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.