



Visites à domicile

Mise à jour : Mars 2022

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
Impact des visites à domicile sur la prévention de la maltraitance des enfants KIMBERLY BOLLER, PH.D., AVRIL 2022	10
Santé mentale des parents et des enfants et visites à domicile ¹ ERIN A. WARD, M.A., M.S.W. , ¹ S. DARIUS TANDON, PH.D., ² ROBERT T. AMMERMAN, PH.D., FÉVRIER 2022	22
Les programmes de visites à domicile pré et post natales et leur impact sur le développement social et affectif des enfants NANCY DONELAN-MCCALL, PH.D., DAVID OLDS, PH.D., JANVIER 2022	45
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, JANVIER 2022	58
Impacts des programmes de visites à domicile sur la préparation à l'école des jeunes enfants GRACE KELLEY, PH.D., ERIKA GAYLOR, PH.D., DONNA SPIKER, PH.D., JANVIER 2022	68
Nouvelles directions adoptées en recherche sur les visites à domicile : le paradigme de précision ¹ JON KORFMACHER, PH.D., ² ANNE DUGGAN, SC.D., ³ KAY O'NEILL, M.S., JANVIER 2022	88

Thème financé par



Synthèse

Est-ce important?

Les programmes de visites à domicile sont conçus pour aider les familles à créer un environnement favorable à la croissance et au bon développement de leurs enfants. Malgré des différences structurelles entre les programmes et le fait que les populations desservies et les résultats visés ne soient pas les mêmes, des programmes de haute qualité peuvent réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection. Les visites sont réalisées par un intervenant dûment formé et visent généralement à changer les croyances, les connaissances et/ou le comportement des enfants et de leurs parents, à favoriser la mise en place de pratiques parentales positives et à offrir du soutien social aux femmes enceintes ou aux parents de jeunes enfants. Les visites à domicile peuvent inclure la gestion de cas particuliers et les orientations vers des services communautaires.

Au cours des deux dernières décennies, un nombre croissant de programmes de visites à domicile ont été mis au point et instaurés en Amérique du Nord et à l'internationale pour soutenir les parents et les jeunes enfants. Des programmes de visites à domicile sont déployés à grande échelle dans 46 pays et à plus petite échelle dans 55 pays, ce qui reflète la hausse des efforts mis en œuvre mondialement pour optimiser le développement de l'enfant, la santé de la mère et le bien-être de la famille tout au long du parcours de vie. Les exemples de programmes déployés au Canada et aux États-Unis comprennent les suivants : *Parent as Teachers*, *Nurse Family Partnerships*, *Early Head Start* et *Healthy Steps*, alors que les programmes *Educate Your Child*,¹ *The Roving Caregivers*² et *Madres Guías*³ 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.

Aux États-Unis, les programmes de visites à domicile desservent les 50 états, le District de Columbia, 5 territoires et 22 communautés autochtones, selon un nombre estimé de 335 000 familles bénéficiant de plus de 3,7 visites à domicile. Au cours de la dernière décennie, le gouvernement des États-Unis a augmenté considérablement le financement des modèles de visites à domicile éprouvés. En 2010, le gouvernement américain a incorporé le programme Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting (MIECHV) à la loi Patient Protection and Affordable Care (ACA, loi sur la protection des patients et la garantie de soins abordables) en tant que stratégie nationale visant à améliorer la santé et le bien-être des familles avec des femmes enceintes et des enfants âgés de 5 ans et moins.

Que savons-nous?

Les études confirment les impacts généralement positifs des visites à domicile sur de nombreux critères. Certaines études montrent des effets moyennés de faible ampleur, mais plus significatifs sur des critères spécifiques ou des sous-groupes de participants.

Malgré les divergences inhérentes aux approches employées pour concevoir les programmes et à la qualité de ces derniers, on dénote des effets positifs communs sur les connaissances et les

croyances en matière de parentage, sur le comportement parental et sur le développement langagier, cognitif et socioaffectif de l'enfant. De plus en plus de programmes ont un impact positif sur l'efficacité de certains critères, notamment le parentage, l'état de santé de la mère et de l'enfant, le développement de l'enfant, sa préparation à la scolarisation et l'autosuffisance financière de la famille. Cependant, les programmes qui ont amélioré le parcours de vie parental et les issues de grossesse sont moins nombreux. Une réduction de la maltraitance de l'enfant a été constatée avec certains modèles de programmes, mais pas tous.

L'efficacité des programmes de visites à domicile dépend de la population ciblée, des intervenants et du contenu des visites. Les programmes conçus et mis en œuvre avec le plus de rigueur semblent conduire à de meilleurs résultats. Les programmes de visites à domicile qui sont une réussite pour les familles dont l'enfant est plus à risque de présenter des problèmes de développement ont tendance à offrir des services complets qui ciblent les besoins multiples de ces familles. Il semble que l'on observe les meilleurs bénéfices lorsque les services sont offerts aux sous-groupes de la population qui sont les plus démunis (par exemple, les mères mineures, les parents à faible revenu, les parents ayant des difficultés psychologiques ou les enfants présentant des déficiences) et lorsque les participants s'investissent pleinement dans l'intervention. Des effets positifs de plus grande envergure ont été observés sur les issues de grossesse, le parcours de vie parental, la maltraitance des enfants et les soins de moindre qualité, lorsque, au lieu de paraprofessionnels, ce sont des infirmiers, d'autres professionnels ou les deux qui assument les services aux familles.

Au cours de la dernière décennie, les chercheurs ont évalué l'impact des programmes de visites à domicile sur la dépression maternelle et d'autres risques significatifs liés à la santé mentale et d'autres problèmes associés, notamment la toxicomanie et la violence conjugale. Les collaborations axées sur l'amélioration de la qualité peuvent aider à maximiser l'application du dépistage, de l'orientation et de la prestation des services en santé mentale, et de nouvelles approches (notamment la thérapie comportementale et cognitive à domicile [TCC-AD], la psychothérapie interpersonnelle [PIT], les Visites d'écoute, et une intervention mère/bébé adaptée) ont conduit à des résultats positifs, contribuant à la diminution de la dépression maternelle.

Que peut-on faire?

Pour réussir à répliquer et à déployer à grande échelle des programmes et des pratiques efficaces dans différents contextes communautaires et auprès de diverses populations, il est essentiel 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 du programme. Lors de l'évaluation de l'efficacité des programmes de visites à domicile, il est important d'intégrer des mesures de plusieurs critères au niveau de l'enfant et de la famille à différents points temporels et de recueillir suffisamment de données sur les participants pour permettre l'analyse des impacts du programme sur les divers types de sous-groupes. Au cours des dernières années, une approche orientée sur la précision qui a pour but d'identifier quels aspects des visites fonctionnent, pour quelles familles et dans quelles conditions a de plus en plus attiré l'attention dans le domaine de la recherche consacrée aux programmes de visites à domicile. Cette approche de précision peut mener à des services qui s'alignent plus étroitement avec les préférences et les besoins des familles, augmentant ainsi les bienfaits obtenus.

Les meilleures pratiques et de nouvelles études suggèrent que le personnel en charge des visites à domicile a besoin de formation, de supervision et de surveillance en matière d'observance du modèle de programme, d'un climat organisationnel favorable et d'un soutien en matière de santé mentale pour assurer un déploiement hautement fidèle des programmes de manière durable. La formation des intervenants devrait inclure des recommandations visant à parvenir à un équilibre entre les conversations axées sur les besoins identifiés de la famille et un entretien ciblé sur la santé mentale ou les autres facteurs de risque psychosociaux qui peuvent nuire à un parentage efficace, au développement de l'enfant et au bien-être familial.

En conséquence de la pandémie de la COVID-19, il a fallu faire preuve de créativité afin d'adapter les programmes pour pouvoir poursuivre les interventions auprès des familles, y compris par des méthodes virtuelles (à distance) de prestation des services. La pandémie a mis la lumière sur les disparités et les iniquités qui caractérisent nos systèmes de services à la petite enfance. Les études et les évaluations qui comprennent diverses parties prenantes promettent d'apporter des réflexions et des perspectives qui peuvent renforcer l'impact des programmes de visites à domicile. Pour finir, les décideurs politiques et les intervenants doivent reconnaître l'importance de faire évoluer les programmes pour qu'ils répondent aux besoins en mutation des familles et des communautés.

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. <https://desarrollo-infantil.iadb.org/en/innovations/roving-caregivers>. Consulté le 28 février 2022.
3. Vargas-Barón E. Going to Scale: Early childhood development in Latin America. Washington, DC: The RISE Institute; 2009. https://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/docs/contenu/Vargas-Baron_2009_Going-to-Scale-Early-Childhood-Development-in-Latin-America.pdf. Consulté le 11 septembre 2017.

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

Kimberly Boller, Ph.D.

The Nicholson Foundation, États-Unis

Avril 2022, Éd. rév.

Introduction

En 2019, les services de protection de l'enfance aux États-Unis ont reçu 4,4 millions de signalements d'actes de maltraitance présumés impliquant 7,9 millions d'enfants. Près de 2,4 millions de rapports ont avancé pour donner lieu à une enquête ou à une autre démarche. Parmi ceux-ci, les rapports concernant 656 000 enfants ont été corroborés. Environ 1840 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 : 22,9 enfants sur 100 000.¹ 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 à 428 milliards de dollars en coûts de vie engendrés chaque année aux États-Unis.⁵ 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 adoptée par de nombreux pays 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 le gouvernement et les communautés encouragent la participation des familles vivant dans des situations associées à des risques de maltraitance (par exemple, celles présentant des

traumatismes intergénérationnels causés par le racisme et une perpétuelle privation des droits aux aides financières). Au cours des 50 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.^{6,7} Cet article brosse 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 aux familles 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.^{7,8}

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.

Contexte de la recherche

La recherche sur la maltraitance des enfants a augmenté au cours des 25 dernières années et il existe des méta-analyses et des revues de littérature significatives sur l'efficacité des programmes de visites à domicile pour prévenir la maltraitance et informer les politiques nationales et locales.^{9,10,11} Cependant, jusqu'en 2009, il n'y avait pas de revue systématique évaluant l'ensemble des effets des visites à domicile. Le Health and Human Services (HHS) des États-Unis (NDLT : équivalent du Ministère de la santé et des services sociaux) 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 des revues annuelles (« Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE) ») était d'évaluer la qualité de la littérature disponible en utilisant des méthodologies pré-spécifiées et périodiquement mises à jour.¹² 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, la Maternal, Infant and Early Childhood Home Visiting Program (MIECHV) vise à 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.

À partir de juillet 2012, neuf modèles nationaux étaient conformes aux exigences en matière d'analyse des données scientifiques du HHS. À compter de novembre 2021, parmi les cinquante modèles examinés, dix-neuf respectaient les exigences du HHS et étaient admissibles à une utilisation dans l'état comme « modèle éprouvé ». ⁷ Comme récapitulé ci-dessous pour les 19 modèles respectant les critères du HHS et pour lesquels une synthèse complète est disponible, tous n'ont pas démontré leur efficacité à réduire la maltraitance des enfants et à améliorer les pratiques parentales. ⁷ En outre, une évaluation (MIHOPE : Maternal and Infant Home Visiting Program Evaluation), mandatée par le pouvoir législatif de l'impact longitudinal et de l'instauration du programme MIECHV, et conduite dans douze états, a permis de mettre en évidence plusieurs impacts statistiquement significatifs sur la maltraitance des enfants et les pratiques parentales dans quatre des modèles les plus largement déployés aux États-Unis (les modèles Early Head Start-Home-based Option, Healthy Families America, Nurse-Family Partnership et Parents as Teachers).¹³

Questions clés de la recherche

Cette revue aborde deux questions de recherche en utilisant les résultats de l'examen systématique de HomVEE 2021 et de MIHOPE:

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 réalisée par HomVEE en 2021 a révélé que des onze modèles associés à des études de qualité élevée ou modérée qui respectaient les critères d'analyse du HHS, seuls cinq présentaient des impacts favorables sur la réduction de la maltraitance de l'enfant (les modèles Early Start New Zealand, Healthy Access Nurturing Development Services Program [HANDS], Healthy Families America [HFA], Nurse-Family Partnership [NFP] et SafeCare Augmented).¹⁴ Dans l'ensemble, quelques études seulement comportaient une évaluation des signalements validés de maltraitance et de négligence de l'enfant ou de présentation aux urgences ou au cabinet d'un médecin pour blessures ou ingestion de substances toxiques. Ces évaluations incluaient des études des modèles Early Start New Zealand, HANDS, HFA et NFP qui ont décelé des impacts favorables dans certains de ces résultats (mais pas tous) principalement obtenus auprès des services de protection de l'enfant ou dans des dossiers médicaux. Les études du NFP avaient tendance à inclure ces mesures et ont dévoilé des impacts favorables significatifs sur des rapports confirmés d'hospitalisation, de présentation aux urgences pour accident ou intoxication ou encore blessures ou ingestion de substances toxiques, mais les impacts n'étaient pas uniformes d'une période de suivi longitudinal à l'autre, ou en leur sein. Par exemple, un article décrivant une étude de suivi sur 15 ans du NFP a rapporté des impacts favorables sur l'incidence des rapports validés de maltraitance et de négligence,¹⁵ tandis qu'un autre article a mentionné l'absence d'impact sur les pourcentages de maltraitance et de négligence étayées.¹⁶ Dans un certain nombre d'études portant sur le programme HFA, aucun effet à court terme n'a été démontré sur les signalements validés, à l'exception d'une étude issue de l'Oregon qui a mis le

doigt sur un impact favorable sur les signalements confirmés de maltraitance physique ou de violence sexuelle après deux ans.¹⁷ Une étude du programme Early Start New Zealand et plusieurs études du NFP ont démontré un impact positif sur les consultations aux urgences ou en cabinet de médecin pour blessures ou ingestion de substances toxiques.^{18,19,20}

Les études du Healthy Families America (HFA) qui se sont appuyées sur des questionnaires parentaux auto-rapportés pour évaluer une variété de comportements violents envers l'enfant ont obtenu des impacts mitigés mais la plupart n'ont révélé aucun effet du programme sur ces comportements auto-rapportés sur une période de suivi allant de 1 à 7 ans dans quatre juridictions différentes. 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.^{21,22,23,24} Des études des programmes Early Start New Zealand et SafeCare Augmented ont révélé des impacts sur les mêmes évaluations de signalement des parents dans des domaines caractérisés par des violences physiques graves et très graves d'une part et des disciplines associées à la maltraitance sans violence d'autre part.^{18,25}

Les résultats de l'évaluation MIHOPE spécifiquement orientés sur la maltraitance corroborent avec le profil général des résultats d'analyse caractérisés par la détection de plusieurs impacts de faible ampleur et de légères variations entre les modèles et les caractéristiques des familles. Parmi les douze critères d'évaluation principaux examinés avec des nourrissons âgés de 15 mois, seulement quatre étaient statistiquement significatifs, dont deux qui correspondaient à la fréquence des agressions psychologiques envers l'enfant et au nombre de présentations au service des urgences dont les frais étaient assumés par le programme Medicaid. Néanmoins, après vérification d'un grand nombre d'analyses statistiques, aucun des impacts observés ne s'est avéré significatif.¹³

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?

Treize des dix-neuf modèles de programmes qui rencontrent les critères du Health and Human Services en matière de démonstration de l'efficacité et éligibles à la mise en œuvre en tant que programmes fondés sur des preuves 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.²⁶ Quatre des

treize programmes évalués présentant des impacts positifs (Family Check-Up for Children, HFA, PAT, and Play et Learn Strategies Infant) arboraient également au moins un impact défavorable ou flou.

Les résultats de l'évaluation MIHOPE sur la hausse des facteurs de protection comprennent un impact positif sur la qualité de l'environnement familial lorsque le nourrisson était âgé de 15 mois. Néanmoins, après vérification d'un grand nombre d'analyses statistiques, aucun des impacts observés ne s'est avéré significatif.¹³

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 et des mesures 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.

De nombreuses recherches rigoureuses 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 de 2011 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.²⁷ Depuis lors, plusieurs études complémentaires ont apporté les preuves nécessaires à l'orientation des

programmes et politiques de visites à domicile dédiés aux communautés autochtones.^{28,29}

Les changements rapides au niveau de la prestation de services à distance (virtuels) en 2020 en conséquence des précautions nécessaires en raison de la COVID-19 ont le potentiel de révolutionner les visites à domicile. Toutefois, les données permettant de mieux définir les politiques et les décisions en matière de programmes sont limitées en ce qui concerne des modes alternatifs de prestation de services partant de l'ensemble des versions virtuelles vers des versions hybrides composées de visites virtuelles et à domicile. Des données sur le modèle PAT sont disponibles au sujet du déploiement de visites virtuelles à partir d'une étude de faisabilité intégrant 84 parents et enfants. Cette étude a permis de constater une hausse de l'engagement du ou des parents par rapport aux données des programmes antérieurs, mais le plan expérimental de cette étude ne se prêtait pas à une analyse de l'efficacité.³⁰ De manière générale, depuis 2022, les décideurs politiques instaurent des programmes de services fondés sur des modèles « éprouvés » (basés sur des données scientifiques), mais pour lesquels l'efficacité n'a jamais été démontrée. À mesure que la recherche progresse, les décideurs politiques, les gestionnaires de programmes et les familles ont la possibilité de réviser les principes fondamentaux des visites à domicile afin de déterminer comment les services de soutien aux parents peuvent mieux répondre aux besoins des populations et être renseignés par des données éprouvées.

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 une certaine variation dans les preuves de l'efficacité des différents modèles de visites à domicile, 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, mais à la lumière de la pandémie liée à la COVID-19 et de la reconnaissance raciale qui a augmenté en 2020, un certain nombre de problèmes doivent être traités, notamment le manque d'accès aux services virtuels pour les nombreux individus qui figurent parmi les plus

affectés par la fracture du numérique.

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 et le signalement des sous-groupes importants, ainsi que l'intégration de la participation de familles et de communautés dans l'identification des résultats significatifs pour orienter les prises de décision à l'échelle locale. De nouvelles études des modifications apportées aux modèles « éprouvés » existants ou axées sur la prestation de services virtuels ou hybrides doivent être financées pour exploiter les expériences qui se sont déroulées de manière naturelle en réponse à la COVID-19. Elles devraient être dotées de ressources suffisamment importantes pour inclure l'évaluation et le rapport des impacts par des sous-groupes importants afin d'améliorer notre compréhension des modes de prestation de services qui fonctionnent pour chaque sous-groupe de population. Une prise de décision fondée empiriquement et la mise en œuvre de services qui attirent et touchent toutes les familles nécessitent des résultats de recherche de haute qualité et un investissement dans la filière recherche pratique communautaire.³¹

Implications pour les parents, les services et les politiques

L'approche adoptée par le HHS en utilisant le processus d'examen systématique HomVEE pour lier les subventions de l'État à la qualité des preuves, a augmenté la quantité de la recherche sur la prévention de la maltraitance des enfants menée au niveau mondial. 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 HomVEE et du HHS en matière de démonstration de l'efficacité des programmes et l'information qui en résulte sont publiques, les chercheurs les utilisent pour accroître la rigueur de leurs évaluations.

Face au manque de données probantes en matière d'efficacité, des démarches centrées sur l'innovation et l'amélioration qui ciblent les familles et les communautés sont nécessaires. Ces démarches doivent inclure l'expansion de la portée et des études portant sur des Réseaux de collaboration, d'amélioration et d'innovation et ayant pour objet d'en savoir davantage sur les moyens d'augmenter l'engagement des familles dans les programmes de visites à domicile par l'instauration de systèmes universels pour de telles visites.

Références

1. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child maltreatment 2019*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2021.
2. Casanueva C, Tueller S, Smith K, Dolan M, Ringeisen. *NSCAW II Wave 3 Tables. OPRE Report #2013-43*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2014.
3. Casanueva C, Smith K, Ringeisen H, Dolan M, Testa M, Burfeind C. *NSCAW Child Well-Being Spotlight: Children Living in Kinship Care and Nonrelative Foster Care Are Unlikely to Receive Needed Early Intervention or Special Education Services*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2020.
4. Casanueva C, Dolan M, Smith KR. *Disconnected youth involved in child welfare*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2014.
5. Peterson C, Florence C, Klevens J. The economic burden of child maltreatment in the United States. *Child Abuse & Neglect* 2018;86:178-183.
6. Paulsell D, Avellar S, Sama Miller E, Del Grosso P. *Home Visiting Evidence of Effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research; 2011.
7. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation. *Early childhood home visiting models: Reviewing evidence of effectiveness*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation; 2021.
8. Supplee L, Paulsell D, Avellar S. What works in home visiting programs? In: Nelson K, Scheitzer D, eds. *What Works in Child Welfare*. Washington, DC: Child Welfare League of America Press 2012;39-61.

9. Gomby DS. *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. Invest in kids working paper no. 7*. Washington, DC: Committee on Economic Development; 2005.
10. Sweet MA, Applebaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development* 2004;75: 1435-1456.
11. Howard KS, Brooks-Gunn J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *The Future of Children* 2009;19:119-146.
12. Sama-Miller E, Lugo-Gil J, Harding J, Akers L, Coughlin R. *Home visiting evidence of effectiveness (HomVEE) systematic review: Handbook of procedures and evidence standards, Version 2.1*. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2021.
13. Michalopoulos C, Faucetta K, Hill CJ, Portilla XA, Burrell L, Lee H, Duggan A, Knox V. Impacts on family outcomes of evidence-based early childhood home visiting: Results from the mother and infant home visiting program evaluation. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2019.
14. Home Visiting Evidence of Effectiveness. Reductions in child maltreatment. 2021a. <https://homvee.acf.hhs.gov/outcomes/reductions%20in%20child%20maltreatment/In%20brief> . Consulté le 28 janvier 2022.
15. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278(8):637-643.
16. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Henderson CR, Kitzman H, Cole R, Powers J, Olds DL. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology* 2001;13(4):873-890.

17. Green BL, Sanders MB, Tarte J. Using administrative data to evaluate the effectiveness of the Healthy Families Oregon home visiting program: 2-year impacts on child maltreatment & service utilization. *Children and Youth Services Review* 2017;75:77-86.
18. Fergusson DM, Horwood LJ, Grant H, Ridder EM. *Early start evaluation report*. Christchurch, NZ: Early Start Project Ltd. 2005.
19. Olds DL, Henderson Jr CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78:65-78.
20. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H. 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* 1994;93(1):89-98.
21. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 2004;28(6):597-622.
22. Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne SS. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect* 2007;31(8):801-827.
23. DuMont K, Mitchell-Herzfeld S, Greene R, Lee E, Lowenfels A, Rodriguez M, Dorabawila V. Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 2008;32(3):295-315.
24. DuMont K, Kirkland K, Mitchell-Herzfeld S, Ehrhard-Dietzel S, Rodriguez ML, Lee E, Layne C, Greene R. *A randomized trial of Healthy Families New York (HFNY): Does home visiting prevent child maltreatment?* Rensselaer, NY: New York State Office of Children & Family Services and Albany, NY: University of Albany, State University of New York; 2010.
25. Silovsky JF, Bard D, Chaffin M, Hecht D, Burris L, Owora A, Beasley L, Doughty D, Lutzker J. Prevention of child maltreatment in high-risk rural families: A randomized clinical trial with child welfare outcomes. *Children and Youth Services Review* 2011;33(8):1435-1444.

26. Home Visiting Evidence of Effectiveness. Positive parenting practices. 2021b.
<https://homvee.acf.hhs.gov/outcomes/Positive%20Parenting%20Practices/In%20Brief>.
Consulté le 28 janvier 2022.
27. Del Grosso P, Kleinman R, Esposito AM, Sama Martin E, Paulsell D. *Assessing the evidence of effectiveness of home visiting program models implemented in tribal communities*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2011.
28. Coughlin R, Argueta I, Mraz Esposito A, SamaMiller E. *Assessing the research on early childhood home visiting models implemented with tribal populations—Part 1: Evidence of effectiveness*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2020.
29. Mraz Esposito A, Yanez A, Coughlin R, Sama-Miller E. *Assessing the research on early childhood home visiting models implemented with tribal populations—Part 2: Lessons learned about implementation and evaluation*. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2020.
30. Traube DE, Hsiao HY, Rau A, Hunt-O’Brien D, Lu L, Islam N. Advancing home-based parenting programs through the use of telehealth technology. *Journal of Child and Family Studies*. 2020;29:44-53.
31. Daro D. A shift in perspective: A universal approach to child protection. *Future of Children*. 2019;29(1):17-40.

Santé mentale des parents et des enfants et visites à domicile

¹Erin A. Ward, M.A., M.S.W. , ¹S. Darius Tandon, Ph.D., ²Robert T. Ammerman, Ph.D.

¹Northwestern University, Feinberg School of Medicine, Institute for Public Health & Medicine, États-Unis, ²Cincinnati Children's Hospital Medical Center & University of Cincinnati College of Medicine, États-Unis

Février 2022, Éd. rév.

Introduction

Pendant la période périnatale, la dépression maternelle et paternelle concerne 20 % des femmes¹⁻⁴ et 10 % des hommes.^{5,6} La prévalence des problèmes de santé mentale, et particulièrement de la dépression, est encore plus fréquente dans près de la moitié des familles à faible revenu, étant donné le risque élevé dû à des facteurs tels que des événements de vie traumatisants, le piètre support social, la monoparentalité ou la parentalité à l'adolescence, le racisme systémique et les disparités en matière de santé, de revenus et d'éducation.^{4,7-9} Les enfants de parents souffrant de dépression peuvent être victimes d'une gamme d'effets négatifs, notamment les retards développementaux, les difficultés cognitives et l'insécurité de l'attachement, parallèlement à un risque accru de développer des problèmes de santé mentale.^{10,11} Étant donné le nombre important et croissant de familles qu'ils desservent pendant la période périnatale, les programmes de visites à domicile offrent une opportunité unique pour cibler la dépression et la toxicomanie parentales, ainsi que les problèmes qui ont des répercussions sur la santé mentale et le bien-être des familles, parmi lesquels figure la violence conjugale. Dans ce chapitre, nous élaborerons sur la recherche reliée au dépistage de la santé mentale des parents dans les programmes de visite à domicile et aux ressources qu'offrent ces programmes pour avoir un impact sur ce problème, nous identifierons les lacunes dans la recherche existante et nous fournirons des recommandations pour la recherche, les pratiques et les politiques communautaires afin d'analyser efficacement les problèmes de dépression parentale, de toxicomanie et de violence conjugale dans le cadre des visites à domicile.

Sujet

Les visites à domicile se concentrent sur le bon développement de l'enfant en encourageant des pratiques parentales positives, par l'entremise notamment de soutiens envers la santé socioaffective et socioéconomique des parents, grâce à des services directs et des orientations vers d'autres services de professionnels au sein de leur collectivité. Des programmes de visites à domicile sont déployés à grande échelle dans 46 pays et de manière limitée dans 55 pays, ce qui reflète la hausse des efforts mis en œuvre mondialement pour optimiser le développement de l'enfant, la santé de la mère et le bien-être de la famille tout au long du parcours de vie.¹² La recherche a démontré que jusqu'à 50 % des parents bénéficiant des programmes de visites à domicile ont connu des niveaux de dépression cliniquement élevés au cours des premières années critiques du développement de leur enfant.¹³ Un recensement récent réalisé aux États-Unis a identifié 1 femme sur 4 et 1 homme sur 10 comme des victimes de violence conjugale,¹⁴ en plus de grossesse forcée chez environ 1 sur 10 personne.¹⁵ Une enquête par téléphone d'envergure nationale a démontré qu'1 enfant sur 5 âgé de moins de 17 ans a déjà été témoin de violence familiale, avec une proportion du tiers pour ceux appartenant à la tranche d'âge de 0 à 5 ans.¹⁶ Lors d'une enquête menée récemment aux États-Unis sur la consommation de drogues par la National Survey on Drug Use and Health, 1 répondante enceinte sur 10 a déclaré consommer de l'alcool, et dans ce sous-groupe, 40 % ont confié consommer au moins une substance illicite, outre l'alcool.¹⁷ Par ailleurs, l'impact de la dépression, de la toxicomanie et de la violence conjugale sur les aspects développemental, social, éducatif et financier, tout comme en matière de santé, tant générale que mentale, peut se perpétuer sur plusieurs générations.^{10,11,21,22} Le dépistage des parents souffrant ou risquant de souffrir de dépression et de toxicomanie, et de ceux qui subissent la violence conjugale, peut améliorer les résultats familiaux et favoriser un développement sain de l'enfant, améliorant ainsi les retombées sur plusieurs générations.

Problèmes

La dépression chez les nouveaux parents a des effets négatifs profonds, souvent à long terme, sur le parentage et le développement de l'enfant. La dépression peut entraver les pratiques parentales positives, en particulier les difficultés à déchiffrer les signaux du nourrisson, la difficulté à répondre aux besoins sociaux et émotionnels de leur enfant et une moindre tolérance envers les mauvaises comportements des enfants.²⁰ Les enfants des parents souffrant de dépression, particulièrement s'ils y sont exposés à la dépression pendant leur première année, 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 dans l'enfance et à l'âge adulte.²² Les symptômes de la dépression et de la toxicomanie, tout comme les contextes de violence conjugale, peuvent nuire à l'engagement dans les programmes de visites à domicile et à l'entrée en relation avec les professionnels offrant des services au parent et à l'enfant par recommandation pour cibler les problèmes en matière de santé, de développement, d'éducation et de stabilité financière.²³⁻²⁵ En outre, même lorsque la dépression est dépistée et que les parents sont référés à un service de soutien en santé mentale, peu de parents reçoivent un traitement efficace.^{23,24} Les intervenants à domicile sondés ont en majorité décelé des barrières et un accès limité pour que les familles puissent bénéficier des services nécessaires,²⁵ avec seulement 1 parent sur 5 entrant en relation avec le professionnel recommandé en santé mentale, toxicomanie ou violence conjugale.²⁶

Contexte de la recherche

Les recommandations portant sur le dépistage systématique de la dépression et sur les interventions préventives pendant la période périnatale chez les femmes à risque de dépression²⁷⁻²⁹ ont dicté l'élaboration de traitements de référence déployés à l'échelle des systèmes de services de soins de santé et à la personne, octroyant des occasions additionnelles de détection et de coordination des services afin que ces derniers soient, à l'instar des orientations, adaptés et efficaces. De surcroît, des programmes fédéraux de visites à domicile sont nécessaires pour répondre aux mesures en matière de performance visant à évaluer l'ensemble des clients afin de détecter la dépression, d'orienter les parents positifs au dépistage de la dépression vers des services, ainsi que le dépistage des situations de violence conjugale suivi par l'octroi des orientations et des ressources requises à cet égard.³⁰

Les visites à domicile confèrent plus de responsabilité pour pouvoir identifier, orienter et perfectionner la prestation des services aux familles concernées par les problèmes de santé mentale et la violence familiale, de sorte qu'une évaluation systématique et une amélioration des services coordonnés sont essentiels à l'optimisation des orientations vers des professionnels.²⁴⁻²⁶ Des soutiens systémiques axés sur la consultation en santé mentale et la formation en cette matière en ce qui concerne les programmes de visites à domicile et le personnel affecté améliorent les compétences, l'efficacité, le bien-être et l'observance, qui, à eux tous, favorisent la pérennité et l'impact sur la collectivité.^{31,32} Les collaborations orientées sur l'amélioration de la qualité ont permis de mieux cerner les soutiens, les politiques, les procédures et les formations nécessaires pour maximiser l'impact des visites à domicile sur la santé mentale des parents et de

l'enfant, en plus de la possibilité d'encourager le déploiement de la stratégie, son adaptation et le renforcement de pratiques de visites à domicile efficaces.²⁴

Des études longitudinales ont démontré l'efficacité des visites à domicile sur les critères d'évaluation de l'état de santé de la mère et de l'enfant, l'impact de la dépression maternelle et d'autres problèmes de santé mentale demeurant l'enjeu le plus épineux à traiter.²⁵ Malgré des taux admirablement élevés de dépistage de la dépression dans le cadre des programmes de services à domicile, réussir à ce que ceux dans le besoin aient accès à des services en santé mentale efficaces demeure un défi considérable.²⁴ Étant donné la prévalence des problèmes de santé mentale des parents dans le cadre des visites à domicile, des interventions visant à prévenir et à traiter la dépression maternelle ont été développées et testées dans des contextes de visites à domicile,³³⁻⁴⁰ de concert à des interventions ciblant la toxicomanie,⁴¹⁻⁴³ les expériences de violence conjugale et la sécurité parent-enfant.⁴⁴⁻⁴⁸ Parallèlement au développement d'interventions, des modèles de stratégies tenant compte des traumatismes et destinées à évaluer les expériences négatives vécues pendant l'enfance (ENE),⁴⁹ ainsi que les événements traumatiques ont été élaborés et testés, dans le contexte de démarches universelles et ciblées visant à définir les services de visites à domicile.^{39,40}

Questions clés de la recherche

Trois questions clés de la recherche peuvent être posées :

- Quelle est la meilleure stratégie de prévention et de traitement de la dépression chez les nouveaux parents participant aux programmes de visites à domicile?
- Comment optimiser l'impact des visites à domicile par le dépistage systématique et la coordination des services aux familles sujettes à la maladie mentale, à la toxicomanie ou à la violence conjugale?
- Quelles sont les stratégies les plus efficaces en ce qui concerne les programmes de visites à domicile en vue de dépister, d'orienter et d'intervenir efficacement auprès des parents aux prises avec des problèmes de santé mentale?

Résultats de recherche récents

Visites à domicile et santé mentale des parents

Au cours de la dernière décennie, à mesure du déploiement, du financement et de l'évaluation de plus en plus importants des visites à domicile, les chercheurs ont évalué l'impact du dépistage, de l'orientation et des efforts d'intervention relatifs à ces programmes sur la dépression maternelle, d'autres risques significatifs liés à la santé mentale et d'autres problèmes associés, notamment la toxicomanie et la violence conjugale.²³⁻²⁶ L'étude Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation portant sur l'évaluation de 88 programmes de visites à domicile implantés dans 12 états a démontré que plus de 75 % des intervenants exprimaient une opinion très positive lors de l'évaluation de leur propre efficacité et des niveaux de soutien envers le déploiement, tandis que moins de 60 % cautionnaient bénéficier d'un soutien adéquat pour la prise en charge des problèmes de santé mentale.²⁵ De la même façon, les intervenants ayant joui d'une formation spécialisée sur l'évaluation de la santé mentale auprès des familles étaient plus portés à aborder ces problèmes dans le cadre des pratiques de visites à domicile par rapport à ceux n'en ayant pas bénéficié.²⁵

Il existe des résultats selon lesquels la dépression peut avoir un impact négatif sur les effets des programmes de visites à domicile.⁵⁰ La dépression a été associée à une vision négative du rôle parental et à des connaissances limitées du développement de l'enfant.⁵¹ Dans le Early Head Start Research and Evaluation Project (Projet d'évaluation et de recherche sur le programme Early Head Start), par rapport aux mères non-dépressives, les mères souffrant de dépression présentaient des déficits lors des interactions avec leur enfant et elles avaient plus de difficultés à atteindre leurs objectifs en matière de scolarisation et d'emploi.²³ Cependant, elles ont aussi présenté des améliorations sur certains aspects des interactions avec leur enfant lors de tâches structurées. Duggan et al.⁵⁰ ont montré que la sensibilité aux indices émis par l'enfant s'améliorait suite aux visites à domicile chez les mères souffrant de dépression 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. Le programme Nurse-Family Partnership a trouvé 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.⁵² Considérant l'ensemble de ces résultats, il est évident que la dépression a un impact complexe sur les effets des visites à domicile et sur la famille.

Dépistage et réaction aux problèmes de santé mentale des parents

Aux États-Unis, à l'occasion du programme fédéral Maternal, Infant and Early Childhood Home Visiting, des indicateurs d'efficacité et des outils de mesure des résultats validés ont été mis au

point pour les clients bénéficiant de programmes subventionnés de visites à domicile afin de déceler la dépression au cours des trois mois consécutifs à l'inscription ou à la naissance, et de détecter la présence de violence conjugale au cours des six mois qui suivent l'inscription.³⁰ Par ailleurs, en cas de résultat positif au dépistage de la dépression, il convient de procéder à une orientation vers des services en santé mentale comportant des interventions en santé mentale intégrées au programme de visites à domicile, et à des orientations vers des services externes. Les parents qui reçoivent un résultat positif au dépistage de la violence conjugale doivent recevoir des informations d'orientation vers des ressources et des services spécialisés. Bien que ce volet ne soit pas obligatoire, la majorité des programmes de visites à domicile évalués cherchent également à dépister le tabagisme et la consommation d'autres drogues tout en fournissant des orientations vers des services et des interventions adaptés,²⁶ selon des pratiques fondées sur la recherche axée sur la coordination efficace des services, y compris l'engagement auprès des partenaires de la collectivité dans le cadre de services en santé et à la personne.^{53,54} Aux États-Unis, ces normes actualisées des services de visites à domicile ont dirigé l'évaluation du déploiement à l'échelle nationale et les efforts de collaboration concernant l'amélioration de la qualité pour renforcer les objectifs d'amélioration de la santé mentale des parents et de l'enfant pour augmenter les bienfaits en matière de santé, d'éducation et d'économie au niveau de la collectivité et de la famille sur plusieurs générations.^{24,25}

Coordination des services

Dans le domaine des visites à domicile, une coordination efficace des services est essentielle afin de répondre aux besoins tant de l'enfant que des parents. Cette coordination est régie par quatre éléments clés (le dépistage, l'orientation, la mise en relation et le suivi) qui nécessitent la participation des intervenants à domicile, des parents, des éducateurs et des organismes de prestation de services afin d'assurer la réelle obtention des services dispensés aux familles confrontées à la dépression, à la toxicomanie ou à la violence conjugale.^{24,26} Les chercheurs du domaine des visites à domicile ont élaboré des modèles de coordination des services et des recommandations visant à bâtir un partenariat solide entre les organismes de visites à domicile, le système de soins de santé et les autres organismes communautaires pour faciliter la mise en place de connexions d'orientation efficaces et l'obtention d'interventions fructueuses.^{53,54} Les recommandations destinées à la prise en charge des besoins des familles en matière de santé mentale par la coordination des services de visites à domicile comprennent : (1) l'évaluation des processus actuels de dépistage, d'orientation et de coordination par une approche scientifique

(par exemple, la trousse d'outils Home Visiting Applied Research Collaborative Coordination Toolkit⁵⁵); (2) le perfectionnement professionnel et du soutien offerts aux intervenants à domicile pour la conduite auprès des familles de services orientés vers la santé mentale, y compris des formations, la supervision réflexive et la consultation en santé mentale; (3) la participation à un réseau d'innovation et d'amélioration de la qualité des visites à domicile fondé sur la collaboration;²⁴ et (4) le partenariat avec des chercheurs dans le but d'identifier, de développer et d'évaluer les stratégies destinées à répondre aux besoins spécifiques des familles et des communautés desservies.⁵⁶ Pour un accomplissement efficace du dépistage, de l'orientation et de la mise en relation avec les services auprès des familles ayant des besoins en santé mentale, les systèmes de santé et les organismes communautaires doivent également évaluer la coordination des services, la capacité et les possibilités d'amélioration de l'accès et de la portée.^{24,25}

Consultation en santé mentale

Pour renforcer l'expansion des rôles et responsabilités des programmes de visites à domicile afin d'identifier et de soutenir les familles concernées par la dépression, la toxicomanie ou la violence conjugale, ces programmes intègrent la consultation en santé mentale aux interventions et aux équipes dédiées à ces programmes. Le soutien des consultants en santé mentale comprend la formation du personnel sur des sujets liés à la santé mentale, la supervision réflexive en groupe et individuelle et l'accompagnement par des visites à domicile de chacune des familles présentant des besoins identifiés en santé mentale.^{32,57-59} Le programme fédéral Project Launch encourage la santé comportementale préventive par l'intégration de soins de première ligne afin de mieux satisfaire les besoins des enfants et de leur famille.^{32,60} De nombreux programmes de visites à domicile ont incorporé les services de Consultants en santé mentale pour les nourrissons (Infant Mental Health Consultants) pour soutenir l'apprentissage et l'efficacité des intervenants à domicile lors de leur dépistage et de leur prise en charge des problèmes de santé mentale ciblant les parents et les enfants. La grande majorité (90 %) des intervenants à domicile issus de programmes de consultation en santé mentale ont rapporté une baisse de l'usure de compassion et une amélioration de l'épanouissement professionnel, des compétences en santé mentale pédiatrique et de la détermination des services de suivi appropriés pour répondre aux besoins spécifiques en santé mentale des parents et de l'enfant. Il est nécessaire de renforcer l'innovation et l'évaluation visant à consolider les partenariats entre les différents services (visites à domicile, pédiatrie et à la collectivité) pour optimiser les résultats obtenus en santé mentale pour les parents et l'enfant.³²

Amélioration de la qualité

Au sein des programmes de visites à domicile, les collaborations axées sur l'amélioration de la qualité offrent l'occasion de maximiser l'efficacité de l'application et de l'impact du dépistage, de l'orientation, de la prestation des services et du suivi en santé mentale octroyés aux parents qui nécessitent des interventions et des ressources pour répondre à leurs besoins en santé mentale. Lors d'une cohorte récente de 14 programmes de visites à domicile déployés dans 8 états, le réseau Home Visiting Collaborative Improvement and Innovation Network (HV-ColIN)⁶¹ a créé une communauté dédiée à la pratique, au soutien et à l'évaluation dans le but de parfaire le dépistage de la dépression et la mise en relation avec des services éprouvés chez les personnes ayant un résultat positif au dépistage de risque de dépression. Les résultats de la première cohorte ont démontré une hausse des taux de dépistage de la dépression (de 84 % à 96 %), de l'obtention de services éprouvés en santé mentale (de 42 % à 66 %) et de l'amélioration des symptômes de dépression (de 51 % à 60 %) chez les femmes ayant accès à des services en santé mentale, y compris des orientations vers des professionnels en thérapie comportementale et la prestation d'interventions en santé mentale par des intervenants à domicile.²⁴ Concernant la cohorte HV-ColIN actuelle, la violence conjugale a été ajoutée aux thèmes ciblés pour les volets innovation et amélioration de la qualité, avec un total de 21 états, 136 programmes de visites à domicile et une nation autochtone participante, depuis 2013.⁶¹

Traitement et prévention de la dépression dans le cadre des visites à domicile

Comme les femmes enceintes et les nouveaux parents souffrant de dépression obtiennent rarement un traitement efficace pour la dépression dans leur communauté, plusieurs 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).⁶² 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 récente⁶³ 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 auto-rapportés, un support social accru, des taux plus faibles d'autres symptômes psychiatriques et un meilleur fonctionnement général. Il a été déterminé que cette intervention était la plus rentable⁶⁴ et est maintenant utilisée comme outil dans le cadre du programme Moving Beyond Depression (« Surmonter la dépression »).⁶⁵

Beeber et al.⁶⁶ ont mené un essai clinique avec la psychothérapie interpersonnelle (PTI), incluant 80 mères d'origine latine ayant récemment immigré, âgées d'au moins 15 ans et qui participaient au programme Early Head Start. Les participantes souffrant de dépression étaient assignées aléatoirement au traitement par PTI 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 auto-rapportés dans le groupe traité par PTI comparativement au groupe assigné aux soins habituels et ces effets s'étaient maintenus un mois après la fin du traitement. En outre, concernant les parents de nourrissons et de jeunes enfants inscrits au programme Early Head Start ayant bénéficié d'une thérapie interpersonnelle, un impact significatif sur leurs pratiques parentales positives a été constaté chez les mères à faibles revenus présentant des symptômes de dépression, comparativement à celles qui n'ont pas eu accès à une telle thérapie dispensée par une infirmière à domicile.⁶⁷

Segre, Brock et O'Hara⁶⁸ ont instauré six types de Visites d'écoute (Listening Visits) assurés lors de visites à domicile ou de visites en cabinet de soins prénatals par des intervenants à domicile ou le personnel clinique en soins obstétricaux. Les Visites d'écoute ciblaient l'écoute empathique, la résolution des problèmes par la collaboration et l'évaluation des besoins en matière de traitement complémentaire en santé mentale. Les résultats ont montré que les femmes jouissant de l'intervention Visites d'écoute ont fait l'objet d'une diminution notable de la sévérité des symptômes de dépression et d'une nette amélioration de la qualité de vie (y compris une baisse cliniquement significative des symptômes de dépression) par rapport à celles qui ont reçu des visites à domicile ou des services prénatals habituels.⁶⁸ La conduite de Visites d'écoute par des professionnels non spécialisés en santé mentale, au plus proche du patient et dans la langue maternelle de la participante (dans ce cas, l'anglais ou l'espagnol) peut permettre de contourner les obstacles que constituent les préjugés à l'égard du fait de recevoir des services en santé

mentale.

Tandon et coll. ont adapté l'intervention -Mothers and Babies (MB)⁶⁹ - au contexte des visites à domicile pour l'utiliser comme intervention de prévention de la dépression. MB est une intervention orientée sur l'attachement cognitivo-comportemental qu'il est possible de déployer selon une approche individuelle ou de groupe. Les résultats du premier essai contrôlé randomisé (ECR) des groupes MB recevant des visites à domicile^{70,71} ont montré que les symptômes dépressifs diminuaient plus rapidement chez les participantes recevant cette intervention que chez celles assignées aux soins habituels. Les effets les plus forts ont été trouvés six mois après l'intervention, notamment une probabilité moindre de développer un épisode dépressif par rapport aux participantes ayant reçu les soins habituels (14.6 % vs 32.4 %). Une autre étude de groupes MB intégrés à un programme de visites à domicile a mis en évidence des améliorations sur le plan de la dépression, de l'anxiété et de l'adaptation, mais selon un déclin des effets à long terme lors du suivi réalisé 6 mois après l'intervention, indiquant la nécessité de mettre en œuvre des soutiens pour perpétuer les bienfaits.⁷² Dans ces deux études, le coordinateur des groupes était un clinicien titulaire d'un diplôme de maîtrise. Par comparaison, un essai contrôlé randomisé par grappes de groupes MB intégrés à des programmes de visites à domicile administrés soit par des cliniciens en santé mentale soit par des intervenants à domicile de type paraprofessionnel a récemment montré que l'efficacité des coordinateurs des intervenants à domicile était équivalente à celle de leurs homologues cliniciens en santé mentale concernant l'obtention d'une atténuation des symptômes de dépression chez les participantes du groupe prénatal, ce qui étaye encore davantage l'efficacité de cette intervention lorsqu'elle est assurée par des intervenants à domicile paraprofessionnels.⁷³

La modalité principale d'octroi des visites à domicile étant à prédominance individuelle, l'intervention MB a été adaptée afin d'être dispensée en une série de courtes séances individuelles associée à des visites à domicile conventionnelles réalisées par des intervenants à domicile⁷⁴ et a eu un impact significatif sur la diminution des symptômes de dépression et d'anxiété 3 et 6 mois après l'accouchement par rapport à l'octroi uniquement de services de visites à domicile conventionnels.⁷⁵ L'implantation à grande échelle à travers les États-Unis est en cours dans le cadre des programmes de visites à domicile. Une intervention Fathers and Babies (FAB) a été élaborée et testée à l'occasion de projets pilotes. Elle est prête à être évaluée dans le cadre d'essais axés sur l'efficacité et l'implantation à grande échelle.^{76,77}

Interventions destinées à la prise en charge de la violence conjugale dans le cadre des visites à domicile

Dans une revue systématique de l'efficacité des visites à domicile à réduire la violence conjugale (VC), six études axées sur les visites à domicile respectaient les critères d'inclusion de mesure de la violence conjugale lors de l'évaluation des interventions proposées aux femmes et aux enfants exposés à la violence conjugale.⁷⁸ Trois études ont mis en évidence des réductions statistiquement significatives de la violence conjugale : leurs protocoles visaient directement la violence conjugale et apportaient du soutien au ou à la conjoint(e) victime.^{19,79-81} Les stratégies efficaces comportaient des stratégies orientées sur la sécurité, le soutien parental et l'orientation vers des services communautaires, avec une double cible : la prévention de la maltraitance de l'enfant et celle de la poursuite des violences subies par le parent victime.⁷⁸

Interventions destinées à la prise en charge de la toxicomanie dans le cadre des visites à domicile

Une revue systématique de 12 études qualitatives et de trois études aux méthodologies divergentes visant à évaluer les pratiques ciblées sur la famille chez des familles sujettes à la maladie mentale et à la toxicomanie parentales a mis en relief l'importance de déterminer les besoins et l'offre à l'égard des services proposés à la famille dans son ensemble, ce qui révèle que les volets tant expérimental que pratique présentent un nombre limité d'exemples, à hauteur des deux parents et de l'unité familiale dans son ensemble, dont les perspectives et la participation sont incluses.²⁰ Le modèle Team for Infants Exposed to Substance abuse (TIES) fournit une stratégie tenant compte des traumatismes pour soutenir les familles confrontées à la toxicomanie en vue d'améliorer les résultats obtenus au niveau de l'enfant et des parents et de mettre fin à la transmission intergénérationnelle des traumatismes, de la toxicomanie, de l'anxiété et d'autres disparités ayant un impact sur la santé.⁴³ Ce modèle qui combine deux professions conjugue les services d'un travailleur social titulaire d'une maîtrise dispensés au parent dans le cadre d'une alliance thérapeutique, et ceux d'un spécialiste du rôle des parents pour consolider la relation mère-enfant et encourager la formation de liens affectifs mère-enfant ainsi que des pratiques parentales positives, en s'appuyant sur un cadre fondé sur les points forts. En outre, l'équipe de visites à domicile collabore avec les participants pour élaborer des objectifs et soutenir la stabilité financière de la famille.

Lacunes de la recherche

Un examen complémentaire de la façon dont les meilleures pratiques éprouvées sont adaptées et perdurent dans un contexte de visites à domicile devrait être axé sur la détermination des principaux facteurs qui renseignent sur les meilleures pratiques lors de l'instauration à grande échelle et de façon durable d'interventions efficaces visant à prévenir les problèmes de santé mentale chez les parents et l'enfant. De plus amples recherches consacrées aux stratégies et aux interventions de visites à domicile qui engagent le système familial, y compris les deux parents et d'autres personnes importantes qui participent à la garde de l'enfant, sont nécessaires pour maximiser l'obtention de résultats bénéfiques sur plusieurs générations. Des stratégies et des partenariats coordonnés déployés sur l'ensemble de la collectivité à travers des systèmes qui desservent les familles sont requis pour parvenir à un impact sur la santé qui touche la population la plus large possible, particulièrement au sein des familles et des communautés qui présentent les iniquités en matière de santé les plus élevées. Pour finir, il est nécessaire de mieux comprendre les répercussions à long terme des visites à domicile sur la santé mentale des parents et de l'enfant, ainsi que les possibilités de collaborations consacrées à l'amélioration à long terme de la qualité établies entre les systèmes de visites à domicile et les partenaires de la collectivité pour aider les parents et l'enfant à maintenir une bonne santé mentale.

Conclusion

L'impact des travaux et de la responsabilité des programmes de visites à domicile et des intervenants à domicile a connu un essor considérable au cours de la dernière décennie. Le personnel nécessite une formation en santé mentale et du soutien dans ce domaine pour un système de prestation de services souvent en manque de ressources. Une mise à jour de la formation du personnel sur les avancées en matière de dépistage, de coordination des services et d'intervention éprouvés s'impose également pour aider les parents et l'enfant à maintenir une bonne santé mentale dans le contexte d'un système de prestation de services souple. Les opportunités des impacts inhérents à la santé de la population et à l'équité en matière de santé sont à portée de main, avec des résultats scientifiques robustes qui étayent l'impact des programmes universels des visites à domicile qui se composent d'évaluations, d'orientations et d'interventions ciblées visant à traiter les problèmes de santé mentale. Le déploiement des services de visites à domicile à l'échelle de la famille entière peut augmenter l'impact des services sur la santé mentale et le bien-être de toute la famille, ainsi que sur sa stabilité financière et son équité en matière de santé.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Un dépistage systématique pour la dépression, la toxicomanie, la violence conjugale et les antécédents de traumatisme devrait avoir lieu dans un cadre de services en santé et à la personne caractérisé par une interaction entre la femme enceinte/les parents et le nourrisson/jeune enfant. Toutefois, parvenir à ce changement généralisé des procédures de dépistage présente des défis, tout comme la création de ponts efficaces vers des ressources adaptées, une fois les besoins des clients identifiés. Le renforcement des partenariats dans la collectivité peut tracer un chemin vers la capacité d'améliorer la coordination des services et les résultats obtenus par les familles. Pour appuyer cette amélioration de la coordination des services, le réseau Home Visiting Applied Research Collaborative (HARC) fournit une trousse d'outils,⁵⁵ dictée par les principes suivants : les collaborations vouées à la coordination des services doivent cibler la famille, et être équitables, adaptables, interdisciplinaires et orientées sur la santé de la population. Les programmes de visites à domicile doivent inclure une formation et un soutien aux intervenants à domicile sur la façon d'aborder efficacement la santé mentale au cours des visites à domicile. Cette formation devrait guider les intervenants sur la façon d'équilibrer les conversations entre les besoins spécifiques à la famille visitée et la santé mentale ou les autres facteurs de risque psychosociaux qui peuvent nuire à un parentage efficace, au développement de l'enfant et au bien-être familial. La supervision réflexive, l'entraînement (« coaching »)²⁸ et la consultation pour la santé mentale du nourrisson sont des approches qui peuvent être utilisées avec succès pour développer et maintenir les compétences du personnel, tout en aidant à mieux répondre aux besoins des familles en matière de santé mentale.^{32,59} Les efforts de recherche pour renforcer les services de visites à domicile par des interventions en santé mentale visant à prévenir la dépression, la toxicomanie, et la violence conjugale doivent examiner les mécanismes qui interviennent dans l'efficacité des interventions, ainsi que les facteurs contextuels qui jouent un rôle dans l'instauration et la durabilité, lors du déploiement à grande échelle des interventions en santé mentale dans le cadre de programmes de visites à domicile.

Références

1. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ (Clinical research ed)* 2001;323(7307):257-260.
2. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence*

report/technology assessment (Summary) 2005;119:1-8.

3. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: Healthy mom, healthy baby. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972) 2004;59(3):181-191.
4. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2016;42(4):316-21.
5. Cameron E, Sedov I, Tomfohr-Madsen L. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016;206:189-203.
6. Paulson J, Bazemore S. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA* 2010;303:1961-1969.
7. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2007;36:542-549.
8. Condon EM, Barcelona V, Ibrahim BB, Crusto CA, Taylor JY. Racial discrimination, mental health, and parenting among African American mothers of preschool-aged children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2021;S0890-8567(21)00405-6. doi:10.1016/j.jaac.2021.05.023
9. Priest N, Doery K, Truong M, Guo S, Perry R, Trenerry B, Karlsen S, Kelly Y, Paradies Y. Updated systematic review and meta-analysis of studies examining the relationship between reported racism and health and well-being for children and youth: A protocol. *BMJ Open* 2021;11(6):e043722. doi:10.1136/bmjopen-2020-043722
10. Center on the Developing Child. *Maternal depression can undermine the development of young children (Working Paper 8)*. Boston, MA: Harvard University; 2009.
11. National Research Council and Institute of Medicine. *Depression in parents, parenting and children: Opportunities to improve identification, treatment and prevention*. Washington DC:

The National Academies Press. 2009.

12. World Health Organization. Prevention Programmes. Child Maltreatment: Extent of implementation of home-visiting programmes.
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/child-maltreatment-extent-of-implementation-of-home-visiting-programmes>. Accessed July 6, 2021.
13. Ammerman RT, Putnam FW, Bosse NR, Teeters AR, Van Ginkel JB. Maternal depression in home visiting: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 2010;15:191-200.
14. Smith SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, Wang J, Kresnow M, Chen J. The national intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2018.
15. Basile KC, Smith SG, Liu Y, Miller E, Kresnow MJ. Prevalence of intimate partner reproductive coercion in the United States: Racial and ethnic differences. *Journal of Interpersonal Violence* 2021;36(21-22):NP12324-NP12341. doi:10.1177/0886260519888205
16. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics* 2015;169(8):746-754.
17. England LJ, Bennett C, Denny CH, Honein MA, Gilboa SM, Kim SY, Guy GP Jr, Tran EL, Rose CE, Bohm MK, Boyle CA. Alcohol use and co-use of other substances among pregnant females aged 12-44 years - United States, 2015-2018. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020;69(31):1009-1014.
18. Austin AE, Shanahan ME, Barrios YV, Macy RJ. A systematic review of interventions for women parenting in the context of intimate partner violence. *Trauma, Violence & Abuse* 2019;20(4):498-519.
19. Leonard R, Linden M, Grant A. Effectiveness of family-focused home visiting for maternal mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and mental*

Health Nursing 2021;28(6):1113-1127. doi:10.1111/jpm.12715

20. Leonard RA, Linden M, Grant A. Family-focused practice for families affected by maternal mental illness and substance misuse in home visiting: A qualitative systematic review. *Journal of Family Nursing* 2018;24(2):128-155.
21. Goodman SH. Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135.
22. Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Perra O, Sharp D. Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Development* 2010;81:149-165.
23. Administration on Children Youth and Families. *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. 2002.
24. Tandon SD, Mackrain M, Beeber L, Topping-Tailby N, Raska M, Arbour M. Addressing maternal depression in home visiting: Findings from the home visiting collaborative improvement and innovation network. *PLoS One* 2020;15(4):e0230211.
25. Duggan A, Portilla XA, Filene JH, Crowne SS, Hill CJ, Lee H, Knox V. *Implementation of evidence-based early childhood home visiting: Results from the mother and infant home visiting program evaluation*. OPRE Report # 2018-76A, Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2018.
26. West A, Duggan A, Gruss K, Minkovitz C. Service coordination to address maternal mental health, partner violence, and substance use: Findings from a national survey of home visiting programs. *Prevention Science* 2021;22(5):633-644.
27. Siu AL, US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for depression in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 2016;315(4):380-387.
28. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, Doubeni CA, Epling Jr JW, Grossman DC, Kemper AR, Kubik M, Landefeld CS, Mangione CM, Silverstein M, Simon MA,

Tseng CW, Wong JB. U.S. Preventive Services Task Force. Interventions to prevent perinatal depression: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2019;321(6):580-587.

29. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013(2):CD001134. doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3
30. Labiner-Wolfe J, Vladutiu CJ, Peplinski K, Cano C, Willis D. Redesigning the Maternal, Infant and Early Childhood Home Visiting Program Performance Measurement System. *Maternal and Child Health Journal* 2018;22(4):467-473.
31. Dauber S, Hogue A, Henderson CE, Nugent J, Hernandez G. Addressing maternal depression, substance use, and intimate partner violence in home visiting: A quasi-experimental pilot test of a screen-and-refer approach. *Prevention Science* 2019;20(8):1233-1243.
32. Goodson BD, Mackrain M, Perry DF, O'Brien K, Gwaltney MK. Enhancing home visiting with mental health consultation. *Pediatrics* 2013; 132 Suppl 2:S180-190.
33. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Chen L, Holleb L, Stevens J, Short J, Van Ginkel JB. Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visiting. *Child Abuse & Neglect* 2009;33:127-138.
34. Chazan-Cohen R, Ayoub C, Pan BA, Roggman L, Raikes H, McKelvey L, Hart A. It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal* 2007;28:151-170.
35. Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne, S.S. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect* 2007;31:801-827.
36. Goldfeld S, Bryson H, Mensah F, Gold L, Orsini F, Perlen S, Price S, Hiscock H, Grobler A, Dakin P, Bruce T, Harris D, Kemp L. Nurse home visiting and maternal mental health: 3-year follow-up of a randomized trial. *Pediatrics* 2021;147(2):e2020025361. doi:10.1542/peds.2020-025361

37. Duggan AK, Fuddy L, Burrell L, Higman S, McFarlane E, Windham A, Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse & Neglect* 2004;28:623-643.
38. Landsverk J, Carrilio T, Connelly CD, Granger WC, Slymen DJ, Newton RR. *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report*. San Diego, CA: San Diego Children's Hospital and Health Center; 2002.
39. Mitchell-Herzfeld S, Izzo C, Greene R, Lee E, Lowenfels A. *Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First year program impacts*. Albany, NY: Healthy Families New York; 2005.
40. Molina AP, Traube DE, Kemner A. Addressing maternal mental health to increase participation in home visiting. *Children and Youth Services Review* 2020;113:105125.
41. Novins DK, Ferron C, Abramson L, Barlow A. Addressing substance-use problems in tribal home visiting. *Infant Mental Health Journal* 2018;39(3):287-294.
42. O'Connor E, Thomas R, Senger CA, Perdue L, Robalino S, Patnode C. Interventions to prevent illicit and nonmedical drug use in children, adolescents, and young adults: Updated evidence report and systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *JAMA* 2020;323(20):2067-2079.
43. O'Malley D, Chiang DF, Siedlik EA, Ragon K, Dutcher M, Templeton O. A promising approach in home visiting to support families affected by maternal substance use. *Maternal & Child Health Journal* 2021;25(1):42-53.
44. Burnett C, Crowder J, Bacchus LJ, Schminkey D, Bullock L, Sharps P, Campbell J. "It doesn't freak us out the way it used to": An evaluation of the domestic violence enhanced home visiting program to inform practice and policy screening for IPV. *Journal of Interpersonal Violence* 2021;36(13-14):NP7488-NP7515.
45. Davidov DM, Coffman J, Dyer A, Bias TK, Kristjansson AL, Mann MJ, Vasile E, Abildso CG. Assessment and response to intimate partner violence in home visiting: A qualitative needs assessment with home visitors in a statewide program. *Journal of Interpersonal Violence*

2021;36(3-4):NP1762-1787NP.

46. Feder L, Niolon PH, Campbell J, Whitaker DJ, Brown J, Rostad W, Bacon S. An intimate partner violence prevention intervention in a nurse home visiting program: A randomized clinical trial. *Journal of Women's Health (Larchmt)* 2018;27(12):1482-1490.
47. Hooker L, Taft AJ. Incorporating intimate partner violence interventions in nurse home visiting programs. *JAMA* 2019;322(11):1103. doi:10.1001/jama.2019.10598
48. Jack SM, Boyle M, McKee C, Ford-Gilboe M, Wathen CN, Scribano P, Davidov D, McNaughton D, O'Brien R, Johnston C, Gasbarro M, Tanaka M, Kimber M, Coben J, Olds DL, MacMillan HL. Effect of addition of an intimate partner violence intervention to a nurse home visiting program on maternal quality of life: A randomized clinical trial. *JAMA* 2019;321(16):1576-1585.
49. Mersky JP, Topitzes J, Langlieb J, Dodge KA. Increasing mental health treatment access and equity through trauma-responsive care. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2021;91(6):703-713. doi: 10.1037/ort0000572
50. Duggan A, Berlin L, Cassidy J, Burrell L, Tandon SD. 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* 2009;77:788-799.
51. Jacobs S, Easterbrooks MA. Healthy Families Massachusetts: Final evaluation report. Medford, MA: Tufts University; 2005.
52. Olds DL. The nurse-family partnership: From trials to practice. In: Reynolds AJ, Rolnick AJ, Englund MM, Temple JA, eds. *Childhood programs and practices in the first decade of life: A human capital integration*. New York, NY: Cambridge University Press; 2010:49-75.
53. Dauber S, John T, Hogue A, Nugent J, Hernandez G. Development and implementation of a screen-and-refer approach to addressing maternal depression, substance use, and intimate partner violence in home visiting clients. *Children & Youth Services Review* 2017;81:157-167.

54. Tandon SD, Perry DF, Edwards K, Mendelson T. Developing a model to address mental health, substance use, and intimate partner violence among home visiting clients. *Health Promotion Practice* 2020;21(2):156-159.
55. West A, Gruss K, Correll L, Duggan AK, Minkovitz CS. Service Coordination in Home Visiting: A Toolkit for Practice and Research. *Home Visiting Applied Research Collaborative*. 2018. <http://www.hvresearch.org/service-coordination-toolkit/>. Accessed February 2, 2022.
56. Supplee LH, Duggan A. Innovative research methods to advance precisions home visiting for more efficient and effective programs. *Child Development Perspectives* 2019;13(3):173-179.
57. Boris NW, Larrieu JA, Zeanah PD, Nagle GA, Steier A, McNeill P. The process and promise of mental health augmentation of nurse home-visiting programs: Data from the Louisiana Nurse-Family Partnership. *Infant Mental Health Journal* 2006; 27(1):26-40.
58. Weatherston DJ, Ribaudo J, Michigan Collaborative for Infant Mental Health, R. The Michigan infant mental health home visiting model. *Infant Mental Health Journal* 2020;41(2):166-177.
59. Heller SS, Gilkerson L. *Practical guide to reflective supervision*. Washington, DC: Zero to Three. 2011.
60. Administration for Children and Families. Office of Planning, Research, and Evaluation. Cross-site evaluation of Project LAUNCH (Linking Actions for Unmet Needs in Children's Health), 2008-2018. 2018. <https://www.acf.hhs.gov/opre/project/cross-site-evaluation-project-launch-linking-actions-unmet-needs-childrens-health-2008>. Accessed February 4, 2022.
61. Home visiting collaborative improvement and innovation network (HV-COIIIN) website. <https://hv-coiin.edc.org> Accessed February 2, 2022.
62. Ammerman RT, Putnam FW, Stevens J, Bosse NR, Short JA, Bodley AL, Van Ginkel JB. An open trial of in-home CBT for depressed mothers in home visiting. *Maternal and Child Health Journal* 2011;15:1333-1341.

63. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Stevens J, Teeters AR, Van Ginkel JB. A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visiting. *Behavior Therapy* 2013;44(3):359-372.
64. Ammerman RT, Mallow PJ, Rizzo JA, Putnam FW, Van Ginkel JB. Cost-effectiveness of In-Home Cognitive Behavioral Therapy for low-income depressed mothers participating in early childhood prevention programs. *Journal of Affective Disorders* 2017;208:475-482.
65. Moving Beyond Depression website. <http://www.movingbeyonddepression.org/> Accessed February 2, 2022
66. Beeber LS, Holditch-Davis D, Perreira K, Schwartz T, Lewis V, Blanchard H, Canuso R, Goldman BD. Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. *Research in Nursing & Health* 2010;33:60-76.
67. Beeber LS, Schwartz TA, Holditch-Davis D, Canuso R, Lewis V, Hall HW. Parenting enhancement, interpersonal psychotherapy to reduce depression in low-income mothers of infants and toddlers: a randomized trial. *Nursing Research* 2013;62(2):82-90.
68. Segre LS, Brock RL, O'Hara MW. Depression treatment for impoverished mothers by point-of-care providers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2015;83(2):314-324.
69. Muñoz RF, Le HN, Ippen CG, Diaz MA, Urizar GG, Soto J, Mendelson T, Delucchi K, Lieberman AF. Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007;14:70-83.
70. Tandon SD, Mendelson T, Kemp K, Leis J, Perry DF. Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011;79:707-712.
71. Tandon SD, Leis J, Mendelson T, Perry DF, Kemp K. Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Maternal and Child Health Journal* 2012;18(4):873-881.

72. McFarlane E, Burrell L, Duggan A, Tandon SD. Outcomes of a Randomized Trial of a Cognitive Behavioral Enhancement to Address Maternal Distress in Home Visited Mothers. *Maternal and Child Health Journal* 2017;21(3):475-484.
73. Tandon SD, Johnson JK, Diebold A, Segovia M, Gollan JK, Degillio A, Zakieh D, Yeh C, Solano-Martinez J, Ciolino JD. Comparing the effectiveness of home visiting paraprofessionals and mental health professionals delivering a postpartum depression preventive intervention: a cluster-randomized non-inferiority clinical trial. *Archives of Women's Mental Health* 2021;24(4):629-640.
74. Tandon SD, Leis JA, Ward EA, Snyder H, Mendelson T, Perry DF, Carter M, Hamil JL, Le HN. Adaptation of an evidence-based postpartum depression intervention: feasibility and acceptability of mothers and babies 1-on-1. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;18(1):93. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1726-0>
75. Tandon SD, Ward EA, Hamil JL, Jimenez C, Carter M. Perinatal depression prevention through home visitation: A cluster randomized trial of mothers and babies 1-on-1. *Journal of Behavioral Medicine* 2018;41(5):641-652.
76. Hamil JL, Gier EE, Garfield CF, Tandon SD. The development and pilot of a technology-based intervention in the united-states for father's mental health in the perinatal period. *American Journal of Men's Health* 2021;15(5). doi:10.1177/15579883211044306
77. Tandon SD, Hamil JL, Gier EE, Garfield CF. Examining the effectiveness of the Fathers and Babies intervention: A pilot study. *Frontiers in Psychology* 2021;12:668284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.668284>
78. Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, van der Wouden JC, Lagro-Janssen AL. Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review. *Family Practice* 2015;32(3):247-256. doi:10.1093/fampra/cmu091
79. Bair-Merritt MH, Jennings JM, Chen R, Burrell L, McFarlane E, Fuddy L, Duggan AK. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: A randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start home visitation program. *Archives of Pediatric & Adolescent*

Medicine 2010;164(1):16-23.

80. Mejdoubi J, van den Heijkant S, Struijf E, van Leerdam F, HiraSing R, Crijnen A. Addressing risk factors for child abuse among high-risk pregnant women: Design of a randomised controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. *BMC Public Health* 2011;11:823.
81. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PloS One* 2013;8(10):e78185.

Les programmes de visites à domicile pré et post natales et leur impact sur le développement social et affectif des enfants

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

University of Colorado Anschutz Medical Campus, États-Unis

Janvier 2022, 2e éd. rév.

Introduction

Les problèmes sociaux et affectifs des jeunes enfants sont liés à la santé prénatale de la mère,¹⁻⁴ aux soins qu'ils reçoivent de leurs parents^{5,6} et au parcours de vie de ces derniers (rythme des grossesses subséquentes, situation sur le marché de l'emploi et dépendance envers les services sociaux^{7,8}). De plus, les qualités associées au parentage à un âge précoce servent de facteur protecteur contre les mauvaises expériences comme la pauvreté.⁹ 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 et des jeunes.

Sujet

Au cours des dernières décennies, des essais randomisés conçus avec soin ont porté sur des programmes de visites à domicile préventifs. Ils ont confirmé l'hypothèse que par l'apport de soutien envers la santé prénatale, les compétences nécessaires à la prise en charge de l'enfant et les conditions de vie familiales, il est possible d'améliorer l'état de santé et le développement de l'enfant. En conséquence de ces résultats de recherche, les États-Unis ont investi dans des programmes de visites à domicile éprouvés.¹⁰ Un organisme fédéral américain a déterminé que parmi les 50 programmes évalués, 21 répondaient à leurs critères de programmes de visites à domicile scientifiquement éprouvés.^{10,11} En revanche, les essais randomisés n'ont pas intégré tous ces programmes dans leur analyse et les synthèses consacrées à ces programmes ont abouti à des résultats contradictoires.¹⁰⁻¹⁴

Problèmes

L'exposition prénatale au tabac et à d'autres substances toxiques ainsi que les complications obstétriques ont été liées au développement de problèmes comportementaux chez l'enfant.^{1-4,15,16}

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.^{17,18}

La maltraitance, la négligence et les traitements excessivement sévères sont associés à des problèmes comportementaux d'intériorisation et d'extériorisation, à des troubles cognitifs et à des comportements ultérieurs violents chez les enfants,^{5,6,19,20} là encore, l'impact de la maltraitance sur le développement d'un comportement sévèrement antisocial semble être plus élevé en présence de vulnérabilité génétique.²¹

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.^{7,8,22,23} De plus, la réceptivité et la sensibilité accordées à l'enfant servent de facteur protecteur contre l'adversité précoce.⁹

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.^{12,24,25} 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.

Les programmes de visites à domicile partagent le même engagement envers l'amélioration des soins que les parents prodiguent à leurs enfants, dès leur plus jeune âge, et s'appuient, pour la plupart, sur l'hypothèse que les comportements des parents à l'égard de la santé prénatale, les soins qu'ils dispensent à leurs enfants et leur parcours de vie ont tous des répercussions sur le développement socioaffectif de leurs enfants.²⁶ Néanmoins, les programmes présentent des divergences notables en d'autres points, notamment les familles desservies, le contenu du programme, la formation et l'expérience des intervenants, ainsi que la période et la durée des services. Une étude sur les visites à domicile et la prévention de la maltraitance 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 de réduire la maltraitance des enfants.²⁷

Questions clés pour la recherche

Pour comprendre les effets des programmes de visites à domicile sur le développement social et affectif des enfants, il faut d'abord identifier les programmes qui ont eu un effet sur les facteurs de risque et de protection antérieurs, en plus des résultats sociaux et émotionnels spécifiques. Particulièrement, quels modèles de programmes de visites à domicile sont les plus prometteurs pour améliorer les conditions associées à la grossesse, réduire la maltraitance des 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.^{13,14,28,29} Un programme de visites prénatales et postnatales effectuées par des infirmières, le Nurse Family Partnership (NFP), a permis de réduire le tabagisme prénatal dans deux essais américains^{30,31} et deux essais internationaux,^{32,33} la consommation de marijuana dans un essai international³³ ainsi que l'hypertension induite par la grossesse auprès d'un échantillon important de femmes noires.³¹ Un essai sur le NFP a démontré que les naissances prématurées et le faible poids à la naissance étaient des résultats observés chez les femmes identifiées comme fumeuses ou très jeunes (< 17 ans) à l'inscription.³⁰

Améliorer la parentalité positive et réduire la maltraitance, la négligence et les blessures

Plusieurs essais portant sur les programmes de visites à domicile ont mis en évidence des effets favorables sur le parentage, en s'appuyant sur des observations directes des interactions parent-enfant, des évaluations de l'environnement du foyer et des comptes-rendus des attitudes et des pratiques parentales normalisés.³⁴⁻³⁶

Un essai sur le NFP, mené auprès d'un échantillon principalement de femmes blanches, a révélé une différence de 48 % entre le groupe expérimental et le groupe témoin en ce qui concerne le taux général d'abus/négligence 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.³⁷ Un essai du NFP mené auprès d'un large échantillon de femmes noires vivant en

milieu urbain, a révélé les effets du programme sur le nombre de jours d'hospitalisation des enfants pour des blessures graves et des ingestions à l'âge de deux ans,³¹ et des réductions de la mortalité évitable^{38,39} des décennies plus tard, ce qui témoigne de ses bénéfices en matière de prévention de la maltraitance, de la négligence et du dérèglement comportemental. Un essai réalisé aux Pays-Bas sur le programme a mis en évidence une baisse des signalements de maltraitance et de négligence de l'enfant.⁴⁰ En Angleterre, un essai sur le NFP n'a décelé aucun impact sur les signalements de maltraitance de l'enfance,^{41,42} mais des questions ont été soulevées à l'égard du devis expérimental de l'étude, notamment la validité des signalements.⁴³

Le programme Early Intervention Program for Adolescent Mothers (EIP-AM) consacré aux mères adolescentes s'appuie sur des infirmières à domicile et a permis de découvrir que la durée et le nombre total des hospitalisations des nourrissons associées à des blessures était inférieur lorsque le nourrisson bénéficiait du programme par rapport à des soins habituels, les effets du programme perdurant jusqu'à l'âge de 24 mois.^{44,45}

Parcours de vie maternel

L'effet des programmes de visites à domicile sur le parcours de vie des mères est décevant dans son ensemble.^{26,46} Dans de multiples essais du programme NFP, on a constaté des effets répétés sur l'intervalle entre les grossesses,^{31,37,47} le recours au bien-être social,^{31,37} les problèmes de comportement dus à la consommation d'alcool et de drogue^{37,48} et, dans un essai, les arrestations chez les femmes à faible revenu et non mariées au moment de l'inscription au programme.³⁷

Problèmes sociaux et affectifs des enfants

Dans le programme NFP, on a observé des différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin en matière d'arrestations chez les jeunes de 15 ans et chez les jeunes filles de 19 ans.^{49,50}

Il a été possible de reproduire l'incidence sur les condamnations des femmes avant l'âge de 18 ans lors d'une deuxième étude qui a abouti à cette tendance dans la communauté noire des zones urbaines; des effets antérieurs du programme ont été constatés au niveau de la consommation de substances illicites et des troubles d'intériorisation chez des jeunes de 12 ans⁵¹ et de la mémoire de travail et de l'aptitude à lire adéquatement les émotions des autres à l'âge de 18 ans.⁵² Dans un troisième essai du NFP, les enfants de six mois dont la mère disposait de faibles ressources psychologiques manifestaient moins d'expressions émotionnelles aberrantes associées à la maltraitance.⁵³ En bénéficiant de visites à domicile par des infirmières, les enfants étaient moins à

risque d'être classés dans une catégorie d'enfants avec un spectre complet de problèmes émotionnels/comportementaux à l'âge de 6 ans, avec des troubles d'intériorisation et une attention dysfonctionnelle à l'âge de 9 ans.⁵⁴ Les effets du NFP sur l'atténuation des troubles d'intériorisation et d'extériorisation ont été décelés dans l'essai mené aux Pays-Bas.⁴⁰

De plus, deux programmes américains implantés par des cliniciens titulaires d'une maîtrise en santé mentale ou en développement de l'enfant (The Family Check-Up⁵⁵⁻⁵⁷ et Child FIRST⁵⁸) ont eu des effets significatifs sur un certain nombre de troubles comportementaux importants chez l'enfant.

Conclusions

Les programmes de visites à domicile sont prometteurs en ce qui concerne le développement socioaffectif de l'enfant. Néanmoins, peu d'entre eux ont de réels effets sur les risques inhérents aux antécédents, à savoir les conditions associées à la grossesse, au parcours de vie des parents, à la maltraitance des enfants, à la qualité des soins parentaux et aux 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.^{53,54}

Le programme NFP a eu les mêmes effets constants sur des issues développementales cliniquement significatives dans trois essais distincts menés aux États-Unis et dans deux répliques internationales auprès de populations variées vivant dans différents contextes et à différents moments de l'histoire sociale et économique. Un troisième essai d'envergure internationale a été réalisé de manière extraordinaire, mais a conduit à des résultats peu reproductibles^{41,42} et a fait l'objet de questionnements en ce qui concerne son devis expérimental.⁴³ Dans l'ensemble, ces résultats augmentent la probabilité que les effets du NFP puissent être reproduits auprès d'une grande variété de populations. Jusqu'à présent, le NFP est le seul programme consacré aux soins prénatals ou aux jeunes enfants qui se conforme aux normes de rigueur scientifiques établies par les programmes éprouvés (Social Programs That Work [Programmes sociaux qui fonctionnent], 2020, <https://evidencebasedprograms.org/>).

Implications

Les programmes sont déployés dans la communauté de la pratique, ils sont par conséquent susceptibles de desservir des populations plus diversifiées par rapport à celles initialement ciblées, et ce, grâce aux services d'intervenants présentant des formations et des expériences plus hétérogènes. Par conséquent, l'évaluation en cours des programmes éprouvés, notamment HomVEE aux États-Unis, est essentielle.¹¹

Les programmes reposant sur des bases factuelles solides et sur des normes de reproduction communautaires efficaces peuvent réduire les risques et l'évolution négative de la santé et du développement du fœtus, du nourrisson et de l'enfant. Lors de la sélection des programmes de visites à domicile qui seront financés, les décideurs politiques devraient porter une attention particulière au fondement scientifique des programmes candidats.

Pour finir, les décideurs politiques et les praticiens doivent reconnaître l'importance de faire évoluer les programmes pour qu'ils répondent aux besoins en mutation des familles et des collectivités. Afin de parfaire les programmes, il faut commencer par déterminer les défis qui les accompagnent, puis passer au perfectionnement professionnel des intervenants, à une évaluation rigoureuse des programmes et enfin à leur mise en pratique.⁵⁹ Ancrée dans le respect de normes strictes fondées sur la science, l'évolution des programmes leur confère un avenir très prometteur, augmentant ainsi les chances d'offrir une meilleure vie aux enfants et aux familles vulnérables.

Références

1. Arseneault L, Tremblay, R E, Boulerice, B., Saucier, JF. Obstetrical complications and violent delinquency: testing two developmental pathways. *Child Development*. 2002;73(2):496-508.
2. Wakschlag LS, Pickett, KE, Cook, E Jr, Benowitz, NL, Leventhal, BL. Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: a review. *American Journal of Public Health*. 2002;92(6):966-974.
3. Espy KA, Fang H, Johnson C, Stopp C, Wiebe SA, Respass J. Prenatal tobacco exposure: Developmental outcomes in the neonatal period. *Developmental Psychology*. 2011;47(1):153-169.

4. Thakur GA, Sengupta SM, Grizenko N, Schmitz N, Page V, Joobor R. Maternal smoking during pregnancy and ADHD: a comprehensive clinical and neurocognitive characterization. *Nicotine and Tobacco Research*. 2013;15(1):149-157.
5. Widom CS. The cycle of violence. *Science*. 1989;244:160-166.
6. Widom CS. Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1989;59(3):355-367.
7. Furstenberg FF, Brooks-Gunn J, Morgan SP. *Adolescent mothers in later life*. New York, NY, USA: Cambridge University Press; 1987.
8. Yeung WJ, Linver, MR, Brooks-Gunn, J. How money matters for young children's development: parental investment and family processes. *Child Development*. 2002;73(6):1861-1879.
9. Blair C, Raver CC. Child Development in the Context of Adversity: Experiential Canalization of Brain and Behavior. *The American Psychologist*. 2012;67(4):309-318.
10. Sama-Miller E, Akers L, Mraz-Esposito A, et al. *Home visiting evidence of effectiveness review: Executive Summary*. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2018. Washington DC.
11. Home Visiting Evidence and Effectiveness (HomVEE). *Early Childhood Home Visiting Models Reviewing Evidence of Effectiveness*. OPRE Report #2021-185. Washington, DC: Office of Planning R, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2021.
12. Donelan-McCall N. Parenting and home visiting interventions. In: Dearing E, Votruba-Drzal E, eds. *Handbook of early childhood development programs, practices, and policies: Theory-based and empirically-supported strategies for promoting young children's growth in the U.S.* PA: Wiley; 2017: 310-329.

13. Issel LM FS, Slaughter J, Wiencrot A, Handler A. A review of prenatal home-visiting effectiveness for improving birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2011;40(2):157-165.
14. Michalopoulos C, Crowne SS, Portilla XA, Lee H, Filene JH, Duggan A, Knox V. *A Summary of Results from the MIHOPE and MIHOPE-Strong Start Studies of Evidence-Based Home Visiting*. OPRE Report #2019-09. Washington, DC: Office of Planning R, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2019.
15. Behnke M, Smith VC, Committee on Substance A, Committee on F, Newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*. 2013;131(3):e1009-e1024.
16. Goldschmidt L, Day NL, Richardson GA. Effects of prenatal marijuana exposure on child behavior problems at age 10. *Neurotoxicology and Teratology*. 2000;22(3):325-336.
17. Buck JM, Yu L, Knopik VS, Stitzel JA. DNA methylome perturbations: an epigenetic basis for the emergingly heritable neurodevelopmental abnormalities associated with maternal smoking and maternal nicotine exposure. *Biology of Reproduction*. 2021;105(3):644-666.
18. Kahn RS, Khoury J, Nichols WC, Lanphear BP. Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors. *Journal of Pediatrics*. 2003;143(1):104-110.
19. Toth SL, Cicchetti D, Kim J. Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2002;30(5):487-501.
20. Goltermann J, Redlich R, Grotegerd D, et al. Childhood maltreatment and cognitive functioning: the role of depression, parental education, and polygenic predisposition. *Neuropsychopharmacology*. 2021;46(5):891-899.

21. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297(5582):851-854.
22. Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental & Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e246.
23. Evans GW, Gonnella C, Marcynyszyn LA, Gentile L, Salpekar N. The Role of Chaos in Poverty and Children's Socioemotional Adjustment. *Psychological Science*. 2005;16(7):560-565.
24. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*. 1996;312(7022):29-33.
25. Guterman NB. *Stopping child maltreatment before it starts : emerging horizons in early home visitation services*. Thousand Oaks, CA: London: Sage Publications; 2001.
26. Gomby D, Culross P, Behrman RE. Home-visiting: Recent Program Evaluations- analysis and recommendations. *The Future of Children*. 1999;9:4-26.
27. MacMillan H, MacMillan J, Offord D, Griffith L, MacMillan A. Primary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994;35(5):835-856.
28. Olds DL, Hill P, Robinson J, Song N, Little C. Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2000;30(4):107-141.
29. Olds DL, Kitzman, H. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*. 1993;3(3):53-92.
30. Olds DL, Henderson CR 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):16-28.

31. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, McConnochie KM, Sidora K, Luckey DW, Shaver D, Engelhardt K, James D, Barnard K. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;278(8):644-652.
32. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Crone M, Crijnen A, HiraSing RA. Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: a randomized controlled trial. *Midwifery*. 2014;30(6):688-695.
33. Catherine NLA, Boyle M, Zheng Y, et al. Nurse home visiting and prenatal substance use in a socioeconomically disadvantaged population in British Columbia: analysis of prenatal secondary outcomes in an ongoing randomized controlled trial. *CMAJ Open*. 2020;8(4):E667-675.
34. Landry SH, Smith KE, Swank PR, Guttentag C. A responsive parenting intervention: the optimal timing across early childhood for impacting maternal behaviors and child outcomes. *Developmental Psychology*. 2008;44(5):1335-1353.
35. Chang H, Shaw DS, Shelleby EC, Dishion TJ, Wilson MN. The Long-Term Effectiveness of the Family Check-up on Peer Preference: Parent-Child Interaction and Child Effortful Control as Sequential Mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2017;45(4):705-717.
36. Olds DL, Henderson CRJ, Kitzman H. 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*. 1994;93(1):89-98.
37. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, 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):637-643.
38. Olds DL, Kitzman H, Knudtson MD, Anson E, Smith JA, Cole R. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*. 2014;168(9):800-806.

39. Donelan-McCall NS, Knudtson MD, Olds DL. Maternal and child mortality: analysis of nurse home visiting in 3 RCTs. *American Journal of Preventive Medicine*. 2021;61(4):483-491.
40. Mejdoubi J, van den Heijkant S, van Leerdam F, Heymans M, Crijnen A, Hirasings R. The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2015;10(4):e0120182.
41. Robling M, Lugg-Widger F, Cannings-John R, Sanders J, Angel L, Channon S, Fitzsimmons D, Hood K, Kenkre J, Moody G, Owen-Jones E, Pockett R, Segrott J, Slater T. The Family Nurse Partnership to reduce maltreatment and improve child health and development in young children: the BB:2-6 routine data-linkage follow-up to earlier RCT. *Public Health Research*. 2021;9(2).
42. Robling M, Bekkers MJ, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, Martin BC, Gregory JW, Hood K, Kemp A, Kenkre J, Montgomery AA, Moody G, Owen-Jones E, Pickett K, Richardson G, Roberts ZE, Ronaldson S, Sanders J, Stamuli E, Torgerson D. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387(10014):146-155.
43. Olds D. Building evidence to improve maternal and child health. *Lancet*. 2016;387(10014):105-107.
44. Koniak-Griffin D, Verzemnieks IL, Anderson NL, Brecht ML, Lesser J, Kim S, Turner-Pluta C. Nurse visitation for adolescent mothers: two-year infant health and maternal outcomes. *Nursing Research*. 2003;52(2):127-136.
45. Koniak-Griffin D, Anderson NL, Brecht ML, Verzemnieks I, Lesser J, Kim S. Public health nursing care for adolescent mothers: impact on infant health and selected maternal outcomes at 1 year postbirth. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30(1):44-54.
46. Lee H, Crowne SS, Estarziou M, et al. *The effects of home visiting on prenatal health, birth outcomes, and health care use in the first year of life: Final implementation and impact findings from the Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation-Strong Start*. OPRE Report #2019-08. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation,

Administration for Children and Families, U.S. Department of Human Services. 2019.

47. Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, Isacks K, Sheff K, Henderson CR Jr. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age-four follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2004;114(6):1560-1568.
48. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA, Luckey DW, Knudtson MD, Henderson CR Jr, Bondy J, Stevenson AJ. 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. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010;164(5):419-424.
49. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. 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):1238-1244.
50. Eckenrode J, Campa M, Luckey DW, Henderson CR Jr, Cole R, Kitzman H, Anson E, Sidora-Arcoleo K, Powers J, Olds D. Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010;164(1):9-15.
51. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoleo KJ, Luckey DW, Knudtson MD, Henderson CR Jr, Holmberg JR. 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 Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010;164(5):412-418.
52. Olds DL, Kitzman H, Anson E, Smith JA, Knudtson MD, Miller T, Cole R, Hopfer C, Conti G. Prenatal and infancy nurse home visiting effects on mothers: 18-year follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2019;144(6).
53. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR Jr, Ng RK, Sheff KL, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002;110(3):486-496.

54. Olds DL, Holmberg JR, Donelan-McCall N, Luckey DW, Knudtson MD, Robinson J. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses on children: follow-up of a randomized trial at ages 6 and 9 years. *JAMA Pediatrics*. 2014;168(2):114-121.
55. Lunkenheimer ES, Dishion TJ, Shaw DS, Connell AM, Gardner F, Wilson MN, Skuban EM. Collateral benefits of the family check-up on early childhood school readiness: Indirect effects of parents' positive behavior support. *Developmental Psychology*. 2008;44(6):1737-1752.
56. Connell A, Bullock BM, Dishion TJ, Shaw D, Wilson M, Gardner F. Family intervention effects on co-occurring early childhood behavioral and emotional problems: a latent transition analysis approach. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2008;36(8):1211-1225.
57. Shaw DS, Dishion TJ, Supplee L, Gardner F, Arnds K. 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*. 2006;74(1):1-9.
58. Lowell DI, Carter AS, Godoy L, Paulicin B, Briggs-Gowan MJ. A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*. 2011;82(1):193-208.
59. Olds D, Donelan-McCall N, O'Brien R, MacMillan H, Jack S, Jenkins T, Dunlap WP 3rd, O'Fallon M, Yost E, Thorland B, Pinto F, Gasbarro M, Baca P, Melnick A, Beeber L. Improving the nurse-family partnership in community practice. *Pediatrics*. 2013;132 Suppl 2:S110-117.

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

Janvier 2022, Éd. rév.

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. Aux États-Unis, de tels programmes destinés aux femmes enceintes ou aux familles ayant de jeunes enfants sont implantés dans les 50 états, le District de Columbia, 5 territoires et 22 communautés autochtones, et desservent un nombre estimé de 335 000 familles bénéficiant de plus de 3,7 visites à domicile.¹ Ces programmes, pour leur majorité, instaurent des modèles de visites à domicile fondés sur des preuves, à savoir que les interventions déployées ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Certains programmes instaurent également des modèles émergents, à savoir qu'aucune donnée scientifique solide n'étaye actuellement leur mise en œuvre.¹

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement des États-Unis a augmenté considérablement le financement des modèles de visites à domicile éprouvés. En 2010, le gouvernement américain a incorporé le programme Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting (MIECHV) à la loi Patient Protection and Affordable Care (ACA, loi sur la protection des patients et la garantie de soins abordables) dans sa stratégie nationale d'amélioration de l'état de santé et du bien-être des familles composées de femmes enceintes et d'enfants âgés de 5 ans et moins. L'ACA a accordé des financements aux États et a stipulé qu'au minimum, 75 pour cent des fonds devaient être consacrés aux modèles de visites à domicile dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée dans le cadre d'une évaluation rigoureuse. En 2019, le Congrès américain a renouvelé le programme MIECHV en autorisant un montant de 400 millions de dollars par année pour une période supplémentaire de 5 ans. 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.

^{2,3,4,5} À l'instar de 2020, le Health and Human Services (équivalent du ministère de la Santé et des services sociaux) des États-Unis a désigné 21 programmes de visites à domicile présentant une efficacité éprouvée.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.^{12,13}

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.^{10,14} 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.¹⁰ 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.^{15,16,17} 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.^{12,18,19} 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.^{12,20,21} 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.²²

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.^{23,24} Une étude 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.²⁵ 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.^{12,20,26,27} Certaines recherches indiquent que des relations de meilleure qualité sont associées à une meilleure évolution des enfants.^{28,29}

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.²⁰ L'effet de ces types de soutien 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.^{30,31,32} 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 réplication 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.^{20,33,34,35}

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. National Home Visiting Resource Center. *2020 Home Visiting Yearbook*. Arlington, VA: James Bell Associates and the Urban Institute; 2020.

2. Avellar SL, Supplee L. Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. *Pediatrics* 2013; 132 Suppl 2:S90-S99.
3. Filene J, Kaminski J, Valle L, Cachat P. Components associated with home visiting program outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics* 2013;132 Suppl 2: S100-S109.
4. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine H. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: A systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:17.
5. Supplee L, Paulsell D, Avellar S. What works in home visiting programs? In: Nelson K, Scheitzer D, eds. *What Works in Child Welfare*. Washington, DC: Child Welfare League of America Press; 2012:39-61.
6. HomVEE Team. *Early childhood home visiting: reviewing evidence of effectiveness*. OPRE Report #2020-126. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Human Services. 2020.
7. Fixsen DL, Blase KA, Naoom SF, Wallace F. Core implementation components. *Research on Social Work Practice* 2009;19(5):531-540.
8. Avellar S, Paulsell D. *Lessons learned from the home visiting evidence of effectiveness review*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research; 2011.
9. Kaderavek JN, Justice LM. Fidelity: an essential component of evidence-based practice in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2010;19(4):369-379.
10. Paulsell D, Del Grosso P, Supplee L. Supporting replication and scale-up of evidence-based home visiting programs: Assessing the implementation knowledge base. *American Journal of Public Health* 2014;104(9): 1624-1632.
11. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41(3-4):327-350.

12. Boller K, Daro D, Del Grosso P, Cole R, Paulsell D, Hart B, Coffee-Bordon B, Strong D, Zaveri H, Hargreaves M. *Making replication work: Building infrastructure to implement, scale up, and sustain evidence-based early childhood home visiting programs with fidelity*. Washington, DC: Children’s Bureau, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2014.
13. Hargreaves M, Cole R, Coffee-Borden B, Paulsell D, Boller K. Evaluating infrastructure development in complex home visiting systems. *American Journal of Evaluation* 2013;34(2):147-169.
14. Supplee LH, Metz A. Opportunities and challenges in evidence-based social policy. *SRCD Social Policy Report* 2015;28(4):1-16.
15. Daro D. *Replicating evidence-based home visiting models: A framework for assessing fidelity*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research; 2010.
16. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balian S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science* 2007;2:40.
17. Berkel C, Mauricio AM, Schoenfelder E, Sandler IN. Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science* 2010;12(1):23-33.
18. Kitzman HJ. Effective Early Childhood Development Programs for Low-Income Families: Home Visiting Interventions During Pregnancy and Early Childhood. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Spiker D, Gaylor E, topic eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. <https://www.child-encyclopedia.com/home-visiting/according-experts/effective-early-childhood-development-programs-low-income-families>. Published: February 2004. Accessed January 18, 2022.
19. Riley S, Brady AE, Goldberg J, Jacobs F, Easterbrooks MA. Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review* 2008;30(5):597-612.

20. Duggan A, Portilla XA, Filene JH, Crown SS, Hill CJ, Lee H, Knox V. *Implementation of Evidence-Based Early Childhood Home Visiting: Results from the Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation*. OPRE Report #2018-76A. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2018.
21. Love JM, Kisker EE, Ross CM, Schochet PZ, Brooks-Gunn J, Paulsell D, Brady-Smith C. *Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: The impacts of Early Head Start*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research; 2002.
22. DePanfilis D, Dubowitz H. Family connections: A program for preventing child neglect. *Child Maltreatment* 2005;10(2):108-123.
23. Peterson, C. A., Luze, G. J., Eshbaugh, E. M., Jeon, H. J., & Kantz, K. R. Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention* 2007;29:199-140.
24. Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG. Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly* 2002;17(1):28-51.
25. Vogel CA, Boller K, Xue Y, Blair R, Aikens N, Burwick A, Stein J. *Learning as we go: A first snapshot of Early Head Start programs, staff, families, and children*. OPRE Report #2011-7. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2011.
26. Korfmacher J, Green B, Spellmann M, Thornburg KR. The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal* 2007;28(5):459-480.
27. Korfmacher J, Green B, Staerckel F, Peterson C, Cook G, Roggman L, Faldowski RA, Schiffman, R. Parent involvement in early childhood home visiting. *Child Youth Care Forum* 2008;37(4):171-196.

28. Peterson CA, Roggman LA, Stearkel F, Cook G, Jeon HJ, Thornburg K. Understanding the dimensions of family involvement in home-based Early Head Start. Unpublished manuscript. Iowa State University, Ames, Iowa. 2006.
29. Roggman LA, Christiansen K, Cook GA, Jump VK, Boyce LK, Peterson CA. *Home visits: Measuring how they work*. Logan, UT: Early Intervention Research Institute Mini-Conference. 2006.
30. Aarons GA, Palinkas IA. Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2007;34(4):411-419.
31. Aarons GA, Sommerfeld DH, Hecht DB, Silovsky JF, Chaffin MJ. The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: Evidence for a protective effect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(2):270-280.
32. Aarons GA, Fettes DL, Flores LE Jr, Sommerfeld DH. Evidence-based practice implementation and staff emotional exhaustion in children's services. *Behaviour Research and Therapy* 2009;47(11):954-960.
33. Aarons GA, Sawitzky AC. Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services* 2006;3(1):61-72.
34. Paulsell D, Boller K, Hallgren K, Esposito AM. Assessing home visit quality: Dosage, content, and relationships. *Zero To Three* 2010;30(6):16-21.
35. Nikki A, Xue Y, Bandel E, Vogel CA, Boller K. *Measuring Up: Assessing the Quality of Early Head Start Home Visiting and Classrooms*. OPRE Brief #2015-35. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2015.

Impacts des programmes de visites à domicile sur la préparation à l'école des jeunes enfants

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

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

Janvier 2022, 2e 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. Les services de ces programmes ciblent les familles et les autres personnes qui prennent soin de l'enfant afin d'améliorer son développement, de mieux le préparer à son entrée à l'école et de favoriser des interactions parent-enfant positives. Bien que les programmes diffèrent dans leur approche et que les populations desservies et les résultats visés ne soient pas les mêmes, des programmes de visites à domicile de haute qualité peuvent dispenser des services de soutien aux familles qui sont bénéfiques pour le développement de l'enfant et qui réduisent les facteurs de risque et augmentent les facteurs de protection.

Les programmes de visites à domicile orientés sur la préparation à l'école les plus efficaces sont ceux qui sont déployés à l'échelle communautaire au moyen d'un système consacré aux jeunes enfants complet et composé de ressources et de services qui assurent un continuum de soins adressé à tous les membres de la famille pendant toute la période de la petite enfance. La préparation à l'école comprend la maturité de l'enfant, la capacité de l'établissement scolaire à soutenir les enfants et l'habileté de la famille et de la communauté à stimuler le développement précoce de l'enfant, sa santé et son bien-être. Outre les programmes de visites à domicile, des orientations vers des services communautaires, notamment des programmes préscolaires, proposent une approche à bas coût qui augmente les possibilités de réussite scolaire en début de scolarité. Il a été déterminé que cette approche exhaustive de visites à domicile en tant que composante d'un large système dédié aux jeunes enfants représentait une stratégie efficace d'aide visant à remédier au manque de préparation à l'école et à favoriser le bien-être de l'enfant associé à la pauvreté et à l'adversité vécue pendant la petite enfance.^{1,2}

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.^{3,4} 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. à domicile^a ;
2. par un intervenant formé;
3. dans le but de modifier les connaissances, les croyances et les comportements des enfants et des personnes qui prennent soin d'eux ou des autres personnes dans l'environnement de soins et de procurer du soutien parental.⁵

Les visites à domicile sont souvent 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 et de soutien auprès des personnes qui prennent soin de l'enfant.⁶ 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, de fournir des repas sains, de prodiguer des soins de santé prénataux), 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, y compris l'intervention précoce pour les personnes souffrant de déficiences et de handicaps, 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 et sain.^{3,4,7}

Problèmes

Les données sur l'efficacité des programmes de visites à domicile s'accumulent depuis plusieurs décennies. Le programme fédéral Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting (MIECHV) lancé aux États-Unis en 2012 et le programme national Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation (MIHOPE) qui l'accompagne (composé de 4 modèles : une option à domicile du programme Early Head Start [EHS], Healthy Families America, Nurse-Family Partnership et Parents as Teachers [PAT]), ainsi que les rapports de synthèse Home Visiting Evidence of Effectiveness (HoMVEE) ont contribué à acquérir de nombreuses nouvelles données sur les caractéristiques des programmes, leur déploiement et leurs impacts.⁸⁻¹² La plupart des recherches ont utilisé des essais contrôlés randomisés (ECR) ou des devis quasi-expérimentaux avec des sources de données multiples et plusieurs outils de mesures des résultats et ont effectué un suivi longitudinal des participants. Ces études, ainsi que des évaluations plus anciennes et des méta-analyses récentes, 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.^{4,13,14} Néanmoins, une synthèse récente portant sur sept modèles éprouvés de visites à domicile a permis de démontrer que ces modèles étaient tous associés à au moins une étude montrant des impacts positifs sur le développement de l'enfant et sur sa préparation à l'école.¹³ Cependant, des analyses détaillées révèlent parfois des effets importants. Par exemple, certains sous-groupes de participants peuvent tirer des bénéfices à long terme des programmes sur des aspects particuliers.^{15,16} 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. On considère actuellement qu'aborder les effets de plusieurs études selon une moyenne n'est pas approprié pour comprendre quels programmes fonctionnent et pour qui.¹⁷

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 (ECR),¹⁸ 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),¹⁹

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. (Voir aussi le texte de [Korfmacher et al.](#)). 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).¹⁰

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, mais certaines des études les plus récentes ont fait un suivi jusqu'à l'école primaire. Cependant, la plupart des études disponibles 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

Les dernières avancées dans la conception, l'évaluation et le financement des programmes ont conforté le déploiement de visites à domicile dans le cadre d'interventions pratiques destinées à améliorer la santé, la sécurité et l'éducation des enfants et de leurs familles, ce qui atténue l'impact de la pauvreté et des mauvaises expériences vécues pendant la petite enfance.³ Malgré les divergences inhérentes aux approches employées pour concevoir les programmes et à la qualité de ces derniers, on dénote des effets positifs communs sur les connaissances, les croyances et/ou les comportements des parents ainsi que sur le développement langagier, cognitif et socio-émotionnel de l'enfant. Dans le but d'atteindre les résultats ciblés, les programmes doivent présenter non seulement des interventions clairement définies et des mesures des résultats, mais également un processus de contrôle de la qualité.²⁰ Depuis récemment, les études ont commencé à cibler la manière d'exploiter les mesures d'évaluation de la qualité pour contrôler les programmes et les efforts déployés en matière d'amélioration de ces programmes.^{21,22}

Une recension de sept modèles de programmes de visites à domicile par l'analyse de 16 études menées il y a plus de 10 ans 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).²³ 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. Des articles de synthèse plus

récents ont également mis en évidence des effets relativement faibles sur les indices de développement, mais les auteurs ont rapporté que : « L'ampleur modérée des effets observés dans les études sur le plan du retard de développement peut conduire à des effets importants à l'échelle de la population en raison de la forte proportion d'enfants issus de familles à bas revenus (environ 20 %) qui répondent aux critères d'octroi de services d'intervention rapides ». ³ Une analyse rigoureuse identifiant 21 modèles de visites à domicile qui respectaient les critères de définition de modèle éprouvé a été réalisée en 2018. ¹¹ Elle a mené à la conclusion que parmi ces modèles, 12 présentaient des impacts favorables sur le développement et la préparation à l'école de l'enfant.

Des études qui se poursuivent actuellement sont axées sur des familles composées de nourrissons et d'enfants âgés de moins de 3 ans vivant dans la pauvreté et présentant des risques supérieurs de subir des expériences négatives pendant l'enfance dont les séquelles sur l'état de santé physique et affectif ainsi que sur la réussite scolaire peuvent perdurer à vie. ^{3,24} Par exemple, l'étude Adverse Childhood Experiences indique que les expériences traumatiques subies en bas âge peuvent avoir des effets à très long terme sur l'état de santé physique et psychologique. Les données émanant de cette étude révèlent des risques de redoublement plus élevés chez les enfants ayant fait l'objet d'au moins deux expériences négatives. Les programmes de visites à domicile peuvent réduire les effets nocifs du stress, ce qui améliore les aptitudes parentales et crée des expériences positives pendant la petite enfance. ^{24,25} Ces études insistent sur l'importance des programmes de visites à domicile ciblés sur les familles qui subissent des contraintes. Une méta-analyse portant sur les visites à domicile a en effet démontré une diminution des problèmes socio-affectifs et des expériences angoissantes infligées à de telles familles. ²⁶

Néanmoins, les problèmes décelés dans des synthèses effectuées dans les années 1990 continuent d'empoisonner ce domaine, notamment la présence de nombreux modèles créés à partir d'une quantité limitée d'études de recherche rigoureuses. Dans plusieurs des études décrites dans les revues et méta-analyses précédentes et plus récentes, 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. ²⁷ Les effets généralement faibles observés sur la moyenne des résultats effectuée sur l'ensemble des études a conduit les chercheurs à demander la réalisation d'études axées sur des visites à domicile de précision pour

déterminer quels modèles fonctionnent et pour qui.^{17,28} (Voir aussi le texte de [Korfmacher et al.](#)).

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. (Voir aussi le texte de [Paulsell](#)). 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.^{29,30} Dans une autre étude, 20 % des familles qui avaient accepté de participer n'ont pas reçu de visite initiale pour débiter le programme.¹⁹ 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.³¹ 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.^{29,32} 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.^{33,34} Des recherches récentes ont commencé à examiner dans quelle mesure il est possible d'améliorer la fidélité au modèle en octroyant une assistance technique et des ressources axées sur la formation des personnes qui supervisent ou exécutent les programmes de visites à domicile.³⁵ (Voir le texte de [Paulsell](#)). Dans une recension des recherches dans les années 90 ayant été effectuées sur les visites à domicile, Gomby, Culross et Berman²⁷ ont découvert qu'entre 20 et 67 % des familles inscrites avaient abandonné leur programme avant sa date d'échéance prévue. Les toutes dernières études continuent à souligner la persistance de certains problèmes : des familles qui quittent leur programme ou qui ne s'engagent pas tel qu'escompté par les professionnels qui ont élaboré ces programmes. Par exemple, lors de l'évaluation de MIHOPE, environ 28 % des familles ont abandonné les programmes de visites à domicile MIHOPE dans les six mois, tandis qu'approximativement 55 % continuaient de bénéficier de près de deux visites par mois au bout d'un an.⁹ Après cette période d'un an, près de la moitié des familles seulement étaient encore là, et parmi celles-ci, beaucoup ne recevaient qu'environ la moitié du nombre de visites prévu.⁸ Des études 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, ce qui a également été observé dans la récente étude MIHOPE.³⁶

Le lien supposé entre le changement de comportement des parents et les améliorations chez les enfants a reçu un soutien empirique mixte. 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 toujours améliorer significativement les issues développementales des enfants à court terme, mais dans certains cas, ils semblent avoir un impact à long terme.^{37,38}

Par exemple, une étude du Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY) menée auprès de familles latino à faible revenu a montré des améliorations dans les pratiques parentales ainsi qu'un meilleur rendement en mathématiques en troisième année et des impacts positifs sur les résultats en mathématiques et en lecture en cinquième année.^{39,40} 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.

Des recensions anciennes et plus récentes 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 et 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 évaluations plus récentes de Early Head Start (EHS) ont permis de déceler des impacts positifs sur les aptitudes cognitives et langagières, l'attention, les problèmes comportementaux, l'état de santé, la santé mentale, les performances professionnelles et les aptitudes parentales de la mère aux âges de 2 et 3 ans, et de meilleures préparations à l'apprentissage, une amélioration de l'attention, une diminution du nombre de problèmes comportementaux à l'âge de 5 ans, mais aucune différence sur le plan de la réussite scolaire au début de la scolarité, par rapport au groupe témoin.⁴¹ Toutefois, un suivi non expérimental a révélé que les enfants inscrits au préscolaire après avoir bénéficié du programme EHS avaient de meilleurs résultats scolaires au début de leur scolarité. 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.⁴² De plus, des évaluations du Healthy Families America ont

révélé les effets faibles mais positifs de ce programme sur le développement des jeunes enfants.^{43,44}

Il apparaît clairement que les programmes de visites à domicile orientés sur le soutien des habiletés des parents à stimuler le développement de leurs enfants ont un impact positif sur ce paramètre. Dans une méta-analyse, de meilleurs résultats sur le plan cognitif de l'enfant ont été obtenus lorsque les programmes étaient axés sur la réactivité des parents et sur leurs pratiques parentales.⁴ Une méta-analyse des essais contrôlés randomisés (ECR) a révélé que les effets les plus prononcés sur les interactions parent-enfant et la sensibilité maternelle peuvent être améliorés sur une période plus courte, alors que les effets des interventions sur le développement de l'enfant peuvent prendre plus de temps à apparaître.⁴⁵ Plusieurs études ont mis en évidence des impacts à plus long terme sur les aptitudes parentales et les effets bénéfiques associés du côté de l'enfant. Lors d'un essai contrôlé randomisé (ECR) portant sur le programme New York Healthy Families America, les résultats obtenus ont prouvé une baisse du taux de redoublement et une multiplication par deux du nombre d'élèves entrant au primaire, démontrant ainsi que les enfants qui avaient participé au programme avaient les aptitudes scolaires nécessaires pour entrer à l'école.² Enfin, au moins une étude longitudinale récente du programme Parents as Teachers (PAT) a dévoilé des résultats positifs en matière d'apprentissage scolaire et une diminution des problèmes disciplinaires au début du parcours élémentaire, parallèlement à des résultats supérieurs lors des mesures des aptitudes parentales, de la connaissance du développement de l'enfant et du soutien familial.⁴⁶

D'autres études n'ont pas été en mesure de documenter les impacts du programme sur les pratiques parentales et les 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.⁴³ Cependant, la participation au programme a été associée à une réduction du nombre de cas de maltraitance envers l'enfant.

D'autres modèles montrent des effets mitigés. 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.³² Des différences faibles mais positives ont été établies pour les mères adolescentes et celles d'origine latine sur certaines de ces mesures. Cependant, une autre étude par essais contrôlé randomisé 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.⁴⁷ Par ailleurs, un ECR mené tout récemment en Suisse a permis de déceler de meilleurs comportements d'adaptation et des aptitudes langagières supérieures chez les enfants ayant joui du programme PAT à l'âge de 3 ans, avec une baisse des problèmes de comportement chez les enfants les plus à risque.⁴⁸ 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.⁴⁹

Les essais contrôlés randomisés (ECR) 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).^{50,51} (Voir aussi le texte de [Donelan et al.](#))

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.⁵² 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. Des bénéfices sur le plan du développement cognitif et comportemental ont également été constatés dans le groupe en surpoids lors des études de suivi réalisées chez des individus âgés de 8 et 18 ans.⁵³ Le Chicago Child-Parent 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 et des impacts qui perdurent à l'âge adulte.⁵⁴⁻⁵⁶ 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.⁵⁷ Les études menées sur Early Head Start citées précédemment ont permis par ailleurs de démontrer qu'en associant les visites à domicile à une inscription ultérieure au système préscolaire augmentent les probabilités de parvenir aux impacts obtenus en matière de préparation à la scolarisation par rapport au recours au programme de visites à domicile uniquement. Pour finir, il est nécessaire d'étudier dans quelle mesure les visites à domicile pourraient améliorer les résultats scolaires lorsqu'ils sont associés à un programme préscolaire, comme ce fut le cas lors d'une étude conduite récemment chez des familles intégrées aux programmes Head Start qui a permis de dévoiler une baisse des besoins en services d'éducation et de santé mentale en troisième année.⁵⁸ Ces études suggèrent qu'une intervention plus intensive impliquant directement l'enfant peut être requise afin d'obtenir de meilleurs résultats sur la préparation à l'école avec les visites à domicile en tant que partie d'une approche plus complète.

Conclusions

La recherche sur les programmes de visites à domicile n'a pas démontré que ces programmes à eux seuls 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.

Ces conclusions soutiennent l'intérêt récemment porté sur l'utilisation de plans d'étude qui cherchent à mieux différencier les modèles de programmes et leurs composants afin de les faire davantage coïncider avec les besoins des familles, à savoir l'amélioration du développement de l'enfant et d'autres bienfaits. Les visites à domicile de précision utilisent des études qui ont pour but d'identifier quels aspects des visites fonctionnent, pour quelles familles, dans quelles

conditions, ce qui résulte en des programmes qui ciblent des interventions orientées sur les besoins spécifiques des familles.¹⁷

Les études ultérieures doivent examiner le rôle des programmes de visites à domicile éprouvés dans le cadre d'un système de services plus complet administré au cours des cinq années qui composent la petite enfance. Il peut s'agir d'une stratégie initiale rentable qui permet de construire des relations de confiance et de soutenir des pratiques parentales positives dès le plus jeune âge qui, à long terme, amélioreront le développement de l'enfant par augmentation des probabilités des familles de l'inscrire dans des programmes préscolaires et d'utiliser d'autres ressources nécessaires à l'enfant et à la famille. De plus, les études axées sur l'efficacité doivent intégrer des plans expérimentaux longitudinaux tout en comportant des analyses de rentabilité pour déceler les économies obtenues à long terme qui permettront de construire un soutien gouvernemental bénéficiant à la fois aux programmes de visites à domicile consacrés aux jeunes enfants et à un système préscolaire plus complet.

La pandémie de Covid-19 a mis la lumière sur les disparités et les iniquités qui caractérisent nos systèmes de services à la petite enfance, tout comme nos systèmes d'éducation dès le niveau primaire. Cette situation a également renforcé les bienfaits procurés par des approches participatives plus authentiques en recherche, tout en permettant de réaliser des évaluations visant à déterminer ce qui fonctionne et pour qui. Les études et les évaluations qui incorporent des intervenants divers, allant des personnes concernées directement par un problème jusqu'à celles qui financent les programmes, promettent d'apporter des réflexions et des perspectives qui peuvent accentuer l'impact des programmes de visites à domicile.

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 à eux seuls 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 depuis des décennies. Cependant, à mesure que ce domaine continue de chercher à utiliser des approches plus précises qui fassent coïncider les composants des programmes avec les besoins de l'enfant et des familles, tout en enrichissant les programmes de

visites à domicile avec des soutiens axés sur le perfectionnement professionnel et l'assistance nécessaire pour assurer l'observance des modèles, et incorporer ces programmes dans un système complet dédié aux jeunes enfants, dont ils pourront bénéficier sur l'ensemble tout au long des cinq premières années de leur vie, et il faut s'attendre à des impacts positifs modestes mais systématiques chez les familles ciblées qui y participent.

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 et à augmenter leur participation à d'autres programmes de soutien aux familles pendant les années préscolaires jusqu'à la troisième année.⁵⁹

Références

1. Dodge KA, Goodman WB, Murphy R, O'Donnell K, Sato J. Toward population impact from home visiting. *Zero Three*. 2013;33(3):17-23.
2. Kirkland K, Mitchell-Herzfeld S. *Evaluating the effectiveness of home visiting services in promoting children's adjustment in school: Final report to the Pew Center on the States*. Rensselaer, NY: New York State Office of Children and Family Services, Bureau of Evaluation and Research; 2012.
3. Duffee JH, Mendelsohn AL, Kuo AA, Legano LA, Earls MF. Early childhood home visiting. *Pediatrics*. 2017;140(3):e20172150.
4. Filene JH, Kaminski JW, Valle LA, Cachat P. Components associated with home visiting program outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2013;132(Spp 2):S100-S109.
5. Wasik BH, Bryant DM. *Home visiting: Procedures for helping families*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000.
6. Behrman RE, ed. *The future of children. Home visiting: Recent program evaluations*. Los Altos, CA: The David and Lucile Packard Foundation; 1999; No. 9.

7. Schwarz DF, O'Sullivan AL, Guinn J, et al. Promoting early intervention referral through a randomized controlled home-visiting program. *Journal of Early Intervention*. 2012;34(1):20-39.
8. Duggan A, Portilla XA, Filene JH, Crowne SS, Hill CJ, Lee H, Knox V. *Implementation of evidence-based early childhood home visiting: Results from the Mother and Infant Home Visiting Program evaluation*. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2018. OPRE Report 2018-76A.
9. Michalopoulos C, Crowne SS, Portilla XA, Lee H, Filene JH, Duggan A, Knox V. *A summary of results from the MIHOPE and MIHOPE-strong Start Studies of Evidence-Based Home Visiting*. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2019. OPRE Report 2019-09.
10. Michalopoulos C, Faucetta K, Hill CJ, Portilla XA, Burrell L, Lee H, Duggan A, Knox V. *Impacts on family outcomes of evidence-based early childhood home visiting: Results from the Mother and Infant Home Visiting Program evaluation*. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2019. OPRE Report 2019-07.
11. Sama-Miller E, Lugo-Gil J, Harding J, Akers L, Coughlin R. *Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE) systematic review: Handbook of procedures and evidence standards, Version 2*. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families; 2020. OPRE Report # 2020-151.
12. National Home Visiting Resource Center. *2020 home visiting yearbook*. Arlington, VA: James Bell Associates and the Urban Institute;2020.
13. Avellar S, Paulsell D, Sama-Miller E, Del Grosso P. *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;2013.

14. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: A systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13(1):17.
15. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, et al. *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, CA: RAND Corporation;1998. MR-898-TCWF.
16. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*. 1997;278(8):637-643.
17. Supplee LH, Duggan A. Innovative research methods to advance precision in home visiting for more efficient and effective programs. *Child Development Perspectives*. 2019;13(3):173-179.
18. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*. 2002;3(3):153-172.
19. Wagner M, Spiker D, Linn MI, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2003;23(4):171-187.
20. Finello KM, Terteryan A, Riewerts RJ. Home visiting programs: What the primary care clinician should know. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2016;46(4):101-125.
21. Korfmacher J, Frese M, Gowani S. Examining program quality in early childhood home visiting: From infrastructure to relationships. *Infant Ment Health Journal*. 2019;40(3):380-394.
22. Roggman LA, Cook GA, Innocenti MS, Jump Norman VK, Boyce LK, Olson TL, Christiansen K, Peterson CA. The Home Visit Rating Scales: Revised, restructured, and revalidated. *Infant Ment Health Journal*. 2019;40(3):315-330.

23. Paulsell D, Avellar S, Sama Martin E, Del Grosso T. *Home visiting evidence of effectiveness: Executive summary*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research;2010.
24. Williams PG, Lerner MA, Council on Early Childhood, Council on School Health. School Readiness. *Pediatrics*. 2019;144(2):e20191766.
25. McKelvey LM, Whiteside-Mansell L, Connors-Burrow NA, Swindle T, Fitzgerald S. Assessing adverse experiences from infancy through early childhood in home visiting programs. *Child Abuse and Neglect*. 2016;51, 295-302.
26. van Assen AG, Knot-Dickscheit J, Post WJ, Grietens H. Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*. 2020;114:104994.
27. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home visiting: Recent program evaluations-analysis and recommendations. *Future Child*. 1999;9(1):4-26.
28. Condon EM. Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting: A Call for a Paradigm Shift in States' Approaches to Funding. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2019;20(1):28-40.
29. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CC. Evaluations of Hawaii's Healthy Start Program. *Future Child*. 1999;9(1):66-90.
30. Olds DL, Henderson CR, Jr., Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *Future Child*. 1999;9(1):44-65.
31. Korfmacher J, Kitzman H, Olds DL. Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 1998;26(1):49-64.
32. Wagner MM, Clayton SL. The Parents as Teachers Program: Results from two demonstrations. *Future Child*. 1999;9(1):91-115.

33. Baker AJL, Piotrkowski CS, Brooks-Gunn J. The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *Future Child*. 1999;9(1):116-133.
34. Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG. Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*. 2002;17:28-51.
35. Chen W-B, Spiker D, Wei X, Gaylor E, Schachner A, Hudson L. Who gets what? Describing the non-supervisory training and supports received by home visiting staff members and its relationship with turnover. *American Journal of Community Psychology*. 2019;63:298-311.
36. Roggman L, Cook G, Peterson CA, Raikes H. Who drops out of Early Head Start home visiting programs? *Early Education & Development*. 2009;19:574-579.
37. Caughy MO, Huang K, Miller T, Genevro JL. The effects of the Healthy Steps for Young Children Program: Results from observations of parenting and child development. *Early Childhood Research Quarterly*. 2004;19(4):611-630.
38. Minkovitz CS, Strobino D, Mistry KB, Scharfstein DO, Grason H, Hou W, Ialongo N, Guyer B. Healthy steps for young children: Sustained results at 5.5 years. *Pediatrics*. 2007;120(3):658-668.
39. Nievar A, Brown AL, Nathans L, Chen Q, Martinez-Cantu V. Home visiting among inner-city families: Links to early academic achievement. *Early Education and Development*. 2018;29(8):1115-1128.
40. Nievar MA, Jacobson A, Chen Q, Johnson U, Dier S. Impact of HIPPY on home learning environments of Latino families. *Early Childhood Research Quarterly*. 2011;26:268-277.
41. Love JM, R. C-C, Raikes H, Brooks-Gunn J. What makes a difference: Early Head Start evaluation findings in a developmental context. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2013;78((1):vii-viii):1-173.

42. Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson J, Sidora K, Luckey DW, Henderson CR Jr, Hanks C, Bondy J, Holmberg J. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2004;6(6):1550-1559.
43. Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse and Neglect*. 2007;31(8):829-852.
44. Landsverk J, Carrillo T, Connelly CD, et al. *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; 2002.
45. Rayce SB, Rasmussen IS, Klest SK, al. e. Effects of parenting interventions for at-risk parents with infants: a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open* 2017.
46. Lahti M, Evans CBR, Goodman G, Schmidt MC, LeCroy CW. Parents as Teachers (PAT) home-visiting intervention: A path to improved academic outcomes, school behavior, and parenting skills. *Children and Youth Services Review*. 2019;99:451-460.
47. Drotar D, Robinson J, Jeavons L, Lester Kirchner H. A randomized, controlled evaluation of early intervention: The Born to Learn curriculum. *Child: Care, Health & Development*. 2009;35(5):643-649.
48. Schaub S, Ramseier E, Neuhauser A, Burkhardt SCA, Lanfranchi A. Effects of home-based early intervention on child outcomes: A randomized controlled trial of Parents as Teachers in Switzerland. *Early Childhood Research Quarterly*. 2019;48:173-185.
49. Shaw DS, Dishion TJ, Supplee L, Gardner F, Arnds K. 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*. 2006;74(1):1-9.
50. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, Luckey DW, Henderson CR Jr, Holmberg J, Tutt RA, Stevenson AJ, Bondy J. Effects of nurse home visiting on maternal

and child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2007;120(4):e832-e845.

51. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcolego KJ, Luckey DW, Knudtson MD, Henderson CR Jr, Holmberg JR. 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*. 2010;164(5):412-418.
52. Gross RT, Spiker D, Haynes CW, eds. *Helping low birth weight, premature babies*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1997.
53. Mallik S, Spiker D. Effective early intervention programs for low birth weight premature infants: Review of the Infant Health and Development Program (IHDP). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RD, eds. *Encyclopedia on early childhood development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2016.
54. Reynolds AJ, Temple JA, Robertson DL, Mann EA. 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. *JAMA*. 2001;285(18):2339-2346.
55. Reynolds AJ, Richardson BA, Hayakawa M, Englund MM, Ou S-R. Multi-site expansion of an early childhood intervention and school readiness. *Pediatrics*. 2016;138(1):1-11.
56. Reynolds AJ, Temple JA, Ou S-R, Arteaga IA, White BAB. School-based early childhood education and age-28 well-being: Effects by timing, dosage, and subgroups. *Science*. 2011;333(6040):36-364.
57. Johnston BD, Huebner CE, Anderson ML, Tyll LT, Thompson RS. Healthy steps in an integrated delivery system: Child and parent outcomes at 30 months. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2006;160(8):793-800.
58. Bierman KL, Welsh J, Heinrichs BS, Nix RL. Effect of preschool home visiting on school readiness and need for services in elementary school: A randomized clinical trial. *JAMA*

Pediatrics. 2018;172(8):e181029-e181029.

59. Magnuson K, Schindler HS. Parent programs in pre-k through third grade. *Future Child*. 2016;26(2):207-223.

Note:

^a Les services sont offerts à la famille et les lieux peuvent être le domicile de la famille ou un autre endroit convenu d'un commun accord, comme un centre communautaire, un parc, une bibliothèque publique. Plus récemment, en raison de la pandémie, les programmes se sont appuyés sur des méthodes virtuelles ou sur la tenue d'une visite à domicile à distance via des appareils numériques.

Nouvelles directions adoptées en recherche sur les visites à domicile : le paradigme de précision

¹Jon Korfmacher, Ph.D., ²Anne Duggan, Sc.D., ³Kay O'Neill, M.S.

¹Chapin Hall at University of Chicago, ^{2,3}Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, États-Unis

Janvier 2022

Introduction

Depuis cinquante ans, les visites à domicile dédiées aux jeunes enfants sont dotées d'une politique et de programmes de soutien dans le cadre d'une stratégie orientée vers le bon état de santé et le bien-être de l'enfant. Pendant cette période, le paradigme de recherche conventionnel a consisté en la conduite d'essais randomisés ayant pour but une estimation moyenne des effets de modèles de visites à domicile complets.

Ces études ont abouti à suffisamment de résultats positifs pour établir le fondement scientifique qui justifie un investissement dans l'expansion des visites à domicile et dans la conception de modèles spécifiques dans lesquels s'engager.¹ Une telle approche fondée sur la science a été la source de nombreuses initiatives, notamment le programme Maternal Infant and Early Childhood Home Visiting program (MIECHV) et l'initiative Family First Prevention Services Act (FFPSA) financés par le gouvernement fédéral des États-Unis. Néanmoins, il est essentiel de faire évoluer les méthodes de recherche pour pouvoir répondre à la nécessité de faire progresser l'ensemble de ces domaines en apportant de nouvelles connaissances.

Sujet

Aux États-Unis (tout comme dans d'autres contextes), les visites à domicile sont offertes majoritairement sous forme de « modèles de programmes » généraux composés d'un ensemble de ressources proposées aux parents. Les modèles de visites à domicile visent à couvrir de nombreux aspects du fonctionnement de la famille et de l'enfant qui peuvent en bout de compte avoir un impact sur l'état de santé, le développement et le bien-être de ce dernier. Ces modèles s'articulent généralement autour des éléments suivants : les composantes de la structure du programme, les qualifications des intervenants à domicile, le contenu et l'organisation du programme et le calendrier des visites.

Problèmes

Les études empiriques réalisées confirment généralement les résultats globalement positifs des visites à domicile sur de nombreux critères, tout en révélant la présence de difficultés persistantes. L'une d'entre elles est la persistance d'effets moyennés de faible ampleur (faibles « tailles d'effet » ; *effect sizes*, en anglais) constatée dans de nombreux essais randomisés distincts. À l'échelle des États-Unis, l'évaluation la plus récente du modèle de visites à domicile subventionné MIECHV en est un exemple, avec des tailles d'effet comprises entre 0,01 et 0,09.² L'engagement à long terme des familles dans les services représente un autre défi. Les familles sont nombreuses à abandonner les services après une période relativement courte, ce qui peut être un problème si l'on s'attend à obtenir des effets après un certain nombre d'années.³

En conséquence, l'exposition des familles inscrites aux services de visites à domicile varie considérablement, et ces services couvrent de nombreux volets du fonctionnement, de l'enfant comme de la famille, et profitent à des populations et à des communautés hétérogènes. Toutefois, nos études n'ont pas réussi à déconstruire cette variabilité ni à comparer l'efficacité d'interventions spécifiques *au sein* des modèles et *entre* divers sous-groupes de familles et de communautés. Nous n'avons pas encore déterminé quelles interventions au sein des services de visites à domicile aux multiples facettes sont efficaces et si cette efficacité obtenue sur des composantes spécifiques de l'intervention est généralisable à l'ensemble des modèles.⁴

Contexte de la recherche

La transformation de ce paradigme exige d'édifier la capacité de ce domaine à évaluer les facteurs de médiation et de modération des interventions menées lors des visites à domicile. Le paradigme de précision des visites à domicile (*Home Visiting Precision Paradigm*, en anglais) illustré à la figure ci-après représente la structure de base de telles recherches. La plateforme américaine de recherche et de développement Home Visiting Applied Research Collaborative (HARC), dédiée à l'amélioration des pratiques inhérentes aux visites à domicile axées sur les jeunes enfants,⁵ a élaboré ce paradigme, sur la base de cadres créés pour catégoriser les efforts déployés pour modifier le comportement humain.⁶

Shema. Paradigme de précision

Image not found or type unknown

Le Paradigme de précision précise *comment* il est prévu que ce changement se réalise en commençant par définir les critères visés par le programme, les mécanismes d'action et les comportements ciblés pour améliorer ces critères. Il encourage la conception de tests prévus pour évaluer les effets de techniques d'intervention et de méthodes de prestation de services spécifiques sur les mécanismes d'action et par leur entremise, sur les comportements ciblés. De plus, il intègre les effets du contexte et les pratiques en matière d'intervention comme outils de modération des impacts visés. L'un de ses intérêts principaux repose sur les facteurs de médiation des impacts sur les résultats. Par exemple, en fournissant de l'information sur l'importance du développement dès le plus jeune âge, l'intervenant à domicile peut modifier les connaissances du parent de façon à encourager une interaction parent-enfant positive et, au final, le bon développement de l'enfant. Mais si cette information n'est pas pertinente pour le parent (par exemple, son niveau de stress ne lui permet pas d'assimiler cette information), alors l'enrichissement des connaissances sur le développement de l'enfant n'aboutira pas à une amélioration du comportement parental. Ce Paradigme explore les caractéristiques des actions menées par les intervenants à domicile et dans quelle mesure ces actions sont destinées à mener aux changements à court terme mis en évidence par les recherches antérieures qui permettront d'atteindre les résultats ciblés.

Questions clés pour la recherche

En simples termes, ce nouveau paradigme est conçu pour répondre à ces questions : *Quelles interventions réalisées lors des visites à domicile fonctionnent le mieux, pour quelles familles, dans quels contextes, pourquoi et comment?*⁷ Il constitue par ailleurs un cadre utile pour traiter de nombreuses questions associées, y compris :

1. Dans quelle mesure les interventions auxquelles on s'attend de la part des intervenants à domicile sont-elles clairement définies?
2. Quel est le niveau de soutien apporté par les systèmes de mise en œuvre aux intervenants à domicile pour leurs interventions?
3. Dans quelle mesure s'attend-on à ce que les intervenants à domicile modifient leurs interventions à la lumière des facteurs associés aux familles et à la communauté et dans quelle mesure la pratique s'aligne-t-elle réellement avec ces attentes?

Résultats récents de la recherche

Les études émergentes intègrent une approche orientée sur la précision. Une étude récente s'est intéressée aux paramètres des modèles de programmes de visites à domicile permettant de favoriser des issues de grossesse positives.⁸ Les représentants de cinq modèles éprouvés ont défini les comportements ciblés par leurs modèles pour favoriser l'obtention d'issues de grossesse positives et leurs prévisions quant à l'utilisation par les intervenants à domicile de 23 catégories de techniques de changement de comportement qui encouragent l'engagement des parents dans ces comportements ciblés. Les représentants des modèles ont caractérisé de nombreux parcours différents et ont constaté que la plupart étaient compatibles avec leurs modèles, mais que le nombre requis ou recommandé variait, à l'instar de l'intérêt relatif accordé aux techniques spécifiques employées par les intervenants à domicile. La réponse courte découlant de cette étude met en relief la présence de variabilité, tout en suggérant un terrain commun pour des analyses transversales plus sophistiquées des modèles afin de déterminer comment les intervenants apportent du soutien lors des visites à domicile au stade prénatal.

D'autres études orientées sur la précision ont examiné comment les intervenants à domicile ayant recours au modèle du programme Family Spirit sélectionnent différents modules lorsque leurs prestations s'adressent à différentes sous-populations de familles. Cette approche par modules a été élaborée en collaboration avec des acteurs locaux de la communauté et les implanteurs du programme pour en assurer la pertinence.⁹ À cet égard, un essai est en cours afin de comparer cette approche à une prestation conventionnelle du modèle du programme par des services non personnalisés.¹⁰

Lacunes de la recherche

Passer d'un intérêt orienté sur des modèles de visites à domicile complets vers leurs composantes sous-jacentes n'est pas tâche facile. L'identification des « principes actifs » qu'il est possible de tester de manière spécifique constituera un défi permanent. Lors du déploiement, nous avons attaché de l'importance à l'observance des modèles considérés éprouvés par des évaluations antérieures, et nous n'avons pas encore identifié le meilleur moyen de comprendre comment procéder à une implantation sur mesure dans le contexte des efforts de fidélisation, et les comptes-rendus habituels de l'instauration dans le cadre d'études de l'efficacité n'ont pas été très utiles non plus.¹¹ De nombreux travaux antérieurs visant à identifier les facteurs modérateurs se sont appuyés sur des analyses a posteriori de sous-groupes et des analyses des corrélations intra-groupes de traitement, et non pas sur des comparaisons systématiques de différentes combinaisons de techniques et de mécanismes d'administration. Les techniques analytiques

modernes, par exemple la Multiphase Optimization Strategy (MOST), commencent tout juste à faire leur chemin dans le monde de la recherche portant sur les visites à domicile.¹²

Conclusions

La conduite de visites à domicile de précision (un octroi personnalisé des services) exige une approche granulaire au niveau de la conception et de l'évaluation des interventions lors des visites à domicile. Elle requiert une connaissance approfondie de la façon dont les caractéristiques des interventions influencent les pratiques à cet égard et de quelle façon le contexte régule ces pratiques et les liens escomptés entre les interventions et les résultats. Les premières études utilisant le paradigme de précision établissent la preuve de ce concept : les intervenants à domicile peuvent orienter leurs efforts sur des interventions à l'intérieur des modèles et peuvent définir des parcours ciblés entre les interventions et les mécanismes d'action afin d'atteindre les comportements. Par conséquent, le paradigme de précision constitue un cadre de base pour la recherche afin de déterminer spécifiquement si la variation inhérente aux facteurs contextuels influence les pratiques et les impacts sur les facteurs médiateurs, et, s'il y en a, d'en déterminer l'ampleur. Ces connaissances peuvent servir à affiner les interventions afin d'élargir et de renforcer les résultats obtenus sur des familles et des communautés diverses. Ces résultats peuvent, à leur tour, accélérer les améliorations obtenues à l'échelle de la population au niveau des critères évalués et de l'équité en matière de santé et peuvent par ailleurs remédier aux disparités qui caractérisent les facteurs sociaux ayant des retombées sur la santé.

Implications pour les parents, les services et les politiques

En conséquence de la pandémie de la COVID-19, il a fallu faire preuve de créativité afin d'adapter les programmes pour pouvoir poursuivre les interventions auprès des familles, y compris par des méthodes virtuelles de prestation des services. Ce contexte confirme l'importance de s'intéresser à ce que les intervenants à domicile sont supposés faire et comment ils peuvent élargir et renforcer les résultats des visites à domicile par une adaptation sur mesure éprouvée de leurs actions. En raison du changement constant de la situation, la compréhension des expériences vécues et des perspectives des intervenants s'impose afin d'élaborer des programmes efficaces et équitables. Les chercheurs doivent établir des partenariats avec les programmes afin de mettre au point des évaluations plus précises, tout en aspirant à saisir les opinions des communautés (y compris des familles) à chaque phase des évaluations.¹³

En résumé, des visites à domicile de précision peuvent mener à des services qui s’alignent plus étroitement avec les préférences et les besoins des familles, augmentant ainsi les bienfaits obtenus sur les critères ciblés qui correspondent le plus à leur situation. La précision apportera plus de clarté quant à la mission escomptée des intervenants à domicile et conduira à l’instauration de systèmes plus homogènes. La précision peut également être abordée sous un angle politique, à mesure que nous dirigeons la mutation d’un intérêt orienté sur des modèles éprouvés vers les composantes éprouvées qui les constituent.

Références

1. Sama-Miller E, Akers L, Mraz-Esposito A, Avellar S, Paulsell D, Del Grosso P. *Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary*. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC. 2018.
2. Michalopoulos C, Faucetta K, Hill C, Portilla X, Burrell L, Lee H, Duggan A, Knox V. *Impacts on family outcomes of evidence-based early childhood home visiting: Results from the Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation*. OPRE Report 2019-07. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2019.
3. Ammerman RT. Commentary: Toward the next generation of home visiting programs—New developments and promising directions. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 2016;46(4):126-129. doi:10.1016/j.cppeds.2015.12.010
4. Supplee LH, Duggan A. Innovative research methods to advance precision in home visiting for more efficient and effective programs. *Child Development Perspectives* 2019;13(3):173-179. doi:10.1111/cdep.12334
5. Duggan A, Minkovitz C, Chaffin M, Korfmacher J, Brooks-Gunn J, Crowne S, Filene J, Gonsalves K, Landsverk J, Harwood R. Creating a national home visiting research network. *Pediatrics* 2013;132 Suppl 2:S82 -S89. doi:10.1542/peds.2013-1021F

6. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 2013;46(1):81-95. doi:10.1007/s12160-013-9486-6
7. Korfmacher J. Balancing rigor with complexity in understanding the impacts of child maltreatment prevention programs. *Prevention Science* 2019;21(1), 47-52. doi: 10.1007/s11121-019-01079-1
8. Duggan AK, Bower KM, Zagaja C, O'Neill K, Daro D, Harding K, Ingalls A, Kemner A, Marchesseault C, Thorland W. Changing the home visiting research paradigm: models' perspectives on behavioral pathways and intervention techniques to promote good birth outcomes. *BMC Public Health*. In press.
9. Haroz EE, Ingalls A, Wadlin J, Kee C, Begay M, Neault N, Barlow A. Utilizing broad-based partnerships to design a precision approach to implementing evidence-based home visiting. *Journal of Community Psychology* 2020;48(4):1100-1113. doi: 10.1002/jcop.22281
10. Ingalls A, Barlow A, Kushman E, Leonard A, Martin L, Team PFSS, West AL, Neault N, Haroz EE. Precision Family Spirit: a pilot randomized implementation trial of a precision home visiting approach with families in Michigan-trial rationale and study protocol. *Pilot and Feasibility Study* 2021;7(1):8. doi:10.1186/s40814-020-00753-4
11. Supplee LH, Ammerman RT, Duggan AK, List JA, Suskind D. The Role of Open Science Practices in Scaling Evidence-Based Prevention Programs. *Prevention Science* 2021 Nov 15. doi: 10.1007/s11121-021-01322-8. Epub ahead of print.
12. Guastaferrero K, Strayhorn JC, Collins LM. The multiphase optimization strategy (MOST) in child maltreatment prevention research. *Journal of Child and Family Studies* 2021;30(10):2481-2491. doi:10.1007/s10826-021-02062-7
13. Home Visiting Applied Research Collaborative. The importance of participatory approaches in precision home visiting research. December 2018. Available at:

<https://www.hvresearch.org/additional-resources/#briefs>. Accessed January 12, 2022.