ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

VISITES À DOMICILE

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, Dubowtiz 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, Staerkel 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.