Santé mentale des parents et des enfants et visites à domicile

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

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

Février 2022, Éd. rév.

Introduction

Pendant la période périnatale, la dépression maternelle et paternelle concerne 20 % des femmes[1-4] et 10 % des hommes.[5,6] La prévalence des problèmes de santé mentale, et particulièrement de la dépression, est encore plus fréquente dans près de la moitié des familles à faible revenu, étant donné le risque élevé dû à des facteurs tels que des événements de vie traumatisants, le piètre support social, la monoparentalité ou la parentalité à l'adolescence, le racisme systémique et les disparités en matière de santé, de revenus et d'éducation.[4,7-9] Les enfants de parents souffrant de dépression peuvent être victimes d'une gamme d'effets négatifs, notamment les retards développementaux, les difficultés cognitives et l'insécurité de l'attachement, parallèlement à un risque accru de développer des problèmes de santé mentale.[10,11] Étant donné le nombre important et croissant de familles qu'ils desservent pendant la période périnatale, les programmes de visites à domicile offrent une opportunité unique pour cibler la dépression et la toxicomanie parentales,

ainsi que les problèmes qui ont des répercussions sur la santé mentale et le bien-être des familles, parmi lesquels figure la violence conjugale. Dans ce chapitre, nous élaborerons sur la recherche reliée au dépistage de la santé mentale des parents dans les programmes de visite à domicile et aux ressources qu'offrent ces programmes pour avoir un impact sur ce problème, nous identifierons les lacunes dans la recherche existante et nous fournirons des recommandations pour la recherche, les pratiques et les politiques communautaires afin d'analyser efficacement les problèmes de dépression parentale, de toxicomanie et de violence conjugale dans le cadre des visites à domicile.

Sujet

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

Problèmes

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

Contexte de la recherche

Les recommandations portant sur le dépistage systématique de la dépression et sur les interventions préventives pendant la période périnatale chez les femmes à risque de dépression[27-29] ont dicté l'élaboration de traitements de référence déployés à l'échelle des systèmes de services de soins de santé et à la personne, octroyant des occasions additionnelles de détection et de coordination des services afin que ces derniers soient, à l'instar des orientations, adaptés et efficaces. De surcroît, des programmes fédéraux de visites à domicile sont nécessaires pour répondre aux mesures en matière de performance visant à évaluer l'ensemble des clients afin de détecter la dépression, d'orienter les parents positifs au dépistage de la dépression vers des services, ainsi que le dépistage des situations de violence conjugale suivi par l'octroi des orientations et des ressources requises à cet égard.[30]

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

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

Questions clés de la recherche

Trois questions clés de la recherche peuvent être posées :

- Quelle est la meilleure stratégie de prévention et de traitement de la dépression chez les nouveaux parents participant aux programmes de visites à domicile?

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

Résultats de recherche récents

Visites à domicile et santé mentale des parents

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

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

de l’attachement, comparativement aux mères ayant des niveaux plus élevés d’anxiété de l’attachement ou qui ne recevaient pas de visites à domicile. Le programme Nurse-Family Partnership a trouvé de façon systématique que les mères possédant de faibles ressources psychologiques, un construit qui inclut quelques symptômes de dépression, sont celles qui bénéficient le plus des visites à domicile.[52] Considérant l’ensemble de ces résultats, il est évident que la dépression a un impact complexe sur les effets des visites à domicile et sur la famille.

Dépistage et réaction aux problèmes de santé mentale des parents

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

Coordination des services

Dans le domaine des visites à domicile, une coordination efficace des services est essentielle afin de répondre aux besoins tant de l’enfant que des parents. Cette coordination est régie par quatre éléments clés (le dépistage, l’orientation, la mise en relation et le suivi) qui nécessitent la

participation des intervenants à domicile, des parents, des éducateurs et des organismes de prestation de services afin d'assurer la réelle obtention des services dispensés aux familles confrontées à la dépression, à la toxicomanie ou à la violence conjugale.[24,26] Les chercheurs du domaine des visites à domicile ont élaboré des modèles de coordination des services et des recommandations visant à bâtir un partenariat solide entre les organismes de visites à domicile, le système de soins de santé et les autres organismes communautaires pour faciliter la mise en place de connexions d'orientation efficaces et l'obtention d'interventions fructueuses.[53,54] Les recommandations destinées à la prise en charge des besoins des familles en matière de santé mentale par la coordination des services de visites à domicile comprennent : (1) l'évaluation des processus actuels de dépistage, d'orientation et de coordination par une approche scientifique (par exemple, la trousse d'outils Home Visiting Applied Research Collaborative Coordination Toolkit[55]); (2) le perfectionnement professionnel et du soutien offerts aux intervenants à domicile pour la conduite auprès des familles de services orientés vers la santé mentale, y compris des formations, la supervision réflective et la consultation en santé mentale; (3) la participation à un réseau d'innovation et d'amélioration de la qualité des visites à domicile fondé sur la collaboration;[24] et (4) le partenariat avec des chercheurs dans le but d'identifier, de développer et d'évaluer les stratégies destinées à répondre aux besoins spécifiques des familles et des communautés desservies.[56] Pour un accomplissement efficace du dépistage, de l'orientation et de la mise en relation avec les services auprès des familles ayant des besoins en santé mentale, les systèmes de santé et les organismes communautaires doivent également évaluer la coordination des services, la capacité et les possibilités d'amélioration de l'accès et de la portée.[24,25]

Consultation en santé mentale

Pour renforcer l'expansion des rôles et responsabilités des programmes de visites à domicile afin d'identifier et de soutenir les familles concernées par la dépression, la toxicomanie ou la violence conjugale, ces programmes intègrent la consultation en santé mentale aux interventions et aux équipes dédiées à ces programmes. Le soutien des consultants en santé mentale comprend la formation du personnel sur des sujets liés à la santé mentale, la supervision réflective en groupe et individuelle et l'accompagnement par des visites à domicile de chacune des familles présentant des besoins identifiés en santé mentale.[32,57-59] Le programme fédéral Project Launch encourage la santé comportementale préventive par l'intégration de soins de première ligne afin de mieux satisfaire les besoins des enfants et de leur famille.[32,60] De nombreux programmes de visites à domicile ont incorporé les services de Consultants en santé mentale pour les nourrissons (Infant

Mental Health Consultants) pour soutenir l’apprentissage et l’efficacité des intervenants à domicile lors de leur dépistage et de leur prise en charge des problèmes de santé mentale ciblant les parents et les enfants. La grande majorité (90 %) des intervenants à domicile issus de programmes de consultation en santé mentale ont rapporté une baisse de l’usure de compassion et une amélioration de l’épanouissement professionnel, des compétences en santé mentale pédiatrique et de la détermination des services de suivi appropriés pour répondre aux besoins spécifiques en santé mentale des parents et de l’enfant. Il est nécessaire de renforcer l’innovation et l’évaluation visant à consolider les partenariats entre les différents services (visites à domicile, pédiatrie et à la collectivité) pour optimiser les résultats obtenus en santé mentale pour les parents et l’enfant.[32]

Amélioration de la qualité

Au sein des programmes de visites à domicile, les collaborations axées sur l’amélioration de la qualité offrent l’occasion de maximiser l’efficacité de l’application et de l’impact du dépistage, de l’orientation, de la prestation des services et du suivi en santé mentale octroyés aux parents qui nécessitent des interventions et des ressources pour répondre à leurs besoins en santé mentale. Lors d’une cohorte récente de 14 programmes de visites à domicile déployés dans 8 états, le réseau Home Visiting Collaborative Improvement and Innovation Network (HV-CoIIN)[61] a créé une communauté dédiée à la pratique, au soutien et à l’évaluation dans le but de parfaire le dépistage de la dépression et la mise en relation avec des services éprouvés chez les personnes ayant un résultat positif au dépistage de risque de dépression. Les résultats de la première cohorte ont démontré une hausse des taux de dépistage de la dépression (de 84 % à 96 %), de l’obtention de services éprouvés en santé mentale (de 42 % à 66 %) et de l’amélioration des symptômes de dépression (de 51 % à 60 %) chez les femmes ayant accès à des services en santé mentale, y compris des orientations vers des professionnels en thérapie comportementale et la prestation d’interventions en santé mentale par des intervenants à domicile.[24] Concernant la cohorte HV-CoIIN actuelle, la violence conjugale a été ajoutée aux thèmes ciblés pour les volets innovation et amélioration de la qualité, avec un total de 21 états, 136 programmes de visites à domicile et une nation autochtone participante, depuis 2013.[61]

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

Comme les femmes enceintes et les nouveaux parents souffrant de dépression obtiennent rarement un traitement efficace pour la dépression dans leur communauté, plusieurs approches

ont été développées pour dispenser un traitement à la maison. Ammerman et coll. ont créé la Thérapie cognitivo-comportementale à domicile (ou In-Home Cognitive Behavioral Therapy, IH-CBT).[62] La IH-CBT est une intervention structurée, exposée dans un manuel écrit et offerte par un thérapeute titulaire d'une maîtrise. Cette forme modifiée d'un traitement pour la dépression fondé empiriquement, adaptée au milieu familial, aborde les besoins uniques des nouvelles mères socialement isolées et de faible statut socio-économique et implique l'intervenant visiteur à domicile pour faciliter une forte collaboration et ainsi maximiser les effets sur la mère et l'enfant. Une étude clinique récente6[3] a révélé que le taux de trouble dépressif majeur diagnostiqué était plus faible chez les mères qui souffraient initialement d'un trouble dépressif majeur et qui avaient reçu la IH-CBT en plus des visites à domicile que chez les mères qui avaient reçu uniquement les visites à domicile; ce résultat a été obtenu au post-test suivant l'intervention (29,3 % vs 69,0 %) et au suivi après trois mois (21,0 % vs 52,6 %). On a aussi observé chez les mères ayant reçu l'intervention une diminution plus importante des symptômes dépressifs auto-rapportés, un support social accru, des taux plus faibles d'autres symptômes psychiatriques et un meilleur fonctionnement général. Il a été déterminé que cette intervention était la plus rentable[64] et est maintenant utilisée comme outil dans le cadre du programme Moving Beyond Depression (« Surmonter la dépression »).[65]

Beeber et al.[66] ont mené un essai clinique avec la psychothérapie interpersonnelle (PTI), incluant 80 mères d'origine latine ayant récemment immigré, âgées d'au moins 15 ans et qui participaient au programme Early Head Start. Les participantes souffrant de dépression étaient assignées aléatoirement au traitement par PTI ou aux « soins habituels ». Le traitement était dispensé par des infirmières en psychiatrie qui travaillaient en association avec un interprète espagnol. Onze sessions étaient offertes par le duo et cinq séances supplémentaires étaient offertes par l'interprète seul. Les résultats ont révélé une réduction significative des symptômes dépressifs auto-rapportés dans le groupe traité par PTI comparativement au groupe assigné aux soins habituels et ces effets s'étaient maintenus un mois après la fin du traitement. En outre, concernant les parents de nourrissons et de jeunes enfants inscrits au programme Early Head Start ayant bénéficié d'une thérapie interpersonnelle, un impact significatif sur leurs pratiques parentales positives a été constaté chez les mères à faibles revenus présentant des symptômes de dépression, comparativement à celles qui n'ont pas eu accès à une telle thérapie dispensée par une infirmière à domicile.[67]

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

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

domicile paraprofessionnels.[73]

La modalité principale d’octroi des visites à domicile étant à prédominance individuelle, l’intervention MB a été adaptée afin d’être dispensée en une série de courtes séances individuelles associée à des visites à domicile conventionnelles réalisées par des intervenants à domicile[74] et a eu un impact significatif sur la diminution des symptômes de dépression et d’anxiété 3 et 6 mois après l’accouchement par rapport à l’octroi uniquement de services de visites à domicile conventionnels.[75] L’implantation à grande échelle à travers les États-Unis est en cours dans le cadre des programmes de visites à domicile. Une intervention Fathers and Babies (FAB) a été élaborée et testée à l’occasion de projets pilotes. Elle est prête à être évaluée dans le cadre d’essais axés sur l’efficacité et l’implantation à grande échelle.[76,77]

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

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

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

Une revue systématique de 12 études qualitatives et de trois études aux méthodologies divergentes visant à évaluer les pratiques ciblées sur la famille chez des familles sujettes à la maladie mentale et à la toxicomanie parentales a mis en relief l’importance de déterminer les besoins et l’offre à l’égard des services proposés à la famille dans son ensemble, ce qui révèle que les volets tant expérimental que pratique présentent un nombre limité d’exemples, à hauteur des deux parents et de l’unité familiale dans son ensemble, dont les perspectives et la participation sont incluses.[20] Le modèle Team for Infants Exposed to Substance abuse (TIES) fournit une stratégie tenant compte des traumatismes pour soutenir les familles confrontées à la toxicomanie

en vue d’améliorer les résultats obtenus au niveau de l’enfant et des parents et de mettre fin à la transmission intergénérationnelle des traumatismes, de la toxicomanie, de l’anxiété et d’autres disparités ayant un impact sur la santé.[43] Ce modèle qui combine deux professions conjugue les services d’un travailleur social titulaire d’une maîtrise dispensés au parent dans le cadre d’une alliance thérapeutique, et ceux d’un spécialiste du rôle des parents pour consolider la relation mère-enfant et encourager la formation de liens affectifs mère-enfant ainsi que des pratiques parentales positives, en s’appuyant sur un cadre fondé sur les points forts. En outre, l’équipe de visites à domicile collabore avec les participants pour élaborer des objectifs et soutenir la stabilité financière de la famille.

Lacunes de la recherche

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

Conclusion

L’impact des travaux et de la responsabilité des programmes de visites à domicile et des intervenants à domicile a connu un essor considérable au cours de la dernière décennie. Le personnel nécessite une formation en santé mentale et du soutien dans ce domaine pour un système de prestation de services souvent en manque de ressources. Une mise à jour de la

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

Implications pour les parents, les services et les politiques

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

santé mentale visant à prévenir la dépression, la toxicomanie, et la violence conjugale doivent examiner les mécanismes qui interviennent dans l'efficacité des interventions, ainsi que les facteurs contextuels qui jouent un rôle dans l'instauration et la durabilité, lors du déploiement à grande échelle des interventions en santé mentale dans le cadre de programmes de visites à domicile.

Références

1. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ (Clinical research ed)* 2001;323(7307):257-260.

2. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence report/technology assessment (Summary)* 2005;119:1-8.

3. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: Healthy mom, healthy baby. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972) 2004;59(3):181-191.

4. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: The relative significance of three social status indices. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2016:42(4):316-21.

5. Cameron E, Sedov I, Tomfohr-Madsen L. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016;206:189-203.

6. Paulson J, Bazemore S. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA* 2010;303:1961-1969.

7. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2007;36:542-549.

8. Condon EM, Barcelona V, Ibrahim BB, Crusto CA, Taylor JY. Racial discrimination, mental health, and parenting among African American mothers of preschool-aged children. *Journal*

of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2021;S0890-8567(21)00405-6. doi:10.1016/j.jaac.2021.05.023

9. Priest N, Doery K, Truong M, Guo S, Perry R, Trenerry B, Karlsen S, Kelly Y, Paradies Y. Updated systematic review and meta-analysis of studies examining the relationship between reported racism and health and well-being for children and youth: A protocol. *BMJ Open* 2021;11(6):e043722. doi:10.1136/bmjopen-2020-043722

10. Center on the Developing Child. *Maternal depression can undermine the development of young children (Working Paper 8)*. Boston, MA: Harvard University; 2009.

11. National Research Council and Institute of Medicine. *Depression in parents, parenting and children: Opportunities to improve identification, treatment and prevention*. Washington DC: The National Academies Press. 2009.

12. World Health Organization. Prevention Programmes. Child Maltreatment: Extent of implementation of home-visiting programmes. https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/child-maltreatment-extent-of-implementation-of-home-visiting-programmes. Accessed July 6, 2021.

13. Ammerman RT, Putnam FW, Bosse NR, Teeters AR, Van Ginkel JB. Maternal depression in home visiting: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 2010;15:191-200.

14. Smith SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, Wang J, Kresnow M, Chen J. The national intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2018.

15. Basile KC, Smith SG, Liu Y, Miller E, Kresnow MJ. Prevalence of intimate partner reproductive coercion in the United States: Racial and ethnic differences. *Journal of Interpersonal Violence* 2021;36(21-22):NP12324-NP12341. doi:10.1177/0886260519888205

16. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to

Violence. *JAMA Pediatrics* 2015;169(8):746-754.

17. England LJ, Bennett C, Denny CH, Honein MA, Gilboa SM, Kim SY, Guy GP Jr, Tran EL, Rose CE, Bohm MK, Boyle CA. Alcohol use and co-use of other substances among pregnant females aged 12-44 years - United States, 2015-2018. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020;69(31):1009-1014.

18. Austin AE, Shanahan ME, Barrios YV, Macy RJ. A systematic review of interventions for women parenting in the context of intimate partner violence. *Trauma, Violence & Abuse* 2019;20(4):498-519.

19. Leonard R, Linden M, Grant A. Effectiveness of family-focused home visiting for maternal mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* 2021;28(6):1113-1127. doi:10.1111/jpm.12715

20. Leonard RA, Linden M, Grant A. Family-focused practice for families affected by maternal mental illness and substance misuse in home visiting: A qualitative systematic review. *Journal of Family Nursing* 2018;24(2):128-155.

21. Goodman SH. Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135.

22. Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Perra O, Sharp D. Mothers’ antenatal depression and their children’s antisocial outcomes. *Child Development* 2010;81:149-165.

23. Administration on Children Youth and Families. *Making a difference in the lives of children and families: The Impacts of Early Head Start Programs on infants and toddlers and their families*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. 2002.

24. Tandon SD, Mackrain M, Beeber L, Topping-Tailby N, Raska M, Arbour M. Addressing maternal depression in home visiting: Findings from the home visiting collaborative improvement and innovation network. *PLoS One* 2020;15(4):e0230211.

25. Duggan A, Portilla XA, Filene JH, Crowne SS, Hill CJ, Lee H, Knox V. *Implementation of evidence-based early childhood home visiting: Results from the mother and infant home*

visiting program evaluation. OPRE Report # 2018-76A, Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2018.

26. West A, Duggan A, Gruss K, Minkovitz C. Service coordination to address maternal mental health, partner violence, and substance use: Findings from a national survey of home visiting programs. *Prevention Science* 2021;22(5):633-644.

27. Siu AL, US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for depression in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 2016;315(4):380-387.

28. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, Doubeni CA, Epling Jr JW, Grossman DC, Kemper AR, Kubik M, Landefeld CS, Mangione CM, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW,Wong JB. U.S. Preventive Services Task Force. Interventions to prevent perinatal depression: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2019;321(6):580-587.

29. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013(2):CD001134. doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3

30. Labiner-Wolfe J, Vladutiu CJ, Peplinski K, Cano C, Willis D. Redesigning the Maternal, Infant and Early Childhood Home Visiting Program Performance Measurement System. *Maternal and Child Health Journal* 2018;22(4):467-473.

31. Dauber S, Hogue A, Henderson CE, Nugent J, Hernandez G. Addressing maternal depression, substance use, and intimate partner violence in home visiting: A quasi-experimental pilot test of a screen-and-refer approach. *Prevention Science 2*019;20(8):1233-1243.

32. Goodson BD, Mackrain M, Perry DF, O'Brien K, Gwaltney MK. Enhancing home visiting with mental health consultation. *Pediatrics* 2013; 132 Suppl 2:S180-190.

33. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Chen L, Holleb L, Stevens J, Short J, Van Ginkel JB. Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visiting. *Child Abuse &*

Neglect 2009;33:127-138.

34. Chazan-Cohen R, Ayoub C, Pan BA, Roggman L, Raikes H, McKelvey L, Hart A. It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal* 2007;28:151-170.

35. Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne, S.S. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse & Neglect* 2007;31:801-827.

36. Goldfeld S, Bryson H, Mensah F, Gold L, Orsini F, Perlen S, Price S, Hiscock H, Grobler A, Dakin P, Bruce T, Harris D, Kemp L. Nurse home visiting and maternal mental health: 3-year follow-up of a randomized trial. *Pediatrics* 2021;147(2):e2020025361. doi:10.1542/peds.2020-025361

37. Duggan AK, Fuddy L, Burrell L, Higman S, McFarlane E, Windham A, Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse & Neglect* 2004;28:623-643.

38. Landsverk J, Carrilio T, Connelly CD, Granger WC, Slymen DJ, Newton RR. *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report.* San Diego, CA: San Diego Children's Hospital and Health Center; 2002.

39. Mitchell-Herzfeld S, Izzo C, Greene R, Lee E, Lowenfels A. *Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First year program impacts*. Albany, NY: Healthy Families New York; 2005.

40. Molina AP, Traube DE, Kemner A. Addressing maternal mental health to increase participation in home visiting. *Children and Youth Services Review* 2020;113:105125.

41. Novins DK, Ferron C, Abramson L, Barlow A. Addressing substance-use problems in tribal home visiting. Infant Mental Health Journal 2018;39(3):287-294.

42. O'Connor E, Thomas R, Senger CA, Perdue L, Robalino S, Patnode C. Interventions to prevent illicit and nonmedical drug use in children, adolescents, and young adults: Updated evidence report and systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *JAMA*

2020;323(20):2067-2079.

43. O'Malley D, Chiang DF, Siedlik EA, Ragon K, Dutcher M, Templeton O. A promising approach in home visiting to support families affected by maternal substance use. *Maternal & Child Health Journal* 2021;25(1):42-53.

44. Burnett C, Crowder J, Bacchus LJ, Schminkey D, Bullock L, Sharps P, Campbell J. "It doesn't freak us out the way it used to": An evaluation of the domestic violence enhanced home visiting program to inform practice and policy screening for IPV. *Journal of Interpersonal Violence* 2021;36(13-14):NP7488-NP7515.

45. Davidov DM, Coffman J, Dyer A, Bias TK, Kristjansson AL, Mann MJ, Vasile E, Abildso CG. Assessment and response to intimate partner violence in home visiting: A qualitative needs assessment with home visitors in a statewide program. *Journal of Interpersonal Violence* 2021;36(3-4):NP1762-1787NP.

46. Feder L, Niolon PH, Campbell J, Whitaker DJ, Brown J, Rostad W, Bacon S. An intimate partner violence prevention intervention in a nurse home visiting program: A randomized clinical trial. *Journal of Women's Health (Larchmt)* 2018;27(12):1482-1490.

47. Hooker L, Taft AJ. Incorporating intimate partner violence interventions in nurse home visiting programs. *JAMA* 2019;322(11):1103. doi:10.1001/jama.2019.10598

48. Jack SM, Boyle M, McKee C, Ford-Gilboe M, Wathen CN, Scribano P, Davidov D, McNaughton D, O'Brien R, Johnston C, Gasbarro M, Tanaka M, Kimber M, Coben J, Olds DL, MacMillan HL. Effect of addition of an intimate partner violence intervention to a nurse home visiting program on maternal quality of life: A randomized clinical trial. *JAMA* 2019;321(16):1576-1585.

49. Mersky JP, Topitzes J, Langlieb J, Dodge KA. Increasing mental health treatment access and equity through trauma-responsive care. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2021;91(6):703-713. doi: 10.1037/ort0000572

50. Duggan A, Berlin L, Cassidy J, Burrell L, Tandon SD. Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 2009;77:788-799.

51. Jacobs S, Easterbrooks MA. Healthy Families Massachusetts: Final evaluation report. Medford, MA: Tufts University; 2005.

52. Olds DL. The nurse-family partnership: From trials to practice. In: Reynolds AJ, Rolnick AJ, Englund MM, Temple JA, eds. *Childhood programs and practices in the first decade of life: A human capital integration.* New York, NY: Cambridge University Press; 2010:49-75.

53. Dauber S, John T, Hogue A, Nugent J, Hernandez G. Development and implementation of a screen-and-refer approach to addressing maternal depression, substance use, and intimate partner violence in home visiting clients. *Children & Youth Services Review* 2017;81:157-167.

54. Tandon SD, Perry DF, Edwards K, Mendelson T. Developing a model to address mental health, substance use, and intimate partner violence among home visiting clients. *Health Promotion Practice* 2020;21(2):156-159.

55. West A, Gruss K, Correll L, Duggan AK, Minkovitz CS. Service Coordination in Home Visiting: A Toolkit for Practice and Research. *Home Visiting Applied Research Collaborative*. 2018. http://www.hvresearch.org/service-coordination-toolkit/. Accessed February 2, 2022.

56. Supplee LH, Duggan A. Innovative research methods to advance precisions home visiting for more efficient and effective programs. *Child Development Perspectives* 2019;13(3):173-179.

57. Boris NW, Larrieu JA, Zeanah PD, Nagle GA, Steier A, McNeill P. The process and promise of mental health augmentation of nurse home-visiting programs: Data from the Louisiana Nurse-Family Partnership. *Infant Mental Health Journal* 2006; 27(1):26-40.

58. Weatherston DJ, Ribaudo J, Michigan Collaborative for Infant Mental Health, R. The Michigan infant mental health home visiting model. *Infant Mental Health Journal* 2020;41(2):166-177.

59. Heller SS, Gilkerson L. *Practical guide to reflective supervision.* Washington, DC: Zero to Three. 2011.

60. Administration for Children and Families. Office of Planning, Research, and Evaluation. Cross-site evaluation of Project LAUNCH (Linking Actions for Unmet Needs in Children's Health), 2008-2018. 2018. https://www.acf.hhs.gov/opre/project/cross-site-evaluation-project-launch-linking-actions-unmet-needs-childrens-health-2008. Accessed February 4, 2022.

61. Home visiting collaborative improvement and innovation network (HV-CoIIN) website. https://hv-coiin.edc.org Accessed February 2, 2022.

62. Ammerman RT, Putnam FW, Stevens J, Bosse NR, Short JA, Bodley AL, Van Ginkel JB. An open trial of in-home CBT for depressed mothers in home visiting. *Maternal and Child Health Journal* 2011;15:1333-1341.

63. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Stevens J, Teeters AR, Van Ginkel JB. A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visiting. *Behavior Therapy* 2013;44(3):359-372.

64. Ammerman RT, Mallow PJ, Rizzo JA, Putnam FW, Van Ginkel JB. Cost-effectiveness of In-Home Cognitive Behavioral Therapy for low-income depressed mothers participating in early childhood prevention programs. *Journal of Affective Disorders* 2017;208:475-482.

65. Moving Beyond Depression website. http://www.movingbeyonddepression.org/ Accessed February 2, 2022

66. Beeber LS, Holditch-Davis D, Perreira K, Schwartz T, Lewis V, Blanchard H, Canuso R, Goldman BD. Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. *Research in Nursing & Health* 2010;33:60-76.

67. Beeber LS, Schwartz TA, Holditch-Davis D, Canuso R, Lewis V, Hall HW. Parenting enhancement, interpersonal psychotherapy to reduce depression in low-income mothers of infants and toddlers: a randomized trial. *Nursing Research* 2013;62(2):82-90.

68. Segre LS, Brock RL, O'Hara MW. Depression treatment for impoverished mothers by point-of-care providers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2015;83(2):314-324.

69. Muñoz RF, Le HN, Ippen CG, Diaz MA, Urizar GG, Soto J, Mendelson T, Delucchi K, Lieberman AF. Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebes/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007;14:70-83.

70. Tandon SD, Mendelson T, Kemp K, Leis J, Perry DF. Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011;79:707-712.

71. Tandon SD, Leis J, Mendelson T, Perry DF, Kemp K. Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Maternal and Child Health Journal* 2012;18(4):873–881.

72. McFarlane E, Burrell L, Duggan A, Tandon SD. Outcomes of a Randomized Trial of a Cognitive Behavioral Enhancement to Address Maternal Distress in Home Visited Mothers. *Maternal and Child Health Journal* 2017;21(3):475-484.

73. Tandon SD, Johnson JK, Diebold A, Segovia M, Gollan JK, Degillio A, Zakieh D, Yeh C, Solano-Martinez J, Ciolino JD. Comparing the effectiveness of home visiting paraprofessionals and mental health professionals delivering a postpartum depression preventive intervention: a cluster-randomized non-inferiority clinical trial. *Archives of Women’s Mental Health* 2021;24(4):629-640.

74. Tandon SD, Leis JA, Ward EA, Snyder H, Mendelson T, Perry DF, Carter M, Hamil JL, Le HN. Adaptation of an evidence-based postpartum depression intervention: feasibility and acceptability of mothers and babies 1-on-1. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;18(1):93. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1726-0

75. Tandon SD, Ward EA, Hamil JL, Jimenez C, Carter M. Perinatal depression prevention through home visitation: A cluster randomized trial of mothers and babies 1-on-1. *Journal of Behavioral Medicine* 2018;41(5):641-652.

76. Hamil JL, Gier EE, Garfield CF, Tandon SD. The development and pilot of a technology-based intervention in the united-states for father's mental health in the perinatal period. *American Journal of Men's Health* 2021;15(5). doi:10.1177/15579883211044306

77. Tandon SD, Hamil JL, Gier EE, Garfield CF. Examining the effectiveness of the Fathers and Babies intervention: A pilot study. Frontiers in Psychology 2021;12:668284. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.668284

78. Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, van der Wouden JC, Lagro-Janssen AL. Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review. *Family Practice* 2015;32(3):247-256. doi:10.1093/fampra/cmu091

79. Bair-Merritt MH, Jennings JM, Chen R, Burrell L, McFarlane E, Fuddy L, Duggan AK. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: A randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start home visitation program. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine* 2010;164(1):16-23.

80. Mejdoubi J, van den Heijkant S, Struijf E, van Leerdam F, HiraSing R, Crijnen A. Addressing risk factors for child abuse among high-risk pregnant women: Design of a randomised controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. *BMC Public Health* 2011;11:823.

81. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PloS One* 2013;8(10):e78185.