ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

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.

©2022-2026 ABILIO | VISITES À DOMICILE

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 étude 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 comportement 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 débuter 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 Berman[27] 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 effective-ness 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 trail. *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, Conners-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, 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 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.