



Visites à domicile

Mise à jour : Septembre 2012

Éditeur au développement du thème :

Donna Spiker, Ph.D., et Erika Gaylor, Ph.D., Center for Education and Human Services, SRI International, États-Unis

Table des matières

| | |
|--|----|
| Synthèse | 5 |
| <hr/> | |
| Les programmes de visites à domicile et leur impact sur la préparation à l'école des jeunes enfants | 10 |
| ERIKA GAYLOR, PH.D., DONNA SPIKER, PH.D., SEPTEMBRE 2012 | |
| <hr/> | |
| Les programmes de visites à domicile pré et post natales et leur impact sur le développement social et affectif des jeunes enfants (0-5 ans) | 20 |
| NANCY DONELAN-MCCALL, PH.D., DAVID OLDS, PH.D., SEPTEMBRE 2012 | |
| <hr/> | |
| Impact des visites à domicile sur la prévention de la maltraitance des enfants | 28 |
| KIMBERLY BOLLER, PH.D., SEPTEMBRE 2012 | |
| <hr/> | |
| Répliquer et implanter à grande échelle des programmes de visites à domicile fondés empiriquement : le rôle de la recherche d'implantation | 37 |
| DIANE PAULSELL, M.P.A, SEPTEMBRE 2012 | |
| <hr/> | |
| Les visites à domicile et la santé mentale de la mère et de l'enfant | 45 |
| ¹ ROBERT T. AMMERMAN, PH.D., ² S. DARIUS TANDON, PH.D., SEPTEMBRE 2012 | |
| <hr/> | |

Thème financé par



Synthèse

Est-ce important?

Les programmes de visites à domicile constituent une stratégie de prévention par laquelle un intervenant qualifié offre une gamme de services structurés aux jeunes enfants et à leur famille dans leur propre domicile. Ces services structurés incluent notamment la gestion de cas, les références à d'autres services communautaires, l'éducation aux parents et à l'enfant et le support social aux femmes enceintes. Bien que la participation à la plupart des programmes de visites à domicile soit volontaire, certains gouvernements et communautés encouragent fortement la participation des familles à risque de maltraiter leurs enfants. Au cours des deux dernières décennies, un nombre croissant de programmes de visites à domicile a été implanté dans les pays développés et en voie de développement. On trouve notamment les programmes Parent as Teachers, Nurse Family Partnership, Early Head Start et Healthy Steps au Canada et aux États-Unis, alors que les programmes Educate Your Child,¹ The Roving Caregivers² et Madres Guías³ sont dispensés en Amérique latine et aux Caraïbes.

Educate Your Child (Cuba) est un programme non institutionnalisé pour les enfants cubains de moins de six ans et les femmes enceintes, offert en milieu communautaire et à domicile. Les intervenants donnent des soins personnalisés aux enfants et présentent des démonstrations d'activités de stimulation aux parents pendant les séances à domicile. Des impacts positifs sur le développement socioaffectif et moteur des enfants ont été observés suite à la participation au programme. La méthodologie du programme a été adaptée dans différents pays, dont l'Équateur, le Chili, le Brésil, le Mexique, le Venezuela, la Colombie et le Guatemala.

The Roving Caregivers (Caraïbes) est un programme de développement de la petite enfance et de support à la famille pour les enfants caribéens à risque d'évolution négative âgés de moins de trois ans. Les intervenants visitent régulièrement les familles pour leur offrir une variété de services, comme un soutien direct, des soins de qualité et de l'attention individuelle, ainsi que pour améliorer la santé, la nutrition et la préparation préscolaire des enfants. On a observé des améliorations du développement cognitif, du langage expressif, de la perception visuelle et de la préparation globale à l'école chez les enfants qui ont participé

au programme.

Madres Guías (Honduras) est l'un des programmes les plus complets donné en milieu communautaire et à domicile pour les enfants de la naissance à l'âge de quatre ou six ans et les femmes enceintes qui vivent sous le seuil de pauvreté dans les municipalités qui affichent les plus hauts taux de mortalité et de malnutrition au Honduras (Amérique Centrale). *Madres Guías*, qui signifie « guides pour la mère », offre de l'éducation prénatale, un dépistage pour le nouveau-né, des activités de stimulation précoce, du soutien et de l'éducation aux parents, des services de nutrition et une éducation de base. Le matériel utilisé dans les services dispensés aux parents et à l'enfant est entièrement adapté à la langue et aux conditions socioculturelles des communautés.

La *population ciblée* (enfants handicapés, mères adolescentes, familles à risque), les antécédents des *intervenants* (professionnels, paraprofessionnels, bénévoles), les *activités* et la *structure temporelle* varient d'un programme de visites à domicile à l'autre, mais tous ces programmes partagent le même objectif, celui de favoriser la croissance et le développement sains des enfants. Plus spécifiquement, les principaux objectifs de la plupart des programmes de visites à domicile sont d'améliorer les croyances et les connaissances des parents en matière d'éducation des enfants et de soutenir leur capacité à offrir un environnement positif à leurs enfants. En rejoignant les familles qui ne chercheraient pas par elles-mêmes d'autres services de soutien, ces programmes ont le potentiel d'améliorer les habiletés parentales et d'atténuer l'évolution négative, à court et à long terme, de la santé et du développement de l'enfant.

Que savons-nous?

Un nombre grandissant de chercheurs ont évalué l'efficacité des programmes de visites à domicile au fil des ans. Les résultats de leurs études suggèrent un effet différentiel des programmes selon l'aspect de l'évolution de la famille examiné. Alors que la participation à plusieurs programmes de visites à domicile est efficace pour améliorer l'évolution cognitive et comportementale des enfants (c'est le cas, par exemple, pour les programmes Early Head Start, Nurse Family Partnership et Infant Health and Development), peu de programmes ont réussi à améliorer significativement le déroulement et les issues de la grossesse. De plus, une réduction de la maltraitance des enfants peut être entraînée par certains modèles de programmes, mais pas tous. En ce qui concerne l'impact des programmes de visites à domicile sur la dépression maternelle, des résultats d'études récentes suggèrent que certaines composantes des

programmes aident à améliorer la santé et le développement de l'enfant et la sensibilité de la mère aux indices de l'enfant. Ceci étant dit, les mères souffrant d'un trouble dépressif majeur qui reçoivent une thérapie cognitive à domicile dans le cadre du programme In-Home Cognitive Therapy (IH-CBT), en combinaison avec des services de visites à domicile, rapportent habituellement une réduction plus importante de leurs symptômes dépressifs que celles qui reçoivent seulement des services de visites à domicile. Il est également clair que plusieurs intervenants visiteurs auraient besoin d'une formation plus poussée et de soutien supplémentaire pour apprendre à dépister et à aborder la dépression maternelle.

En plus de varier selon l'aspect de l'évolution qui est examiné, l'efficacité des programmes de visites à domicile dépend de la population ciblée, des intervenants visiteurs et du contenu des visites à domicile. Les programmes de visites à domicile sont généralement plus efficaces lorsque les services sont offerts aux sous-groupes de la population qui en ont le plus besoin (par ex., les familles vivant dans la pauvreté, les parents ayant des difficultés psychologiques ou les enfants handicapés) et lorsque les participants sont fortement engagés dans l'intervention. De plus, les effets positifs des programmes de visites à domicile sont habituellement plus grands lorsque ce sont des infirmières ou d'autres professionnels qui dispensent les services aux familles au lieu d'individus sans accréditation. Comme ils ont acquis les qualifications requises au cours de leur formation, notamment grâce à la supervision qu'ils ont reçue, les intervenants à domicile professionnels ont accès à une plus grande quantité de ressources et à un meilleur soutien, ce qui leur permet d'offrir des services de grande qualité aux familles et de s'assurer que l'implantation de leur programme en milieu communautaire reste hautement fidèle, au fil du temps, au modèle initial ayant été validé par la recherche. En ce qui concerne le contenu des visites à domicile, les programmes ont tendance à être plus efficaces lorsqu'ils ont des objectifs complets, moins spécifiques, qui ciblent les besoins multiples des familles, ainsi que lorsque le modèle de programme est implanté avec rigueur. Finalement, les programmes de visites à domicile qui favorisent des relations de qualité entre parents et enfants et qui sont combinés à des programmes d'éducation à la petite enfance de qualité sont susceptibles de favoriser une meilleure préparation à l'école.

Que peut-on faire?

Pour mesurer plus précisément l'efficacité de plusieurs programmes de visites à domicile, une évaluation complète de ces programmes devrait être effectuée, incluant des mesures de

plusieurs aspects de l'évolution de l'enfant et de la famille à différents points dans le temps. De façon similaire, comme l'efficacité des programmes de visites à domicile a tendance à varier selon la population ciblée, il serait utile d'étudier leur impact sur différents sous-groupes de la population. Cette information aiderait les chercheurs à déterminer quelles dimensions des programmes de visites à domicile peuvent être adaptées à différents contextes et différentes populations sans menacer leur efficacité et leur fidélité aux modèles de base.

Plus de recherches seront aussi nécessaires pour identifier les composantes des programmes et le dosage (durée, fréquence, intensité) des services qui entraînent les effets positifs à long terme les plus importants. Un autre domaine qui requerra des efforts de recherche supplémentaires est l'impact de la dépression maternelle sur l'efficacité des programmes de visites à domicile. Des avancées dans ce domaine pourraient non seulement aider les prestataires de services à mieux comprendre comment la sévérité de la dépression et sa trajectoire interagissent avec les éléments des programmes pour entraîner des effets positifs ou négatifs, mais aussi permettre de donner une meilleure formation aux intervenants à domicile, les préparant plus adéquatement à travailler avec les mères souffrant d'une importante dépression. Quoi qu'il en soit, les intervenants sont encouragés à apprendre, dans le cadre d'une formation ou d'une pratique supervisée, quand et comment la dépression maternelle et/ou d'autres facteurs de risque psychosociaux doivent être abordés et en quelles circonstances la mère doit être référée à un professionnel de la santé mentale.

Finalement, une façon d'améliorer la participation à long terme aux programmes de visites à domicile serait de les intégrer dans un système de services large et diversifié. Plus de recherches seront nécessaires pour comprendre comment la participation aux programmes de visites à domicile au cours des premières années de vie joue un rôle dans la décision des parents de milieu à risque de profiter des programmes d'éducation à la petite enfance qui leur sont offerts et qui peuvent favoriser encore davantage la préparation à l'école de leurs enfants.

Références

1. UNICEF. La Contextualización del Modelo de Atención Educativa no Institucional Cubano "Educa a tu Hijo" en Países Latinoamericanos. http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/docs/contenu/educa_a_tu_hijo_unicef_siverio.pdf. Consulté le 11 septembre 2017.
2. Foundation for the Development of Caribbean Children. Family & Community Intervention. http://www.fdcchildren.org/index.php?option=com_content&view=article&id=34. Consulté le 11 septembre 2017.
3. Vargas-Barón E. Going to Scale: Early childhood development in Latin America. Washington, DC: The RISE Institute; 2009. http://www.issa.nl/newsletter/09/spring/files/GoingToScale_30Mar2009.pdf. Consulté le 11 septembre 2017.

Les programmes de visites à domicile et leur impact sur la préparation à l'école des jeunes enfants

Erika Gaylor, Ph.D., Donna Spiker, Ph.D.

SRI International, Center for Education and Human Services, États-Unis

Septembre 2012, Éd. rév.

Introduction

Les programmes de visites à domicile sont conçus et mis en place afin d'aider les familles à procurer à leurs enfants un environnement sain qui favorise leur croissance et leur développement. Ces programmes peuvent cibler les familles qui sont particulièrement défavorisées et qui ont des difficultés à créer et maintenir un tel environnement. Ils peuvent aussi se centrer sur les familles dans lesquelles l'enfant est plus vulnérable qu'un enfant typique à cause de questions de santé ou de développement.

Sujet

Les visites à domicile constituent un modèle de prestation de service qui peut être utilisé pour offrir plusieurs sortes d'interventions différentes aux participants ciblés.¹ Les programmes de visites à domicile peuvent varier considérablement en matière d'objectifs, de clients, d'intervenants, d'activités, d'horaires et de structures administratives. Cependant, ils ont plusieurs éléments en commun. Les programmes de visites à domicile fournissent des services structurés : 1) dans un environnement familial; 2) par un intervenant formé; 3) dans le but de modifier les connaissances, les croyances et les comportements des enfants, des personnes qui prennent soin d'eux ou des autres personnes dans l'environnement de soins et de procurer du soutien parental.²

Les visites à domicile sont structurées de façon à maintenir une uniformité d'un participant à l'autre, d'un intervenant à l'autre et d'une visite à l'autre afin de relier les pratiques des programmes aux résultats escomptés. Un protocole de visite, un curriculum formel, un plan de service individualisé ou un cadre théorique particulier peuvent constituer la base des activités qui ont lieu pendant les visites à domicile. Les services sont dispensés dans l'espace de vie de la

famille participante et s'insèrent dans ses routines et ses activités quotidiennes actuelles. Les intervenants peuvent posséder des titres de compétence ou être des professionnels certifiés, des paraprofessionnels ou des bénévoles, mais en général, ils ont reçu une formation sur les méthodes et le contenu du programme afin de pouvoir agir comme personne-ressource auprès des personnes qui prennent soin de l'enfant.³ Enfin, les programmes de visites à domicile tentent d'entraîner des changements chez les familles participantes. Les changements recherchés chez les adultes concernent leur compréhension de l'enfant (croyances sur la façon d'éduquer un enfant, connaissances sur le développement de l'enfant) ou leurs actions (leur façon d'interagir avec l'enfant ou de structurer l'environnement), alors que les changements qui touchent l'enfant peuvent concerner le rythme de son développement, son état de santé, etc. Les visites à domicile peuvent aussi être utilisées comme moyen de gérer les cas particuliers, d'orienter les familles vers des services communautaires disponibles ou de fournir de l'information aux parents ou aux personnes qui prennent soin des enfants pour soutenir leur capacité à leur procurer un environnement familial positif.⁴

Problèmes

Les données sur l'efficacité des programmes de visites à domicile s'accumulent depuis 30 ans. Certains projets de recherche récents ont eu recours à des devis aléatoires, ont utilisé des sources de données multiples et plusieurs outils de mesures des résultats et ont effectué un suivi longitudinal des participants. Ces études ont permis de découvrir qu'en général, les programmes de visites à domicile produisent une variété limitée d'effets et que ces effets sont souvent de faible ampleur.^{5,6} Cependant, des analyses détaillées révèlent parfois des effets importants.⁷ Par exemple, certains sous-groupes de participants peuvent tirer des bénéfices à long terme des programmes sur des aspects particuliers.^{8,9} Ces quelques résultats parmi d'autres suggèrent qu'il est important d'inclure des mesures de plusieurs issues développementales des enfants et des familles à différents moments dans le temps et de recueillir suffisamment d'information sur les participants pour permettre l'analyse des effets du programme sur les différents types de sous-groupes lorsqu'on évalue l'efficacité de programmes de visites à domicile.

Il existe d'autres difficultés à considérer lorsque l'on procède à des recherches ou à l'évaluation des programmes dans ce domaine. Il faut assurer l'équivalence des groupes témoins et expérimentaux dans les essais contrôlés randomisés,¹⁰ contrôler pour l'attrition des participants (qui peut affecter la validité des résultats en réduisant l'équivalence des groupes) et les visites manquées (qui peuvent affecter la validité en diminuant l'intensité du programme),¹¹ documenter

si le programme a été complètement et fidèlement mis en place et déterminer si la théorie du changement sur laquelle est fondé le programme relie de façon logique les activités du programme aux résultats escomptés.

Contexte de la recherche

Comme les programmes de visites à domicile ont différents buts et contenus, la recherche sur leur efficacité doit être adaptée aux objectifs, aux pratiques et aux participants particuliers de chaque programme. En général, les programmes de visites à domicile peuvent être regroupés ainsi : ceux qui cherchent à améliorer la santé physique, s'attardant plutôt sur les aspects médicaux, et ceux qui visent à améliorer les interactions parent-enfant et le développement de l'enfant. La population visée peut être identifiée au niveau des adultes responsables de l'enfant (par exemple, les mères adolescentes, les familles à faibles revenus) ou de l'enfant (par exemple, les enfants handicapés). Certains programmes peuvent avoir des objectifs larges et variés, comme l'amélioration de la santé prénatale et périnatale, de la nutrition, de la sécurité et du parentage. D'autres programmes peuvent avoir des objectifs plus précis, comme la réduction de l'incidence de la maltraitance et de la négligence des enfants. Les résultats des programmes peuvent être axés sur les adultes ou sur les enfants; les intervenants citent souvent des objectifs multiples (par exemple, améliorer le développement de l'enfant, le soutien socio-affectif offert aux parents ou l'éducation des parents).¹²

Dans cet article, nous nous attardons sur l'efficacité des programmes de visite à domicile pour favoriser le développement, les habiletés cognitives et la préparation à l'école des enfants. La majorité des services de visites à domicile et des recherches sur le sujet ont axé sur la période prénatale et les 2 à 3 premières années de l'enfant et n'ont donc pas mesuré les impacts à long terme des programmes sur la préparation à l'école et la réussite scolaire. Cependant, des études plus récentes ont examiné indirectement ces aspects par l'analyse des changements dans les pratiques parentales et des précurseurs de la réussite scolaire (c.-à-d., les comportements positifs dont l'autorégulation et l'attention).

Questions clés pour la recherche

Les questions clés pour la recherche comprennent notamment les suivantes :

1. Comparativement aux familles non-participantes, quels bénéfices à court et à long terme retirent des programmes les familles participantes et leurs enfants, particulièrement en

matière de préparation à l'école et de pratiques parentales qui soutiennent le développement de l'enfant?

2. Quels facteurs influencent la participation et la non-participation aux programmes?
3. Est-ce que les impacts des programmes varient chez les différents sous-groupes de participants?

Résultats de recherche

Une recension récente de sept modèles de programmes de visites à domicile par l'analyse de 16 études à leur sujet qui incluaient des évaluations rigoureuses et dans lesquelles on a mesuré différents aspects du développement de l'enfant et de la préparation à l'école permet de conclure que les programmes ont des impacts positifs sur le développement et le comportement des jeunes enfants. Six modèles ont eu des effets favorables tels que mesurés par des outils d'évaluation simples du développement (par exemple, des mesures standardisées d'issues développementales typiquement évaluées et des mesures de réduction des problèmes de comportement).¹³ Seules les études ayant utilisé l'observation directe, l'évaluation directe ou des rapports administratifs étaient incluses. Cependant, des problèmes identifiés dans une autre recension datant de plus de dix ans sont toujours bien présents.

Dans la plupart des études consultées, il a été difficile de recruter et de retenir les familles dans les programmes. De plus, même lorsque le programme étudié démontre des impacts positifs, ces bénéfices ne touchent qu'une portion des familles qui s'y étaient inscrites initialement et couvrent rarement tous les objectifs du programme; en outre, la magnitude des bénéfices est souvent assez modeste.⁵

La recherche sur l'implantation de programmes de visites à domicile a documenté une série de difficultés communes à tous les programmes lorsqu'il s'agit de dispenser les services de la façon prévue. Premièrement, les familles ciblées peuvent ne pas accepter de s'inscrire au programme. Deux études qui ont colligé des données sur cet aspect de l'implantation ont découvert qu'entre un dixième et un quart des familles ont décliné l'invitation à participer au programme de visites à domicile qui leur était suggéré.^{14,15} Dans une autre étude, 20 % des familles qui avaient accepté de participer n'ont pas reçu de visite initiale pour débiter le programme.¹¹ Deuxièmement, les familles peuvent ne pas recevoir toutes les visites planifiées. L'évaluation du programme Nurse Family Partnership a révélé que les familles avaient reçu uniquement la moitié des visites

prévues.¹⁶ Les évaluations des programmes Healthy Start à Hawaï et Parents as Teachers ont révélé que, respectivement, 42 % et entre 38 et 56 % des visites prévues avaient effectivement été effectuées.^{14,17} Même lorsque les visites ont lieu, le curriculum et les activités planifiées peuvent ne pas être présentés conformément au modèle de programme, et les familles peuvent ne pas poursuivre les activités en dehors de la visite à domicile.^{18,19} Enfin, dans une recension des recherches les plus importantes ayant été effectuées sur les visites à domicile, Gomby, Culross et Berman⁵ ont découvert qu'entre 20 et 67 % des familles inscrites avaient abandonné leur programme avant sa date d'échéance prévue. Des études récentes du programme Early Head Start montrent aussi que les familles présentant le plus grand nombre de facteurs de risque sont les plus susceptibles d'abandonner le programme auquel elles sont inscrites.²⁰

Ce qui est peut-être le plus remarquable, c'est que le lien supposé entre le changement de comportement des parents et les améliorations chez les enfants n'a pas reçu de soutien empirique général à ce jour dans la recherche effectuée. En d'autres termes, même lorsque les programmes de visites à domicile réussissent leur objectif de modifier les comportements des parents, ces changements ne semblent pas améliorer significativement les issues développementales des enfants.^{21,22} Cependant, une étude récente du Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY) a révélé une exception : les pratiques parentales des parents des familles latino à faible revenu se sont améliorées tandis que leurs enfants ont obtenu un meilleur rendement en mathématiques en troisième année.²³ Des évaluations antérieures du HIPPY avaient révélé des résultats contradictoires sur l'efficacité de ce programme. Dans certaines cohortes, les participants présentaient une meilleure adaptation à l'école et un meilleur rendement académique que les non-participants jusqu'en deuxième année, mais ces résultats n'avaient pas été répliqués avec d'autres cohortes à d'autres endroits.

La recension des programmes de visites à domicile mentionnée plus haut a inclus seulement des études ayant utilisé des devis rigoureux et des outils de mesure validés. Cependant, un bon nombre de modèles ont eu des impacts importants sur le développement de l'enfant et la préparation à l'école. Dans le cadre du programme Early Head Start, un essai contrôlé randomisé (ECR) a été employé pour étudier l'impact d'un modèle mixte de prestation de service (c.-à-d., intervention en milieu éducatif et visites à domicile) sur l'évolution des enfants à l'âge de deux ans puis de trois ans. Globalement, des gains faibles mais significatifs sur le développement cognitif étaient observés à 3 ans, mais pas à 2 ans. Des études du modèle Nurse Family Partnership ont permis de suivre des enfants jusqu'à l'âge de six ans et ont révélé que ce

programme avait des effets significatifs sur le fonctionnement cognitif et le langage; un essai contrôlé randomisé de ce programme a aussi révélé une réduction des problèmes de comportement des enfants inscrits.²⁴ De plus, des évaluations plus récentes du Healthy Families America ont révélé les effets faibles mais positifs de ce programme sur le développement des jeunes enfants.^{25,26}

Des résultats contradictoires ont été obtenus quant à l'efficacité des programmes de visites à domicile pour accroître le dépistage précoce des retards de langage. Le modèle Nurse Family Partnership a permis d'atteindre un taux de détection des retards de langage significativement supérieur,¹⁰ alors que, selon une étude du Healthy Start à Hawaii, ce dernier programme ne semble pas prévenir les retards de langage ni favoriser leur identification précoce.²⁷

On a été incapable de démontrer les impacts d'un certain nombre de programmes modèles sur les pratiques parentales et des facteurs de l'environnement familial qui prédisent l'apprentissage et le développement des jeunes enfants par des devis incluant des groupes témoins. Une évaluation du programme Healthy Start à Hawaï n'a révélé aucune différence entre les groupes expérimentaux et témoins pour ce qui est du parcours de vie maternel (atteinte d'objectifs de vie et scolarisation), de l'abus de substance, de la violence du partenaire, des symptômes dépressifs, de l'environnement familial comme lieu d'apprentissage, des interactions parent-enfant, du stress parental et des mesures du développement et de la santé de l'enfant.²⁵ Cependant, la participation au programme a été associée à une réduction du nombre de cas de maltraitance envers l'enfant.

Une évaluation du programme Parents as Teachers datant des années 1990 n'a pas non plus permis d'établir de différences entre les groupes sur les mesures de connaissances et de comportement des parents ni sur les indicateurs de la santé et du développement de l'enfant.¹⁷ Des différences faibles mais positives ont été établies pour les mères adolescentes et celles d'origine latine sur certaines de ces mesures. Des essais contrôlés randomisés plus récents du programme Parent as Teachers - Born to Learn ont permis d'observer des améliorations significatives en matière de développement cognitif et de motivation de contrôle (ou mastery motivation, un concept désignant la force psychologique qui pousse un individu à maîtriser une tâche ou à résoudre un problème qui présente un défi) chez les enfants participants à l'âge de deux ans, mais seulement chez les familles défavorisées.²⁸ Un essai contrôlé randomisé du Family Check-Up a révélé les impacts positifs de ce programme sur le comportement des enfants à risque de 1 à 3 ans et sur les pratiques parentales.²⁹

Les essais contrôlés randomisés ont aussi montré que les programmes sont plus susceptibles d'avoir des effets positifs lorsqu'ils ciblent les sous-groupes les plus nécessiteux de la population. Par exemple, dans le modèle Nurse Family Partnership, les enfants dont la mère possédait de faibles ressources psychologiques avaient un meilleur rendement scolaire en mathématiques et en lecture de la première à la sixième année comparativement à un groupe de pairs témoins (c.-à-d., dont la mère présentait des caractéristiques similaires mais qui n'avaient pas reçu l'intervention).^{30,31}

L'étude randomisée la plus importante portant sur le programme Infant Health and Development, une intervention précoce complète et intensive destinée aux enfants de petit poids ou prématurés, offerte de la naissance à trois ans, comprenait une composante de visites à domicile ainsi qu'un programme éducatif dispensé dans un centre.⁷ À l'âge de trois ans, les enfants qui avaient reçu l'intervention obtenaient des résultats significativement meilleurs lors de mesures cognitives et comportementales et ils avaient aussi de meilleures interactions avec leurs parents. Les résultats positifs étaient plus marqués chez les familles de plus faible statut socio-économique et chez celles qui s'investissaient le plus dans l'intervention. Le Chicago Parent-Child Center Program a aussi combiné un programme préscolaire structuré avec une composante de visites à domicile. Ce programme a permis d'établir des différences à long terme entre les participants et des témoins appariés individuellement. Les enfants participants avaient de meilleurs taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires et de plus faibles taux de redoublement, de placement en éducation spécialisée et d'arrestations juvéniles.³² Un autre exemple illustrant les impacts accrus des programmes plus intensifs est l'évaluation du programme Healthy Steps qui a révélé un développement langagier significativement supérieur chez les enfants lorsque ce programme était initié pendant la grossesse et poursuivi jusqu'à 24 mois.³³ Ces études suggèrent qu'une intervention plus intensive faisant participer l'enfant directement peut être requise afin d'obtenir de meilleurs résultats.

Conclusions

La recherche sur les programmes de visites à domicile n'a pas démontré que ces programmes ont des effets forts et systématiques sur les enfants et les familles qui y participent, mais des effets modestes ont été rapportés à plusieurs reprises en matière de développement et de comportement de l'enfant, de parentage et de pratiques disciplinaires. Les programmes conçus et implantés avec une plus grande rigueur semblent produire de meilleurs résultats. Les programmes de visites à domicile semblent aussi offrir de plus grands bénéfices à certains sous-

groupes de familles comme les mères adolescentes célibataires et à faible revenu.

Implications

Les programmes qui ont du succès auprès des familles dont les enfants sont fortement à risque de présenter des problèmes développementaux ont tendance à offrir des services complets, qui ciblent les multiples besoins de ces familles. Leur conception, leur implantation et leur maintien peuvent donc être plus dispendieux. Dans l'état actuel de leur développement, les programmes de visites à domicile ne semblent pas représenter la solution à faible coût que les décideurs politiques et le public espéraient pour remédier aux problèmes de santé et de développement des enfants.⁵ Cependant, l'information qui s'accumule sur les effets à long terme de ces programmes et les pratiques réellement modestes pourrait conduire au développement de programmes reproductibles ayant des impacts positifs modestes mais systématiques chez les familles ciblées qui y participent.

Des études plus récentes suggèrent la possibilité d'obtenir indirectement des effets sur le développement de l'enfant et la préparation à l'école en favorisant les pratiques parentales positives et le soutien à l'apprentissage précoce à domicile. Alors que nous en apprenons plus sur les mécanismes expliquant ces impacts à la fois directs et indirects, la recherche pourra identifier l'approche la plus efficace pour lier les services de visites à domicile aux programmes institutionnalisés de soins et d'éducation de la petite enfance afin d'obtenir le maximum d'effets positifs. Par exemple, il est possible que le modèle Nurse Family Partnership ait des effets aussi forts sur le rendement scolaire simplement parce que les enfants dont les parents ont participé à ce programme étaient aussi plus susceptibles d'être inscrits à un programme officiel d'éducation à la petite enfance entre 2 et 5 ans.²⁴ Les programmes de visites à domicile peuvent servir à encourager les familles fortement à risque à profiter des programmes préscolaires disponibles afin de supporter encore davantage la préparation à l'école.

Références

1. Roberts, R. N., & Wasik, B. H. (1990). Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early Intervention, 14*, 274-284.
2. Wasik, B. H., & Bryant, D. M. (2000). *Home visiting: Procedures for helping families* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
3. Behrman, R. E. (Ed.). (1999). *The future of children. Home visiting: Recent program evaluations* (Vol. 9). Los Altos, CA: The David and Lucile Packard Foundation.
4. Halpern, R. (2000). Early childhood intervention for low-income children and families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 361-386). New York, NY: Cambridge University Press.

5. Gomby, D. S., Culross, P. L., & Behrman, R. E. (1999). *Home visiting: Recent program evaluations-analysis and recommendations. The Future of Children*, 9(1), 4-26.
6. Wagner, M., Spiker, D., & Linn, M. I. (2002). *The effectiveness of the Parents as Teachers program with low-income parents and children. Topics in Early Childhood Special Education*, 22(2), 67-81.
7. Gross, R. T., Spiker, D., & Haynes, C. W. (Eds.). (1997). *Helping low birth weight, premature babies*. Stanford, CA: Stanford University Press.
8. Karoly, L. A., Greenwood, P. W., Everingham, S. S., Hoube, J., Kilburn, M. R., Rydell, C. P., et al. (1998). *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions* (No. MR-898-TCWF). Santa Monica, CA: RAND Corporation.
9. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637-643.
10. Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172.
11. Wagner, M., Spiker, D., Linn, M. I., Gerlach-Downie, S., & Hernandez, F. (2003). Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23(4), 171-187.
12. Roberts, R. N., Wasik, B. N., Casto, G., & Ramey, C. T. (1991). Family support in the home: Programs, policy, and social change. *American Psychologist*, 46(2), 131-137.
13. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Martin, E., & Del Grosso, P. (2010). Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.
14. Duggan, A. K., McFarlane, E. C., Windham, A. M., Rohde, C. A., Salkever, D. S., Fuddy, L., et al. (1999). Evaluations of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children*, 9(1), 66-90.
15. Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65.
16. Korfmacher, J., Kitzman, H., & Olds, D. L. (1998). Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 26(1), 49-64.
17. Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children*, 9(1), 91-115.
18. Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S., & Brooks-Gunn, J. (1999). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPI). *The Future of Children*, 9(1), 116-133.
19. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.
20. Roggman, L. A., Cook, G. A., Peterson, C. A., & Raikes, H. H. (2008). Who drops out of Early Head Start home visiting programs? *Early Education & Development*, 19(4), 574-599.
21. Caughy, M. O., Huang, K., Miller, T., & Genevro, J. L. (2004). The effects of the Healthy Steps for Young Children Program: Results from observations of parenting and child development. *Early Childhood Research Quarterly*, 19(4), 611-630.
22. Minkovitz, C. S., Strobino, D., Mistry, K. B., Scharfstein, D. O., Grason, H., Hou, W., et al. (2007). Healthy steps for young children: Sustained results at 5.5 years. *Pediatrics*, 120(3), 658-668.
23. Nievar, M. A., Jacobson, A., Chen, Q., Johnson, U., & Dier, S. (2011). Impact of HIPPI on home learning environments of Latino families. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 268-277.

24. Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 6(6), 1550-1559.
25. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 829-852.
26. Landsverk, J., Carrillo, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., Newton, R., & al., e. (2002). Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report. San Diego, CA: The Stuart Foundation, The California Wellness Foundation, State of California Department of Social Services: Office of Child Abuse Prevention.
27. King, T. M., Rosenberg, L. A., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2005). Prevalence and early identification of language delays among at-risk three year olds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(4), 293-303.
28. Drotar, D., Robinson, J., Jeavons, L., & Lester Kirchner, H. (2009). A randomized, controlled evaluation of early intervention: The Born to Learn curriculum. *Child: Care, Health & Development*, 35(5), 643-649.
29. Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 1–9.
30. Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., et al. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), e832-e845.
31. Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoleo, K. J., et al. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 164(5), 412-418.
32. Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. *Journal of the American Medical Association*, 285(18), 2339-2346.
33. Johnston, B. D., Huebner, C. E., Anderson, M. L., Tyll, L. T., & Thompson, R. S. (2006). Healthy steps in an integrated delivery system: Child and parent outcomes at 30 months. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 793-800.

Les programmes de visites à domicile pré et post natales et leur impact sur le développement social et affectif des jeunes enfants (0-5 ans)

Nancy Donelan-McCall, Ph.D., David Olds, Ph.D.

University of Colorado Denver, États-Unis

Septembre 2012, Éd. rév.

Introduction

Les problèmes sociaux et affectifs des jeunes enfants sont liés à la santé prénatale de la mère,^{1,2} aux soins qu'ils reçoivent de leurs parents^{3,4} et au parcours de vie de ces derniers (notamment au rythme des grossesses subséquentes, à la situation sur le marché de l'emploi et à la dépendance envers les services sociaux^{5,6}). Les programmes de visites à domicile qui ciblent ces facteurs de risque et de protection antérieurs à la grossesse peuvent réduire les problèmes sociaux et affectifs des enfants.

Sujet

Dans les sociétés occidentales, on a recours aux visites à domicile depuis longtemps pour offrir des services aux populations vulnérables. Dans beaucoup de pays européens, les visites à domicile font partie de la routine habituelle des soins de santé offerts à la mère et à l'enfant, mais cette pratique est moins établie au Canada et aux États-Unis.⁷ Au cours des 30 dernières années, on a établi que l'une des stratégies de prévention les plus prometteuses pour réduire le taux de maltraitance des enfants est d'offrir aux femmes enceintes et aux familles comportant de jeunes enfants, dans leur propre foyer, des services de santé, de l'éducation sur le rôle parental et du support social. Cependant, les revues de littérature sur les programmes de visites à domicile révèlent des conclusions plutôt contradictoires.^{8,9}

Les programmes de visites à domicile ciblent différentes populations, ont des modèles variés et sont offerts par différentes personnes. Cependant, la plupart des programmes présupposent que les comportements de santé prénataux des parents, leur façon de prendre soin de l'enfant et leur parcours de vie affectent le développement social et affectif de l'enfant.¹⁰

Problèmes

L'exposition prénatale au tabac et les complications obstétriques ont été liées au développement de problèmes comportementaux d'externalisation chez l'enfant.^{1,2} Des résultats de recherche indiquent aussi que l'impact de l'exposition prénatale au tabac est plus élevé en présence d'une vulnérabilité génétique particulière.¹¹

La maltraitance, la négligence et les traitements excessivement sévères sont associés à des problèmes comportementaux d'internalisation et d'externalisation et à des comportements ultérieurs violents chez les enfants,^{3,4,12} mais, là encore, l'impact de la maltraitance sur le développement d'un comportement sévèrement antisocial semble être plus élevé en présence de vulnérabilité génétique.¹³ La dépendance des familles envers les services sociaux, la présence de nombreuses grossesses rapprochées et la monoparentalité sont associées à un développement social et affectif compromis chez l'enfant.^{5,6}

Contexte de la recherche

Certaines méta-analyses des programmes de visites à domicile suggèrent que plusieurs types de programmes peuvent faire une différence en ce qui concerne la réduction d'issues négatives comme la maltraitance des enfants et les blessures pendant l'enfance.^{14,15} Cependant, les méta-analyses peuvent obtenir des résultats trompeurs si elles reposent sur un nombre insuffisant d'essais de programmes dans certaines catégories, chaque catégorie étant définie par une combinaison donnée de ces trois facteurs : la population ciblée par les visites à domicile, le type de modèle de programme et les antécédents professionnels des intervenants visiteurs. Par exemple, une revue de littérature sur la prévention de la maltraitance et des difficultés qui y sont associées a conclu que les programmes offerts par des intervenants à domicile paraprofessionnels ne sont pas efficaces pour réduire le nombre de cas de maltraitance (tel que dénombré par les rapports des services de protection de l'enfance) ou les déficiences associées à la maltraitance, alors que les programmes offerts par des infirmières permettent réellement, de leur côté, de réduire la maltraitance des enfants.⁸

Questions clés pour la recherche

Pour comprendre les impacts des programmes de visites à domicile sur le développement social et affectif des enfants, il faut d'abord identifier les programmes qui s'attaquent à des issues développementales sociales et affectives spécifiques tout en ciblant aussi les facteurs de risque et de protection antérieurs à la grossesse qui sont associés au développement de l'enfant.

Particulièrement, quels modèles de programmes de visites à domicile sont les plus prometteurs pour améliorer les conditions associées à la grossesse, réduire la négligence et les abus envers les enfants, améliorer le parcours de vie des parents et favoriser le développement social et affectif des enfants?

Résultats récents de la recherche

Amélioration des conditions associées à la grossesse

La plupart des essais de programmes de visites à domicile prénatales ont mené à des résultats décevants en ce qui concerne les conditions associées à la grossesse, telles que le poids de naissance et l'âge gestationnel à la naissance.^{9,16,17} Cependant, un programme de visites prénatales et postnatales effectuées par des infirmières a permis d'observer une réduction du tabagisme maternel pendant la période prénatale dans deux essais^{18,19} et une réduction de l'hypertension induite par la grossesse dans un essai mené auprès d'un échantillon important de femmes afro-américaines.²⁰

Réduire la maltraitance, la négligence et les blessures chez les enfants

Dans un essai de ce même programme de visites à domicile prénatales et postnatales effectuées par des infirmières, mené auprès d'un échantillon composé principalement de femmes blanches, une différence de 48 % a été relevée entre le groupe expérimental et le groupe témoin (sans tenir compte du risque) en ce qui concerne le taux général d'abus/négligence confirmé(e) envers les enfants; cette différence s'élevait à 80 % dans les familles où les mères avaient un faible revenu et n'étaient pas mariées au moment de l'inscription au programme.²¹ Dans un autre essai du même programme mené auprès d'un grand échantillon de femmes afro-américaines habitant en milieu urbain, le taux de maltraitance des enfants était trop faible pour être considéré valide.²⁰ Cependant, le programme a eu un effet sur le nombre de visites médicales effectuées suite à une blessure ou une ingestion grave à l'âge de deux ans et il a entraîné une réduction de la mortalité infantile due à des causes évitable à l'âge de neuf ans, ce qui témoigne de ses bénéfices en matière de prévention de la maltraitance et de la négligence.^{20,22}

Parcours de vie maternel

L'effet des programmes de visites à domicile sur le parcours de vie des mères (grossesses subséquentes, éducation, emploi et recours au bien-être social) est décevant dans son ensemble.

Dans un essai du programme de visites à domicile effectuées par des infirmières mentionné précédemment, les effets du programme sur le parcours maternel ont persisté 15 ans après la naissance du premier enfant (ces effets concernaient, par exemple, l'intervalle entre les grossesses, le recours au bien-être social, les problèmes de comportement dus à la consommation d'alcool et de drogue et les arrestations chez les femmes à faible revenu et non mariées au moment de l'inscription au programme).²¹ Les effets de ce programme sur le parcours de vie maternel ont été répliqués dans d'autres essais menés auprès de femmes afro-américaines habitant en milieu urbain^{20,23,24} et de femmes hispaniques.¹⁸

Problèmes sociaux et affectifs des enfants

Un nombre croissant de programmes de visites à domicile démontre des effets bénéfiques sur les comportements d'attachement des bébés et sur la sécurité de leur attachement.²⁵⁻³⁰ La sécurité de l'attachement est considérée comme le reflet de la qualité des soins parentaux et elle est associée à l'adaptation comportementale subséquente des enfants avec leurs pairs.³¹

Dans un essai du programme de visites à domicile effectuées par des infirmières mentionné précédemment, on a observé des différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin en matière d'arrestations chez les jeunes de 15 ans. Ce programme a aussi permis d'obtenir une réduction des arrestations et des condamnations chez les jeunes filles de 19 ans.^{32,33} Dans un essai subséquent mené auprès d'un grand échantillon de femmes afro-américaines habitant en milieu urbain, le programme a eu un impact positif sur la consommation de substances et les troubles d'internalisation des enfants à l'âge de 12 ans.³⁴

Dans un troisième essai du programme de visites à domicile effectuées par des infirmières, les enfants de six mois dont la mère disposait de faibles ressources psychologiques (concept regroupant le quotient intellectuel, la santé mentale, le sentiment d'auto-efficacité) manifestaient moins d'expressions émotives aberrantes associées à la maltraitance (par exemple, faible niveau d'affect, référencement social de la mère considéré insuffisant) lorsque la famille était inscrite au programme.¹⁸

Finalement, un programme universel de visites à domicile effectuées par des infirmières en Finlande³⁵ et deux programmes américains implantés par des cliniciens titulaires d'une maîtrise en santé mentale ou en développement de l'enfant^{36,37} ont eu des effets significatifs sur un certain nombre de problèmes comportementaux importants chez l'enfant. De plus, un programme de

visites à domicile paraprofessionnel a démontré des effets sur les comportements d'internalisation et d'externalisation des enfants à l'âge de deux ans; cependant, étant donné le grand nombre d'effets mesurés dans cette étude, une réplication des résultats est requise.³⁸

Conclusions

Peu de programmes de visites à domicile ont eu des effets réels sur les conditions associées à la grossesse, le parcours de vie des parents, l'abus et la négligence envers les enfants, la qualité des soins parentaux et les problèmes sociaux et affectifs des enfants. Les programmes les plus prometteurs ont eu recours à des intervenants visiteurs professionnels et les résultats positifs les plus solides proviennent d'essais de programmes recourant à des infirmières. Dans le cadre d'un essai où un groupe de clients recevait la visite d'infirmières et l'autre groupe recevait la visite d'intervenants ne possédant pas de titre professionnel, des effets deux fois plus importants ont été observés dans le groupe visité par des infirmières.¹⁸

Le programme de visites à domicile prénatales et postnatales effectuées par des infirmières a eu les mêmes effets constants sur des issues développementales cliniquement significatives dans trois essais distincts menés auprès de populations variées vivant dans différents contextes et à différents moments de l'histoire sociale et économique des États-Unis. Ceci augmente la probabilité que les effets de ce programme puissent être reproduits auprès d'une grande variété de populations dans le contexte actuel des États-Unis.

Implications

Au printemps 2010, la Health Resources and Services Administration et la Administration for Children and Families (deux agences fédérales américaines) ont annoncé la disponibilité de fonds dans le cadre du Affordable Care Act Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program.³⁹ Ce programme de subventions valorise et supporte l'implantation réussie de programmes de visites à domicile de haute qualité qui ont démontré empiriquement leur efficacité selon des normes définies par la législation. Huit programmes de visites à domicile existant ont rencontré le seuil législatif minimal d'admissibilité au subventionnement fédéral : Early Head Start, Early Intervention Program, Family Check-up, Healthy Families America, Healthy Steps, Home Instruction Program for Preschool Youngsters, Nurse-Family Partnership, et Parents as Teachers.⁴⁰ En août 2011, la Coalition for Evidence-Based Policy s'est appuyée sur la revue du gouvernement et a évalué à quel point ces programmes, implantés avec fidélité, pourraient produire des

améliorations importantes dans la vie des enfants et des parents à risque.⁴¹ Un seul programme a obtenu un score élevé (le Nurse-Family Partnership), deux ont obtenu un score moyen (Early Intervention Program et Family Check-up) et tous les autres programmes ont obtenu un score faible.

Les programmes efficaces, dont les effets ont été démontrés par des recherches rigoureuses et dont la réplification communautaire est réussie, peuvent réduire les risques et l'évolution négative de la santé et du développement du fœtus, du nourrisson et de l'enfant. Lorsque les décideurs politiques et les praticiens décident d'investir dans des services de visites à domicile pendant la grossesse et les premières années de vie de l'enfant, ils devraient examiner soigneusement les fondements empiriques du programme dans lequel ils investissent. Les fondements théoriques et empiriques sous-jacents des programmes et la qualité de leurs lignes directrices varient considérablement, tout comme leur probabilité de succès.

Références

1. Arseneault, L.T., R. E. Boulterice, B. Saucier, J. F., Obstetrical complications and violent delinquency: Testing two developmental pathways. *Child Dev*, 2002. 73(2): p. 496-508.
2. Wakschlag, L.S.P., K. E. Cook, E. JrBenowitz, N. L. Leventhal, B. L., Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: a review. *Am J Public Health*, 2002. 92(6): p. 966-74.
3. Widom, C.S., Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *Amer. J. Orthopsychiat*, 1989. 59(3): p. 355-367.
4. Widom, C.S., The cycle of violence. *Science*, 1989. 244: p. 160-166.
5. Furstenberg, F.F., J. Brooks-Gunn, and S.P. Morgan, *Adolescent mothers in later life. Human development in cultural and historical contexts*. 1987, New York, NY, USA: Cambridge University Press. xiv, 204 p.
6. Yeung, W.J.L., M. R. Brooks-Gunn, J., How money matters for young children's development: parental investment and family processes. *Child Dev*, 2002. 73(6): p. 1861-79.
7. Wasik, B.H., D.M. Bryant, and C.M. Lyons, *Home visiting : procedures for helping families*. 1990, Newbury Park, Calif.: Sage.
8. MacMillan, H.M., J.Offord, D.Griffith, L.MacMillan, A., Primary prevention of child sexual abuse: a critical review.*Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1994, 32767.
9. Issel, M.L., et al., A review of prenatal home-visiting effectiveness for improving birth outcomes.*Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2011. 40: p. 157-165.
10. Gomby, D.S.C., P. L. Behrman, R. E., Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations.*Future Child*, 1999. 9(1): p. 4-26, 195-223.
11. Kahn, R.S.K., J. Nichols, W. C. Lanphear, B. P., Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors.*J Pediatr*, 2003. 143(1): p. 104-10.
12. Toth, S.L., D. Cicchetti, and J. Kim, Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children.*J Abnorm Child Psychol*, 2002. 30(5): p. 487-501.
13. Caspi, A., et al., Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children.*Science*, 2002. 297(5582): p. 851-4.

14. Guterman, N.B., *Stopping child maltreatment before it starts : emerging horizons in early home visitation services*. Sage sourcebooks for the human services. 2001, Thousand Oaks, Calif. ; London: Sage Publications. xv, 247 p.
15. Roberts, I., M.S. Kramer, and S. Suissa, Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 1996. 312(7022): p. 29-33.
16. Olds, D.L.H., P. Robinson, J.Song, N.Little, C., Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Curr Probl Pediatr*, 2000. 30(4): p. 107-41.
17. Olds, D.L.K., H., Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 1993. 3(3): p. 53-92.
18. Olds, D.L.R., J. O'Brien, R. Luckey, D. W. Pettitt, L. M. Henderson, C. R. JrNg, R. K. Sheff, K. L. Korfmacher, J. Hiatt, S. Talmi, A., Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2002. 110(3): p. 486-96.
19. Olds, D.L.H., C. R. Jr Tatelbaum, R. Chamberlin, R., Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986. 77(1): p. 16-28.
20. Kitzman, H.O., D.Henderson, C.Hanks, C.Cole, R.Tatelbaum, R.McConnochie, K.Sidora, K.Luckey, D.Shaver, D.Engelhardt, K.James, D.Barnard, K., Effects of home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: a randomized controlled trial. *JAMA*, 1997. 278(8): p. 644-652.
21. Olds, D.E., J.Henderson, C.Kitzman, H.Powers, J.Cole, R.Sidora, K.Morris, P.Pettitt, L.Luckey, D., Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: a 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 1997. 278(8): p. 637-643.
22. Olds, D.L.K., H. Hanks, C. Cole, R. Anson, E. Sidora-Arcoleo, K. Luckey, D. W. Henderson, C. R. JrHolmberg, J. Tutt, R. A. Stevenson, A. J. Bondy, J., Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 2007. 120(4): p. e832-45.
23. Kitzman, H.O., D. L. Sidora, K. Henderson, C. R. JrHanks, C. Cole, R. Luckey, D. W. Bondy, J. Cole, K. Glazner, J., Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 2000. 283(15): p. 1983-9.
24. Olds, D.L., et al., Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2010. 164(5): p. 419-24.
25. Heinicke, C.M.F., N. R.Ruth, G.Recchia, S. L.Guthrie, D.Rodning, C, Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal*, 1999. 20(4): p. 349-374.
26. Jacobson, S.F., K., Effect of Maternal Social support on Attachment: Experimental Evidence. *Child Development*, 1991. 62: p. 572-582.
27. Juffer, F.H., R. A. Riksen-Walraven, J. M. Kohnstamm, G. A., Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 1997. 38(8): p. 1039-50.
28. Lieberman, A.W., D.Pawl, J., Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 1991. 62: p. 199-209.
29. van den Boom, D.C., Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development*, 1995. 66(6): p. 1798-816.
30. van den Boom, D.C., The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants.[Erratum Appears in Child Dev 1994 Dec;65(6):Followi]. *Child Development*, 1994. 65(5): p. 1457-77.
31. Sroufe, A.C., E., Contribution of attachment theory to developmental psychopathology., in *Developmental Psychopathology Vol.1: Theory and Methods*

- ., D.C. Cicchetti, D., Editor. 1995, John Wiley and Sons Inc.: New York, NY. p. 581-617.
32. Olds, D., et al., Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 1998. 280(14): p. 1238-44.
 33. Eckenrode, J., et al., Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2010. 164(1): p. 9-15.
 34. Kitzman, H.J., et al. (2010) Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 164, 412-8 DOI: 10.1001/archpediatrics.2010.76
 35. Aronen, E.T.K., S. A., Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. 35(12): p. 1665-72.
 36. Lowell, D.I., et al., A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 2011. 82(1): p. 193-208.
 37. Shaw, D., et al., Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development & Psychopathology*, 2009. 21(417-439).
 38. Caldera, D., et al., Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 2007. 31(8): p. 829-852.
 39. Affordable Care Act, H.R. 3590-216, Subtitle L,- Maternal and Child Health Services. 2010. Available from: <http://docs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>. Accessed July 30, 2012.
 40. U.S. Department of Health and Human Services. Home visiting evidence of effectiveness. 2011; Available from: <http://homevee.acf.hhs.gov>. Accessed July 30, 2012.
 41. Coalition for Evidence-Based Policy. HHS's maternal, infant, and early childhood home visiting program: Which program models identified by HHS as "Evidence-Based" are most likely to produce important improvements in the lives of children and parents? 2011 Aug, Available from: <http://coalition4evidence.org/wordpress/wp-content/uploads/Review-of-8-hv-models-Aug-2011-Final.pdf>. Accessed July 30, 2012.

Impact des visites à domicile sur la prévention de la maltraitance des enfants

Kimberly Boller, Ph.D.

Mathematica Policy Research, États-Unis

Septembre 2012

Introduction

En 2010, les services de protection de l'enfance aux États-Unis ont reçu 3,3 millions de signalements d'actes de maltraitance présumés impliquant 5,9 millions d'enfants. Presque 1,8 million de ces signalements ont fait l'objet d'une enquête. Dans 436 321 des cas, la maltraitance a été confirmée; dans 24 976 autres cas, il existait clairement un risque de maltraitance ou la maltraitance pouvait être effectivement soupçonnée, bien qu'elle n'ait pas été confirmée. Environ 1560 enfants sont décédés des suites de mauvais traitements, le taux de victimisation le plus élevé se situant chez les enfants de moins d'un an : 20,6 enfants sur 1000.¹ La recherche démontre que l'évolution des enfants qui survivent aux mauvais traitements (définis par la négligence, la violence, ou une combinaison des deux) est médiocre. La performance de ces enfants se situe sous les normes nationales dans une variété de domaines, dont le bien-être psychosocial et cognitif et le rendement scolaire.^{2,3,4} Les coûts sociaux globaux de ces enfants qui n'atteignent pas leur plein potentiel et de la productivité réduite des adultes ayant survécu aux mauvais traitements sont estimés entre 50 à 90 milliards de dollars par année aux États-Unis.^{5,6} Ces résultats soulignent le besoin de stratégies de prévention de la maltraitance pour améliorer l'évolution des enfants, des familles et des communautés.

Sujet

Les visites à domicile pendant la période prénatale, la première année de vie et la petite enfance constituent une stratégie prometteuse pour prévenir la maltraitance des enfants. Ces visites sont effectuées par un intervenant visiteur qualifié qui travaille avec les parents, au domicile familial, pour améliorer les relations parent-enfant, réduire les risques de préjudice à l'enfant et offrir un environnement de soutien à ce dernier. La participation à la plupart des programmes de visites à domicile s'effectue sur une base volontaire, mais les états et les communautés encouragent la participation des familles à risque de maltraiter leurs enfants (par exemple, les familles qui

présentent les caractéristiques suivantes : bas niveau d'éducation parental, pauvreté, monoparentalité, parents ayant eux-mêmes eu des contacts avec les services de protection de l'enfance pendant leur jeunesse). Au cours des 40 dernières années, plus de 250 modèles de services de visites à domicile ont été développés par des chercheurs et des prestataires de services. Ils varient grandement en ce qui concerne la formation des intervenants visiteurs, le contenu du programme, la durée de prestation des services et les preuves de l'efficacité pour réduire le taux de maltraitance des enfants.⁷ Cet article dresse un portrait des résultats disponibles sur l'efficacité des visites à domicile pour prévenir la maltraitance des enfants, souligne les lacunes de la recherche dans ce domaine et mentionne des implications pour les principales parties prenantes.

Problèmes

Les états et les communautés font face à un réel défi lorsqu'ils doivent sélectionner des modèles de visites à domicile qui conviennent à leur population cible et qui sont efficaces pour prévenir la maltraitance des enfants. Les fonctionnaires et les décideurs politiques ont besoin d'informations qui les orientent dans leur sélection de programme parmi les différents modèles de visites à domicile disponibles. Dans plusieurs cas, la qualité de la recherche n'est pas suffisante pour tirer des conclusions sur les effets d'un modèle donné sur la maltraitance des enfants.⁸

Le fait que les différents états aient des exigences et des critères variables en ce qui concerne le signalement des cas de maltraitance et les enquêtes à leur sujet pose un défi qui complique la mesure des résultats des programmes et entrave la comparaison des taux de maltraitance. En général, le taux de violence/négligence confirmée envers l'enfant et les visites à l'urgence suite à des blessures ou des ingestions sont relativement faibles. Ainsi, la plupart des recherches doivent inclure des mesures de facteurs de risque de maltraitance, comme la sévérité parentale (l'utilisation de techniques de discipline corporelles), la dépression maternelle, l'abus de substance et la violence domestique, ainsi que des mesures de facteurs de protection, comme un environnement positif à la maison et une relation parent-enfant de qualité. L'évaluation des facteurs de risque par des techniques administratives et observationnelles de cueillette de données peut être dispendieuse, alors que les rapports parentaux, moins dispendieux, peuvent ne pas être aussi fiables. Un autre défi rencontré dans ce champ de recherche est le potentiel d'effets de surveillance. Les effets de surveillance⁹ réfèrent au signalement potentiellement accru des familles qui participent aux services du système de protection de l'enfance ou à la recherche dans ce domaine en raison du nombre plus élevé de professionnels qui œuvrent auprès de ces

familles et peuvent déposer des rapports de violence suspectée. Ceci augmente la probabilité qu'une enquête soit déclenchée et que la violence soit confirmée dans ces familles participantes comparativement à celles qui ne participent pas aux services ou à la recherche sur la protection de l'enfance.

Contexte de la recherche

La recherche sur la maltraitance des enfants a augmenté au cours des 15 dernières années et il existe des méta-analyses et des revues de littérature sur l'efficacité des programmes de visites à domicile pour prévenir la maltraitance.^{10,11,12} Cependant, jusqu'à récemment, il n'y avait pas de revue systématique évaluant l'ensemble des effets des visites à domicile.^{7,13,14,15,16} Une initiative lancée en 2009 par le Health and Human Services (HHS) des États-Unis (NDLT : équivalent du Ministère de la santé et des services sociaux), intitulée « Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE) », a comblé cette lacune. Ce projet visait à dresser une revue systématique de la recherche sur les visites à domicile pendant la petite enfance, en portant une attention particulière à leur applicabilité pour la prévention de la maltraitance. L'objectif de la revue était d'évaluer la qualité de la littérature disponible en utilisant des méthodologies pré-spécifiées. Le HHS a utilisé les résultats de cette revue pour identifier quels modèles de programmes de visites à domicile rencontraient ses exigences en matière de démonstration de l'efficacité et ainsi guider les états dans la sélection de leurs modèles, dans le cadre d'une initiative fédérale de 1,5 milliards de dollars visant à accroître le nombre de familles et d'enfants desservis par des programmes de visites à domicile fondés empiriquement. Cette initiative financière a été mise sur pied pour améliorer l'évolution des enfants et des familles, ce qui implique notamment la réduction du taux de maltraitance des enfants et l'amélioration des pratiques parentales qui peuvent avoir un impact sur le risque de maltraitance. Les neuf modèles nationaux qui rencontraient les exigences du Health and Human Services en matière d'efficacité éprouvée en octobre 2011 étaient le Child FIRST, le Early Head Start-Home Visiting (EHS-HV), le Early Intervention Program for Adolescent Mothers (EIP), le Family Check-Up, le Healthy Families America (HFA), le Healthy Steps, le Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPPY), le Nurse-Family Partnership (NFP) et le Parents as Teachers (PAT). En juillet 2012, lors de la complétion d'une autre série de revues de littérature dans le cadre du projet « Home Visiting Evidence of Effectiveness », il a été annoncé que trois modèles supplémentaires rencontraient également les exigences du Department of Health and Human Services en matière de démonstration de l'efficacité. Les rapports détaillés sur ces modèles sont encore à venir.¹⁷ Tel

qu'expliqué plus loin, l'efficacité des neuf modèles pour lesquels une revue complète est disponible n'a pas été démontrée en matière de réduction de la maltraitance des enfants et d'amélioration des pratiques parentales.^{7,8}

Questions clés de la recherche

Cette revue aborde deux questions de recherche :

1. Quels sont les résultats disponibles sur l'efficacité des visites à domicile pour réduire le taux de maltraitance des enfants?
2. Quels sont les résultats disponibles sur l'efficacité des visites à domicile pour accroître les pratiques parentales positives qui sont associées à la réduction du risque de maltraitance?

Résultats récents de la recherche

Quels sont les résultats disponibles sur l'efficacité des visites à domicile pour réduire la maltraitance des enfants?

La revue systématique du « Home Visiting Evidence of Effectiveness » a révélé que certaines études du Healthy Families America et du Nurse-Family Partnership ont inclus des mesures des signalements corroborés de violence et de négligence envers l'enfant. Bien que, selon une étude de suivi menée lorsque les enfants ayant participé au programme ont atteint l'âge de 4 ans, le Nurse-Family Partnership n'ait aucun effet,¹⁸ une autre étude de suivi, menée 15 ans après l'inscription au programme, a révélé une réduction des rapports corroborés de maltraitance touchant les familles participantes.¹⁹ Plusieurs études du programme Healthy Families America ont été menées, mais on n'a obtenu aucun résultat démontrant que ce programme avait un effet à court terme sur le nombre de rapports corroborés de violence^{20,21,22,23} et aucune étude de suivi de ce programme n'a été menée à plus long terme. Une étude du Child FIRST a révélé les effets positifs de ce programme sur le besoin d'implication des services de protection de l'enfance à trois ans.²⁴ Il existe des études du Early Head Start-Home Visiting, du Healthy Families America, du Healthy Steps et du Nurse-Family Partnership qui ont mesuré les effets de ces programmes sur les visites à l'urgence ou les visites médicales entreprises suite à des blessures ou des ingestions. Seul le Nurse-Family Partnership a démontré qu'il a effectivement des effets positifs sur ce plan.^{13,18,25,26}

Les études du Healthy Families America qui se sont appuyées sur des questionnaires parentaux

auto-rapportés pour évaluer une variété de comportements violents envers l'enfant ont obtenu des résultats contradictoires mais la plupart n'ont révélé aucun effet du programme sur ces comportements auto-rapportés. Certaines études montrent que le Healthy Families America a des impacts favorables, selon des mesures auto-rapportées par les parents qui témoignent de réductions ponctuelles de la fréquence de la négligence, des pratiques très sévères et d'autres types de violence suite au programme.^{8,21,22,23,27}

Quels sont les résultats disponibles sur l'efficacité des visites à domicile pour accroître les facteurs de protection qui sont associés à la réduction du risque de maltraitance?

Sept des neuf modèles de programmes qui rencontrent les critères du Health and Human Services en matière de démonstration de l'efficacité ont fait l'objet d'études qui rapportent leurs impacts positifs sur des facteurs de protection tels que les pratiques parentales, la qualité des interactions parent-enfant, la sécurité dans l'environnement familial et la stimulation qui y est offerte (l'étude du programme Child FIRST n'a pas abordé ces aspects et les études du Early Intervention Program for Adolescent Mothers n'ont pas révélé d'effets du programme sur ces plans). La recherche révèle aussi que le Nurse-Family Partnership et le Parents as Teachers ont également des effets négatifs; notamment, les familles participant à ces programmes auraient moins de matériel de jeu approprié à la maison, utiliseraient des techniques disciplinaires plus sévères et accepteraient moins les comportements de l'enfant que les familles du groupe témoin. La revue du HomVEE a aussi révélé que le Early Head Start-Home Visiting a des effets positifs sur la connaissance qu'ont les parents du développement du nourrisson.^{8,14}

Lacunes de la recherche

Bien que, dans certaines études de programmes de visites à domicile, on ait rapporté des résultats témoignant des effets de la maltraitance sur l'évolution de l'enfant et de la famille, relativement peu d'études ont utilisé des méthodes rigoureuses qui permettent de tirer des inférences causales sur l'efficacité des programmes. En fait, plusieurs études de modèles de visites à domicile qui sont plutôt axés sur l'éducation à la petite enfance n'incluent pas de mesures de la violence et de la négligence envers l'enfant; ces études investiguent plutôt les facteurs de risque et de protection présents au foyer. L'inclusion de mesures de la maltraitance dans les études pose plusieurs défis, notamment la complexité d'obtenir le consentement des familles et d'accéder aux rapports des services de protection de l'enfance de l'état, le besoin d'un suivi à la fois à court et à long terme pour évaluer les impacts du programme étudié, et le

manque potentiel de fidélité et de validité des rapports des parents ou des intervenants. Comme la recherche montre que différents types de programmes de visites à domicile peuvent réduire la maltraitance et accroître les facteurs de protection dans les familles, les études dans ce domaine devraient inclure des mesures de ces deux aspects.

Les recherches rigoureuses actuellement disponibles ont été menées auprès d'échantillons de taille relativement petite, qui ne permettent pas d'évaluer l'impact des visites à domicile sur la maltraitance dans les familles de différents statuts socio-économiques et dans les différents sous-groupes raciaux/ethniques et linguistiques qui forment pourtant une proportion importante de la population. Par exemple, une revue des résultats des modèles de programmes de visites à domicile destinés aux familles amérindiennes et autochtones de l'Alaska a révélé que trois études avaient obtenu des résultats très positifs en matière d'efficacité mais qu'aucune d'entre elles n'a rapporté séparément les résultats propres à ces familles spécifiques.²⁸

Conclusion

Les études sur l'efficacité des visites à domicile pour prévenir la maltraitance des enfants sont prometteuses à certains égards. Toutefois, considérant le nombre d'études ayant mesuré le taux de maltraitance, le risque de maltraitance ou les facteurs de protection contre la maltraitance, on trouve beaucoup plus de résultats indiquant que ces programmes n'ont aucun effet que de résultats attestant d'une réduction de la maltraitance et d'une amélioration du bien-être de l'enfant et de la famille suite à la participation à un programme. La recherche démontre aussi à quel point les preuves de l'efficacité des différents modèles de visites à domicile sont variables, ce qui rend très importante la décision du modèle choisi et implanté. Les décideurs politiques et les bailleurs de fonds, à l'échelle nationale ou locale, peuvent utiliser les résultats sur l'efficacité des programmes pour guider leurs décisions sur le(s) modèle(s) à implanter en fonction des besoins de la communauté.

Globalement, la recherche sur l'efficacité des visites à domicile pour prévenir la maltraitance des enfants pourrait être améliorée par l'utilisation de méthodes rigoureuses et de mesures appropriées, le suivi sur des périodes plus longues, l'inclusion de sous-groupes importants de la population et les rapports plus spécifiques à leur sujet. Les nouvelles études devraient recruter un nombre de participants suffisamment élevé pour être en mesure d'évaluer les impacts des programmes sur différents sous-groupes de la population et de rapporter ces impacts. Ceci améliorerait notre compréhension de ce qui fonctionne pour chaque sous-groupe de population.

Une prise de décision fondée empiriquement requière des résultats de recherche de haute qualité et un investissement en recherche.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Étant donné le nombre limité de résultats de recherche rigoureux sur l'efficacité des visites à domicile pour prévenir la maltraitance des enfants, l'utilisation d'une approche comme celle du Home Visiting Evidence of Effectiveness, qui rend les subventions de l'État conditionnelles à la qualité des résultats obtenus sur l'efficacité des programmes, pourrait potentiellement accroître à l'échelle mondiale la quantité et la qualité de la recherche sur la prévention de la maltraitance des enfants. Une recherche de meilleure qualité pourrait aussi favoriser l'utilisation des résultats de recherche par les décideurs politiques et les prestataires de services. Comme les exigences du Home Visiting Evidence of Effectiveness et du Health and Human Services en matière de démonstration de l'efficacité des programmes et l'information qui en résulte sont publiques, les chercheurs peuvent les utiliser pour accroître la rigueur de leurs évaluations. De même, les décideurs politiques peuvent exiger que des résultats de recherche guident les décisions et les politiques liées au subventionnement des programmes.²⁹

Un indicateur potentiel de l'importance accordée aux résultats empiriques en matière d'efficacité des visites à domicile pour prévenir la maltraitance des enfants est la proportion relative de subventions nationales et locales disponibles pour des modèles fondés empiriquement comparativement à la proportion disponible pour des modèles peu ou pas fondés sur des études rigoureuses. En adoptant des modèles fondés, on s'assure que les familles recevront des interventions qui rencontrent les exigences les plus élevées en matière d'efficacité éprouvée pour la prévention de la maltraitance. Les familles et le public pourront ainsi être confiants que les programmes auxquels ils participent et qu'ils supportent par leurs impôts sont ceux qui ont le plus grand potentiel d'amélioration du bien-être des enfants et des familles.

Références

1. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2011). Child maltreatment 2010. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
2. RTI International (2008). *From early involvement with child welfare services to school entry: A 5- to 6-year follow-up of infants in the national survey of child and adolescent well-being*. Research Triangle Park, NC: RTI International.
3. RTI International (2008). *Adolescents involved with child welfare: A transition to adulthood*. Research Triangle Park, NC: RTI International.
4. RTI International (2010). *Children involved in child welfare: A transition to adolescence*. Research Triangle Park, NC: RTI International.

International.

5. Corso, P.S. (n.d.). Dollars and lives: The economics of healthy children. Chicago, IL: The Doris Duke Charitable Foundation. Available at: <http://www.preventchildabuse.org/publications/cap/documents/CorsoWHTPPR.pdf>. Accessed July 30, 2012.
6. Corso, P. S., & Fertig, A.R. (2010). The economic impact of child maltreatment in the United States: Are the estimates credible? *Child Abuse & Neglect*, 34, 296-304.
7. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Miller, E., & Del Grosso, P. (2011). *Home Visiting Evidence of Effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
8. Supplee, L., Paulsell, D., & Avellar, S. (2012). What works in home visiting programs? In Curtis, P.A., Alexander, G. eds. *What Works in Child Welfare*. Washington, DC: Child Welfare League of American Press, 39-61.
9. Waldfogel, J. Prevention and the child protection system. (2009). *The Future of Children*, 19, 195-210.
10. Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. Invest in kids working paper no. 7*. Washington, DC: Committee on Economic Development.
11. Sweet, M. A., & Applebaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-1456.
12. Howard, K.S. & Brooks-Gunn, J. (2009). The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *The Future of Children*, 19, 119-146.
13. Home Visiting Evidence of Effectiveness. (2011a). Reductions in child maltreatment. Available at: <http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=2&sid=4>. Accessed July 30, 2012.
14. Home Visiting Evidence of Effectiveness. (2011b). Positive parenting practices. Available at <http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=2&sid=6>. Accessed July 30, 2012.
15. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (n.d.). Home visiting for prevention of child abuse and neglect. Available at: <http://www.cebc4cw.org/topic/home-visiting-for-prevention-of-child-abuse-and-neglect/>. Accessed July 30, 2012.
16. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (n.d.). Home visiting for child well-being. Available at: <http://www.cebc4cw.org/topic/home-visiting/>. Accessed July 30, 2012.
17. Home Visiting Evidence of Effectiveness. (2011c). Latest releases. Available at <http://homvee.acf.hhs.gov/document.aspx?rid=7&sid=29&mid=1>. Accessed September 14, 2012.
18. Olds, D. L., Henderson Jr., C. R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78, 65-78.
19. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637-643.
20. Chambliss, J. W. (1998). An experimental trial of a home visiting program to prevent child maltreatment (Doctoral dissertation, Georgia State University, 1998). *Dissertation Abstracts International*, 61(03B), 152-1628.
21. Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., Windham, A., et al. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 597-622.
22. Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S. S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 801-827.
23. DuMont, K., Mitchell-Herzfeld, S., Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodriguez, M., et al. (2008). Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(3), 295-315.
24. Lowell, D.I., Carter, A.S., Godoy, L., Paulicin, B., & Briggs-Gowan, M.J. (2011). Child FIRST: A comprehensive home-based

intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 82 (1), 193-208.

25. Olds, D. L., Henderson, C. R., & Kitzman, H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*, 93(1), 89-98.
26. Kitzman, H., Olds, D. L., Henderson, C. R., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., et al. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 278(8), 644-652.
27. Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., Newton, R., et al. (2002). *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report*. San Diego: The Stuart Foundation, California Wellness Foundation, State of California Department of Social Services: Office of Child Abuse Prevention.
28. Del Grosso, P., Kleinman, R., Esposito, A.M., Sama Martin, E., & Paulsell, D. (2011). *Assessing the evidence of effectiveness of home visiting program models implemented in tribal communities*. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC.
29. Avellar, S. & Paulsell, D. (2011). *Lessons learned from the home visiting evidence of effectiveness review*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

Répliquer et implanter à grande échelle des programmes de visites à domicile fondés empiriquement : le rôle de la recherche d'implantation

Diane Paulsell, M.P.A

Mathematica Policy Research, États-Unis

Septembre 2012

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, un nombre croissant de programmes de visites à domicile a été développé et implanté en Amérique du Nord et partout dans le monde pour supporter les parents ayant de jeunes enfants. De tels programmes destinés aux femmes enceintes ou aux familles ayant de jeunes enfants sont implantés dans les 50 états américains et desservent environ 400 000 à 500 000 familles.¹ Ils s'inscrivent dans un continuum regroupant des programmes développés localement, des programmes inspirés par les résultats scientifiques disponibles (développés à partir de résultats de recherche sur les meilleures pratiques, mais pas évalués) et des programmes réellement fondés empiriquement (qui ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse attestant de leur efficacité).

Au cours de la même période, les décideurs politiques, les praticiens et les bailleurs de fonds en Amérique du Nord, au Royaume-Uni et ailleurs dans le monde ont développé un intérêt croissant envers l'utilisation de pratiques et d'interventions appuyées sur des résultats scientifiques qui attestent de leur efficacité. Aux États-Unis, l'administration Obama a subventionné une gamme d'initiatives qui requièrent l'utilisation de stratégies fondées empiriquement dans des domaines comme la prévention de la grossesse adolescente, les visites à domicile, l'éducation et l'innovation en matière de main-d'œuvre.^{2,3} En matière de visites à domicile, de plus en plus de programmes sont évalués rigoureusement et ont démontré leur efficacité sur divers plans comme le parentage, la santé de la mère et de l'enfant, le développement de l'enfant et la préparation à l'école, la réduction de la maltraitance des enfants et l'autosuffisance économique de la famille.^{4,5,6}

Sujet

Pour répliquer et implanter avec succès à grande échelle les programmes et les pratiques efficaces dans différents contextes communautaires et auprès de diverses populations, il est critique d'identifier les composantes centrales des interventions dont l'efficacité a été démontrée et de comprendre comment implanter ces composantes en restant fidèle au modèle de base du programme.⁷ On reconnaît de plus en plus l'importance de la qualité de l'implantation des interventions pour la petite enfance et le besoin de recherches d'implantation pour guider l'adoption de ces interventions, leur mise en œuvre initiale et leur amélioration continue.^{8,9,10} La recherche d'implantation et l'utilisation de données pour gérer les programmes sont séduisantes, car ces références offrent une solution potentielle au problème des écarts persistants entre l'évolution des enfants à risque et celle de leurs pairs plus favorisés. Cet article traite de la recherche d'implantation dans le domaine des visites à domicile, de la façon dont ces recherches peuvent être utilisées pour renforcer les programmes et améliorer les aspects qu'ils ciblent et des conditions et du soutien nécessaires à une implantation efficace.

Problèmes

La simple adoption d'un programme de visites à domicile fondé empiriquement, en satisfaisant les critères de démarrage initial du développeur du modèle de programme, n'est pas suffisante pour garantir que le programme entraînera les effets positifs démontrés dans les études qui l'ont évalué.¹¹ Les services de visites à domicile devraient être implantés avec fidélité au modèle du programme. Par exemple, les intervenants qui effectuent les visites devraient avoir les qualifications requises, les visites devraient être effectuées à la fréquence prévue et avoir la durée prévue, le contenu des visites devrait être livré intégralement et la qualité des services offerts aux familles devrait être élevée. De plus, les prestataires de services ont besoin de soutien et de ressources adéquates pour maintenir un haut niveau de fidélité au modèle du programme au fil du temps.¹²

Contexte de la recherche

Alors que la quantité de recherches rigoureuses sur l'efficacité des programmes de visite à domicile a grandi substantiellement au cours des dernières années, la recherche sur leur implantation est restée loin derrière.⁴ Les rapports de recherche et les articles typiques fournissent seulement un minimum d'informations sur la façon dont les programmes sont implantés et leur fidélité au modèle du programme.⁸ Alors que les gouvernements nationaux et locaux, les communautés et les prestataires de services cherchent à implanter à grande échelle

des programmes de visite à domicile fondés empiriquement, des recherches sont nécessaires pour développer des normes et des mesures de fidélité aux programmes, comprendre les conditions nécessaires à une implantation très fidèle et créer des outils pour évaluer l'implantation et supporter l'amélioration des programmes.

Questions clés pour la recherche

Cet article aborde deux questions :

1. Que savons-nous sur la fidélité de l'implantation des programmes de visite à domicile fondés empiriquement?
2. Quelles conditions et quelles ressources sont nécessaires pour soutenir et maintenir une mise en œuvre hautement fidèle des programmes au fil du temps?

Résultats de recherche récents

Que savons-nous sur la fidélité de l'implantation des programmes de visite à domicile fondés empiriquement?

Les chercheurs ont développé un certain nombre de cadres théoriques pour définir la fidélité de l'implantation.^{13,14,15} La plupart incluent l'adhérence au modèle du programme, le dosage (c.-à-d., fréquence, intensité, durée) et la qualité des services ainsi que la réaction des participants et leur implication dans les services reçus; certains incluent la qualité de la relation entre le participant et l'intervenant.

Bien que la recherche sur la fidélité des programmes de visite à domicile soit assez clairsemée, des études ont documenté certaines de ses composantes, comme le dosage des services, le contenu des visites et la relation entre le participant et l'intervenant. La recherche montre que les familles reçoivent typiquement environ la moitié du nombre de visites à domicile prévu au programme.^{16,17} Par exemple, dans les trois essais contrôlés randomisés du programme Nurse Family Partnership (Partenariat infirmière-famille), le dosage moyen des visites allait de 45 à 62 %.¹⁸ La recherche montre aussi que plusieurs familles inscrites à des programmes de visite à domicile, peut-être même la plupart d'entre elles, se retirent du programme avant la fin de leur période d'admissibilité.^{16,19,20} Certaines études ont varié le dosage offert aux familles et ont montré qu'un nombre réduit de visites à domicile pouvait entraîner des résultats similaires à ceux obtenus avec des niveaux plus élevés d'exposition.²¹

L'étude systématique des activités réalisées et des sujets discutés pendant les visites à domicile est essentielle pour évaluer si le contenu a été livré tel que prévu et comprendre comment le contenu livré varie d'une famille à l'autre et au fil du temps. Bien que la plupart des programmes fournissent des lignes directrices du contenu et une formation pour les intervenants qui effectueront les visites, la recherche suggère que le contenu n'est pas toujours livré comme prévu et varie d'une famille à l'autre. Par exemple, plusieurs études ont montré que, malgré des objectifs de programme mettant l'accent sur le parentage, peu de temps était consacré aux interactions parent-enfant.^{22,23} Une étude récente sur le programme Early Head Start a montré que les intervenants à domicile consacraient en moyenne 14 % de chaque visite à domicile à des activités conçues pour améliorer les interactions parent-enfant.²⁴ Les cadres de travail sur la fidélité mettent aussi l'accent sur l'importance d'une relation positive entre la famille et l'intervenant à domicile, puisque cette relation peut influencer la mesure dans laquelle le parent s'engage et s'implique dans les visites.^{17,25,26} Certaines recherches indiquent que des relations de meilleure qualité sont associées à une meilleure évolution des enfants.^{27,28}

Quelles conditions et quelles ressources sont nécessaires pour soutenir et maintenir une mise en œuvre hautement fidèle des programmes au fil du temps?

Les meilleures pratiques observées et des recherches émergentes suggèrent que le personnel chargé des visites à domicile a besoin de formation, de supervision, de surveillance en matière de fidélité, d'un climat organisationnel supportant les employés et d'un soutien en santé mentale pour maintenir une implantation hautement fidèle au fil du temps. L'effet de ces types de ressources de soutien sur les intervenants effectuant les visites à domicile n'a pas été bien étudié. Toutefois, quelques recherches sur des interventions similaires indiquent que l'implantation de pratiques fondées empiriquement dont la fidélité est suivie et qui s'accompagnent de consultations de soutien pour le personnel intervenant prédit un roulement de personnel moins fréquent ainsi qu'un taux réduit d'épuisement émotionnel professionnel chez le personnel.^{29,30,31} De plus, un climat organisationnel de soutien envers les employés a été associé à des attitudes plus positives à l'égard de l'adoption de programmes fondés empiriquement.³²

Lacunes de la recherche

Plus de recherches seront nécessaires pour orienter les décisions sur l'adoption, l'adaptation et la réplique de programmes de visites à domicile fondés empiriquement et supporter leur implantation à plus grande échelle. Par exemple, des études sont requises pour déterminer les

seuils de dosage et de durée des services nécessaires pour entraîner un effet positif sur la famille et l'enfant. Les études de variation planifiée, dans lesquelles on fait volontairement varier les composantes du programme, le contenu, la formation de l'intervenant visiteur ou le dosage des services, permettent d'identifier les dimensions essentielles de l'implantation qui sont critiques pour obtenir les impacts du programme, ainsi que les dimensions qui pourraient être adaptées à différents contextes ou différentes populations sans menacer son efficacité.

Pour faciliter ces études, plus de travaux seront requis pour développer des mesures d'implantation. Bien que quelques mesures aient été développées – comme des mesures d'observation de la qualité des visites à domicile et des échelles pour évaluer la relation entre le participant et l'intervenant visiteur – leur validité et leur fidélité n'ont pas été suffisamment éprouvées avec différentes populations dans différents contextes de prestation de services.³³

Conclusion

Comme l'intérêt grandit envers les programmes de visites à domicile fondés empiriquement et leur promesse d'effets positifs sur les enfants et leur famille, les décideurs politiques et les praticiens ont besoin d'être conseillés sur la façon d'implanter efficacement ces programmes et de soutenir une mise en œuvre hautement fidèle à long terme. Bien que les recherches d'implantation sur les programmes de visites à domicile se multiplient, plus de travaux sont nécessaires dans ce domaine. La recherche montre que la plupart des programmes n'offrent pas le dosage prévu de services et que les familles abandonnent souvent les programmes avant la fin de leur période d'admissibilité. Il existe aussi une variabilité dans l'adhérence aux activités prévues et aux thèmes à couvrir pendant les visites. La recherche émergente souligne l'importance d'une supervision solide des intervenants visiteurs, d'une surveillance de la fidélité et d'un climat organisationnel qui supporte les intervenants et appuie les programmes fondés empiriquement. Des recherches additionnelles pourraient offrir des orientations et des outils pour promouvoir une implantation réussie de programmes de visites à domicile fondés empiriquement et une bonne adaptation des modèles de programme aux différentes populations et aux divers contextes.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Le soutien d'une implantation hautement fidèle de programmes de visite à domicile fondés empiriquement a le potentiel d'améliorer les issues développementales des enfants et des

familles à risque. Les décideurs politiques et les bailleurs de fonds devraient utiliser les recherches disponibles sur l'implantation et encourager de futurs travaux à ce sujet pour orienter leurs décisions sur la façon d'implanter efficacement à grande échelle des programmes fondés empiriquement et de supporter ces programmes au fil du temps. Par exemple, la recherche d'implantation peut être utilisée pour évaluer dans quelle mesure les agences locales sont prêtes à implanter des programmes de visites à domicile avec fidélité. Le gouvernement et les autres bailleurs de fonds peuvent utiliser la recherche d'implantation pour structurer les exigences à l'égard du suivi de l'implantation et des rapports à rendre sur certaines de ses dimensions spécifiques. Ils peuvent aussi supporter l'implantation en créant des systèmes de données qui facilitent le suivi de la fidélité et l'utilisation de données pour améliorer les programmes. De plus, la recherche d'implantation peut être utilisée pour la formation du personnel et l'assistance technique continue. Quant aux parents, ils doivent retenir que la participation et l'engagement dans le programme font une réelle différence. Les parents doivent comprendre les buts du programme auquel ils s'inscrivent et les attentes à leur égard lorsqu'ils participent aux services. Pour atteindre le dosage prévu, le personnel visiteur pourrait devoir aider les parents à surmonter les obstacles qui les empêchent de participer pleinement au programme.

Les chercheurs devraient continuer à construire la base de connaissances disponibles sur la façon d'implanter efficacement des programmes de visites à domicile en rapportant aussi l'information sur l'implantation lorsqu'ils publient des résultats d'évaluations systématiques de l'efficacité des programmes. Des recherches additionnelles sur la réplication et l'implantation à plus grande échelle de programmes de visites à domicile devraient être menées pour identifier les conditions, les processus et les ressources de soutien associés à l'atteinte et au maintien d'une implantation hautement fidèle.

Références

1. Stoltzfus, E., & Lynch, H. (2009). *Home visitation for families with young children*. Washington, DC: Congressional Research Service.
2. Goesling, B. (2011). Building, evaluating, and using an evidence base to inform the DHHS Teen Pregnancy Prevention Program. Paper presented at the Society for Adolescent Health and Medicine Annual Meeting, Seattle, WA.
3. Haskins, R., & Baron, J. (2011). *Building the connection between policy and evidence*. London, UK: NESTA.
4. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Miller, E., & Del Grosso, P. (2011). *Home visiting evidence of effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
5. Daro, D. (2006). *Home visitation: Assessing progress, managing expectations*. Chicago, IL: Chapin Hall at the University of Chicago.
6. Gomby, D. S. (2005). Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. (Invest in Kids Working Paper No. 7).

Washington, DC: Committee on Economic Development.

7. Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice, 19*, 531-540.
8. Avellar, S., & Paulsell, D. (2011). *Lessons learned from the home visiting evidence of effectiveness review*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
9. Kaderavek, J. N., & Justice, L. M. (2010). Fidelity: an essential component of evidence-based practice in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology, 19*, 369-379.
10. Paulsell, D., Porter, T., Kirby, G., Boller, K., Sama Martin, E, Burwick, A., Ross, C., & Begnoche, C. (2010). *Supporting quality in home-based child care: Initiative design and evaluation options*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
11. Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327-350.
12. Coffee-Borden, B., & Paulsell, D. (2010). *Recruiting and training home visitors for evidence-based home visiting: Experiences of EBHV grantees*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
13. Daro, D. (2010). *Replicating evidence-based home visiting models: A framework for assessing fidelity*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
14. Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balian, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science, 2*,40.
15. Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2010). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science, 12*, 23-33.
16. Kitzman HJ. Effective early childhood development programs for low-income families: Home visiting interventions during pregnancy and early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-7. Available at: <http://www.childencyclopedia.com/documents/KitzmanANGxp-Home.pdf>. Accessed July 30, 2012.
17. Riley, S., Brady, A. E., Goldberg, J., Jacobs, F., & Easterbrooks, M. A. (2008). Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review, 30*, 597-612.
18. Personal communication from Dr. David Olds to Dr. Kimberly Boller, January 25, 2012.
19. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C. M., Schochet, P. Z., Brooks-Gunn, J., Paulsell, D., Brady-Smith, C. (2002). *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: The impacts of Early Head Start*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
20. Duggan, A., Windham, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Rohde, C., Buchbinder, S., & Sia, C. (2000). Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics, 105*, 250-259.
21. DePanfilis, D., & Dubowitz, H. (2005). Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment, 10*, 108-123.
22. Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H. J., & Kantz, K. R. (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention, 29*, 199-140.
23. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly, 17*, 28-51.
24. Vogel, C. A., Boller, K., Xue, Y., Blair, R., Aikens, N., Burwick, A., Stein, J. (2011). Learning as we go: A first snapshot of Early Head Start programs, staff, families, and children (OPRE Report #2011-7). Washington, DC: Department of Health and Human Services.

25. Korfmacher, J., Green, B., Spellmann, M., & Thornburg, K. R. (2007). The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 28, 459-480.
26. Korfmacher, J., Green, B., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., . . . Schiffman, R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child Youth Care Forum*, 37(4), 171-196.
27. Peterson, C. A., Roggman, L. A., Stearkel, F., Cook, G., Jeon, H. J., & Thornburg, K. (2006). Understanding the dimensions of family involvement in home-based Early Head Start. Unpublished manuscript. Iowa State University, Ames, Iowa.
28. Roggman, L. A., Christiansen, K., Cook, G. A., Jump, V. K., Boyce, L. K., & Peterson, C. A. (2006) *Home visits: Measuring how they work*. Logan, UT: Early Intervention Research Institute Mini-Conference.
29. Aarons, G. A., & Palinkas, I. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 411-419.
30. Aarons, G. A., Sommerfeld, D., Hecht, D., Silovsky, J., & Chaffin, M. (2009). The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: Evidence for a protective effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 270-280.
31. Aarons, G. A., Fettes, D. L., Flores, L. E., Jr., & Sommerfeld, D. (2009). Evidence-based practice implementation and staff emotional exhaustion in children's services. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 954-960.
32. Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C., (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*, 3, 61-72.
33. Paulsell, D., Boller, K, Hallgren, K., & Esposito, A. M. (2010). Assessing home visit quality: Dosage, content, and relationships. *Zero To Three*, 30, 16-21.

Les visites à domicile et la santé mentale de la mère et de l'enfant

¹Robert T. Ammerman, Ph.D., ²S. Darius Tandon, Ph.D.

¹Cincinnati Children's Hospital Medical Center and University of Cincinnati College of Medicine, États-Unis, ²Johns Hopkins University Department of Pediatrics, États-Unis

Septembre 2012

Introduction

La prévalence des problèmes de santé mentale, et particulièrement de la dépression, est très élevée chez les femmes à faible revenu. Ceci n'est pas surprenant étant donné le risque élevé de problèmes de santé mentale couru par ces femmes à cause de facteurs de risque comme les événements de vie stressants, le piètre support social, le stress créé par les obligations parentales, les difficultés maritales et la pauvreté.^{1,2} Les enfants de mères dépressives, y compris de celles qui présentent un niveau sous-clinique de dépression, peuvent être victimes d'une gamme d'effets négatifs, notamment les retards développementaux, les difficultés cognitives et l'insécurité de l'attachement.^{3,4} Étant donné le grand nombre de femmes qu'ils desservent pendant la période périnatale, les programmes de visites à domicile offrent une opportunité unique pour cibler la dépression maternelle. Dans ce chapitre, nous élaborerons sur la recherche récente reliée au dépistage de la dépression maternelle dans les programmes de visite à domicile et aux ressources qu'offrent ces programmes pour aborder ce problème, nous identifierons les lacunes dans la recherche existante et nous fournirons des recommandations pour les pratiques et les politiques communautaires afin d'aborder le problème de la dépression maternelle dans le cadre des visites à domicile.

Sujet

Les programmes de visites à domicile sont communs dans les pays développés. Ils résultent d'investissements sociaux et financiers substantiels et témoignent d'une volonté collective d'optimiser le développement des enfants et le parcours de vie des mères. La recherche a démontré qu'une large proportion de mères desservies par les programmes de visites à domicile souffrent de problèmes de santé mentale; jusqu'à 50 % d'entre elles connaissent des niveaux cliniques de dépression au cours des premières années critiques du développement de leur

enfant.⁵ Des études montrent aussi que plusieurs mères dépressives ne parviennent pas à profiter pleinement des visites à domicile.⁶ Le dépistage des mères dépressives et de celles qui sont à risque de dépression dans le cadre des visites à domicile, ainsi que le traitement et la prévention de cette condition et de ses conséquences néfastes, peuvent améliorer les effets des programmes et favoriser un sain développement des enfants.

Problèmes

La dépression chez les nouvelles mères a des effets négatifs profonds, souvent à long terme, sur le parentage et le développement de l'enfant. Les mères dépressives se sentent souvent dépassées par leur rôle parental, ont des difficultés à comprendre les indices émis par leur nourrisson, peinent à rencontrer les besoins sociaux et émotionnels de leur enfant et sont moins tolérantes envers les mauvaises conduites infantiles.⁷ Les enfants de mères dépressives, particulièrement s'ils sont exposés à la dépression pendant leur première année de vie, sont plus susceptibles de développer un attachement de piètre qualité envers leurs parents et de présenter des difficultés sur les plans de la régulation émotionnelle et comportementale, de l'attention et de la mémoire; ils sont aussi plus à risque de développer des troubles psychiatriques tout au long de l'enfance.⁸ Les visites à domicile cherchent principalement à favoriser le développement sain de l'enfant en améliorant les pratiques parentales et le fonctionnement maternel. Lorsque les mères dépressives ont des troubles de l'humeur persistants au cours de leur participation à un programme de visites à domicile, elles peuvent moins bénéficier des services reçus et leurs enfants peuvent ainsi rester plus à risque d'issues développementales négatives. De plus, l'un des objectifs des visites à domicile est d'orienter les mères vers d'autres services professionnels disponibles dans leur communauté, notamment les services de soutien en santé mentale. Cependant, les intervenants à domicile peuvent ne pas détecter le besoin d'une telle référence chez les mères dépressives et, même lorsque la dépression est dépistée et que la mère est référée à un service de soutien en santé mentale, peu de mères reçoivent un traitement efficace.⁶

Contexte de la recherche

Malgré le nombre croissant d'études sur l'efficacité des visites à domicile, on n'a commencé que récemment à porter attention à la dépression maternelle. Des études ont été menées pour déterminer la prévalence de la dépression maternelle chez les mères recevant des visites à domicile.^{9,10,11,12} Ces études rapportent des taux de symptômes dépressifs d'environ 50 %. Quelques études, moins nombreuses, ont porté sur le dépistage de la dépression maternelle dans

les programmes de visites à domicile^{9,11} et sur les défis liés à ce dépistage et aux ressources que prévoient les programmes pour affronter ce problème.^{13,14} Étant donné la forte prévalence de la dépression maternelle et les moyens limités mis en place dans les programmes de visites à domicile pour faire face à ce trouble, des interventions visant à le prévenir et à le traiter ont été développées.

Questions clés de la recherche

Trois questions clés de la recherche peuvent être posées :

- Premièrement, comment la dépression maternelle affecte-t-elle les issues développementales d'intérêt dans les programmes de visites à domicile, comme le parentage, le parcours de vie maternel, la santé et le développement de l'enfant?
- Deuxièmement, quelle est la prévalence de la dépression maternelle et comment évolue ce trouble dans le contexte des visites à domicile? Une question en lien avec ceci porte sur la distinction entre la présence de symptômes dépressifs élevés et le diagnostic de dépression majeure : les implications sont-elles les mêmes dans les deux cas?
- Troisièmement, quelle est la meilleure approche pour prévenir et traiter la dépression chez les nouvelles mères qui participent aux programmes de visites à domicile?

Résultats de recherche récents

Visites à domicile et dépression maternelle

À ce jour, les résultats attestant que les programmes de visites à domicile ont un impact sur la dépression maternelle sont limités. Un *essai contrôlé randomisé* ayant comparé un groupe de familles participant à un programme de visites à domicile et un groupe témoin recevant d'autres services communautaires a révélé une différence statistiquement significative entre les groupes sur le plan des symptômes dépressifs deux ans après l'inscription au programme, mais cette différence n'était plus significative après trois ans.¹⁵ Une seconde étude, portant sur le programme Early Head Start, n'a révélé aucune différence en matière de symptômes dépressifs au post-test entre les participants du groupe intervention et ceux du groupe témoin, bien qu'une différence ait été détectée lors d'un suivi à plus long terme, juste avant l'inscription des enfants en maternelle.¹⁰ D'autres essais contrôlés randomisés n'ont révélé aucun effet des visites à domicile sur les symptômes dépressifs maternels.^{12,16,17}

Il existe des résultats selon lesquels la dépression peut avoir un impact négatif sur les effets des programmes de visites à domicile. La dépression a été associée à une vision négative du rôle parental et à des connaissances limitées du développement de l'enfant.¹⁸ Dans le Early Head Start Research and Evaluation Project (Projet d'évaluation et de recherche sur le programme Early Head Start),⁶ les mères dépressives présentaient des déficits lors des interactions avec leur enfant et elles avaient plus de difficultés que les mères non-dépressives à atteindre leurs objectifs en matière de scolarisation et d'emploi. Cependant, elles ont aussi présenté des améliorations sur certains aspects des interactions avec leur enfant lors de tâches structurées. Duggan et al.¹⁹ ont montré que la sensibilité aux indices émis par l'enfant s'améliorait suite aux visites à domicile chez les mères dépressives ayant des niveaux plus faibles d'anxiété de l'attachement, comparativement aux mères ayant des niveaux plus élevés d'anxiété de l'attachement ou qui ne recevaient pas de visites à domicile. La recherche sur le programme Nurse-Family Partnership²⁰ a montré de façon systématique que les mères possédant de faibles ressources psychologiques, un construit qui inclut quelques symptômes de dépression, sont celles qui bénéficient le plus des visites à domicile. Considérant l'ensemble de ces résultats, il est évident que la dépression maternelle a un impact complexe sur les effets des visites à domicile.

Dépistage et réaction à la dépression maternelle

Généralement, les intervenants à domicile ne détectent pas la dépression maternelle ou n'abordent pas ce problème au cours de leurs visites chez les clients.^{11,12,17} Plusieurs raisons semblent contribuer au manque d'attention porté à ce problème par les intervenants, notamment le sentiment qu'ils n'ont pas la formation appropriée pour discuter de dépression avec les clientes, la perception qu'il est plus difficile d'interagir avec les clientes dépressives, la difficulté de prioriser la discussion sur la santé mentale dans un contexte où les clientes ont d'autres besoins urgents et le manque de clarté sur la mesure dans laquelle ils devraient aborder le problème de la dépression maternelle.^{13,14} Un dépistage systématique et une orientation vers des services appropriés lors de l'inscription au programme de visites à domicile pourraient aider à identifier les femmes qui ont besoin de soutien pour la dépression maternelle.

Traitement de la dépression maternelle

Comme les mères dépressives obtiennent rarement un traitement efficace pour la dépression dans leur communauté, deux approches ont été développées pour dispenser un traitement à la maison. Ammerman et coll. ont créé la Thérapie cognitivo-comportementale à domicile (ou In-

Home Cognitive Behavioral Therapy, IH-CBT).²¹ La IH-CBT est une intervention structurée, exposée dans un manuel écrit et offerte par un thérapeute titulaire d'une maîtrise. Cette forme modifiée d'un traitement pour la dépression fondé empiriquement, adaptée au milieu familial, aborde les besoins uniques des nouvelles mères socialement isolées et de faible statut socio-économique et implique l'intervenant visiteur à domicile pour faciliter une forte collaboration et ainsi maximiser les effets sur la mère et l'enfant. Une étude clinique récente²² a révélé que le taux de trouble dépressif majeur diagnostiqué était plus faible chez les mères qui souffraient initialement d'un trouble dépressif majeur et qui avaient reçu la IH-CBT en plus des visites à domicile que chez les mères qui avaient reçu uniquement les visites à domicile; ce résultat a été obtenu au post-test suivant l'intervention (29,3 % vs 69,0 %) et au suivi après trois mois (21,0 % vs 52,6 %). On a aussi observé chez les mères ayant reçu l'intervention une diminution plus importante des symptômes dépressifs autorapportés, un support social accru, des taux plus faibles d'autres symptômes psychiatriques et un meilleur fonctionnement général.

Beeber et al.²³ ont mené un essai clinique avec la psychothérapie interpersonnelle (TI), incluant 80 mères d'origine latine ayant récemment immigré, âgées d'au moins 15 ans et qui participaient au programme Early Head Start. Les mères dépressives étaient assignées aléatoirement au traitement par TI ou aux « soins habituels ». Le traitement était dispensé par des infirmières en psychiatrie qui travaillaient en association avec un interprète espagnol. Onze sessions étaient offertes par le duo et cinq séances supplémentaires étaient offertes par l'interprète seul. Les résultats ont révélé une réduction significative des symptômes dépressifs autorapportés dans le groupe traité par TI comparativement au groupe assigné aux soins habituels et ces effets s'étaient maintenus un mois après la fin du traitement.

Interventions pour prévenir la dépression maternelle

Étant donné le grand nombre de mères à risque de développer une dépression de niveau clinique parmi celles rencontrées lors des visites à domicile, Tandon et coll. ont adapté une intervention – la Mothers and Babies Course²⁴ – au contexte des visites à domicile pour l'utiliser comme intervention de prévention de la dépression. Des résultats d'un récent essai contrôlé randomisé^{25,26} ont révélé que les symptômes dépressifs diminuaient significativement plus rapidement chez les participantes recevant cette intervention que chez celles assignées aux soins habituels entre la mesure de base et les post-tests mesurés une semaine, trois mois et six mois après l'intervention. Les effets les plus forts ont été trouvés six mois après l'intervention. Les participantes ayant reçu l'intervention étaient aussi moins susceptibles de vivre un épisode

dépressif six mois après l'intervention que les participantes ayant reçu les soins habituels (14.6 % vs 32.4 %), tel que mesuré par une entrevue clinique structurée.

Lacunes de la recherche

La recherche sur la dépression maternelle dans un contexte de visites à domicile n'en est qu'à ses balbutiements. Il sera nécessaire de mener des études fondées théoriquement pour examiner comment la dépression maternelle affecte la mère et l'enfant dans le cadre des visites à domicile. L'objectif principal de cet effort de recherche devrait être de mieux comprendre comment la sévérité et la trajectoire de la dépression interagissent avec les composantes du programme de visites pour amener des effets positifs ou négatifs. En lien avec ceci, peu d'études ont distingué la présence de symptômes dépressifs élevés et la condition clinique que constitue le trouble dépressif majeur. Il est possible qu'une telle distinction soit importante pour comprendre comment la dépression affecte les visites à domicile et quelle est la meilleure façon de s'y attaquer. L'identification d'influences modératrices et de mécanismes de changement guidera l'amélioration des programmes de visites à domicile pour mieux satisfaire aux besoins de la population concernée. De telles améliorations dans les programmes impliqueront probablement la formation et la supervision des intervenants à domicile, des changements dans le contenu des programmes, un dépistage systématique et une augmentation du nombre d'approches visant à prévenir la dépression ou à offrir un traitement efficace aux mères qui souffrent déjà d'un trouble dépressif majeur. Du côté de la prévention et du traitement, on manque d'informations sur les impacts à long terme de l'ajout aux programmes de composantes ciblant la dépression. Le trouble dépressif majeur est épisodique et les rechutes sont courantes. En conséquence, les approches de prévention et de traitement qui diminuent le risque de rechute ou accroissent l'intervalle entre les épisodes de dépression majeure à long terme sont les plus prometteuses pour la santé de la mère et de l'enfant. Finalement, il sera nécessaire de mieux comprendre comment diffuser à grande échelle les programmes de prévention et de traitement fondés empiriquement et comment les intégrer à différents modèles de programmes de visites à domicile.

Conclusion

La santé mentale générale des mères et la dépression maternelle en particulier sont de graves préoccupations dans le cadre des programmes de visites à domicile. Des études suggèrent que la prévalence de la dépression est très élevée chez les mères ciblées par ces programmes. Les

intervenants à domicile rencontrent souvent des obstacles lorsqu'ils œuvrent auprès des mères dépressives et ils ont de la difficulté à déceler la dépression et à référer les mères à des services de santé mentale efficaces dans la communauté. La recherche évaluant l'impact de la dépression sur les effets des programmes de visites à domicile est contradictoire : certaines études rapportent des résultats négatifs alors que d'autres suggèrent que les mères dépressives pourraient bénéficier de ces programmes. Cependant, les études démontrent que les visites à domicile en elles-mêmes ont peu d'impacts positifs sur les symptômes dépressifs maternels. Il est possible que la présence de dépression maternelle pendant le programme de visites à domicile ait des implications pour la santé et le développement de l'enfant. Plusieurs approches de prévention et de traitement de la dépression fondées empiriquement ont émergé. Bien qu'il soit justifié de poursuivre les recherches dans ce domaine, les résultats préliminaires sont encourageants et suggèrent que les visites à domicile peuvent offrir une opportunité unique pour rejoindre les mères dépressives ou qui sont à risque de dépression.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Comme la prévalence de la dépression est très élevée chez les femmes inscrites à un programme de visites à domicile, des approches multimodales structurées doivent être employées pour dépister et traiter ce trouble de façon efficace et efficiente. Premièrement, un dépistage systématique devrait avoir lieu lors de chaque nouvelle inscription à un programme de visites à domicile. Des outils de dépistage fidèles, valides et rapides sont facilement disponibles et peuvent être intégrés dans le processus d'admission standard des programmes. Deuxièmement, les programmes doivent inclure une formation pour les intervenants à domicile sur la façon d'aborder la dépression maternelle au cours des visites. Les intervenants à domicile doivent comprendre quand et comment la dépression maternelle doit être abordée et quand ils doivent référer la mère à un professionnel de la santé mentale. Cette formation devrait aussi guider les intervenants sur la façon d'équilibrer les conversations entre les besoins spécifiques à la famille visitée et la dépression maternelle ou les autres facteurs de risque psychosociaux qui nuisent à un parentage efficace. Il est primordial de développer les compétences des intervenants à domicile et de s'assurer que ces compétences soient utilisées. La supervision réflexive²⁷ et l'entraînement (« coaching »)²⁸ sont deux approches qui ont été utilisées avec succès dans d'autres contextes pour développer et maintenir les compétences du personnel. Troisièmement, les exemples de bonification des services de visites à domicile par des interventions en santé mentale visant à prévenir et traiter la dépression maternelle devraient faire l'objet de plus

d'études d'évaluation rigoureuses puis être implantés à plus grande échelle, le cas échéant. Il faut aussi travailler sur l'intégration d'interventions préventives et thérapeutiques dans un même programme de visites à domicile, pour soutenir l'ensemble des femmes ayant besoin d'une intervention pour la dépression maternelle. Dans le cadre de chacune de ces recommandations pour les politiques et les pratiques, toutes les parties prenantes (notamment le personnel de visite à domicile et les clients) doivent être impliquées pour assurer le développement d'approches écologiquement valides que les communautés accepteront et s'approprieront.

Références

1. Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36, 542-549.
2. Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 316-321.
3. Center on the Developing Child. (2009). *Maternal depression can undermine the development of young children (Working Paper 8)*. Boston, MA: Harvard University.
4. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Depression in parents, parenting and children: Opportunities to improve identification, treatment and prevention*. Washington DC: The National Academies Press.
5. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Bosse, N. R., Teeters, A. R., & Van Ginkel, J. B. (2010). Maternal depression in home visitation: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 191-200.
6. Administration on Children Youth and Families. (2002). *Making a difference in the lives of children and families: The Impacts of Early Head Start Programs on infants and toddlers and their families*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
7. Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135.
8. Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O., & Sharp, D. (2010). Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Development*, 81, 149-165.
9. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Chen, L., Holleb, L., Stevens, J., Short, J., & Van Ginkel, J. B. (2009). Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. *Child Abuse & Neglect*, 33, 127-138.
10. Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., & Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal*, 28, 151-170.
11. Tandon, S. D., Parillo, K. M., Jenkins, C. J., & Duggan, A. K. (2005). Home visitors' recognition of and response to malleable risk factors among low-income pregnant and parenting women. *Maternal Child Health Journal*, 9, 273-283.
12. Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S. S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31, 801-827.
13. Lecroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1003-1013.
14. Tandon, S. D., Mercer, C., Saylor, E., & Duggan, A. K. (2008). Paraprofessional home visitors' perceptions of addressing poor mental health, substance abuse, and domestic violence: A qualitative study. *Early Childhood Research Quarterly*, 23, 419-428.
15. Landsverk, J., Carrilio, T., Connelly, C. D., Granger, W. C., Slymen, D. J., & Newton R. R. (2002). *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report*

: San Diego, CA: San Diego Children's Hospital and Health Center.

16. Mitchell-Herzfeld, S., Izzo, C., Greene, R., Lee, E., & Lowenfels, A. (2005). *Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First year program impacts*. Albany, NY: Healthy Families New York.
17. Duggan, A. K., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S., McFarlane, E., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 28, 623-643.
18. Jacobs, S., & Easterbrooks, M. A. (2005). Healthy Families Massachusetts final evaluation report. 2005; Retrieved from http://www.healthyfamiliesamerica.org/downloads/eval_hfm_tufts_2005.pdf
19. Duggan, A., Berlin, L., Cassidy, J., Burrell, L., & Tandon, S. (2009). Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 77, 788-799.
20. Olds, D. L. (2010). The nurse-family partnership: From trials to practice. In A. J. Reynolds, A. J. Rolnick, M. M. Englund, & J. A. Temple (Eds.) (2010). *Childhood programs and practices in the first decade of life: A human capital integration* (pp.40-75). New York, NY: Cambridge University Press.
21. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Bosse, N. R., Short, J. A., Bodley, A. L., & Van Ginkel, J. B. (2011). An open trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 1333-1341.
22. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Stevens, J., & Van Ginkel, J. B. (2012). A clinical trial of In-Home CBT for depressed mothers in home visitation. Unpublished manuscript, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA.
23. Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T., Lewis, V., Blanchard, H., Canuso, R., & Goldman, B. D. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. *Research in Nursing & Health*, 33, 60-76.
24. Munoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., et al. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 70-83.
25. Tandon, S. D., Mendelson, T., Kemp, K., Leis, J., Perry, D. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 707-712
26. Tandon, S. D., Leis, J., Mendelson, T., Perry, D. F., & Kemp, K. (2012). 6-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. Unpublished manuscript, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.
27. Heller, S. S., & Gilkerson, L. (2011). *Practical guide to reflective supervision*. Washington, DC: Zero to Three.
28. Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida.