

VISITES À DOMICILE

Les programmes de visites à domicile et leur impact sur la préparation à l'école des jeunes enfants

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

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

Septembre 2012, 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. Ces programmes peuvent cibler les familles qui sont particulièrement défavorisées et qui ont des difficultés à créer et maintenir un tel environnement. Ils peuvent aussi se centrer sur les familles dans lesquelles l'enfant est plus vulnérable qu'un enfant typique à cause de questions de santé ou de développement.

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.¹ 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) dans un environnement familial; 2) par un intervenant formé; 3) dans le but de modifier les connaissances, les croyances et les comportements des enfants, des personnes qui prennent soin d'eux ou des autres personnes dans l'environnement de soins et de procurer du soutien parental.²

Les visites à domicile sont 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 auprès des personnes qui prennent soin de l'enfant.³ 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), 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 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.⁴

Problèmes

Les données sur l'efficacité des programmes de visites à domicile s'accumulent depuis 30 ans. Certains projets de recherche récents ont eu recours à des devis aléatoires, ont utilisé des sources de données multiples et plusieurs outils de mesures des résultats et ont effectué un suivi longitudinal des participants. Ces études 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.^{5,6} Cependant, des analyses détaillées révèlent parfois des effets importants.⁷ Par exemple, certains sous-groupes de participants peuvent tirer des bénéfices à long terme des programmes sur des aspects particuliers.^{8,9} 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.

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,¹⁰ 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),¹¹ 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. 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).¹²

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. Cependant, des études plus récentes 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

Une recension récente de sept modèles de programmes de visites à domicile par l'analyse de 16 études à leur sujet 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).¹³ 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.

Dans la plupart des études consultées, 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.⁵

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. 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.^{14,15} Dans une autre étude, 20 % des familles qui avaient accepté de participer n'ont pas reçu de visite initiale pour débiter le programme.¹¹ 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.¹⁶ 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.^{14,17} 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.^{18,19} Enfin, dans une recension des recherches les plus importantes ayant été effectuées sur les visites à domicile, Gomby, Culross et Berman⁵ ont découvert qu'entre 20 et 67 % des familles inscrites avaient abandonné leur programme avant sa date d'échéance prévue. Des études récentes 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.²⁰

Ce qui est peut-être le plus remarquable, c'est que le lien supposé entre le changement de comportement des parents et les améliorations chez les enfants n'a pas reçu de soutien empirique général à ce jour dans la recherche effectuée. 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 améliorer significativement les issues développementales des enfants.^{21,22} Cependant, une étude récente du Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY) a révélé une exception : les pratiques parentales des parents des familles latino à faible revenu se sont améliorées tandis que leurs enfants ont obtenu un meilleur rendement en mathématiques en troisième année.²³ 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.

La recension 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. Cependant, 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 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.²⁴ De plus, des évaluations plus récentes du Healthy Families America ont révélé les effets faibles mais positifs de ce programme sur le développement des jeunes enfants.^{25,26}

Des résultats contradictoires ont été obtenus quant à l'efficacité des programmes de visites à domicile pour accroître le dépistage précoce des retards de langage. Le modèle Nurse Family Partnership a permis d'atteindre un taux de détection des retards de langage significativement supérieur,¹⁰ alors que, selon une

étude du Healthy Start à Hawaii, ce dernier programme ne semble pas prévenir les retards de langage ni favoriser leur identification précoce.²⁷

On a été incapable de démontrer les impacts d'un certain nombre de programmes modèles sur les pratiques parentales et des 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.²⁵ Cependant, la participation au programme a été associée à une réduction du nombre de cas de maltraitance envers l'enfant.

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.¹⁷ Des différences faibles mais positives ont été établies pour les mères adolescentes et celles d'origine latine sur certaines de ces mesures. Des essais contrôlés randomisés plus récents 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.²⁸ 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.²⁹

Les essais contrôlés randomisés 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).^{30,31}

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.⁷ 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. Le Chicago Parent-Child 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.³² 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.³³ Ces études

suggèrent qu'une intervention plus intensive faisant participer l'enfant directement peut être requise afin d'obtenir de meilleurs résultats.

Conclusions

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

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 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.⁵ Cependant, l'information qui s'accumule sur les effets à long terme de ces programmes et les pratiques réellement modestes pourrait conduire au développement de programmes reproductibles ayant des impacts positifs modestes mais systématiques chez les familles ciblées qui y participent.

Des études plus récentes suggèrent la possibilité d'obtenir indirectement des effets sur le développement de l'enfant et la préparation à l'école en favorisant les pratiques parentales positives et le soutien à l'apprentissage précoce à domicile. Alors que nous en apprenons plus sur les mécanismes expliquant ces impacts à la fois directs et indirects, la recherche pourra identifier l'approche la plus efficace pour lier les services de visites à domicile aux programmes institutionnalisés de soins et d'éducation de la petite enfance afin d'obtenir le maximum d'effets positifs. Par exemple, il est possible que le modèle Nurse Family Partnership ait des effets aussi forts sur le rendement scolaire simplement parce que les enfants dont les parents ont participé à ce programme étaient aussi plus susceptibles d'être inscrits à un programme officiel d'éducation à la petite enfance entre 2 et 5 ans.²⁴ 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.

Références

1. Roberts, R. N., & Wasik, B. H. (1990). Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early Intervention*, 14, 274-284.
2. Wasik, B. H., & Bryant, D. M. (2000). *Home visiting: Procedures for helping families* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
3. Behrman, R. E. (Ed.). (1999). *The future of children. Home visiting: Recent program evaluations* (Vol. 9). Los Altos, CA: The David and Lucile Packard Foundation.
4. Halpern, R. (2000). Early childhood intervention for low-income children and families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 361-386). New York, NY: Cambridge University Press.

5. Gomby, D. S., Culross, P. L., & Behrman, R. E. (1999). *Home visiting: Recent program evaluations-analysis and recommendations. The Future of Children*, 9(1), 4-26.
6. Wagner, M., Spiker, D., & Linn, M. I. (2002). *The effectiveness of the Parents as Teachers program with low-income parents and children*. Topics in Early Childhood Special Education, 22(2), 67-81.
7. Gross, R. T., Spiker, D., & Haynes, C. W. (Eds.). (1997). *Helping low birth weight, premature babies*. Stanford, CA: Stanford University Press.
8. Karoly, L. A., Greenwood, P. W., Everingham, S. S., Hoube, J., Kilburn, M. R., Rydell, C. P., et al. (1998). *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions* (No. MR-898-TCWF). Santa Monica, CA: RAND Corporation.
9. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637-643.
10. Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172.
11. Wagner, M., Spiker, D., Linn, M. I., Gerlach-Downie, S., & Hernandez, F. (2003). Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. Topics in Early Childhood Special Education, 23(4), 171-187.
12. Roberts, R. N., Wasik, B. N., Casto, G., & Ramey, C. T. (1991). Family support in the home: Programs, policy, and social change. *American Psychologist*, 46(2), 131-137.
13. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Martin, E., & Del Grosso, P. (2010). Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.
14. Duggan, A. K., McFarlane, E. C., Windham, A. M., Rohde, C. A., Salkever, D. S., Fuddy, L., et al. (1999). Evaluations of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children*, 9(1), 66-90.
15. Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65.
16. Korfmacher, J., Kitzman, H., & Olds, D. L. (1998). Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 26(1), 49-64.
17. Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children*, 9(1), 91-115.
18. Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S., & Brooks-Gunn, J. (1999). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The Future of Children*, 9(1), 116-133.
19. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.
20. Roggman, L. A., Cook, G. A., Peterson, C. A., & Raikes, H. H. (2008). Who drops out of Early Head Start home visiting programs? *Early Education & Development*, 19(4), 574-599.
21. Caughy, M. O., Huang, K., Miller, T., & Genevro, J. L. (2004). The effects of the Healthy Steps for Young Children Program: Results from observations of parenting and child development. *Early Childhood Research Quarterly*, 19(4), 611-630.
22. Minkovitz, C. S., Strobino, D., Mistry, K. B., Scharfstein, D. O., Grason, H., Hou, W., et al. (2007). Healthy steps for young children: Sustained results at 5.5 years. *Pediatrics*, 120(3), 658-668.
23. Nievar, M. A., Jacobson, A., Chen, Q., Johnson, U., & Dier, S. (2011). Impact of HIPPY on home learning environments of Latino families. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 268-277.
24. Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559.
25. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 829-852.
26. Landsverk, J., Carrillo, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., Newton, R., & al., e. (2002). 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.
27. King, T. M., Rosenberg, L. A., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2005). Prevalence and early identification of language delays among at-risk three year olds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(4), 293-303.

28. Drotar, D., Robinson, J., Jeavons, L., & Lester Kirchner, H. (2009). A randomized, controlled evaluation of early intervention: The Born to Learn curriculum. *Child: Care, Health & Development*, 35(5), 643-649.
29. Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). 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*, 74(1), 179.
30. Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., et al. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), e832-e845.
31. Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoleo, K. J., et al. (2010). 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*, 164(5), 412-418.
32. Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). 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. *Journal of the American Medical Association*, 285(18), 2339-2346.
33. Johnston, B. D., Huebner, C. E., Anderson, M. L., Tyll, L. T., & Thompson, R. S. (2006). Healthy steps in an integrated delivery system: Child and parent outcomes at 30 months. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 793-800.