Entner Wright, 1997). Pour ce faire, sont examinés la durée du placement et le type, le déplacement entre diverses ressources, l'issue du placement soit la réunification avec la famille d'origine ou l'adoption, etc.). Divers facteurs peuvent être mis en relation avec ces trajectoires : l'âge et la race (Barth, 1996), le type de placement (Everett, 1995), etc.

#### 7.6.5- Les services pour les enfants placés

Les enfants placés peuvent avoir droit à divers services, tels que des services de santé physique et mentale (Simms, Freundlich, Battistelli et Kaufman, 1999; Simms et Halfon, 1994), des services concernant la génétique (Rauch, 1990), etc. Les écrits traitant de ce sujet ont été classés ici.

#### 7.6.6- Les effets du placement sur les enfants

Nous avons recensé quelques écrits qui abordent les effets à long terme du placement. Par exemple, l'un concerne un groupe en particulier, les Autochtones (Robin,

Rasmussen et Gonzalez Santin, 1999), un autre, une conséquence possible du placement, à savoir l'itinérance [*homelessness*] (Roman et Wolfe, 1997).

## 7.7- L'ADOPTION

L'adoption d'un enfant est un processus légal impliquant le retrait de leurs droits et obligations parentaux à des parents biologiques<sup>73</sup> et la création d'un lien légal parent-enfant entre des adultes et un enfant n'ayant pas entre eux ce lien spécifique de parenté biologique. Par l'adoption, les deux parties, l'enfant adopté et les parents adoptifs, acquièrent les mêmes droits et bénéfices qu'ils auraient eus dans le cas d'une filiation biologique.

La littérature concernant l'adoption aux États-Unis est très abondante, plus de cent cinquante titres ayant été recensés sur le sujet. Pour faciliter la tâche des personnes qui consulteront la banque bibliographique informatisée, nous avons attribué le mot-clé général (7.7- Adoption) à tous ces textes; par ailleurs, ils sont aussi classés selon un ou plusieurs autres mots-clés apparaissant ci-dessous.

### 7.7.1- L'adoption : quelques considérations générales

Aux États-Unis, l'adoption est soumise en majeure partie aux lois des États, lesquelles, malgré des thèmes communs, diffèrent d'un État à l'autre sur plusieurs points (quant à la pratique de l'adoption ouverte, quant aux mécanismes d'adoption autorisés, etc.). De plus, diverses lois fédérales interfèrent dans certaines circonstances : ainsi, le *Indian Child Welfare Act* a préséance dans le cas d'adoption d'enfants autochtones, les lois sur l'immigration et la citoyenneté (*federal immigration and naturalization laws*) s'appliquent dans le cas d'adoptions internationales (Hollinger, 1993 : 45), le *Adoption and Safe Families Act* détermine les règles d'attribution de subventions aux parents adoptifs et aux États dans le cas d'adoptions d'enfants ayant des besoins spéciaux, etc. L'adoption d'un enfant ne peut être sanctionnée que par une cour d'État ou, dans certaines circonstances, par une cour autochtone [*Indian tribal courts*] (*ibid.* : 43).

### Les types d'adoption

Hollinger (1993 : 44-45) distingue deux grands types d'adoptions : les adoptions intrafamiliales et les adoptions d'enfants par des adultes non apparentés.

#### *Les adoptions intrafamiliales*

Les adoptions intrafamiliales, c'est-à-dire par un membre de la famille, ont augmenté plus que toutes les autres depuis les années 1960 et constituent vraisemblablement le type d'adoption le plus fréquent aux États-Unis actuellement. Comme le souligne Reitz (1999 : 349), on n'en connaît cependant pas la proportion exacte, celle-ci pouvant s'établir entre 40 % et 75 % de toutes les adoptions; pour sa part, Hollinger (1993 : 44) mentionne que les adoptions de ce type représentent la moitié ou plus de toutes les adoptions. En matière d'adoptions intrafamiliales, il s'agit le plus souvent de l'adoption d'un enfant par son beau-père (le nouveau conjoint de sa mère). Selon Hollinger (1993 : 44), ce type d'adoption est le

---

<sup>73</sup> Il peut également s'agir de parents adoptifs.

moins contrôlé (*regulated*) de tous et il entraîne généralement la reconnaissance légale d'une situation *de facto*.

#### *Les adoptions d'enfants par des adultes non apparentés*

L'adoption d'enfants par des adultes non apparentés regroupe deux catégories : l'adoption d'enfants américains et l'adoption d'enfants provenant d'autres pays. Comme ces deux catégories diffèrent entre elles, nous nous attarderons ici à l'adoption d'enfants américains, alors que l'adoption internationale sera abordée plus loin (voir p. 76).

Les enfants américains susceptibles d'être adoptés par des parents américains ne constituent pas un groupe homogène. S'il y a encore de jeunes enfants qui peuvent être adoptés aux États-Unis<sup>74</sup>, leur nombre n'a cessé de décroître. Entre autres facteurs explicatifs, mentionnons le fait que les enfants nés hors mariage sont de moins en moins souvent abandonnés par leur mère biologique, que de nombreux parents adoptifs répugnent à adopter un jeune enfant pouvant avoir des problèmes compte tenu de son exposition à divers « dangers » durant la grossesse de leur mère, tels que l'abus d'alcool ou de drogue, le SIDA (Hollinger, 1993 : 44). En conséquence, de plus en plus, les enfants américains pouvant être adoptés ont, ce qu'il est convenu d'appeler d'après la littérature, des besoins spéciaux (*special needs children*), que ce soit en raison de leur âge (plus élevé), de la présence d'un handicap, de leur appartenance à un groupe racial ou ethnique minoritaire, etc.

#### **Les mécanismes d'adoption (d'enfants non apparentés)**

D'un point de vue légal, deux mécanismes d'adoption sont autorisés dans une majorité d'États : les adoptions effectuées par une agence, publique ou privée (*agency adoptions*), et les adoptions indépendantes (*independent adoptions*).

#### *Les adoptions effectuées par une agence (publique ou privée)*

Les adoptions relevant des agences (*agency adoptions*) sont organisées par des agences de services sociaux agréées par la loi<sup>75</sup>. Cette forme d'adoption comporte généralement une évaluation des parents adoptifs potentiels, de même que des services de soutien aux nouvelles familles incluant des services légaux et de *counselling* (Johnson, Schwartz et Tate, 1996 : 187).

Les agences publiques et privées ne desservent cependant pas les mêmes clientèles ni ne poursuivent les mêmes objectifs. Comme le mentionnent Schulman et Behrman (1993 : 5), les agences publiques s'occupent tout particulièrement de l'adoption d'enfants abusés et négligés qui attendent dans les milieux de placement, alors que les agences privées (et les intermédiaires indépendants) tendent à rechercher des bébés en santé pour les adultes sans enfant.

---

<sup>74</sup> Selon Reitz (1999 : 331), diverses études américaines en arrivent à la conclusion que : « anywhere in the USA, anyone with enough money can adopt a healthy white infant. ».

<sup>75</sup> « Child welfare or social service agency sanctioned and authorized by law or licence to do so. » (Johnson, Schwartz et Tate, 1996 : 187).

### *Les adoptions indépendantes*

Les adoptions indépendantes (*independent adoptions*) sont effectués en dehors de la supervision et du contrôle d'une agence de service sociaux agréées; elles doivent cependant être approuvées par une autorité gouvernementale (Berry, Barth et Needell, 1996 : 158). Les informations sur ce mécanisme d'adoption ne concordent pas dans toutes les sources consultées : selon Berry, Barth et Needell (1996 : 158), les adoptions indépendantes seraient permises dans 34 États, alors que d'autres sources mentionnent qu'elles sont interdites par la loi dans seulement six États : Connecticut, Delaware, Massachusetts, Michigan, Minnesota et Dakota du Nord (McDermott, 1993 : 146,151; Shireman, 1995 : 371). En schématisant <sup>76</sup>, disons que les adoptions dites indépendantes sont organisées, soit directement par les parents biologiques qui choisissent la famille adoptive (Shireman, 1995 : 371), soit par un tiers parti agissant de façon indépendante qui facilite les contacts entre les parents biologiques et les parents adoptifs et effectue les arrangements légaux de l'adoption (Johnson, Schwartz et Tate, 1996 : 187). Le nombre d'adoptions indépendantes a augmenté dans les années récentes, entre autres pour éviter le long processus d'évaluation de même que le long délai d'attente des adoptions effectuées par les agences (Johnson, Schwartz et Tate, 1996 : 187). Ce mécanisme d'adoption a ses défenseurs et ses détracteurs : les premiers vont, par exemple, mettre l'accent sur l'implication active des parents biologiques dans le choix des parents adoptifs (McDermott, 1993), alors que les seconds feront valoir le manque de conseils objectifs et de services psychologiques dispensés à de jeunes mères biologiques à un moment où elles sont très vulnérables [puisqu'elles abandonnent leur enfant peu de temps après sa naissance] (Emery, 1993 : 143-144).

### *Comparaison entre les trois mécanismes d'adoption*

En l'absence de données plus récentes, Berry, Barth et Needell (1996 : 157, citant Ademec et Pierce, 1991) rapportent qu'en 1986, les 51 167 adoptions complétées ont été effectuées respectivement par chaque instance selon les proportions suivantes :

- 39 % par une agence publique;
- 29 % par une agence privée;
- 31 % de façon indépendante (*independent adoptions*).

En outre, l'étude exploratoire effectuée par ces auteurs (Berry, Barth et Needell, 1996), sur un échantillon non représentatif des placements pour adoption effectués en Californie entre juillet 1988 et juin 1989, livrent de précieuses informations sur les différences et similarités existant entre chacun des trois mécanismes d'adoption. Concernant les caractéristiques des clientèles d'enfants et de parents adoptifs avec lesquelles chaque instance fait affaire, ils observent :

---

<sup>76</sup> Le mécanisme semble beaucoup plus complexe. La loi de certains États permet à des intermédiaires non légalement mandatés pour ce faire (procureur [*attorney*], avocat ou médecin) d'apparier les parents adoptifs avec les parents biologiques, de les mettre en contact et d'être rétribués pour rendre ce service; la plupart des États requièrent cependant que le contact initial entre les parents biologiques et la famille adoptive se fasse sans intermédiaire, cependant qu'il est légal qu'un intermédiaire soit payé pour conseiller les parents adoptifs sur la meilleure méthode leur permettant d'établir le contact initial avec des parents biologiques (McDermott, 1993 : 148).

- que les enfants placés par des agences publiques, en comparaison des enfants placés par l'entremise des deux autres auspices, ont plus souvent les caractéristiques suivantes : âge plus élevé, appartenance à un groupe ethnique minoritaire, font l'objet d'une adoption interracial, ont déjà vécu avec leur famille biologique et connu des histoires d'abus et de négligence, sont adoptés par leur famille d'accueil.
- que les jeunes enfants (*infants*) placés pour adoption par une agence privée sont, en comparaison de ceux placés de manière indépendante, plus souvent des garçons, de minorité ethnique et en moins bonne santé.

L'étude examine également les différences et similarités ayant trait aux motivations des parents adoptifs en regard du mécanisme d'adoption choisi, aux services dont ils ont bénéficié, à leur satisfaction à l'égard des services reçus, aux coûts d'adoption, etc.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons classé sous ce mot-clé divers écrits abordant l'adoption d'un point de vue général. Certains textes présentent ainsi l'histoire et l'évolution de l'adoption dans le contexte américain (Sokoloff, 1993). D'autres examinent les diverses lois qui la régissent (Hollingsworth, 2000; Brooks, Barth, Bussiere et Patterson, 1999), présentent les instances ou mécanismes permettant sa réalisation (Berry, Barth et Needell, 1996; Emery, 1993; McDermott, 1993) ou encore, rendent compte de l'évolution des clientèles concernées – enfants à adopter, adultes qui veulent adopter– (Freundlich, 1998).

Mentionnons tout particulièrement un article paru récemment (Reitz, 1999) qui fait le point sur les grandes questions concernant l'adoption aux États-Unis à l'heure actuelle et ce, tant du point de vue de leur ancrage dans les cadres légal et professionnel que du point de vue des recherches pertinentes.

### 7.7.1.1- *Quelques pratiques d'ordre général en adoption*

Nous avons regroupé sous ce mot-clé des écrits un peu disparates ayant trait à diverses pratiques liées à l'adoption en général. Il peut s'agir de pratiques associées à une étape du processus, le recrutement des parents adoptifs par exemple (Clifford et Cropper, 1997), à une population en particulier, les Noirs notamment (Rodriguez et Meyer, 1990; Jackson, Dozier, Oliver et Gardner, 1997), à une approche donnée (McRoy, Oglesby et Grape, 1997), à certaines pratiques judiciaires, etc.

### 7.7.2- **L'adoption des enfants placés**

En 1996, le président Clinton a présenté le « *Adoption 2002 Initiative* » qui posait, comme but à atteindre d'ici 2002, de doubler le nombre d'adoptions et autres formes de placements permanents pour les enfants placés de façon temporaire (Sullivan et Freudlich, 1999 : 509). L'année suivante, était adoptée la loi intitulée « *Adoption and Safe Families Act* » (voir p. 44). Ces deux interventions fédérales ont attiré l'attention sur l'adoption, la présentant comme un service à promouvoir pour les enfants placés qui ne peuvent retourner dans leur famille biologique (Sullivan et Freudlich, 1999 : 507).

La loi de 1997 a pour but de protéger la santé et la sécurité des enfants, notamment en visant l'accélération du processus de destitution de leurs droits aux parents qui ont maltraité leurs enfants. Bien que reconnaissant que le but de la nouvelle loi soit légitime, Hollingsworth (2000) attire l'attention sur les dangers que l'application de cette loi peut receler du point de vue des droits des familles biologiques, à savoir de désavantager encore plus des enfants et des familles pauvres déjà défavorisés économiquement et politiquement. Du point de vue du droit des enfants, trois questions sont pertinentes selon elle :

First, can unbiased decisions be made with regard to the risk to a child and to the actions needed to prevent such risk in an atmosphere where adoptive placements are being encouraged and financially rewarded? Second, what programs have been found to be effective in ensuring the health and safety of children with their birth families and are these programs being adequately funded and promoted? Third, is adoptive placement with nonrelatives the best method for protecting the health and safety of children who must be removed? (Hollingsworth, 2000 : 185).

On peut également consulter à ce propos l'article de Reitz (1999 : 346).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous avons classé sous ce mot-clé quelques écrits abordant l'adoption des enfants placés à divers points de vue : de ses orientations (Hollingsworth, 2000), de certaines politiques en œuvre dans les États tel que le placement pour adoption avant que l'enfant ne soit légalement adoptable [*foster-adoptive placement policies*] (Mica et Vosler, 1990), de certaines pratiques telle que la médiation entre les personnes concernées (Heath, 1998).

Il importe de faire remarquer que la rubrique qui suit, soit l'adoption des enfants ayant des besoins spéciaux, pourrait presque être assimilée à l'adoption des enfants placés, comme on le verra.

### 7.7.3- L'adoption des enfants ayant des besoins spéciaux

Le terme « adoption d'enfants ayant des besoins spéciaux » (« special needs adoption ») renvoie à l'adoption d'enfants pour qui il est particulièrement difficile de trouver un foyer permanent. Le terme « enfants ayant des besoins spéciaux » inclut les enfants plus âgés, les enfants de couleur, les enfants ayant un handicap physique ou mental ou encore, des problèmes émotifs, de même que les enfants faisant partie d'une même famille (McKenzie, 1993 : 62, traduction quasi-intégrale). Un article plus récent (Sullivan et Freundlich, 1999 : 508) ajoute à cette liste les enfants qui ont été exposés avant leur naissance à diverses situations problématiques (abus d'alcool ou de drogue chez leurs parents, HIV-SIDA).

Un nombre croissant d'enfants placés sont en attente d'une famille d'adoption et la très grande majorité d'entre eux sont des enfants ayant des besoins spéciaux. En effet, la proportion d'enfants placés ayant des besoins spéciaux n'a cessé de croître parmi les enfants placés en attente d'une famille adoptive : de 47 % en 1984, la proportion avait grimpé à 72 % en 1990, alors qu'une enquête effectuée en 1996 dans vingt-cinq États montre que la proportion atteignait alors 93 % (Sullivan et Freundlich, 1999 : 508).

L'adoption d'enfants ayant des besoins spéciaux pose de nombreux défis au système. L'adoption de ces enfants se heurte tout d'abord à certaines attitudes négatives de la part des travailleurs dans les agences : plusieurs considèrent ces enfants comme étant inadoptables.

Comme le fait remarquer Avery (2000 : 402, mentionnant Coyne, 1990) : « Such an attitude colours decisions within agencies when scarce human resources are allocated and impact decisions of caseworkers and their supervisors about recruiting strategies, timing of information provisions about specific children, and contact between child and potential adoptive parents. ». D'autres barrières peuvent être associées aux travailleurs : un manque de connaissances sur les diverses maladies ou handicaps dont peuvent souffrir les enfants dont ils s'occupent, sur les services que les parents et les enfants peuvent avoir besoin, de même que sur la disponibilité de ces services; un manque de formation qui leur permettrait de recruter plus efficacement des familles adoptives pour ce genre d'enfants (*ibid.*). De plus, des pratiques de sélection des parents adoptifs utilisées par diverses agences n'aident pas la cause de ces enfants : on jugera inapproprié de placer des enfants pour adoption avec des parents homosexuels, d'une autre race, avec un parent seul, avec une famille comptant d'autres enfants et ce, même si c'est contraire aux lois (Avery, 2000 : 414-415). Ainsi, l'un des arguments majeurs avancé pour lever les barrières à l'adoption interraciale (qui se traduira par l'adoption du *Multiethnic Placement Act* de 1994), à savoir la sur-représentation des enfants afro-américains dans les milieux de placement en raison d'un manque de parents adoptifs de leur race, est relativisé par de nombreuses études. Cette sur-représentation résulterait aussi de la répugnance des agences publiques et privées à établir ou à utiliser des programmes spécialisés de recrutement des minorités, programmes qui ont pourtant fait leur preuve (résultats d'études présentés dans Avery, 2000 : 402-403).

De leur côté, les parents désireux d'adopter un enfant ayant des besoins spéciaux doivent s'attendre à rencontrer des difficultés sans aucun doute plus grandes que les autres. Selon Avery (2000), l'emphase de la loi sur l'importance de trouver un foyer permanent pour tous les enfants sera vaine si une attention toute particulière n'est pas accordée à la préparation de ces parents adoptifs potentiels, de même qu'à l'octroi de services de soutien adéquats.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

De nombreux écrits abordent la question de l'adoption d'enfants ayant des besoins spéciaux. Un numéro thématique du périodique *Child Welfare* est d'ailleurs paru récemment sur ce sujet (1999, n° 5). Les dix articles de ce numéro sont organisés en trois catégories : l'utilisation d'une approche efficace pour répondre aux besoins diversifiés de ces enfants, l'amélioration des services publics d'adoption, le renforcement de la pratique au moyen de la recherche (Sullivan et Freundlich, 1999 : 510). Par ailleurs, un article fort intéressant aborde pour sa part les efforts déployés par les agences pour placer les enfants les plus difficiles à placer (*the hardest-to-place children*), en examinant la perception et la pratique des intervenants à cet égard (Avery, 2000). D'autres écrits se penchent sur les services particuliers que reçoivent ou devraient recevoir les parents qui adoptent ces enfants (Kramer et Houston, 1999), d'autres encore examinent le fonctionnement de familles où ce type d'adoption a réussi (Groze, 1996). Signalons enfin, bien qu'il s'agisse d'un article moins récent, qu'un portrait assez complet de ce champ de l'adoption est présenté par McKenzie (1993).

À noter que si l'adoption d'enfants placés de race noire est fréquemment incluse dans la littérature des enfants ayant des besoins spéciaux, l'adoption de ces enfants par une famille blanche constitue à elle seule tout un pan de la littérature.



#### 7.7.4- L'adoption interraciale

Dans le contexte américain, le terme « adoption interraciale » est habituellement réservé aux adoptions de cette nature effectuées à l'intérieur du pays, soit l'adoption d'enfants afro-américains par des familles de race blanche (Reitz, 1999 : 342).

L'adoption interraciale a commencé aux États-Unis au cours des années 1960 en raison d'un déséquilibre entre l'offre et la demande : alors que le nombre de bébés blancs en bonne santé pouvant être adoptés diminuait, le nombre d'adultes blancs qui cherchaient à adopter augmentait (Sokoloff, 1993). Au même moment, s'organisaient et prenaient de plus en plus d'ampleur les mouvements de lutte des Noirs contre la discrimination dont ils faisaient l'objet. C'est dans ce contexte qu'en 1972, l'Association nationale des travailleurs sociaux noirs (*National Association of Black Social Workers*) prenait position publiquement pour dénoncer cette pratique, alléguant des conséquences néfastes pour ces enfants : perte de leur identité, de leur culture, mauvaise préparation pour affronter le racisme, etc. Leur protestation a suscité suffisamment d'appui pour que l'adoption interraciale diminue considérablement (Reitz, 1999 : 341; Curtis et Alexander, 1996 : 401-402; Schulman et Behrman, 1993 : 11). Par la suite, dans certains États, la préférence a été accordée à l'appariement selon la race.

Ayant toujours été controversée, la question de l'adoption interraciale a repris une nouvelle vigueur dans les années 1990, l'opposition à l'adoption interraciale s'étant affaiblie en cours de route. Ainsi, dans les années 1980, des parents blancs ayant été écartés en voulant adopter des enfants noirs ont porté leur cause devant les tribunaux et ont obtenu gain de cause (Curtis, 1996). De plus, au vu d'une sur-représentation des enfants afro-américains dans les milieux de placement, on a dénoncé le fait que nombre d'entre eux attendaient en famille d'accueil (placement) seulement parce qu'il n'y avait pas de parents adoptifs de leur race (Hollingsworth, 1998; Avery, 2000 : 403).

Deux lois, le *Multiethnic Placement Act* de 1994 et le *Removal of Barriers to Interethnic Adoption* de 1996<sup>77</sup>, spécifient d'une part, que l'adoption d'un enfant ne peut être compromise du seul fait de considérations raciale ou ethnique, d'autre part, que les États doivent faire des efforts de recrutement spécifiques et consciencieux pour trouver des parents potentiels correspondant aux caractéristiques ethniques ou raciales des enfants placés.

Comme le fait remarquer Reitz (1999 : 342), la loi est complexe, difficile à interpréter et controversée mais en pratique, elle est souvent interprétée : « as essentially stating that homes for children are more important than racial considerations. ». Elle est aussi difficile à appliquer : la question raciale peut être prise en considération lors du placement d'un enfant, mais ce facteur ne peut en être qu'un parmi d'autres en regard du meilleur intérêt de l'enfant (Curtis et Alexander, 1996 : 403). Ce qui fait dire à Brooks, Barth, Bussiere et Patterson (1999 : 171) : « [...] child welfare workers still will have to make decisions about the importance of race in the life of an individual child and whether there are reasons that the best interest of the child requires consideration of race. ». Ces mêmes auteurs mettent en évidence d'autres raisons qui posent un défi d'importance pour l'application des deux lois.

---

<sup>77</sup> Pour plus d'informations sur ces deux lois, voir page 46.

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Parmi les écrits classés sous cette rubrique, certains fournissent des éclaircissements sur les lois récentes relatives à l'adoption interraciale : on retiendra tout particulièrement le texte de Brooks, Barth, Bussiere et Patterson (1999) car il concerne les deux lois, alors que le texte de Curtis et Alexander (1996) n'examine que la loi de 1994. De nombreux autres écrits examinent le débat entourant l'adoption interraciale : l'origine de la controverse, la position de chacune des parties, le danger d'y voir « la » solution, etc. (Curtis, 1996; McRoy et Hall, 1996; Hollingsworth, 1998; Courtney, 1997). Enfin, certains textes rendent compte des effets ou conséquences sur les enfants d'avoir été adoptés par des parents d'une autre race.

### 7.7.4.1- L'adoption interethnique

Bien que l'adoption interraciale ne soit qu'une composante de l'adoption interethnique (notamment dans le cadre des deux lois mentionnées précédemment), nous avons cru bon, vu la spécificité de la controverse, de faire la distinction entre celle-ci et les autres adoptions interethniques à l'intérieur du pays. Il en résulte que seulement quelques écrits apparaissent sous la présente rubrique, le cas d'enfants d'origine mexicaine adoptés par des familles blanches.

### 7.7.5- L'adoption internationale

L'adoption d'enfants nés à l'étranger (et non américains) représente environ 16 % à 20 % de l'ensemble des adoptions non intrafamiliales réalisées aux États-Unis à chaque année.

D'après la présentation qu'en fait Bartholet<sup>78</sup> (1993 : 90), l'adoption d'un enfant étranger n'est pas chose facile pour les parents américains. Ils doivent satisfaire aux lois et politiques de leur État de résidence, à celles de l'État fédéral et à celles du pays de résidence de l'enfant qu'ils veulent adopter. Le manque d'intégration entre ces diverses juridictions fait en sorte que les parents et leur futur enfant seront évalués de nombreuses fois par plusieurs agences différentes, rempliront une foule de formulaires, etc. (*ibid.* : 92-93).

Les parents doivent d'abord satisfaire aux exigences de compétence parentale et autres conditions requises dans leur État de résidence. Une évaluation positive de leur foyer (*satisfactory home study*) est une condition préalable à toute adoption internationale en vertu de la loi fédérale. Au niveau fédéral ensuite, afin d'obtenir un visa préférentiel (*preferential visa*) leur permettant de faire entrer l'enfant au pays immédiatement, ils doivent satisfaire, cette fois, aux critères fédéraux de compétence parentale et remplir diverses formalités (*ibid.* : 92). En vertu de la loi d'immigration américaine, seuls des enfants étrangers reconnus « orphelins » selon une définition étroite établie par cette loi peuvent être adoptés par des parents américains : l'adoption de certains enfants peut ainsi être interdite même si, en vertu des lois de leur pays, ces enfants ont été reconnus adoptables [*free for adoption*] (*ibid.* : 92-93). Dans la très vaste majorité des États, un jugement d'adoption doit être prononcé aux États-Unis, même si une telle procédure d'adoption a déjà été réalisée dans le pays d'origine de l'enfant (*ibid.* : 93). Enfin, les enfants adoptés à l'étranger ne devenant pas citoyens

---

<sup>78</sup> À noter que les informations présentées dans cette section sont, à moins d'indications contraires, issues de cette source.

américains du seul fait de leur adoption par des citoyens américains, la dernière démarche pour conclure le processus d'adoption internationale est une demande de citoyenneté à l'égard de l'enfant adopté (*ibid.*).

Plusieurs agences d'adoption américaines ont établi des ententes avec des agences étrangères, ce qui facilite énormément le processus pour les parents adoptifs potentiels. Cependant, le coût à défrayer par les parents est d'au moins 10 000 \$ (en 1993), plusieurs adoptions pouvant coûter entre 15 000 \$ et 25 000 \$ et encore, si tout va bien (*ibid.* : 93-94).

En 1997, 13 261 enfants provenant d'un autre pays ont été adoptés aux États-Unis. Presque la moitié de ces enfants étaient originaires d'un pays asiatique (47,6 %), alors que 35,4 % venaient d'Europe de l'Est; les autres enfants adoptés provenaient de divers pays dont 9,0 % d'Amérique centrale et 4,0 % d'Amérique du Sud (Reitz, 1999 : 342<sup>79</sup>). Les enfants originaires de l'Europe de l'Est ont connu de nombreux traumatismes, les enfants de la Roumanie par exemple, et leur adoption par des citoyens américains, souvent mal préparés à y faire face, ne va pas sans difficultés (*ibid.* : 343)

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Les écrits classés sous cette rubrique abordent divers aspects de l'adoption internationale aux États-Unis. L'article de Bartholet (1993), quoique pas très récent, explique fort bien, comme on l'a vu, en quoi consiste l'adoption internationale aux États-Unis. La plupart des autres écrits s'attachent à examiner la situation particulière de l'adoption en provenance de divers pays : de la Corée, le premier pays avec lequel s'est développé l'adoption internationale aux États-Unis (Sarri, Baik et Bombyk, 1998), de la Roumanie (Groze et Ileana, 1996), de la Chine (Vonk, Simms et Nackerud, 1999). Quelques écrits examinent la dimension de différence raciale ou culturelle qu'impliquent la plupart des adoptions internationales (Carstens et Julia, 2000).

### 7.7.6- L'adoption : quelques situations particulières

Nous avons classé ici des écrits abordant l'adoption par des adultes ayant certaines caractéristiques faisant qu'ils ne sont généralement pas acceptés d'emblée comme pouvant devenir parents adoptifs : les couples homosexuels, les parents seuls (Shireman, 1995).

### 7.7.7- L'adoption ouverte<sup>80</sup>

Contrairement aux rubriques précédentes qui traitent de l'adoption à l'égard de populations d'enfants ou de parents en particulier, l'adoption dite ouverte renvoie plutôt à une façon de faire dans le domaine de l'adoption. La définition et la pratique de l'adoption ouverte se situe sur un continuum d'intensité :

---

<sup>79</sup> Calcul des proportions effectué à partir des chiffres rapportés par Reitz (provenant de *Adoptive Families of America*, 1998 : 7.)

<sup>80</sup> Le concept d'ouverture en matière d'adoption renvoie également à ce que, au Québec, on nomme « le mouvement des retrouvailles », c'est-à-dire des enfants adoptés devenus adultes qui désirent retrouver leurs parents biologiques, et *vice versa* (Schulman et Behrman, 1993 : 13). Comme cet aspect de l'ouverture en adoption déborde notre propos, nous n'en traiterons pas ici.

Elle implique, minimalement, que les parents biologiques puissent lire et sélectionner une biographie, souvent écrite et illustrée de manière convaincante par des parents adoptifs potentiels. À l'autre extrême, les parents biologiques rencontrent, dévoilent toutes les informations pertinentes et entretiennent librement des contacts avec les parents adoptifs selon des modalités établies entre eux. » (Reitz, 1999 : 339, notre traduction).

Concrètement, l'ouverture en matière d'adoption se situe généralement entre ces deux extrêmes et peut être modifiée dans le temps. En outre, la pratique de l'adoption ouverte varie très fortement selon les États : dans certains États, elle n'est pas accessible, dans d'autres, il s'agit de la pratique dominante (*ibid.*).

L'adoption ouverte a été implantée aux États-Unis, à divers degrés, à partir du milieu des années 1970. Cette approche d'ouverture contraste avec la situation qui existait auparavant, laquelle impliquait la confidentialité et l'anonymat de chacune des parties. Selon Berry (1993a), l'adoption ouverte a des protagonistes tout autant que des adversaires. Les protagonistes de cette approche y voient une meilleure prise en compte des besoins des diverses parties concernées : l'adoption ouverte éviterait aux parents adoptifs de se faire de fausses croyances à l'égard de leur enfant; elle diminuerait la douleur associée à la séparation chez les mères biologiques; elle préviendrait la confusion à propos de leur identité chez les enfants adoptés. Du côté des adversaires, on croit que l'adoption ouverte peut aggraver l'insécurité des parents adoptifs, qu'elle peut prolonger la douleur de la mère biologique surtout s'il s'agit d'une mère adolescente, qu'elle peut affecter le processus de formation d'un lien affectif entre les parents adoptifs et l'enfant et nuire ainsi au développement de ce dernier (Berry, 1993a : 126-129, voir l'article pour de plus amples détails).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Les écrits apparaissant sous ce mot-clé décrivent ce qu'est l'adoption ouverte, de même que les variantes de sa pratique (Gritter, 1997; Gross, 1997). Les effets de l'adoption ouverte sont relatés par de nombreux auteurs. Selon Reitz (1999 : 340), les bénéfices de l'adoption ouverte (à savoir comment elle peut aider à rencontrer les besoins des trois partenaires de la triade à toutes les étapes de leur vie) ont d'abord été reconnus par trois articles de Chapman, Dorner, Silber et Winterberg (1986, 1987a, 1987b). D'autres écrits ont ensuite examiné les effets sur les parents adoptifs (Berry, 1993b), sur les mères biologiques (Cushman, Kalmuss et Namerow, 1997), ou encore la dynamique que l'adoption ouverte installe entre les partenaires concernés (Grotevant et McRoy, 1998). Les modifications que cette nouvelle façon de faire implique pour la pratique des agences sont également rapportées dans plusieurs écrits (Henney, Onken, McRoy et Grotevant, 1998).

### 7.7.8- Les effets de l'adoption sur les enfants

Nous avons regroupé sous cette rubrique les écrits présentant les résultats de nombreuses études ayant examiné les effets de l'adoption sur les enfants adoptés. Ces études ont trait à l'examen de divers facteurs permettant de juger de l'adaptation des enfants dans leur nouvelle famille (*adjustment outcomes*), de leur développement émotif, comportemental et social (estime de soi, formation de l'identité, insertion sociale), de leur développement cognitif, etc.

Certaines études comparent l'adaptation et le développement des enfants adoptés et des enfants non adoptés (Sharma, McGue et Benson, 1996a, 1996b; Feigelman, 1997). Mais

la plupart examinent les conséquences ou les effets de l'adoption sur les enfants adoptés selon diverses caractéristiques. Sont ainsi rapportés les résultats d'études sur le développement d'enfants afro-américains jugés très vulnérables (Hoopes, Alexander, Silver, Ober et Kirby, 1997); sur l'adaptation d'enfants d'origine mexicaine adoptés dans un contexte interethnique (Bausch et Serpe, 1997); sur les retombées de l'adoption par un parent seul (Shireman, 1995).

Des écrits présentent également les effets de l'adoption sur les enfants selon diverses formes d'adoption : interracial, internationale, ouverte, etc. Dans la recension informatisée, on pourra facilement repérer ces écrits en sélectionnant à la fois le présent mot-clé (7.7.8-Adoption : effets) et le mot-clé de la catégorie qui nous intéresse, par exemple 7.7.4-Adoption interracial.

### **7.7.9- Les parents concernés par l'adoption**

Nous avons classé sous les deux rubriques qui suivent des écrits qui concernent les parents impliqués dans le processus d'adoption : les parents adoptifs et les parents biologiques. Il s'agit de textes qui analysent les motivations qui ont guidé la décision des parents, soit de consentir à l'adoption de leur enfant, soit d'adopter un enfant. D'autres écrits examinent l'expérience vécue par ces parents, leur adaptation au changement introduit par l'adoption, leur satisfaction, etc.

#### *7.7.9.1- Les parents adoptifs*

#### *7.7.9.2- Les parents biologiques*

### **7.8- LES SERVICES POUR LES FAMILLES SANS ABRI**

Des mères et leurs enfants qui se retrouvent sans abri constituent un problème social en augmentation aux États-Unis. Les refuges constituent l'un des services offerts à ces familles. Selon l'analyse qu'en ont fait Weinreb et Rossi (1995), les refuges pour familles sans abri sont organisés principalement par des commanditaires privés (*private sponsors*), ils ne constituent pas un système coordonné mais plutôt un regroupement de programmes isolés faiblement reliés entre eux; de plus, les pratiques utilisées dans ces refuges font en sorte qu'ils excluent souvent les familles qui en auraient le plus besoin.

Divers écrits ayant trait à la problématique des familles sans abri et aux services qui leur sont offerts ont été regroupés sous ce mot-clé.

### **7.9- LES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU SYSTÈME DE SERVICES SOCIAUX**

Malgré l'importance de leur rôle, les travailleurs et travailleuses du système de services sociaux américain sont peu qualifiés, mal payés, connaissent un taux de roulement élevé. Tous les écrits consultés le confirment (Larner, Stevenson et Behrman, 1998 : 12; Costin, Karger et Stoesz, 1996 : 157-161; Johnson, Schwartz et Tate, 1997 : 173-174; Goerge, 1994).

Bien qu'habituellement désignés sous le vocable de « travailleurs sociaux », le plus souvent, les travailleurs et travailleuses des CPS n'ont pas une telle formation.

[...] les résultats d'une étude effectuée en 1988 auprès de 5 000 membres du personnel des CPS dans 16 États a trouvé que seulement 28 % d'entre eux avaient un diplôme en service social (*social work degree*). Plus encore, plusieurs n'avaient même pas de diplôme d'études collégiales (*college degree*). Cela peut s'expliquer aisément par les faibles salaires qui ont cours dans le domaine. Une enquête nationale menée auprès des agences de services sociaux pour enfants (*child welfare agencies*) en 1995 révèle que, dans les agences publiques, le salaire médian des travailleurs fournissant des services directs étaient d'environ 28 000 \$ pour ceux qui avaient un diplôme comprenant quatre années de collège et moins de 33 000 \$ pour ceux qui ont une maîtrise en travail social. Le salaire des travailleurs n'ayant pas de diplôme collégial n'était pas mentionné. (Larner, Stevenson et Behrman, 1998 : 12, rapportant les résultats de Lieberman, Hornby et Russell [1988] et de Curtis et Boyd [1996], notre traduction).

À ce propos, certains auteurs parlent de la « déprofessionnalisation » des services sociaux à l'intention des enfants, principalement dans les agences publiques (Johnson, Schwartz et Tate, 1997 : 173). En outre, comme ces travailleurs sont mal payés, sous-qualifiés, effectuent un travail comportant un haut niveau de stress, ont fréquemment une charge de travail très lourde, retenir des travailleurs d'expérience est un problème persistant des agences (Goerge, 1994 : 205).

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

Les écrits regroupés sous ce mot-clé concernent les travailleurs et travailleuses des agences de services sociaux. Certains textes abordent leurs caractéristiques et les conséquences possibles de celles-ci (Goerge, 1994 : 205), leurs conditions salariales (Curtis et Boyd, 1996), évaluent leur compétence en regard de certaines fonctions (Kessler et Greene, 1999). Plusieurs écrits abordent la question de leur formation (Tracy et Pine, 2000; Bending, 1997).

### 7.10- LES RELATIONS ENTRE LES PARENTS ET LE SYSTÈME

Nous avons classé sous ce mot-clé quelques écrits touchant de près ou de loin les relations entre les parents et le personnel des services sociaux. On y trouve, par exemple, une étude portant sur les attitudes des parents de milieux défavorisés qui cherchent de l'aide auprès des services sociaux (Keller et McDade, 2000), une autre qui examine la perception qu'ont de la négligence envers les enfants deux groupes qui y sont impliqués : les mères et les travailleurs ou travailleuses des services sociaux (Rose et Meezan, 1995).

### 7.11- LA RECHERCHE DANS LE CHAMP DES SERVICES SOCIAUX

En marge de notre propos, les écrits rassemblés sous cette rubrique concernent la recherche sur diverses problématiques relatives à la prise en charge des enfants par le système des services sociaux. La majeure partie de ces écrits traitent de la maltraitance envers les enfants.

## 7.12- QUELQUES STATISTIQUES

Pour éclairer autrement la question des services sociaux aux États-Unis, nous présentons ici quelques statistiques ayant trait aux services offerts, aux clientèles desservies et à la victimisation des enfants. Dans la recension informatisée, les écrits présentant des informations statistiques ont été classés sous ce mot-clé.

### **Les services offerts en vertu du *Social Services Block Grant (Title XX)***

Comme on l'a vu précédemment, les fonds du programme fédéral *Social Services Block Grant (Title XX)* peuvent être utilisés par les États pour offrir divers services à dimension sociale. En 1995, au niveau national, 22 % de ces fonds ont servi à offrir des services sociaux aux enfants et à leur famille (U.S. House of Representatives, 1998 : 720-721), soit :

- 11,0 % pour des services de protection des enfants;
- 10,4 % pour des services de placement pour enfants;
- 1,1 % pour des services d'adoption.

### **Les clientèles desservies par les services sociaux**

Les statistiques présentées dans cette partie dressent le portrait des clientèles desservies par les services sociaux dans l'ensemble des États-Unis, en 1998, selon le genre de services reçus (Source : National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, s.d. [2000b]).

#### *Services de prévention*

Un nombre estimé à 1 397 000 enfants ont reçu des services préventifs, soit 20 enfants sur 1000 (2 %).

#### *Services de protection*

Ces services évaluent les rapports reçus par les agences locales de CPS (*child protective services*) pour de possibles mauvais traitements infligés à des enfants et décident de l'action ultérieure à poser.

Dans l'ensemble des États-Unis, en 1998 :

2 806 000 cas ont été rapportés;

68 % de ces cas ont été retenus pour évaluation ou enquête;

- 53,1 % des cas retenus ont été rapportés par des professionnels; les autres, par des non professionnels, incluant la famille et des membres de la communauté.
- annuellement, chaque travailleur de CPS a évalué et enquêté sur 94 cas en moyenne.

29,2 % des enquêtes ont révélé qu'il y avait eu mauvais traitements.

## *Services fournis aux enfants victimes de mauvais traitements*

### *– Services post-évaluation*

Les services post-évaluation (*post-investigation services*) ont pour objectif non seulement de prévenir l'apparition d'actes de mauvais traitements dans l'avenir, mais aussi de réparer quelque tort que ce soit que l'enfant ait pu subir. En moyenne, le délai entre la date du rapport et le début de l'intervention a été de 29 jours. Ont reçu de tels services en 1998, dans l'ensemble des États-Unis :

409 000 enfants victimes de mauvais traitements;

211 000 enfants dont l'évaluation n'a pas prouvé qu'il y ait eu mauvais traitements.

### *– Services de placement*

144 000 enfants victimes de mauvais traitements ont été placés en foyer d'accueil;

33 000 enfants, non victimes, ont été placés sous la garde et la supervision des agences de services sociaux (*child welfare agencies*), soit pour supervision de prévention ou pour une certaine période de temps durant l'évaluation.

### *– Services de family preservation*

Au cours des cinq années précédentes, parmi les enfants victimes :

21,8 % avaient reçu des services de *family preservation*;

5,5 % avaient été réintégrés dans leur famille biologique.

## **La victimisation des enfants aux États-Unis**

Dans le contexte des statistiques rapportées ici, les enfants victimes de mauvais traitements sont définis comme étant des enfants pour lesquels il a été reconnu qu'ils ont expérimenté ou ont été à risque d'expérimenter un mauvais traitement<sup>81</sup> (Source : National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information (s.d. [2000b])).

### *Nombre d'enfants victimes de mauvais traitements*

En 1998, dans l'ensemble des États-Unis, il y a eu 903 000 enfants victimes de mauvais traitements (nombre estimé), soit 12,9 pour mille enfants (13,9 pour mille en 1997).

Selon le type de maltraitance, les enfants victimes se répartissent comme suit :

53,5 % : négligence;

22,7 % : abus physique;

11,5 % : abus sexuel;

---

<sup>81</sup> « [...] children who are found to have experienced or be at risk of experiencing a substantiated or indicated maltreatment. » (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. (s.d. [2000b])).



6 % (environ) : abus psychologique;

6 % (environ) : négligence médicale.

Mais 25,3 % des enfants ont été victimes de plus d'un type de mauvais traitements.

#### *Caractéristiques des victimes*

##### *- Âge*

Le plus haut taux de victimisation s'observe chez les enfants de 0-3 (14,8 cas pour 1000 enfants); le taux diminue ensuite en fonction de l'augmentation de l'âge.

##### *- Race-ethnie*

3,8 pour mille : Asie-Iles du Pacifique (*Asian/Pacific Islander*)

8,5 pour mille : Blancs d'origine anglo-saxonne (*Caucasian*)

10,6 pour mille : Hispaniques

19,8 pour mille : Autochtones et Alaska (*American Indians/Alaska Natives*)

20,7 pour mille : Afro-américain (*African-American*)

---

## CLASSIFICATION DE LA RECENSION INFORMATISÉE DES ÉCRITS

Rappelons d'abord que les rubriques qui structurent cette recension des écrits sont inspirées d'un schéma théorique élaboré par Renée B.-Dandurand (1994).

### 1- MODE DE CLASSIFICATION

Dans la recension informatisée, les écrits sont classés selon des mots-clés et ce, à deux niveaux :

- a) par grands thèmes;
- b) selon des points particuliers à l'intérieur de chaque grand thème.

De manière générale, nous avons tenté de classer les ouvrages au plus près de leur contenu. Il est alors apparu que certains écrits abordent plusieurs thèmes (niveau 1) ou sous-thèmes (niveau 2) à la fois. Dans la recension informatisée, ces écrits sont classés, au niveau 1, selon tous les grands thèmes concernés. Au niveau 2, ils sont également classés selon les divers sous-thèmes pertinents; nous avons toutefois évité de multiplier indûment ces sous-thèmes, la majorité des écrits n'ayant qu'un seul mot-clé à ce niveau cependant qu'on peut en compter jusqu'à quatre dans quelques cas.

#### A- Classification par grands thèmes

À ce premier niveau, la classification regroupe l'ensemble des ouvrages se rapportant à l'un ou l'autre des deux grands thèmes de cette recension d'écrits. Les mots-clés correspondants sont les suivants :

6 - SANTÉ

7 - PALLIATIF PUBLIC

Rappelons que les disquettes jointes avec la première partie de ce rapport concernaient les autres thèmes de la prise en charge (privée et publique) des enfants américains, soit Famille, Complément privé, Entretien, Garde et Éducation (cf. Saint-Pierre, 1998).

#### B- Classification par sous-thèmes

À un second niveau, les écrits sont classés selon des points plus spécifiques. Une certaine hiérarchisation ressort de ce classement. On remarquera en effet que la notation chiffrée de certains sous-thèmes se termine par zéro. De manière générale, cela marque alors une spécificité accrue des points qui suivent.

Considérons par exemple les points suivants:

7.04.0- Protection : système

7.04.1- Cours de justice (vs protection des enfants)

7.04.2- Processus vs protection des enfants

Les écrits répertoriés sous le mot-clé « 7.04.0-Protection : système » traitent de l'ensemble du système de protection des enfants : ils peuvent donc inclure des informations relatives aux points suivants. Par contre, les écrits classés sous les mots-clés suivants « 7.04.1-Cours de justice (vs protection des enfants) » et « 7.04.2-Processus vs protection des enfants » ne concernent que l'aspect du système qui est spécifié. Autrement dit, on passe du plus général au particulier.

Les mots-clés retenus à ce deuxième niveau sont les suivants :

**(6.0- SANTÉ)**

6.1.0- Système de santé

6.1.1- Système-enfants (composantes en direction des)

6.2- Structures publiques du système de santé

6.3.0- Assurance-santé (caractéristiques et couverture)

6.3.1- Assurance-enfants (couverture et caractéristiques)

6.4.1.0- *Medicaid*

6.4.1.1- *Medicaid*-enfants : couverture

6.4.1.2- EPSDT (*Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment*)

6.4.2- CHIP (*Children's Health Insurance Program*)

6.5.1.0- *Managed-care*

6.5.1.1- Enfants et *managed-care*

6.5.1.2- *Medicaid* et *managed-care*

6.5.2- MCH (*Maternal and Child Health Program*)

6.5.3- WIC (*Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children*)

6.6.0- Accès-utilisation (par les enfants des services de santé)

6.6.1- Enfants (aspects des services de santé aux )

6.6.2- Périnatalité (services de santé en)

6.6.3- Scolaire (services de santé en milieu)

6.6.4- Intervenants en santé

6.7- Bilan de santé des enfants (indicateurs et-ou analyse)

**(7.00- PALLIATIF PUBLIC)**

7.01.1- Système : fédéral

7.01.2- Système : États

7.01.3- Système : local

7.01.4.0- Privatisation du système et achat de services

7.01.4.1- Organismes bénévoles

7.01.5- *Managed-care*

7.02.0.0- Vue d'ensemble des services sociaux

7.02.1.0- Orientations des services sociaux

7.02.1.1- Aide sociale et protection des enfants

## 7.02.2- Programmes fédéraux

- 7.03.1- Soutien aux familles (services de)
- 7.03.2- Scolaire (services sociaux en milieu)
- 7.03.3- Intervention précoce (programmes)
- 7.03.4- Grossesses adolescentes (prévention et soutien)
- 7.03.5- Handicapés (services aux enfants)
- 7.03.6- Prévention : autres services ou programmes

## 7.04.0- Protection : système

- 7.04.1- Cours de justice (vs protection des enfants)
- 7.04.2- Processus vs protection des enfants
- 7.04.3- Violence conjugale et protection des enfants

## 7.05- *Family Preservation* (services de préservation familiale)

## 7.06.0- PLACEMENT

- 7.06.1.0- Orientations, histoire et lois vs placement
- 7.06.1.1- Lois vs interracial et interethnique (placement)
- 7.06.1.2- Fonctionnement du système de placement
- 7.06.2.0- Familles d'accueil
- 7.06.2.1- Accueil-parenté (familles d'accueil au sein de la parenté « *kinship foster care* »)
- 7.06.2.2- Parents d'accueil
- 7.06.3- Autres milieux de placement (institutions, groupes)
- 7.06.4- Trajectoires des enfants placés
- 7.06.5- Services pour les enfants placés
- 7.06.6- Effets du placement sur les enfants

## 7.07.0- ADOPTION

- 7.07.1.0- Général (considérations générales sur l'adoption)
- 7.07.1.1- Pratiques d'ordre général en adoption
- 7.07.2- Enfants placés (adoption des)
- 7.07.3- Besoins spéciaux (adoption des enfants ayant des) : « *special-needs adoption* »
- 7.07.4.0- Interracial (adoption)
- 7.07.4.1- Interethnique (adoption)
- 7.07.5- Internationale (adoption)
- 7.07.6- Situations particulières (adoption)
- 7.07.7- Ouverte (adoption)
- 7.07.8- Effets de l'adoption sur les enfants
- 7.07.9.1- Parents adoptifs
- 7.07.9.2- Parents biologiques

## 7.08- Familles sans abri (services pour les)

## 7.09- Travailleurs-travailleuses

## 7.10- Relations familles-système de services sociaux

7.11- Recherches dans le champ des services sociaux

7.12- Statistiques

## 2- **ATTRIBUTION DE MOTS-CLÉS FACULTATIFS**

En supplément des mots-clés de la liste présentée précédemment, d'autres mots-clés sont utilisés de manière facultative, c'est-à-dire seulement s'il y a lieu. Ces mots-clés sont les suivants :

- A- INTERNET (site ou page)
- B- ÉTAT (par État ou pour un-des États en particulier)
- C- COMPARAISON-PAYS
- CP- [Nom du pays]
- E- [nom de l'État]

À noter que ces mots-clés sont identifiés par une lettre (A, B, C, CP, E) seulement pour la commodité de l'utilisation de ProCite5. En effet, cet ajout est nécessaire afin que, lorsqu'on utilise la commande « TERMS », puis « Keyword », la liste des mots-clés apparaissant à l'écran conserve l'ordre de classification mentionné ci-dessus.

### **A- INTERNET (site ou page)**

On trouve à l'heure actuelle une foule d'informations sur le réseau Internet. Nous avons donc ajouté la mention « INTERNET (site ou page) » dans les mots-clés de la présente recension informatisée. Cela permet de repérer facilement les enregistrements de différents sites Internet pertinents à notre propos ou d'une page en particulier d'un site correspondant à un thème précis de la recension; les coordonnées permettant d'y avoir accès sont fournies.

### **B- ÉTAT (par État ou pour un-des États en particulier)**

Ce mot-clé est attribué lorsque des écrits examinent, sur un point donné, la situation selon les États ou pour un ou des États en particulier. De manière générale, ce mot-clé est accompagné d'un autre mot-clé (ou d'autres mots-clés) identifiant le ou les États concernés.

*Identification d'un État en particulier : E-[nom de l'État]*

L'identification des divers États américains est précédé de la lettre « E », comme par exemple « E-Illinois », « E-Californie », etc.

### **C- COMPARAISON-PAYS**

Ce mot-clé est employé pour identifier des écrits qui établissent une comparaison de la situation américaine avec celles d'autres pays. De manière générale, ce mot-clé est accompagné d'un autre mot-clé (ou d'autres mots-clés) indiquant par rapport à quel(s) pays la comparaison est effectuée.

*Identification du pays : CP-[Nom du pays]*

La mention du nom des pays en cause lors d'écrits comparatifs n'est pas exhaustive. Nous avons plutôt choisi de ne retenir que l'identification des pays pour lesquels ce travail de recension a également été effectué, soit la France, la Suède et le Québec et le Canada. Par ailleurs, la mention « Europe » renvoie à des comparaisons impliquant un ou des pays d'Europe autres que la France et la Suède. Exemples : « CP-France », « CP-Canada », etc.

---

## FICHIERS PROCITE 5 INCLUS SUR LA DISQUETTE CONTENU ET PROCÉDURES D'UTILISATION

### 1- CONTENU DE LA DISQUETTE

Sur la disquette de cette recension d'écrits, apparaissent trois répertoires (ou dossiers), chacun correspondant à un répertoire du logiciel ProCite 5 :

- Database
- Forms
- Styles

Chacun de ces répertoires contient un ou plusieurs fichiers.

#### Database

Ce répertoire contient les fichiers relatifs à la banque de données bibliographiques comme telle:

- US-Pce-TomeII.pdt : fichier de données (ProCite Database)
- US-Pce-TomeII.pdx : fichier d'indexation des données (ProCite Index)

#### Forms

Ce répertoire comprend 5 fichiers (.pwf), chacun correspondant à un formulaire d'enregistrement. Chacun de ces formulaires définit les champs utilisés pour créer l'enregistrement d'un type donné de références bibliographiques, à savoir :

- Article.pwf
- Chapitre.pwf
- Livre.pwf
- These.pwf
- Www.pwf

Ces fichiers (ou formulaires d'enregistrement) ont été adaptés spécialement pour cette recension d'écrits, c'est-à-dire traduction des termes en français et inclusion des seuls champs (*fields* ou *terms*) utilisés dans chaque formulaire.

#### Styles

Ce répertoire comprend un seul fichier :

- familia5.pos

Ce fichier contient toutes les spécifications que nous avons définies (et francisées) afin d'obtenir une version formatée correspondant à chacun des cinq types de références bibliographiques incluses dans cette recension.

La version formatée d'un enregistrement peut être visionnée directement à l'écran à partir de la commande « Preview Pane » (dans *View*); c'est également la version formatée d'un enregistrement qui apparaîtra lorsqu'on fera imprimer une bibliographie par les commandes « Print Bibliography » ou « Print Subject Bibliography » (dans *File*), que ce soit en copie papier « avec *Print* » ou en tant que fichier informatique sauvegardé « avec *Save* »)

## 2- PROCÉDURES D'UTILISATION

### A. Copie des fichiers

Copier les fichiers contenus dans chaque répertoire apparaissant sur la disquette dans les répertoires correspondant du logiciel ProCite 5.

- Database : 2 fichiers
- Forms : 5 fichiers
- Styles : 1 fichier

### B. Configuration de certains éléments de ProCite 5

Pour une utilisation optimale de la banque de données bibliographiques, nous recommandons d'effectuer les étapes indiquées ci-dessous.

- Démarrer ProCite 5
- Ouvrir le fichier de données bibliographiques : [cliquer sur *File*, puis sur *Open*]
- Dans la fenêtre devrait apparaître le fichier « US-Pce-TomeII.pdt » [mettre le fichier en surbrillance puis cliquer sur « Ouvrir »].
- Une fois le fichier de données bibliographiques ouvert :

*S'assurer que le style utilisé par ProCite 5 est « familia5 »*

- a) Pour l'impression d'une bibliographie
  - Cliquer sur *File* (dans la barre de menu en haut de l'écran)
  - Cliquer sur *Print Bibliography* :  
dans la fenêtre « *Output Style* » en haut de l'écran devrait apparaître « familia5 ». Si ce n'est pas le cas, ouvrir le menu déroulant de *Output Style* (cliquer à l'extrémité droite de cette petite fenêtre) et sélectionner « familia5 ».
  - De même, lors de l'utilisation de la commande *Print Subject Bibliography* (dans le menu *File*), s'assurer que le style sélectionné dans la fenêtre « *Output Style* » soit « familia5 ».
- b) Pour le visionnement à l'écran des références formatées (commande *Preview Pane*)
  - Cliquer sur *View*, puis sur *Configure Record List*
  - Cliquer ensuite sur le menu *Preview Pane* tout en haut de la fenêtre :  
dans la fenêtre « *Output Style* » devrait apparaître « familia5 »; si ce n'est pas le cas, ouvrir le menu déroulant de *Output Style* (cliquer à l'extrémité droite de la fenêtre) et sélectionner « familia5 ».

*Modifier Font dans Configure Record List*

- Cliquer sur *View*, puis sur *Configure Record List*
- Cliquer sur le menu *Record List* tout en haut de la fenêtre :  
dans la fenêtre devrait apparaître en haut les deux petites fenêtres « *Font* » et « *Size* »
- Dans la petite fenêtre *Font*, sélectionner « Time New Roman » :

(l'ajustement de *Size* est facultatif, par défaut il est fixé à 8; pour un meilleur visionnement à l'écran, on peut sélectionner une taille plus grande, « 11 » ou « 12 » par exemple.).

N.B.- Cet ajustement de la configuration de *Configure Record List* est nécessaire pour que la référence formatée qui apparaîtra à l'écran quand sera sélectionné *Preview Pane* (dans *View*) corresponde à la référence formatée que donnera l'impression de la bibliographie en utilisant *Print Bibliography* (dans *File*).



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- Ademec, C. et W. Pierce. 1991. *The Encyclopedia of Adoption*. New York: Facts on File.
- Administration on Developmental Disabilities. s.d. [2000]. "ADD Fact Sheet". In *Administration for Children and Families: ACF Programs and Services: Administration on Developmental Disabilities*. U.S. DHHS, Administration for Children and Families. En ligne. <<http://www.acf.dhhs.gov/programs/add/fact2.htm>>. Consulté le 15 mai 2000.
- Adoptive Families of America. 1998. "International Adoptions 1986-1997", *Adoptive Families*. Vol. 31, n° 2, p. 7.
- Almeida, Ruth A. et Genevieve M. Kenney. 2000. *Gap in Insurance Coverage for Children: A Pre-Chip Baseline*. Washington, DC: Urban Institute, Series "New Federalism: National Survey of America's Families", n° B-19, 12 p.
- Altman, Stuart H., Uwe E. Reinhardt et Alexandra E. Shields (dir.). 1998. *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?* Chicago: Health Administration, 426 p.
- Altshuler, Sandra J. et James P. Gleeson. 1999. "Completing the Evaluation Triangle for the Next Century: Measuring Child "Well-Being" in Family Foster Care", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 1, p. 125-147.
- Anderson, Gerard F. 1998. "State Regulation of Managed Care: The Impact on Children", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 2, p. 76-92.
- Andrain, Charles F. 1998. *Public Health Policies and Social Inequality*. Washington Square: New York U Press, 292 p.
- Avery, Rosemary J. 2000. "Perceptions and Practice: Agency Efforts for the Hardest-to-Place Children", *Children and Youth Services Review*. Vol. 22, n° 6, p. 399-420.
- Barbell, Kathy et Lois Wright. 1999. "Family Foster Care in the Next Century (Introduction à un numéro thématique)", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 1, p. 3-14.
- Barth, Richard P. et Amy Price. 1999. "Shared Family Care: Providing Services to Parents and Children Placed Together in Out-of-Home Care", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 1, p. 88-107.
- Barth, R. P. 1997. "Effects of Age and Race on the Odds of Adoption Versus Remaining in Long-Term Out-of-Home Care", *Child Welfare*. Vol. 76, n° 2, p. 285-308.
- Bartholet, Elizabeth. 1993. "International Adoption: Current Status and Future Prospects", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 1, p. 89-103.
- Bausch, R. S. et R. T. Serpe. 1997. "Negative Outcomes of Interethnic Adoption of Mexican American Children", *Social Work*. Vol. 42, n° 2, p. 136-143.
- Beeman, Sandra K., Hyungmo Kim et Susan K. Bullerdick. 2000. "Factors Affecting Placement of Children in Kinship and Nonkinship Foster Care", *Children and Youth Services Review*. Vol. 22, n° 1, p. 37-54.

- Bending, Raymond L. 1997. "Training Child Welfare Workers to Meet the Requirements of the Indian Child Welfare Act", *Journal of Multicultural Social Work*. Vol. 5, n° 3-4, p. 151-164.
- Berrick, Jill Duerr. 1999. "Entitled to What? Welfare and Child Welfare in a Shifting Policy Environment", *Children and Youth Services Review*. Vol. 21, n° 9-10, p. 709-717.
- Berrick, Jill Duerr. 1998. "When Children Cannot Remain Home: Foster Family Care and Kinship Care", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 1, p. 72-87.
- Berry, M., R. P. Barth et B. Needell. 1996. "Preparation, Support, and Satisfaction of Adoptive Families in Agency and Independent Adoptions", *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 13, n° 2, p. 157-183.
- Berry, Marianne. 1993a. "Risks and Benefits of Open Adoption", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 1, p. 125-138.
- Berry, M. 1993b. "Adoptive Parents' Perceptions Of, and Comfort With, Open Adoption", *Child Welfare*. Vol. 72, n° 3, p. 231-253.
- Besharov, Douglas J. avec la collaboration de Lisa A. Laumann. 1996. "Child Abuse Reporting: The Need to Shift Priorities from More Reports to Better Reports". In *Social Policies for Children*. Irwin Garfinkel, Jennifer L. Hochschild et Sara S. McLanahan (dir.). Washington, DC: Brookings Institution, p. 257-273.
- Blome, W. B. 1996. "Reasonable Efforts, Unreasonable Effects: a Retrospective Analysis of the 'Reasonable Efforts' Clause in the Adoption Assistance and Child Welfare Act of 1980", *Journal of Sociology and Social Welfare*. Vol. 23, n° 3, p. 133-150.
- Braveman, P., S. Egerter, M. Pearl *et al.* 1995. "Early Discharge of Newborns and Mothers: A Critical Review of the Literature", *Pediatrics*. Vol. 96, p. 716-726.
- Brindis, Claire D. et Rupal V. Sanghvi. 1997. "School-Based Health Clinics: Remaining Viable in a Changing Health Care Delivery System", *Annual Review of Public Health*. n° 18, p. 567-587.
- Brooks, Devon, Richard P. Barth, Alice Bussiere et Glendora Patterson. 1999. "Adoption and Race: Implementing the Multiethnic Placement Act and the Interethnic Adoption Provisions", *Social Work*. Vol. 44, n° 2, p. 167-178.
- Bureau of Primary Health Care. 2000, mise à jour du 10 août. "Primary Health Care for the Underserved". In *Welcome to the Health Resources and Services Administration HRSA: Overview and Programs*. U.S. DHHS, Health Resources and Services Administration. En ligne. <<http://www.bphc.hrsa.gov>>. Consulté le 14 août 2000.
- Bureau of Primary Health Care. 1999, mise à jour du 30 novembre. "Healthy Schools, Healthy Communities Program". In *Welcome to the Health Resources and Services Administration HRSA: Overview and Programs: Primary Health Care for the Underserved: BPHC Programs*. U.S. DHHS, Health Resources and Services Administration. En ligne. <<http://bphc.hrsa.gov/hshc/hshcfact.htm>>. Consulté le 14 août 2000.
- Caldwell, Cleopatra Howard, Angela Dungee Greene et Andrew Billingsley. 1992. "The Black Church as a Family Support System: Instrumental and Expressive Functions", *National Journal of Sociology*. Vol. 6, n° 1, p. 21-40.

- Carbino, Rosemarie. 1991. "Advocacy for Foster Families in the United States Facing Child Abuse Allegations. How Social Agencies and Foster Parents Are Responding to the Problem", *Child Welfare*. Vol. 70, n° 2, p. 131-149.
- Card, Josefina J. 1999. "Teen Pregnancy Prevention: Do Any Programs Work?", *Annual Review of Public Health*. Vol. 20, p. 257-285.
- Carstens, C. et M. Julia. 2000. "Ethnoracial Awareness in Intercounty Adoption: US Experiences", *International Social Work*. Vol. 43, n° 1, p. 61-73.
- Chamorand, Élisabeth. 1996. *Le système de santé américain: Poids du passé et perspectives*. Paris : La Documentation française, coll. Les études de la Documentation française, 142 p.
- Chapman, C., P. Dorner, K. Silber et T. Winterberg. 1987a. "Meeting the Needs of the Adoption Triangle through Open Adoption: The Adoptive Parent", *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 4, n° 1, p. 3-1.
- Chapman, C., P. Dorner, K. Silber et T. Winterberg. 1987b. "Meeting the Needs of the Adoption Triangle through Open Adoption: The Adoptee", *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 4, n° 2, p. 78-91.
- Chapman, C., P. Dorner, K. Silber et T. Winterberg. 1986. "Meeting the Needs of the Adoption Triangle through Open Adoption: The Birthmother", *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 3, n° 4, p. 203-213.
- Children's Bureau. 2000a, mise à jour du 6 novembre. "Welcome to the Children's Bureau (CB)". In *Administration for Children and Families: ACF Programs and Services*. U.S. DHHS, Administration for Children and Families. En ligne. <<http://www.acf.dhhs.gov/programs/cb>>. Consulté le 16 novembre 2000.
- Children's Bureau. 2000b, mise à jour du 22 octobre. "Children's Bureau Programs". In *Administration for Children and Families: ACF Programs and Services: Welcome to the Children's Bureau (CB)*. U.S. DHHS, Administration for Children and Families. En ligne. <<http://www.acf.dhhs.gov/programs/cb/programs/index.htm>>. Consulté le 16 novembre 2000.
- Children's Defense Fund. 1998. "Chapter 5- Children and Families in Crisis". In *The State of America's Children: a Report From the Children's Defense Fund*. Children's Defense Fund. Boston, MA: Beacon Press, p. 63-75.
- Clifford, D. et A. Cropper. 1997. "Parallel Processes in Researching and Assessing Potential Carers", *Child and Family Social Work*. Vol. 2, n° 4, p. 235-246.
- Cooper, P. F. et B. S. Schone. 1997. "More Offers, Fewer Takers for Employment-Based Health Insurance: 1987-1996", *Health Affairs*. Vol. 16, n° 6, p. 142-149.
- Costin, Lela B., Howard Jacob Karger et David Stoesz. 1996. *The Politics of Child Abuse in America*. New-York: Oxford University Press, 194 p.
- Coughlin, Teresa A. et David Liska. 1997. *The Medicaid Disproportionate Share Hospital Payment Program: Background and Issues*. Washington, DC: Urban Institute, Series A- "New Federalism: Issues and Options for States", n° A-14, 8 p.

- Courtney, Mark E. 2000. "Managed Care and Child Welfare Services: What Are the Issues?", *Children and Youth Services Review*. Vol. 22, n° 2, p. 87-91.
- Courtney, Mark E. 1998. "The Costs of Child Protection in the Context of Welfare Reform", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 1, p. 88-103.
- Courtney, M. E. 1997. "The Politics and Realities of Transracial Adoption", *Child Welfare*. Vol. 126, n° 6, p. 749-779.
- Courtney, Mark E., Irving Piliavin et Bradley R. Entner Wright. 1997. "Transitions from and Returns to Out-of-Home Care", *Social Service Review*. Vol. 71, n° 4, p. 652-667.
- Coyne, A. 1990. "Administrative and Policy Issues", *Journal of Children in Contemporary Society*. Vol. 21, n° 3-3, p. 93-115.
- Curtis, P. A. et J. D. Boyd. 1996. *1995 Salary Study*. Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Curtis, C. M. 1996. "The Adoption of African American Children by Whites: a Renewed Conflict", *Families in Society*. Vol. 77, n° 3, p. 156-165.
- Curtis, Carla M. et Rudolph Jr. Alexander. 1996. "The Multiethnic Placement Act: Implications for Social Work Practice", *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 13, n° 5, p. 401-410.
- Cushman, L. F., D. Kalmuss et P. B. Namerow. 1997. "Openness in Adoption: Experiences and Social Psychological Outcomes Among Birth Mothers", *Marriage and Family Review*. Vol. 25, n° 1/2, p. 7-18.
- Dandurand, Renée B. 1994. "Pour une définition sociologique de l'enfance contemporaine: une conception élargie du parentage", *Cahiers québécois de démographie*. Vol. 23, n° 2, p. 341-357.
- Deal, Lisa W. et Patricia H. Shiono. 1998. "Medicaid Managed Care and Children: An Overview", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 2, p. 93-104.
- Derezotes, David S. et Lonnie R. Snowden. 1990. "Cultural Factors in the Intervention of Child Maltreatment", *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 7, n° 2, p. 161-175.
- Dobelstein, Andrew W. 1996. "Chapter Seven: Health". In *Social Welfare: Policy and Analysis*. Andrew W. Dobelstein. Chicago: Nelson-Hall Publishers, p. 164-191.
- Dolgoft, Ralph, Donald Feldstein et Louise Skolnik. 1997. *Understanding Social Welfare*. 4e édition. New York: Longman.
- Dore, Martha M. 1999. "Emotionally and Behaviorally Disturbed Children in the Child Welfare System: Points of Preventive Intervention", *Children and Youth Services Review*. Vol. 21, n° 1, p. 7-29.
- Downs, Susan Whitelaw, Lela B. Costin et Emily Jean McFadden. 1996. *Child Welfare and Family Services: Policies and Practice*. 5<sup>e</sup> édition. White Plains, NY: Longman Publishers, 527 p.
- Dryfoos, Joy G. 1994. *Full-Service Schools: A Revolution in Health and Social Services for Children, Youth, and Families*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 310 p.

- Embry, Richard A., Paul Buddenhagen et Spencer Bolles. 2000. "Managed Care and Child Welfare: Challenges to Implementation", *Children and Youth Services Review*. Vol. 22, n° 2, p. 93-116.
- Emery, L. Jean. 1993. "Agency Versus Independent Adoption: The Case for Agency Adoption", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 1, p. 139-145.
- Everett, Joyce E. 1995. "Relative Foster Care: An Emerging Trend in Foster Care Placement Policy and Practice", *Smith College Studies in Social Work*. Vol. 65, n° 3, p. 239-254.
- Families USA. 2000, mise à jour du 24 juillet. "State-Specific Information". In *FamiliesUSA: The Voice for Health Care Consumers*. En ligne. <<http://www.familiesusa.org/state.htm>>. Consulté le 27 juillet 2000.
- Feigelman, W. 1997. "Adopted Adults: Comparisons With Persons Raised in Conventional Families", *Marriage and Family Review*. Vol. 25, n° 3/4, p. 199-223.
- Fenster, Judy. 1997. "The Case for Permanent Foster Care", *Journal of Sociology and Social Welfare*. Vol. 24, n° 2, p. 117-126.
- Findlater, Janet E. et Susan Kelly. 1999. "Child Protective Services and Domestic Violence", *The Future of Children*. Vol. 9, n° 3, p. 84-96.
- Finn Stevenson, Matia et Barbara M. Stern. 1997. "Integrating Early-Childhood and Family-Support Services With a School Improvement Process: the Comer-Zigler Initiative", *The Elementary School Journal*. Vol. 98, n° 1, p. 51-66.
- Freundlich, M. 1998. "Supply and Demand: the Forces Shaping the Future of Infant Adoption", *Adoption Quarterly*. Vol. 2, n° 1, p. 13-46.
- Gambrill, Eileen D. et Theodore J. Stein (dir.). 1994. *Controversial Issues in Child Welfare*. Boston et Toronto: Allyn and Bacon, 309 p.
- Garland, Ann F. et Bridgett A. Besinger. 1997. "Racial/Ethnic Differences in Court Referred Pathways to Mental Health Services for Children in Foster Care", *Children and Youth Services Review*. Vol. 19, n° 8, p. 651-666.
- Gavin, Norma I., E. Kathleen Adams, Elicia J. Herz, Anita J. Chawla *et al.* 1998. "The Use of EPSDT and Other Health Care Services by Children Enrolled in Medicaid: the Impact of OBRA'89", *The Milbank Quarterly*. Vol. 76, n° 2, p. 207-250.
- Geen, Rob et Shelley Waters Boots. 1999. "The Potential Effects of Welfare Reform on States' Financing of Child Welfare Services", *Children and Youth Services Review*. Vol. 21, n° 9-10, p. 865-880.
- Gibelman, Margaret. 1998. "Contracting for Child Welfare and Related Services in the District of Columbia". In *The Privatization of Human Services: Cases Studies in the Purchase of Services. Volume 2*. Margaret Gibelman et Harold W. Demone (dir.). New York: Springer Publishing Company, Springer Series on Social Work, p. 103-121.
- Gibelman, Margaret. 1997. "Theory, Practice, and Experience in the Purchase of Services". In *The Privatization of Human Services: Policy and Practice Issues. Volume 1*. Margaret Gibelman et Harold W. Demone (dir.). New York: Springer Publishing Company, Springer Series on Social Work, p. 1-51.

- Goerge, Robert M. 1994. "The Effect of Public Child Welfare Worker Characteristics and Turnover on Discharge from Foster Care". In *Child Welfare Research Review. Volume 1*. Richard P. Barth, Jill Duerr Berrick et Neil Gilbert (dir.). New York: Columbia University Press, p. 205-217.
- Gold, Marsha. 1999. "The Changing US Health Care System: Challenges for Responsible Public Policy", *The Milbank Quarterly*. Vol. 77, n° 1, p. 3-37.
- Gritter, J. L. 1997. *The Spirit of Open Adoption*. Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Gross, H. E. 1997. "Variants of Open Adoptions: the Early Years", *Marriage and Family Review*. Vol. 25, n° 1/2, p. 19-42.
- Grotevant, H. et R. McRoy. 1998. *Openness in Adoption: Exploring Family Connection*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Groze, V. et D. Ileana. 1996. "A Follow-up Study of Adopted Children From Romania", *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 13, n° 6, p. 541-565.
- Groze, V. 1996. *Successful Adoptive Families: A Longitudinal Study of Special Needs Adoption*. Westport, CT: Praeger.
- Haas Wilson, Deborah et Martin Gaynor. 1998. "Increasing Consolidation in Healthcare Markets: What Are the Antitrust Policy Implications?", *Health Services Research*. Vol. 33, n° 5 (part II), p. 1403-1419.
- Hahn, Alan J. 1994. "Local Governments". In *The Politics of Caring: Human Services at the Local Level*. Alan J. Hahn. Boulder, CO et Oxford, GB: Westview Press, p. 61-101.
- Halpern, Robert. 1998. *Fragile Families, Fragile Solutions: A History of Supportive Services for Families in Poverty*. New York: Columbia University Press, 286 p.
- Hartley, Heather. 1999. "The Influence of Managed Care on Supply of Certified Nurse-Midwives: an Evaluation of the Physician Dominance Thesis", *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 40, n° 1, p. 87-101.
- Heath, D. Terri. 1998. "Qualitative Analysis of Private Mediation: Benefits for Families in Public Child Welfare Agencies", *Children and Youth Services Review*. Vol. 20, n° 7, p. 605-627.
- Hickson, Gerald B. et Ellen W. Clayton. 1995. "Parents and Their Children's Doctors". In *Handbook of Parenting. Volume 4: Applied and Practical Parenting*. Marc H. Bornstein (dir.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, p. 163-185.
- Hill, Ian T., Lawrence Bartlett et Molly B. Brostrom. 1993. "States Initiatives to Cover Uninsured Children", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 2, p. 142-163.
- Hill, Ian T. 1992. "The Role of Medicaid and Other Government Programs in Providing Medical Care for Children and Pregnant Women", *The Future of Children*. Vol. 2, n° 2, p. 134-153.
- Hollinger, Joan Heifetz. 1993. "Adoption Law", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 1, p. 43-61.

- Hollingsworth, L. D. 2000. "Adoption Policy in the United States: a Word of Caution", *Social Work*. Vol. 45, n° 2, p. 183-186.
- Hollingsworth, L. D. 1998. "Promoting Same-Race Adoption for Children of Color", *Social Work*. Vol. 43, n° 2, p. 104-116.
- Hoopes, J. L., L. B. Alexander, P. Silver, G. Ober *et al.* 1997. "Formal Adoption of the Developmentally Vulnerable African-American Child: Ten-Year Outcomes", *Marriage and Family Review*. Vol. 25, n° 3/4, p. 131-144.
- Hughes, Dana C et Harold S. Luft. 1998. "Managed Care and Children: An Overview", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 2, p. 25-38.
- Inch, L. J. 1999. "Aspects of Foster Fathering", *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 16, n° 5, p. 393-412.
- Jackson, White G., C. D. Dozier, J. T. Oliver et L. B. Gardner. 1997. "Why African American Adoption Agencies Succeed: a New Perspective on Self-Help", *Child Welfare*. Vol. 76, n° 1, p. 239-254.
- Jamieson, Marie et Jami M. Bodonyi. 1999. "Data-Driven Child Welfare Policy and Practice in the Next Century", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 1, p. 15-30.
- Jimenez, Mary Ann. 1997. "Concepts of Health and National Health Care Policy: a View From American History", *The Social Service Review*. Vol. 71, n° 1, p. 34-50.
- Johnson, Louise C., Charles L. Schwartz et Donald S. Tate. 1997. "8- Child Welfare Services". In *Social Welfare: A Response to Human Need*. Louise C. Johnson, Charles L. Schwartz et Donald S. Tate. Boston: Allyn and Bacon, p. 165-190.
- Johnson, Penny Ruff, Carol Yoken et Ron Voss. 1995. "Family Foster Care Placement: The Child's Perspective", *Child Welfare*. Vol. 74, n° 5, p. 959-974.
- Kamerman, Sheila B. et Alfred J. Kahn. 1997. "4- Families and Social Services". In *Family Change and Family Policies in Great Britain, Canada, New Zealand, and the United States*. Sheila B. Kamerman et Alfred J. Kahn (dir.). Oxford: Clarendon Press, p. 377-393.
- Kamerman, Sheila B. et Alfred J. Kahn. 1995. "7- Family Support Services: Helping Parents to Be Better Parents". In *Starting Right: How America Neglects its Youngest Children and What We Can Do about It*. Sheila B. Kamerman et Alfred J. Kahn. New-York: Oxford University Press, p. 151-179.
- Kamerman, Sheila B. et Alfred J. Kahn. 1990. "Social Services for Children, Youth and Families in the United States", *Children and Youth Services Review*. Vol. 12, n° 1-2, p. i-184.
- Karger, Howard Jacob et David Stoesz. 1998a. "Chapter 12 - The American Health Care System". In *American Social Welfare Policy: A Pluralist Approach*. Howard Jacob Karger et David Stoesz. New York: Longman, p. 305-337.
- Karger, Howard Jacob et David Stoesz. 1998b. "Chapter 15- Child Welfare Policy". In *American Social Welfare Policy: A Pluralist Approach*. Howard Jacob Karger et David Stoesz. New-York: Longman, p. 376-394.

- Keller, JoDee et Katherine McDade. 2000. "Attitudes of Low-Income Parents Toward Seeking Help with Parenting: Implications for Practice", *Child Welfare*. Vol. 79, n° 3, p. 285-314.
- Kelly, Susan et Betty J. Blythe. 2000. "Family Preservation: A Potential Not Yet Realized", *Child Welfare*. Vol. 79, n° 1, p. 29-42.
- Kennedy, Randall. 1994. "Orphans of Separatism: The Painful Politics of Transracial Adoption", *American Prospect*. n° 17, p. 38-45.
- Kenney, Genevieve M., Jennifer M. Haley et Frank Ullman. 1999. *Most Uninsured Children Are in Families Served by Government Programs*. Washington, DC: Urban Institute, Series "New Federalism: National Survey of America's Families", n° B-4, 8 p.
- Kessler, Maria Lynn et Brandon F. Greene. 1999. "Behavior Analysis in Child Welfare: Competency Training Caseworkers to Manage Visits Between Parents and Their Children in Foster Care", *Research on Social Work Practice*. Vol. 9, n° 2, p. 148-170.
- Kirby, Kathleen. 1997. "Foster Parent Demographics: A Research Note", *Journal of Sociology and Social Welfare*. Vol. 24, n° 2, p. 135-141.
- Kramer, L. et D. Houston. 1999. "Hope for the Children: a Community-Based Approach to Supporting Families Who Adopt Children With Special Needs", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 5, p. 611-635.
- Ku, Leighton et Teresa A. Coughlin. 1997. *How the New Welfare Reform Law Affects Medicaid*. Washington, DC: Urban Institute, Series A- "New Federalism: Issues and Options for States", n° A-5, 6 p.
- Larner, Mary B., Carol S. Stevenson et Richard E. Behrman. 1998. "Protecting Children from Abuse and Neglect: Analysis and Recommendations", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 1, p. 4-22.
- Leichter, Howard M. 1999. "Oregon's Bold Experiment: Whatever Happened to Rationing?", *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 24, n° 1, p. 147-160.
- Lewit, Eugene M. 1998. "The State Children's Health Insurance Program (CHIP)", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 2, p. 152-158.
- Lewit, E. et L. Baker. 1995. "Child Indicators: Health Insurance Coverage", *The Future of Children*. Vol. 5, n° 3, p. 192-204.
- Lieberman, A. A., H. Hornby et M. Russell. 1988. "Analysing the Educational Backgrounds and Work Experiences of Child Welfare Personnel: A National Study", *Social Work*. Vol. 33, n° 6, p. 485-489.
- Liska, David W., Niall J. Brennan et Brian K. Bruen. 1998. *State-Level Databook on Health Care Access and Financing*. 3<sup>e</sup> édition. Washington, DC: Urban Institute Press.
- Littell, Julia H. et John R. Schuerman. 1999. "Innovations in Child Welfare: Preventing Out-of-Home Placement of Abused and Neglected Children". In *Innovations in Practice and Service Delivery Across the Lifespan*. David E. Biegel et Arthur Blum (dir.). New York et Oxford: Oxford University Press, Serie "Innovations in Practice and Service Delivery with Vulnerable Populations", p. 102-123.



- Loveland Cook, Cynthia A., Kimberly L. Selig, Barbara J. Wedge et Erika A. Gohn Baube. 1999. "Access Barriers and the Use of Prenatal Care by Low-Income, Inner-City Women", *Social Work*. Vol. 44, n° 2, p. 129-139.
- Marsteller, Jill A., Randall R. Bovbjerg, Len M. Nichols et Diana K. Verrilli. 1997. "The Resurgence of Selective Contracting Restrictions", *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 22, n° 5, p. 1133-1189.
- Maternal and Child Health Bureau. s.d. [2000]. "Welcome to the Maternal and Child Health Bureau. MCHB". In *Welcome to the Health Resources and Services Administration HRSA: Overview and Programs*. U.S. DHHS, Health Resources and Services Administration. En ligne. <<http://www.mchb.hrsa.gov>>. Consulté le 14 août 2000.
- Matheson, Lou. 1996. "The Politics of the Indian Child Welfare Act", *Social Work*. Vol. 41, n° 2, p. 232-235.
- McCroskey, Jacquelyn et William Meezan. 1998. "Family-Centered Services: Approaches and Effectiveness", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 1, p. 54-71.
- McCullough, Charlotte et Barbara Schmitt. 2000. "Managed Care and Privatization: Results of a National Survey", *Children and Youth Services Review*. Vol. 22, n° 2, p. 117-130.
- McDermott, Mark T. 1993. "Agency Versus Independent Adoption: The Case for Independent Adoption", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 1, p. 146-152.
- McGowan, Brenda G. et Elaine M. Walsh. 2000. "Policy Challenges for Child Welfare in the New Century", *Child Welfare*. Vol. 79, n° 1, p. 11-28.
- McKenzie, Richard B. (dir.). 1998. *Rethinking Orphanages for the 21st Century*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- McKenzie, J. K. 1993. "Adoption of Children with Special Needs", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 1, p. 62-75.
- McNichol, Theresa. 1999. "The Impact of Drug-Exposed Children on Family Foster Care", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 1, p. 184-196.
- McRoy, R. G., Z. Oglesby et H. Grape. 1997. "Achieving Same-Race Adoptive Placements for African American Children: Culturally Sensitive Practice Approaches", *Child Welfare*. Vol. 76, n° 1, p. 85-104.
- McRoy, Ruth G. et Christine C. Iijima Hall. 1996. "Transracial Adoptions: In Whose Best Interest?". In *The Multiracial Experience: Racial Borders As The New Frontier*. Maria P. P. Root. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, p. 63-78.
- Mica, Maryanne D. et Nancy R. Vosler. 1990. "Foster-Adoptive Programs in Public Social Service Agencies: Toward Flexible Family Resources", *Child Welfare*. Vol. 69, n° 5, p. 433-446.
- Miller, R. H. et H. S. Luft. 1997. "Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?", *Health Affairs*. Vol. 16, n° 5, p. 7-24.
- Nassar McMillan, Sylvia C. et L. DiAnne Borders. 1999. "A Work Behavior Analysis of Volunteers in Social Service Agencies", *Journal of Social Service Research*. Vol. 24, n° 3-4, p. 39-66.

- National Association of Public Hospital & Health Systems. s.d. [2000]. "Findings From The 1996 NAPH Hospital Characteristics Survey". In *Welcome to NAPH: National Association of Public Hospitals & Health Systems*. En ligne. 8 p. <<http://naph.org/96char.html>>. Consulté le 17 août 2000.
- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. s.d. [2000a]. "NCANDS Fact Sheet". In *National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information: Publications*. Children's Bureau. En ligne. <<http://www.calib.com/nccanch/factsheets/ncands.htm>>. Consulté le 16 novembre 2000.
- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. s.d. [2000b]. "Child Abuse and Neglect National Statistics: April 2000". In *National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information: Publications*. Children's Bureau. En ligne. <<http://www.calib.com/nccanch/pubs/factsheets/canstats.htm>>. Consulté le 16 novembre 2000.
- National Health Law Program, National Center for Youth Law, National Senior Citizens Law Center et Center for Medicare Advocacy. 1997. *Balanced Budget Act of 1997: Reshaping the Health Safety Net for America's Poor. An Analysis of the Medicaid Provisions*. En ligne. 76 p. <<http://www.healthlaw.org/pubs/BBAtoc.html#child>>. Consulté le 27 juillet 2000.
- Nelson, Kristine E. 1997. "Family Preservation: What Is It?", *Children and Youth Services Review*. Vol. 19, n° 1-2, p. 101-118.
- Newacheck, Paul W., Neal Halfon, Claire D. Brindis et Dana C. Hughes. 1998. "Evaluating Community Efforts to Decategorize and Integrate Financing of Children's Health Services", *The Milbank Quarterly*. Vol. 76, n° 2, p. 157-173.
- O'Malley, A. S. et C. B. Forrest. 1996. "Continuity of Care and Delivery of Ambulatory Services to Children in Community Health Clinics", *Journal of Community Health*. Vol. 21, n° 3, p. 159-173.
- Olds, David L., Charles R. Henderson, Harriet J. Kitzman, John J. Eckenrode *et al.* 1999. "Prenatal and Infancy Visitation by Nurses: Recent Findings", *The Future of Children*. Vol. 9, n° 1.
- Patel, Kant et Mark E. Rushefsky. 1998. "The Health Policy Community and Health-Care Reform in the US", *Health*. Vol. 2, n° 4, p. 459-484.
- Paul Shaheen, Pamela A. 1998. "The States and Health Care Reform: the Road Traveled and Lessons Learned From Seven That Took the Lead", *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 23, n° 2, p. 319-361.
- Peak, Terry et Amanda Barusch. 1999. "Managed Care: a Critical Review", *Journal of Health & Social Policy*. Vol. 11, n° 1, p. 21-36.
- Pelton, L. H. 1992. "A Functionnal Approach to Reorganising Family and Child Welfare Interventions", *Children and Youth Services Review*. Vol. 14, p. 289-303.
- Perlmutter, Felice Davidson et Carolyn Teich Adams. 1994. "Family Service Executives in a Hostile Environment", *Families in Society*. Vol. 75, n° 7, p. 439-446.
- Perloff, Janet D. 1992. "Health Care Resources for Children and Pregnant Women", *The Future of Children*. Vol. 2, n° 2, p. 78-94.

- Peterson, K. Jean et Ada Schmidt Tieszen. 1997. "Medicaid as a Woman's Issue: a Conflict of Values", *Affilia*. Vol. 12, n° 2, p. 136-153.
- Rauch, Julia B. 1990. "Genetic Services for Foster Children: An Unmet Need?", *Child Welfare*. Vol. 69, n° 4, p. 341-355.
- Reitz, Miriam. 1999. "Groundswell Change in Adoption Requires Anchoring by Research", *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 16, n° 5, p. 327-354.
- Robin, Robert W., Jolene K. Rasmussen et Edwin Gonzalez Santin. 1999. "Impact of Childhood Out-of-Home Placement on a Southwestern American Indian Tribe", *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. Vol. 2, n° 1-2, p. 69-89.
- Rodriguez, Pereta et Alan S. Meyer. 1990. "Minority Adoptions and Agency Practices", *Social Work*. Vol. 35, n° 6, p. 528-531.
- Roman, Nan P. et Phyllis B. Wolfe. 1997. "The Relationship Between Foster Care and Homelessness", *Public Welfare*. Vol. 55, n° 1, p. 4-9.
- Rose, Susan J. et William Meezan. 1995. "Child Neglect: A Study of the Perceptions of Mothers and Child Welfare Workers", *Children and Youth Services Review*. Vol. 17, n° 4, p. 471-486.
- Rosenbach, Margo L. et Norma I. Gavin. 1998. "Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment and Managed Care", *Annual Review of Public Health*. n° 19, p. 507-525.
- Rosenthal, Marguerite G. 2000. "Public or Private Children's Services? Privatization in Retrospect", *The Social Service Review*. Vol. 74, n° 2, p. 281-305.
- Rowland, Diane, Alina Salganicoff et Patricia Seliger Keenan. 1999. "The Key to the Door: Medicaid's Role in Improving Health Care for Women and Children", *Annual Review of Public Health*. n° 20, p. 403-426.
- Saint-Pierre, Marie Hélène et Anne-Marie Trudel. 2001. *Les politiques américaines en direction des familles. Présentation d'une recension informatisée des écrits*. Frédéric Lesemann et Renée B.-Dandurand (sous la supervision de). Montréal, INRS-Urbanisation, Culture et Société.
- Saint-Pierre, Marie Hélène. 1998. *La prise en charge des enfants aux États-Unis. Présentation d'une recension informatisée des écrits*. Renée B.-Dandurand (sous la supervision de). Montréal : INRS-Culture et Société et Université de Montréal, Département de démographie, 66 p.
- Samantrai, Krishna. 1993. *Prevention in Child Welfare: States' Response to Federal Mandate*. New-York: Garland, 137 p.
- Sardell, Alice et Kay Johnson. 1998. "The Politics of EPSDT Policy in the 1990s: Policy Entrepreneurs, Political Streams, and Children's Health Benefits", *The Milbank Quarterly*. Vol. 76, n° 2, p. 175-205.
- Sarri, Rosemary C., Yenoak Baik et Marti Bombyk. 1998. "Goal Displacement and Dependency in South Korean-United States Intercountry Adoption", *Children and Youth Services Review*. Vol. 20, n° 1-2, p. 87-114.
- Schene, Patricia A. 1998. "Past, Present, and Future Roles of Child Protective Services", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 1, p. 23-38.

- Schulman, Irving et Richard E. Behrman. 1993. "Adoption: Overview and Major Recommendations", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 1, p. 4-16.
- Selden, Thomas, Jessica Banthin et Joel Cohen. 1998. "Trends: Medicaid's Problem Children: Eligible but Not Enrolled", *Health Affairs*. Vol. 17, n° 3, p. 192-200.
- Sharma, Anu R., Matthew K. McGue et Peter L. Benson. 1996a. "The Emotional and Behavioral Adjustment of United States Adopted Adolescents. Part I. An Overview", *Children and Youth Services Review*. Vol. 18, n° 1-2, p. 83-100.
- Sharma, Anu R., Matthew K. McGue et Peter L. Benson. 1996b. "The Emotional and Behavioral Adjustment of United States Adopted Adolescents. Part II. Age at Adoption", *Children and Youth Services Review*. Vol. 18, n° 1-2, p. 101-114.
- Sheils, John F., Paul Hogan et Nicolay Manolov. 1999. "Paying More and Losing Ground: How Employer Cost-Shifting Is Eroding Health Coverage of Working Families", *International Journal of Health Services*. Vol. 29, n° 3, p. 485-518.
- Shireman, Joan F. 1995. "Adoptions by Single Parents". In *Single Parent Families: Diversity, Myths, and Realities*. Shirley et al. Hanson. New York: Haworth Press, p. 367-388.
- Short, P. et D. Lefkowitz. 1992. "Encouraging Preventive Services for Low-Income Children: The Effects of Expanding Medicaid", *Medical Care*. Vol. 30, n° 9, p. 766-780.
- Siddharthan, Kris et W. Michael Reid. 1999. "Prenatal, Intrapartum, and Newborn Care Provided by Health Maintenance Organizations: Medicaid Versus Commercial Enrollees", *Journal of Health & Social Policy*. Vol. 11, n° 1, p. 65-75.
- Simms, Mark D., Madelyn Freundlich, Ellen S. Battistelli et Neal D. Kaufman. 1999. "Delivering Health Care and Mental Health Care Services to Children in Family Foster Care after Welfare and Health Reform", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 1, p. 166-183.
- Simms, Mark D. et Neal Halfon. 1994. "The Health Care Needs of Children in Foster Care: A Research Agenda", *Child Welfare*. Vol. 73, n° 5, p. 505-524.
- Smith, Carol L. 1996. "Appendix: Selected Federal Program Serving Children with Disabilities", *The Future of Children*. Vol. 6, n° 1, p. 162-173.
- Smith, Stephen Rathgeb et Michael Lipsky (dir.). 1993. *Nonprofits for Hire: The Welfare State in the Age of Contracting*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sokoloff, Burton Z. 1993. "Antecedents of American Adoption", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 1, p. 17-25.
- Sosin, Michael R. 1990. "Decentralizing the Social Service System: a Reassessment", *The Social Service Review*. Vol. 64, n° 4, p. 617-636.
- Speziale, Bette A. et Krista Wasowski. 1998. "Improving Immunization of Children in Low Income Families", *Journal of Poverty*. Vol. 2, n° 2, p. 49-67.
- Starfield, Barbara. 2000. "Evaluating the State Children's Health Insurance Program: Critical Considerations", *Annual Review of Public Health*. n° 21, p. 569-585.
- Stein, R. E. K. (dir.). 1997. *Health Care for Children: What's Right, What's Wrong, What's Next*. New York: United Hospital Fund.

- Stolley, Kathy S. 1993. "Statistics on Adoption in the United States", *The Future of Children*. Vol. 3, n° 1, p. 26-42.
- Sullivan, A. et M. Freundlich. 1999. "Achieving Excellence in Special Needs Adoption (Introduction à un numéro thématique)", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 5, p. 507-517.
- Szilagyi, Peter G. 1998. "Managed Care for Children: Effect on Access to Care and Utilization of Health Services", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 2, p. 39-59.
- Terris, Milton. 1998. "Lean and Mean: the Quality of Care in the Era of Managed Care", *Journal of Public Health Policy*. Vol. 19, n° 1, p. 5-14.
- Tracy, Elizabeth M. et Barbara A. Pine. 2000. "Child Welfare Education and Training: Future Trends and Influences", *Child Welfare*. Vol. 79, n° 1, p. 93-114.
- U.S. DHHS. 2000, mise à jour du 8 août. "HHS Agencies". In *U.S. Department of Health & Human Services*. En ligne. <<http://www.hhs.gov/agencies>>. Consulté le 14 août 2000.
- U.S. DHHS. Health Care Financing Administration. 2000, mise à jour du 13 juillet. "National Summary of Medicaid Managed Care Programs and Enrollment. June 30, 1999". In *Welcome to HCFA Health Care Financing Administration: HCFA Data and Statistics: Medicaid Statistics and Data: Medicaid Managed Care Enrollment Report*. En ligne. <<http://www.hcfa.gov/medicaid/trends99.htm>>. Consulté le 3 août 2000.
- U.S. DHHS. Health Resources and Services Administration. 2000. *Health Resources and Services Administration: 1999 Annual Report*. U.S. Department of Health and Human Services, 103 p.
- U.S. DHHS. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. 1999. "Table 27. Infant, Neonatal, and Postneonatal Mortality Rates by Race and Sex: United States, 1940, 1950, 1960, 1970, and 1975-97", *National Vital Statistics Reports*. Vol. 47, n° 19, p. 86-87.
- U.S. DHHS. Health Care Financing Administration. 1997, mise à jour du 21 février. "National Summary of Medicaid Managed Care Programs and Enrollment. June 30, 1996: Managed Care Trends". In *Welcome to HCFA Health Care Financing Administration: HCFA Data and Statistics: Medicaid Statistics and Data: Medicaid Managed Care Enrollment Report*. En ligne. <<http://www.hcfa.gov/medicaid/trends1.htm>>. Consulté le 3 août 2000.
- U.S. General Accounting Office. 1997. *Private Health Insurance: Continued Erosion of Coverage Linked to Cost Pressures*. Washington, DC: GAO/HEHS 97-122.
- U.S. House of Representatives. Committee on Ways and Means. 1998. *1998 Green Book: Background Material and Data on Programs within the Jurisdiction of the Committee on Ways and Means*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1455 p.
- U.S. Social Security Administration. 1997. "2312. Administration for Children and Families programs". In *Social Security Handbook 1997*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, SSA Publication No. 65-008.
- Ullman, Frank, Ian Hill et Ruth Almeida. 1999. *CHIP: A Look at Emerging State Programs*. Washington, DC: Urban Institute, Series A- "New Federalism: Issues and Options for States", n° A-35, 6 p.

- Ullman, Frank, Brian Bruen et John Holahan. 1998. *The State Children's Health Insurance Program: A Look at the Numbers*. Washington, DC: Urban Institute, Series "Assessing the New Federalism", Occasional Paper, n° 4.
- Usher, Charles S., Judith B. Wildfire et Deborah A. Gibbs. 1999. "Measuring Performance in Child Welfare: Secondary Effect of Success", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 1, p. 31-51.
- Usher, Charles L., Karen A. Randolph et Harlene C. Gogan. 1999. "Placement Patterns in Foster Care", *Social Service Review*. Vol. 73, n° 1, p. 22-36.
- Vonk, M. E., P. J. Simms et L. Nackerud. 1999. "Political and Personal Aspects of Intercountry Adoption of Chinese Children in the United States", *Families in Society*. Vol. 80, n° 5, p. 496-505.
- Waldfoegel, Jane. 1998a. "Rethinking the Paradigm for Child Protection", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 1, p. 104-119.
- Waldfoegel, Jane. 1998b. *The Future of Child Protection. How to Break the Cycle of Abuse and Neglect*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Watson, Keith et Steven Gold. 1997. *The Other Side of Devolution: Shifting Relationships Between State and Local Governments. Evidence from Social Services, Public Assistance, and Workforce Development Programs*. Washington, DC: Urban Institute, Series "Assessing the New Federalism", Occasional Paper, n° 2, 16 p.
- Wehr, E. et W. J. Jameson. 1994. "Beyond Benefits: The Importance of a Pediatric Standard in Private Insurance Contracts to Ensuring Health Care Access for Children", *The Future of Children*. Vol. 4, n° 3, p. 115-133.
- Weil, Laurence A. 1997. "Organized Labor and Health Reform: Union Interests and the Clinton Plan", *Journal of Public Health Policy*. Vol. 18, n° 1, p. 30-48.
- Weinreb, Linda et Peter H. Rossi. 1995. "The American Homeless Family Shelter "System"", *The Social Service Review*. Vol. 69, n° 1, p. 86-107.
- Wilson, Leslie et James Conroy. 1999. "Satisfaction of Children in Out-of-Home Care", *Child Welfare*. Vol. 78, n° 1, p. 53-70.
- Wilson, D. B. et S. S. Chipungu. 1996. "Kinship Care (numéro thématique)", *Child Welfare*. Vol. 75, p. 387-362.
- Wulczyn, Fred W. 2000. "Federal Fiscal Reform in Child Welfare Services", *Children and Youth Services Review*. Vol. 22, n° 2, p. 131-159.
- Wulczyn, F., D. Zeidman et A. Svirsky. 1997. "HomeRebuilders: A Family Reunification Demonstration Project". In *Child Welfare Research Review*. R. Barth, J. Berrick et N. Gilbert (dir.). New York: Columbia University Press.
- Zigler, E., C. S. Piotrkowski et R. Collins. 1994. "Health Services in Head Start", *Annual Review of Public Health*. n° 15, p. 511-534.
1998. "Managed Health Care Glossary of Selected Terms and Acronyms", *The Future of Children*. Vol. 8, n° 2, p. 159-160.