Université Pierre et Marie Curie

Ecole doctorale Cerveau Cognition Comportement

ED3C

Unité INSERM U669

CAPEDP : une étude longitudinale périnatale évaluant une intervention à domicile de prévention de la dépression postnatale et des troubles de la relation mère-enfant auprès d'une population de femmes présentant des critères de risque psychosociaux

Par Romain Dugravier

Thèse de doctorat de Neurosciences

Dirigée par Mr le Professeur Antoine Guedeney

Présentée et soutenue publiquement le 4 septembre 2014

Devant un jury composé de :

Monsieur le Professeur David COHEN, Président de thèse

Monsieur le Professeur Antoine GUEDENEY, Directeur de thèse

Madame le Professeur Anne-Catherine ROLLAND Rapporteur

Madame le Professeur Sylvie NEZELOF, Rapporteur

Monsieur le Professeur Michel LEJOYEUX, Examinateur

Madame le Professeur Caroline DUBERTRET, Examinateur

INTRODUCTION 5

1. CONTEXTUALISATION DU PROJET CAPEDP 7

A. AUX ORIGINES DE CAPEDP 7
B. L'ORGANISATION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI) : UNE SPECIFICITE FRANCAISE 9
I. LES OUTILS DU DEPISTAGE ET LEUR USAGE, DES DISPARITES REGIONALES 11
II. L'ORGANISATION DE LA PMI 12
III. DES DISPARITES REGIONALES, UN SYSTEME PEU EVALUE 16
C. L'ORGANISATION DES SOINS PEDOPSYCHIATRIQUES EN FRANCE 18
I. LES PRINCIPES DE SOINS DANS LE SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE 18
II. LES VAD EN PEDOPSYCHIATRIE 19
D. LES FAMILLES A PROBLEMES MULTIPLES 20
E. LES PROGRAMMES D'INTERVENTION A DOMICILE DANS LES PAYS ANGLO-SAXONS 23

2. REFRENCES THEORIQUES DES PROGRAMMES D'INTERVENTION A DOMICILE 25

A. LE TRAVAIL PIONNIER DE SELMA FRAIBERG 25
B. L'ALLIANCE DE TRAVAIL 27
C. LA GUIDANCE INTERACTIVE 29
D. LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT 30
E. OBSERVATION DU BEBE SELON ESTHER BICK 32

3. REVUE DE LA LITTERATURE DES PROGRAMMES D'INTERVENTION EN PERINATALITE 33

A. CONTEXTE D'IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE VAD 33
B. DESCRIPTION DES PRINCIPAUX PROGRAMMES DE VAD 34
I. LE PROGRAMME NURSE FAMILY PARTNERSHIP 34
II. LE PROGRAMME HAWAII HEALTHY START PROGRAM 34
III. LE PROGRAMME HEALTHY FAMILIES IN AMERICA : 34
IV. LE PROGRAMME EARLY HEAD START : 35
C. RESULTATS DE CES PROGRAMMES 35
I. SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES 35
II. SUR LA SANTE DE L'ENFANT ET LA SECURITE 36
III. SUR LA QUALITE DE L'ENVIRONNEMENT (DOMICILE) 36
IV. SUR LA SENSIBILITE PARENTALE 36
V. SUR LA DEPRESSION MATERNELLE ET LE STRESS PARENTAL 36

4. LA DEPRESSION PERINATALE 38

A. EPIDEMIOLOGIE 38
B. SYMPTOMATOLOGIE 39
I LA DEPRESSION PRENATALE 39
II LE POST-PARTUM BLUES 40
III LA DEPRESSION POST-NATALE 40
C. FACTEURS DE RISQUE DE LA DEPRESSION POSTNATALE 41
D. LES CONSEQUENCES DE LA DEPRESSION MATERNELLE 44
I. SUR LA RELATION MERE ENFANT 44
II. POUR L'ENFANT 45
E. UN OBJECTIF DE SANTE PUBLIQUE 46

5. REVUE DE LA LITTERATURE DES INTERVENTIONS PREVENTIVES EN PERINTALITE ET DE LA DPN 48

6. PROTOCOLE DE RECHERCHE DE CAPEDP 52

A. OBJECTIFS 52
I. OBJECTIFS PRINCIPAUX 52
II. OBJECTIFS SECONDAIRES 52
B. UNE ETUDE ANCILLAIRE : CAPEDP-A 53
C. METHODE 53
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE 54
II. RANDOMISATION 56
III. L'INTERVENTION CAPEDP 56
IV. PROCEDURES ET OUTILS DE MESURE 58
V. ANALYSE STATISTIQUE 61

7. RESULTATS DE CAPEDP 64

A. PERDUS DE VUE 64
B. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION 66
C. LA DEPRESSION PERINATALE 68

8. DISCUSSION 71

A. LIMITES DE LA PREVENTION DANS LES PROGAMMES DE VAD 72
1. LES LIMITES DES INTERVENTIONS AVEC DES OBJECTIFS MULTIPLES 72
2. LE CHOIX DE PSYCHOLOGUES COMME INTERVENANTES 73
3. DES PERSPECTIVES POUR PRENDRE EN CHARGE LA DPN DANS CES ETUDES PREVENTIVES DESTINEES AUX FAMILLES MULTI-RISQUES 74
B. LA PREVALENCE DE LA DPN DANS LES PROGRAMMES DESTINES AUX FAMILLES VULNERABLES 74
C. LES PERDUS DE VUE 75
D. RECONCILIER DEUX APPROCHES DES VAD : DE LA PMI AUX PROGRAMMES BASES SUR LES PREUVES 77

CONCLUSION 80

9. BIBLIOGRAPHIE 81

10. ANNEXES 91

INTRODUCTION

La santé mentale du jeune enfant est une priorité reconnue aussi bien en France qu'à l'international [1]. Les troubles mentaux de la petite enfance ont des conséquences à long terme tout au long de la vie des individus concernés mais aussi pour leur famille et leur environnement social [2]. Les troubles émotionnels et du comportement sont plus fréquents pour les premiers enfants de jeunes mères [3,4], chez les enfants dont l'environnement est de piètre qualité [5], chez ceux dont les mères sont déprimées [6,7].
Diverses tentatives de promotion de la santé des enfants ont été expérimentées que ce soit des interventions avec un volet éducationnel, d'autres avec un programme de visites à domicile, particulièrement depuis les travaux princeps de David Olds [8,9,10]. Aux Etats-Unis, plus de 500 000 familles bénéficient de programmes et de services inspirés de ces travaux [11]. En Europe, ces programmes sont de plus en plus intégrés dans les systèmes sociaux et de santé existants[12,13]. Le principe des programmes de VAD est d'agir sur les principaux déterminants de la santé mentale de l'enfant, particulièrement en diminuant l'impact des facteurs de stress sociaux, en favorisant le développement des connaissances parentales quant au développement de l'enfant, et en promouvant la santé de la mère. Habituellement, les familles bénéficient de visites à domicile menées par des infirmières ou des bénévoles formés, à un rythme hebdomadaire ou mensuel [14]. Ces visites commencent durant la grossesse et s'achèvent quand l'enfant atteint un certain âge (la plupart du temps entre 2 et 5 ans).
Nombre de ces études ont montré que ces programmes de VAD sont une stratégie efficace aussi bien pour le développement de l'enfant et le soutien à la parentalité des familles les plus fragiles [15,16,17,18] que pour la prévention des maltraitances infantiles [18]. Cependant, les revues récentes de ces programmes montrent que seulement la moitié d'entre eux parviennent à montrer un impact positif sur les enfants [13,14] ce qui est attribué à des pratiques d'implantation variées [14,19], à la difficulté d'inscription des familles dans ces programmes [20], à l'usage de professionnels insuffisamment entraînés [21].

En France, depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, l'Etat a instauré sur l'ensemble du territoire un système gratuit de prévention et de soutien adressé aux enfants de moins de 6 ans et à leurs parents, c'est la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Initialement développée pour lutter contre la mortalité néo-natale, elle a ensuite été investie de diverses autres missions, de protection de l'enfance et de lutte contre la maltraitance, de soutien à la parentalité, entre autres. Les différents services de PMI ont tous recours, mais de manière variable sur le territoire, à des VAD menées par des puéricultrices.

Au cours des années 70, les intersecteurs de pédopsychiatrie se sont développés sur les mêmes principes de couverture du territoire, de soins de proximité et de gratuité, avec la possibilité de VAD ponctuelles. Malgré l'existence de ces différents services, les professionnels de santé sont de plus en plus sollicités pour recevoir en consultation des enfants vivant dans des conditions précaires et présentant des troubles du comportement [22].

En 2003, une journée scientifique intitulée « Prévention et promotion de la santé mentale de la petite enfance : quelle évaluation ? » a fait connaître les programmes de prévention internationaux développés dans différents pays [23]. C'est de cette rencontre qu'est né le désir de mener le projet CAPEDP, à savoir de concevoir, d'implanter et d'évaluer une étude d'intervention à domicile débutant précocement qui aurait pour but d'infléchir les troubles de santé mentale des jeunes enfants (en particulier, les troubles du comportement) de familles choisies pour leurs vulnérabilités psychosociales.

La recherche CAPEDP (Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience) est ainsi la première étude randomisée contrôlée évaluant un programme d'intervention à domicile en France.

1. CONTEXTUALISATION DU PROJET CAPEDP

a. AUX ORIGINES DE CAPEDP

Le projet CAPEDP a vu le jour à la suite d'une journée scientifique organisée par le laboratoire de Maison-Blanche, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS) le 6 octobre 2003, dont le thème était « Prévention et promotion de la santé mentale de la petite enfance : quelle évaluation ? ». Cette journée était coordonnée par Alain Haddad, chef de service de pédopsychiatrie de l'inter-secteur du XIXème arrondissement de Paris, Antoine Guedeney, professeur de pédopsychiatrie à l'hôpital Bichat, AP-HP et Tim Greacen, responsable du laboratoire de recherche de Maison-Blanche. A cette journée, étaient invités à participer différents chercheurs de renommée internationale comme T.B. Brazelton, Peter Fonagy ou Richard Tremblay. Hilton Davis était venu aussi présenter un protocole d'intervention à domicile mené en Europe dans cinq pays différents. Un recueil en a été tiré, intitulé « Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir » [23].

A la suite de cette journée, les trois premiers cités ont souhaité prolonger la réflexion entreprise en discutant plus étroitement avec Richard Tremblay ainsi que les responsables de la PMI de Paris. Richard Tremblay a fait part à la fois de son intérêt pour la qualité du réseau existant en France ainsi que pour le recueil des données à travers les différents certificats de santé (8ème jour, 9ème et 24ème mois) et le carnet de santé ainsi que sa connaissance d'études anglo-saxonnes d'interventions périnatales à domicile et leur effet sur la santé de la mère et de l'enfant. C'est ainsi que nous nous sommes penchés plus étroitement sur les travaux de David Olds et sur ses résultats et que nous avons commencé à élaborer une intervention débutant en prénatal se poursuivant jusqu'aux deux ans de l'enfant en collaboration avec les PMI des territoires concernés. Au fur et à mesure des discussions, de l'élaboration du protocole avec une logique de prévention indiquée sur des familles se caractérisant par une certaine vulnérabilité, de la construction d'un manuel d'intervention, les membres de la PMI de Paris ont préféré se retirer du projet. Nous avons choisi de recruter du personnel spécifiquement dédié à cette intervention plutôt que de nous appuyer sur celui des services impliqués dans le projet (PMI et intersecteurs). Notre intervention étant

destinée à infléchir les troubles de santé mentale de la mère et de l'enfant nous avons opté pour des intervenantes ayant une formation de psychologue.

L'objectif était ainsi de mener la première étude randomisée française centrée sur les troubles de santé mentale du jeune enfant, s'appuyant sur les connaissances acquises des études internationales et adaptées aux particularités du système de soins français.

L'intervention était :

- précoce, débutant au cours du 3ème trimestre de grossesse
- longue, se poursuivant jusqu'aux 2 ans de l'enfant
- sous forme de visites à domicile régulières, prolongées faites par des psychologues supervisés.

440 mères ont été recrutées en maternité́ et randomisées en deux bras. Le premier bénéficiait des soins communautaires habituellement dispensés et rencontrait une évaluatrice à 6 reprises. Le second bras bénéficiait en plus de visites à domicile mises en place dans l'objectif de renforcer les compétences parentales et le sentiment de compétence parentale, d'optimiser leur lien avec les services sanitaires et sociaux (PMI, crèches, bureaux d'aide sociale...) et de réduire les facteurs de vulnérabilité psychosociale modifiables. Ce suivi à domicile cessait au 24e mois de l'enfant. Les sujets de ce second bras étaient également rencontrés à 6 reprises par les évaluatrices de l'intervention.

Le projet CAPEDP présentait deux caractéristiques le distinguant des programmes similaires anglo-saxons. Premièrement, cette intervention s'adressait à des familles qui ont, au moins en théorie, un accès gratuit à un système de prévention et de soin très structuré et développé ainsi qu'à des aides financières non négligeables (allocations familiales, aide au logement, allocation parent isolé). Deuxièmement, les VAD de CAPEDP étaient menées par des psychologues formées spécifiquement à cette intervention. L'hypothèse de travail était que ces professionnelles seraient en raison de leur qualification et de la formation spécifique de CAPEDP plus à même de reconnaître les signes d'alerte et de soutenir les familles.

Le financement de la recherche reposait sur le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) 2005 ainsi qu'une subvention de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé).

Cela a permis de recruter les intervenantes et les évaluatrices, en deux équipes distinctes, toutes psychologues, et d'organiser la formation initiale.
Celle-ci consistait en une familiarisation aux thèmes de la recherche tels que présentés dans le manuel (dépression post-natale, développement du jeune enfant, enjeux de la fin de la grossesse) et à des jeux de rôle.

b. L'ORGANISATION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI) : UNE SPECIFICITE FRANCAISE

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, confrontés au taux très important de mortalité materno-infantile et à l'état déplorable de bon nombre d'enfants, les pouvoirs publics uniformisent par l'ordonnance du 2 novembre 1945, acte de naissance de la Protection Maternelle et Infantile, l'ensemble des mesures prises depuis le XIXème siècle en matière de protection de l'enfance [24]. Ce sont Alphonse Pinard et Pierre Budin, deux médecins accoucheurs de l'hôpital Port Royal, qui s'illustrent les premiers par des propositions médico-sociales originales.
Alphonse Pinard contribue à la mise en place du congé maternité qui devient obligatoire à partir de 1913 (avec parfois des allocations) ; il organise aussi la protection maternelle et infantile à Paris durant la grande guerre, organisation qui périclite quand les femmes doivent remplacer les hommes dans les usines.
Pierre Budin s'attache, lui, à diminuer la mortalité des prématurés en améliorant les soins postnataux. Il invente alors la protection infantile (courbe de poids, surveillance médicale régulière, éducation des mères, aide sociale) ; stérilisation des laits de vache. Il étend cette logique hors de Paris avec l'objectif de suivre moins les enfants malades que bien portants. Entre les deux guerres, ce système se développe et les premières visites à domicile (VAD) sont instaurées sans que les « visiteurs de l'enfance » ne parviennent pas à s'imposer.
Mais c'est bien l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui représente le texte fondateur de la création du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), aujourd'hui renommée Protection et Promotion de la santé de la famille et de l'enfant qui permet une organisation territoriale [25]. Le but affiché est ainsi d'assurer un suivi médical, sanitaire et social de toutes les femmes enceintes et jeunes enfants sans distinction aucune. Néanmoins, du fait de la gratuité, de la facilité d'accès et des lieux d'implantation

des centres, ceux-ci sont majoritairement fréquentés par la frange la plus pauvre de la population dont une part importante de personnes immigrées ou issues de l'immigration. Ce texte légalise ainsi des initiatives encore très locales avec comme principes :

- Une protection de toute une population, les femmes enceintes, les futurs parents, les jeunes mères, les enfants de moins de 6 ans et des mesures spécifiques pour certaines populations (comme les enfants placés en nourrice). Une surveillance sanitaire, gratuite, obligatoire, accessible à tous, encouragée par les primes d'assiduité. La déclaration de grossesse devient obligatoire. Pendant leur grossesse, les femmes ont droit à 3 examens médicaux et 1, un mois après la naissance. Les enfants ont droit eux à 26 examens entre la naissance et 6 ans. Le carnet de santé, rendu obligatoire, est utilisé lors de ces examens.
- La création obligatoire d'un service de PMI territorialisé (au niveau départemental) offrant des consultations prénatales et aux nourrissons ; ainsi qu'un service social familial dit de « PMI » assurant un suivi systématique à domicile pour « veiller à ce que les enfants reçoivent tous les soins dont ils ont besoin et que les allocations versées en leur faveur sont bien utilisées à leur profit »
- L'état qui s'engage à financer l'essentiel des dépenses générées, dans le budget départemental.

Ce texte est l'occasion d'affirmer l'existence d'équipements à vocation universelle, de proximité et gratuits, les « centres de PMI » qui assurent la prévention médicale, l'éducation à la santé et l'aide sociale. Il ne s'agit plus de s'adresser seulement aux plus défavorisés mais de s'adresser à toute une population.

Pour diversifier l'offre de services, différents modes d'intervention et lieux d'action existent. Ainsi, des consultations prénatales, de planification familiale, des consultations infantiles, des permanences de puéricultrices, des visites à domicile, des bilans de santé pour les enfants de 3 à 4 ans en école maternelle, des actions de prévention médico-sociale collectives en faveur des jeunes enfants et de leur famille sont organisés. La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte

prioritairement de l'offre de soins du territoire, des spécificités sociodémographiques, du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés [25].

i. Les outils du dépistage et leur usage, des disparités régionales

Le service de PMI, dispositif de santé publique a en charge d'établir des recueils de données épidémiologiques pour évaluer l'état de santé global des enfants de la naissance à 6 ans.

1. La déclaration de grossesse

L'original de la déclaration de grossesse est adressé au médecin départemental du service de PMI. Ces déclarations sont ensuite transmises aux équipes du territoire qui doivent en faire un examen systématique. Une mise à disposition sous forme d'offre de services doit être faite à tous les futurs parents. Ces déclarations permettent aussi sur la base de critères préétablis (primiparité, âge de la mère, statut social, antécédents familiaux connus, etc.) de proposer un rendez-vous au domicile ou sur un lieu de permanence.

2. L'avis de naissance

Transmis par les communes, il permet la mise à disposition des services de PMI

3. Les fiches de liaison

Elles n'existent pas de manière homogène sur l'ensemble du territoire mais dans certains départements des grilles ont été établies qui sont étudiées conjointement par la PMI et les services de maternité. Ces fiches fixent les motifs de sollicitation d'une intervention de PMI. En principe, la femme enceinte, le couple parental sont informés par le prescripteur de sa demande d'intervention de la PMI.

4. Les certificats de santé

Il existe 3 certificats de santé qui doivent être établis par un médecin au 8ème jour (cs8), 9ème mois et 24ème mois. Ces certificats sont transmis au médecin départemental du service de PMI. Le taux moyen de retour est très variable selon les départements. Selon un document de travail ce taux pour le cs8est de 76% sur l'ensemble de la France. De plus Le principal problème rencontré sur les données brutes réside dans l'importance de

la non-réponse [26]. En Île-de-France, globalement, l'exhaustivité était de 93%, mais elle est autour de 80% pour les prématurés et les enfants avec un faible poids de naissance et de 75% pour les grands prématurés… De plus, certaines variables-clés enregistrent un grand nombre de données manquantes [27]. Pourtant, ces données recueillies doivent permettre la proposition d'une VAD à partir d'indicateurs de risque tout comme pour la déclaration de grossesse. Ainsi, si le recueil du premier certificat est plutôt exhaustif, la pertinence des données recueillies reste discutée.

5. L'intervention du service de PMI à partir de ces outils

Soit des mises à disposition systématique sont adressées aux familles, libres à elles de contacter le service de PMI afin de se rendre dans un centre ou de demander une VAD, soit des VAD sont proposées sur des indicateurs de vulnérabilité.

C'est un souci constant des services de PMI de trouver un équilibre entre une proposition universelle et les interventions sélectives avec le risque de « normes, ciblages, repérages, dépistages [25].

ii. L'organisation de la PMI

1. L'évolution des missions de la PMI

A partir des années 1960, le champ d'intervention de la PMI s'étend considérablement du fait de la prise en compte de la santé globale de l'enfant. Les décrets de 1962 et 1964 permettent une modernisation de la PMI avec la distinction entre l'intervention systématique et une action spécifique renforcée et coordonnée. De nouveaux professionnels intègrent les services de PMI initialement constitués uniquement de médecins et d'assistantes sociales. Ce mouvement est renforcé dans les années 1970 par l'important accroissement de la psychologie dans la prise en charge de la petite enfance. C'est aussi la loi du 15 juillet 1970 sur les certificats de santé obligatoires dont la PMI assure le traitement épidémiologique ce qui permet de mettre en place des actions mieux adaptées aux besoins des familles. Les services de PMI deviennent de vrais services de santé publique.

Les années 1980 sont marquées par la décentralisation de 1982-1983 qui place la PMI sous l'autorité du conseil général. Une circulaire de 1983 précise que les services, s'ils s'adressent à tous, sont tenus d' « agir de façon renforcée spécifiquement adaptée pour les familles les plus défavorisées » [24] Cette circulaire approfondit les orientations de la PMI, en mettant l'accent sur les notions de promotion de la santé, de santé médico-

psychosociale, de lutte contre les inégalités et de prise en compte de l'environnement social de l'enfant et de sa famille [28] :

- d'un objectif de lutte contre la mortalité infantile à celui de promotion de la santé telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- Une priorité de la lutte contre les handicaps et inadaptations de tout ordre
- Un service de santé publique ayant à impulser une politique de santé globale et cohérent.

La loi du 18 décembre 1989 inscrit la notion de promotion de la santé, de la famille et de l'enfance ; des normes sont posées, des qualifications professionnelles exigées.
Elle définit aussi le ratio de sages-femmes (1/1500 naissances) et de puéricultrices (1/250 enfants né vivant). Ces normes établies comme telles en 1989 n'ont pas été révisées depuis et un rapport de l'IGAS de novembre 2006 fait état de disparités nationales en terme d'organisation et de moyens [29]
Le Plan « périnatalité » (2005-2007) insiste sur l'importance de l'accompagnement psychosocial et sur l'expérience des services de PMI dans le soutien aux familles en situation de vulnérabilité. Il fait de la PMI un acteur clé de la périnatalité, un service à même de mettre en place des actions de prévention dès la période anténatale.

Enfin, la loi du 15 mars 2007 réformant la protection de l'enfance intègre pour la première fois la PMI dans le Code de l'Action Sociale et des Familles alors qu'elle ne dépendait jusqu'alors que du Code de Santé Publique, façon de souligner la dimension sociale de ses missions. Elle rappelle le rôle primordial de la PMI en matière de prévention précoce ainsi que la nécessité de développer le travail en réseau.

2. Les centres de PMI

Les centres de PMI, services décentralisés des conseils généraux et des municipalités (selon les conventions) sont dirigés par un médecin-chef responsable d'un département. Ils s'ont destinés aux enfants de moins de 6 ans et à leur famille, aux femmes et aux adolescentes. Chaque centre est sous la responsabilité d'une puéricultrice qui coordonne l'activité menée par une équipe pluri-professionnelle : médecins, assistantes sociales, éducateurs, psychologues, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychomotriciens parfois. L'objectif est avant tout préventif et se base sur une complémentarité des actions : des consultations, des bilans de santé, des accueils individuels ou de groupe,

des entretiens psychologiques, un soutien par des travailleuses familiales à domicile, mais également des visites à domicile par des puéricultrices et sages-femmes. Les stratégies diffèrent selon les territoires, privilégiant tantôt l'approche à domicile, tantôt les groupes de parents et d'enfants. Le terme « protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfant » marque une volonté de privilégier une prévention proactive. Il ne s'agit pas seulement d'éviter ce qui peut advenir de fâcheux pour la santé mais d'accompagner ce qui peut advenir d'heureux pour le développement de l'enfant.

3. La visite à domicile menée par les professionnels de PMI

a. Principes des VAD

C'est une spécificité du service de PMI. Ces VAD sont effectuées toujours à la demande ou avec l'accord des intéressés.

Avant la naissance elles sont principalement du ressort des sages-femmes de PMI. La puéricultrice peut également répondre à une demande de préparation à la venue de l'enfant en collaboration ou complémentarité de la sage-femme de PMI. Après la naissance, elles sont effectuées par les infirmières-puéricultrices dès réception de l'avis de naissance transmis par les mairies. Ces visites à domicile peuvent être effectuées à la demande des familles ou des partenaires tels que les maternités, les services d'hospitalisation, les centres médico-psychologiques, les structures d'accueil et tout autre professionnel impliqué dans l'action médico-sociale. Ces interventions s'adressent à tous les futurs parents et parents de jeunes enfants de moins de 6 ans, même si elles sont prioritairement effectuées auprès des familles les plus vulnérables, c'est à dire présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique et/ou psycho-sociale.

Ces VAD permettent la rencontre de femmes qui :

- ne peuvent se déplacer (problèmes de transport, handicap, contre-indication médicale)
- n'en ont pas l'initiative (par exemple, dans les situations de maladie mentale)
- craignent les rencontres (vie en squat, à l'hôtel, en situation irrégulière)
- sont signalées pour raisons médicales et psychosociales.

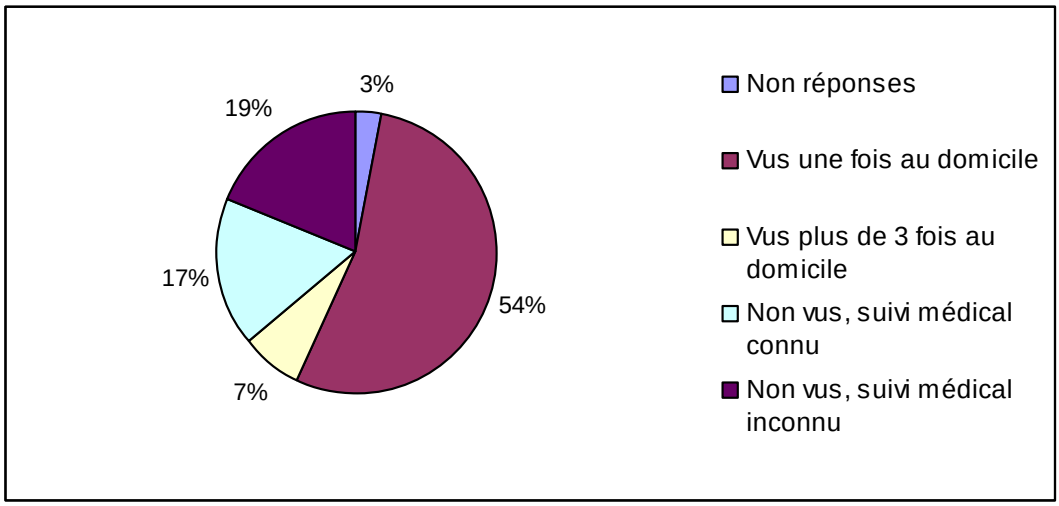
b. Objectifs des VAD

Le rythme est variable, très dépendant des stratégies territoriales.

La VAD s'articule autour de la notion de santé globale de la famille qu'il s'agit de promouvoir tout en laissant à la famille la responsabilité des mobilisations à mettre en œuvre Sur place, les puéricultrices dialoguent, écoutent, conseillent et informent sur de multiples aspects qui posent question ou provoquent des inquiétudes maternelles : allaitement, développement du bébé, alimentation, pleurs, sommeil [28]. Ces visites à domicile en période périnatale sont des visites précoces qui répondent à un objectif de santé publique et de prévention primaire avec des objectifs généralistes, très étendus de promotion du bien-être de l'enfant et de sa famille ainsi qu'avec une mission de protection de l'enfance.

c. Mise en œuvre des VAD

C'est l'analyse des données médico-sociales des déclarations de grossesse, des avis de naissance, des certificats de santé et des fiches de liaison qui permet aux équipes du service de PMI définir l'offre d'intervention. Soit des mises à disposition systématique sont adressées aux familles, soit des VAD sont proposées majoritairement selon des indicateurs de vulnérabilité. On peut retenir, ici, l'exemple de l'année 2002 à Paris durant laquelle 30000 femmes domiciliées à Paris ont accouché d'un bébé. A partir des données recueillies, une VAD a été proposée à 68886 de ces familles soit plus de 22%. Parmi celles-ci, 482 ont été vues plus de trois fois au domicile soit 7% de ce groupe considéré comme à risque [30].



Source : cellule des certificats de santé du huitième jour (2002, DASES)

Ainsi, bien qu'à vocation universelle, la PMI intervient fréquemment dans le cadre d'une prévention dite ciblée. Les familles pour lesquelles sont proposées des visites à domicile se trouvent le plus souvent dans une situation particulière : détresse psychosociale, séparation récente des parents, antécédent de perte d'enfant, vécu de deuil pendant la grossesse, vulnérabilité de certains bébés (prématurés), difficultés pratiques (jumeaux) gênant un suivi standard en consultation ou présence d'une contre-indication somatique aux déplacements (grands prématurés, MAP sévère, etc.). Ces situations nécessitent souvent un travail intensif mais la plupart du temps ponctuel. Parfois, néanmoins, ces difficultés compromettent l'instauration des premiers liens, et nécessitent un travail plus soutenu, voire plus spécialisé. Or, le manque de moyens (financiers et en terme de personnel) rend difficile la réalisation systématique de visites à domicile, encore moins de visites répétées.

iii. Des disparités régionales, un système peu évalué

Selon un rapport de l'IGAS [29], en 2004, la PMI a suivi globalement 18% des femmes enceintes qui ont bénéficié en moyenne de 2,6 consultations et 2,8 VAD (menées par des sages-femmes essentiellement) et près de 20% des enfants de moins de 6 ans. Plus encore, 50 à 60% des enfants de moins d'un an ont été vus au moins une fois dans un des 4615 lieux de consultation que compte le pays.

Structure dépendante d'une politique nationale de santé publique, la PMI est néanmoins décentralisée et son organisation varie fortement d'un département à l'autre ce que relève le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) dans sa saisine du 26 février 2013. Le CESE insiste sur cet aspect comme une difficulté combinée aux difficultés structurelles de positionnement avec ses divers partenaires au plan local comme au plan national [31].

Ainsi, certains départements organisent les VAD avec des puéricultrices dites de secteur qui s'y consacrent exclusivement à la différence d'autres départements dans lesquels les puéricultrices assument à la fois l'organisation des consultations et les VAD.

Dans un département comme l'Essonne, 45% des familles sont suivies au domicile après la naissance de l'enfant quand à Paris cela représente 33% des nouveau-nés vus au moins une fois (soit 10000 enfants par an pour 30000 naissances). En moyenne, en France, chaque famille bénéficiera de 1,5 VAD. Mais, nous savons que cette moyenne masque une grande disparité entre quelques familles qui sont vus de nombreuses fois au domicile en raison des inquiétudes qu'elles suscitent et l'immense majorité des familles

qui seront vues une seule fois. Selon le rapport de l'IGAS spécifiquement consacré à la PMI de Paris, ce service « s'interroge sur l'efficacité de ces VAD, et n'est pas favorable aux VAD systématiques qui se feraient au détriment des femmes qui en auraient le plus besoin… … à juste titre, le service de PMI entend réserver les visites au domicile aux situations les plus sensibles » [32].

En effet, si la PMI a une vocation universelle, « Le public de la PMI est majoritairement une population marquée par la précarité et la vulnérabilité psychosociale ».

De même, les outils précités comme les certificats de santé qui permettent d'organiser les interventions à domicile sont bien fragiles. La qualité du remplissage est très variable selon les items et les départements. Certaines données comme le niveau d'études, la consommation d'alcool et de tabac ne sont par exemple pas exploitables compte tenu de l'importance des données manquantes [33]. En fait, nous en savons peu sur l'efficacité de ces outils quant à la réduction des risques de troubles psychosociaux de l'enfant et de troubles relationnels précoces [34].

Ainsi, on peut trouver divers rapports faisant un état des lieux de la PMI, décrivant son évolution et pointant ses limites comme le rapport public annuel récent de la cour des comptes qui recense de nombreux départements qui ne respectent pas les normes prévues avec un ratio de puéricultrices variant de 1 à 3,5 selon les territoires [35] mais je n'ai par contre pas retrouvé de travaux scientifiques évaluant l'activité de la PMI de manière détaillée particulièrement en ce qui concerne les objectifs évoqués tels que le « soutien à la parentalité ». De même, l'impact des VAD, les actions mises en place ne semblent pas évalués ou la diffusion de ces recherches reste confidentielle. Je pense ici à la thèse de Marceline Renaud-Yang qui reprend une recherche-action qui avait pour but de systématiser l'usage de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale en PMI. Ce travail montrait que les cliniciens avaient tendance à sous-évaluer la fréquence de la dépression dans leur population [36].

c. L'ORGANISATION DES SOINS PEDOPSYCHIATRIQUES EN FRANCE

i. Les principes de soins dans le secteur de psychiatrie infanto-juvénile

Les services de soins infanto-juvéniles sont organisés en inter-secteurs, sur le modèle des secteurs de psychiatrie adulte, depuis la circulaire du 16 mars 1972. Un inter-secteur correspond à peu près à un bassin de population de 180 000 habitants soit l'équivalent de 3 secteurs de psychiatrie. L'évolution démographique et socio-économique du territoire français a quelque peu modifié cet équilibre.

Initialement, chaque inter-secteur [1] s'appuyait sur une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins pédopsychiatres, assistante sociale, psychologue et rééducateurs. Ces services ont évolué diversement avec certaines spécialisations (clinique de l'adolescent, clinique périnatale, jeunes suicidant, etc.) et l'adjonction de prises en charge plus institutionnelles telles que les CATTP, les hôpitaux de jour. Historiquement, le choix fut de peu développer les lits d'hospitalisation temps plein, ceci dans une logique de privilégier l'ambulatoire ; si l'offre reste contenue, la demande devrait l'être aussi [22].

Parallèlement, il faut rappeler que les intersecteurs ont pour mission de soigner la population, d'assurer des missions d'enseignement et de formation des professionnels du territoire ainsi que de participer aux missions de prévention. Cette préoccupation pour la prévention est constante même si elle s'individualise mal, qu'elle est mal répertoriée. Le développement des activités en périnatalité (consultation précoce, groupes de parole destinés aux parents, staff de parentalité dans les maternités, collaborations avec la PMI, visites à domicile) correspond à ce souci d'intervenir plus précocement.

Le plan périnatal 2005 a fortement contribué au développement d'une pratique préventive avec le déploiement de psychologues en maternité (même si celles-ci n'ont souvent pas de lien institutionnel avec les services de secteur) et avec l'instauration (même inégalement répartie sur le territoire) de l'entretien prénatal précoce. Il existe

[1] C*haque secteur de psychiatrie infanto-juvénile dispose en moyenne en 2000 d'une équipe médicale de 5,8 équivalents temps plein (ETP) dont 3,7 ETP de psychiatres hospitaliers et 0,8 ETP d'internes et d'une équipe non médicale de 48,4 ETP*.

aussi des services qui ont développé de longue date un travail en périnatalité, avec une offre de soins progressive, de la consultation aux hospitalisations temps plein.

Le travail entrepris en périnatalité n'est pas destiné à un individu : ni la mère, ni le père, ni le bébé ne sont le patient ; c'est un travail sur les interactions réelles, imaginaires et fantasmatiques entre le bébé et ses parents. Les manifestations symptomatiques peuvent être essentiellement celles du parent malade mais c'est la relation à son enfant en construction qui est l'objet du soin.

A partir de la consultation, différentes offres de soins sont déclinées que ce soit sous forme de thérapie parent-enfant telles qu'évoquée précédemment), de groupes thérapeutiques, de prise en charge en psychomotricité ou en orthophonie. La mise en commun de la perception des différents professionnels permet ainsi de soutenir les parents dans la découverte de leur nouveau-né et de leur propre parentalité. Si on convient que pour tout jeune parent l'arrivée d'un enfant est bouleversante et l'occasion de remaniements psychiques mais d'une réorganisation, alors pour certains, peut-être plus fragiles (adultes malades mentaux, par exemple) ou fragilisés par des évènements de vie (perte préalable d'un bébé, deuil récent, conflit conjugal) ce bébé peut être à l'origine d'un véritable traumatisme.

Ces situations sont souvent frappées du sceau de l'urgence et c'est pourquoi les services qui ont développé une activité spécifique en périnatalité se sont organisés pour répondre avec les délais les plus brefs.

C'est aussi une forme de soin qui demande du temps, des dispositifs complexes ainsi que, souvent, un regard conjoint de 2 cliniciens : un thérapeute plus disponible pour l'observation et les échanges avec l'adulte, et un co-thérapeute, dans une sollicitude davantage formulée à l'enfant. Ce dispositif, la fréquence des consultations doit permettre d'accueillir très précocement dans le post-partum des mères souffrant de troubles psychiques importants [37].

ii. Les VAD en pédopsychiatrie

C'est un outil commun à tous les services de psychiatrie infanto-juvénile complémentaire de la VAD effectuée en PMI par des puéricultrices. Cette offre de soin est néanmoins extrêmement variable selon les secteurs et peu pratiquée lorsque le service n'a pas développé une unité spécifique avec une activité dédiée.

Elle permet d'accéder aux familles les plus fragiles qui peuvent avoir du mal s'adresser aux services de psychiatrie infantile. Mais c'est aussi un cadre de travail spécifique qui

permet un regard clinique complémentaire sur le mode de vie, l'organisation du domicile. Si le professionnel est ainsi plus exposé, plus vulnérable car il a moins de repères, il montre aussi l'importance qu'il accorde à la famille concernée et fait la preuve de son souci de créer une alliance.

Ces VAD peuvent être destinées aux familles déjà connues du secteur psychiatrique, c'est-à-dire présentant une pathologie nécessitant un suivi et une surveillance accrue durant cette période, en cas de dépression sévère, de psychose chronique ou de trouble bipolaire notamment. Par exemple, à l'unité de soins spécialisés à domicile dans le 13ème arrondissement, les équipes interviennent tout particulièrement dans la première année de vie de l'enfant et quand les troubles psychiatriques touchent l'un des deux parents [38].

Parfois, les troubles des parents sont découverts fortuitement au cours de la grossesse, ou juste après la naissance. L'indication d'une prise en charge psychique peut alors se poser en prénatal ou postnatal précoce : la visite à domicile peut apparaître moins stigmatisante et permettre aux femmes, dans un second temps, d'accéder aux soins.

Enfin, les visites à domicile peuvent également intervenir en sortie d'hospitalisation mère-bébé, ou en complément d'une hospitalisation de jour. Elles peuvent parfois aussi éviter une hospitalisation (maternelle ou mère/bébé) ou la faciliter lorsque celle-ci s'avère indispensable (travail de préparation avec la mère).

d. LES FAMILLES A PROBLEMES MULTIPLES

Dans la littérature, différentes appellations ont été utilisées par les auteurs pour parler sensiblement des mêmes familles. Certains parlent de « familles sans qualité » [39], de familles carencées [40], de familles exclues [41] ou de familles multirisques [42]. Il s'agit de familles confrontées de façon chronique à une situation de détresse multifactorielle: un milieu socio-économiquement et culturellement défavorisé, une situation fréquente de déracinement et d'immigration, une organisation monoparentale ou l'existence de nombreux conflits conjugaux, la présence de handicaps ou problèmes somatiques mal/non soignés.

Leur exclusion sociale s'inscrit dans une histoire de rupture et de rejet. L'extérieur est vécu comme dangereux. Il y a la peur d'être jugé mauvais parent, la crainte d'être séparé de ce bébé qui porte tous les espoirs. Aux Etats-Unis, on les appelle familles difficiles à atteindre (« hard to reach families ») car elles ne viennent pas aux rendez-vous fixés, ne

sont jamais chez elles ou verrouillent leur porte, s'inscrivant dans l'isolement familial et social le plus total [43].

S. Stoléru et M. Morales-Huet montrent à quel point ces mères à «problèmes multiples» – socio-économiques, psychologiques, somatiques – sont «difficiles à atteindre ». Elles ne tolèrent aucun lien, mettent en échec toutes les tentatives d'aide, sont inaccessibles aux consultations pédopsychiatriques et deviennent « pour tous les soignants une source de difficultés thérapeutiques en apparence insurmontables» [44].

Dans certaines situations, les problèmes sociaux occupent le devant de la scène, mais masquent souvent les souffrances psychiques et affectives des enfants et des parents.

En raison de leur histoire et de leur contexte de vie, ce sont des familles qui, souvent s'excluent ou sont exclues du tissu social ; comme si l'extérieur était devenu hostile. Ces jeunes femmes (ou familles) ne demandent donc pas d'aide bien qu'elles se trouvent fréquemment dans des situations à hauts risques, avec une histoire faite de traumatismes, ruptures, précarité et/ou maltraitance. Les contacts de la plus grande banalité sociale, comme les nécessaires rendez-vous pour un bébé en PMI ou une démarche auprès d'un service social, se transforment en épreuve. C'est d'ailleurs à partir de cette idée que dans divers pays, où la PMI n'existe pas, un certain nombre d'interventions basées sur les visites à domicile se sont développées, afin de prévenir d'éventuels troubles précoces et d'accompagner ces mères en situation de grande vulnérabilité.

Ainsi, la détresse de ces familles peut être méconnue comme telle des maternités, des services sociaux ou de la PMI.

Parfois, à l'inverse, elles - mobilisent de nombreux professionnels ; leur détresse, liée à la précarité sociale, touche ces derniers et suscite un « engagement » important de leur part, à ce niveau. Mais très vite ils se sentent impuissants, les diverses approches ne donnent pas de résultats et autour d'elles, les équipes ou institutions ont souvent beaucoup de mal à se coordonner [45]. Selma Fraiberg constate, elle aussi, que ces familles désavantagées n'utilisent pas les ressources médicales mises à leur disposition. Et ce n'est pas seulement de l'ignorance qu'elle a observée, mais aussi de la peur, une peur irrationnelle des hôpitaux et des médecins [46].

Selon Martine Lamour, quatre critères définissent ces familles [45] :

- L'importance des carences sanitaires, éducatives et sociales au sein desquelles les enfants se développent
- L'absence d'organisation de la vie quotidienne et la fréquence des situations de crise
- L'histoire des parents marquée par des traumatismes (séparation, deuil, inceste) et par la carence et la discontinuité des soins parentaux dans l'enfance
- La fréquence d'une psychopathologie chez les parents, souvent non reconnue et non traitée comme telle (problèmes d'alcoolisme, épisode dépressif, vécu de persécution).

Ces critères, surtout s'ils se cumulent, exposent l'enfant à naître à un risque plus important de pathologie somatique (mort subite, maladies récurrentes, malnutrition ou retard de croissance), mais aussi de retard de développement, de difficultés d'apprentissage et de maltraitance [47].

Ces troubles se structurent dans le cadre de perturbations graves des interactions précoces en liaison avec le dysfonctionnement de la fonction parentale.

Il semble que les enfants les plus vulnérables (exposés à quatre facteurs de risque ou plus) affichent généralement des niveaux d'agressivité physique, d'hyperactivité, d'inattention, d'opposition et d'anxiété plus élevés que les enfants chez lesquels on ne retrouve aucun de ces facteurs de risque [48]. Il se produirait donc une diminution de la performance cognitive et une augmentation de la fréquence des comportements problématiques en fonction du nombre de facteurs de risque dans le contexte de vie des enfants.

L'étude SAMENTA [49], quant à elle, a montré que les personnes hébergées en hôtel, c'est-à-dire essentiellement des familles migrantes, souvent monoparentales composées de mères isolées, connaissent des difficultés d'accès aux soins du fait notamment de l'éloignement géographique et des barrières culturelles ou de langue. Les auteurs attirent l'attention sur les troubles anxieux ou dépressifs moyens à légers que vivent ces personnes, dus aux situations administratives et sociales vécues dans les pays d'origine et en France, et donc sur les risques accrus concernant le développement psychoaffectif de leurs jeunes enfants. Le rapport recommande une attention particulière à ces familles, dès leur sortie de la maternité. En effet, il existe très clairement un risque accru de troubles de la parentalité, pouvant s'associer à une pathologie du lien. Les bébés peuvent alors montrer très précocement des signes de souffrance.

Martine Morales-Huet dit aussi de ces familles que « leur situation de détresse risque d'entraver gravement le processus de maternalisation chez la mère, l'instauration du lien d'attachement à son bébé, et la capacité à lui prodiguer psychiquement, et parfois physiquement, tous les soins nécessaires à sa santé et à son bon développement » [50].

On constate ainsi que ce sont les familles les plus à risque pour le développement du jeune enfant qui sont aussi souvent les moins à même d'utiliser les structures de soins existantes et gratuites mises à leur disposition. Aussi, si nous voulons accéder à celles là, il faut proposer des modalités de réponses thérapeutiques adaptées, c'est-à-dire utilisables par elles (il faut prendre en compte leur mode de fonctionnement, leurs limitations, leur méfiance envers les institutions, leurs angoisses). Cela passe par des aménagements, voire une révision de certains présupposés théorico-techniques, sur lesquels s'appuient de nombreuses pratiques institutionnelles traditionnelles.

L'objectif, pour ces familles, est donc de parvenir à réduire l'impact des vulnérabilités psychosociales sur la santé mentale de la mère et de l'enfant. Les troubles de l'enfant, dans sa première année, sont souvent très discrets, pour devenir patents lors de la deuxième, voire de la troisième année. Parfois, les troubles précoces font le nid de pathologies ultérieures graves. C'est pourquoi il apparait essentiel d'accompagner et soutenir ces familles le plus tôt possible, c'est-à-dire dès la grossesse et de manière intensive, ce qui est particulièrement difficile à mettre en place sous forme de consultations standards.

Pour finir, il apparaît clairement que les mères de familles à risques multiples sont plus à même de présenter une dépression pré et post-natale. Or, on sait que la dépression postnatale peut influencer négativement les interactions mère-enfant, le développement de l'enfant et la santé mentale des deux partenaires [51] .

e. LES PROGRAMMES D'INTERVENTION A DOMICILE DANS LES PAYS ANGLO-SAXONS

Les programmes d'interventions précoces sont apparus et se sont développés aux Etats Unis dans le but d'aider les enfants vivant dans des conditions de pauvreté et de stress multiples ; ceux-ci sont à risque d'échec scolaire, de maltraitance et de troubles mentaux [52].

A partir des années 80, se développent des modèles de thérapies conjointes parent-enfant inspirés par le courant de pensée développementale, destinées aux familles à

risques multiples. La thérapie conjointe vise à protéger la santé mentale de l'enfant en ajustant les perceptions des parents et les comportements de caregiving qui en résultent avec les besoins développementaux et individuels du bébé dans le contexte culturel, socio-économique et interpersonnel de la famille [53].

Le travail de Selma Fraiberg inaugure un tournant dans le travail avec les familles présentant des facteurs de risques multiples; forte de sa formation d'assistante sociale et de psychanalyste, elle a su reconnaître le besoin de flexibilité et d'adaptabilité clinique. Ainsi, plutôt que d'attendre une demande articulée, il s'agit pour elle d'assumer l'activité de liaison auprès de ces familles en s'appuyant sur les visites à domicile [43]. Pour ces familles, les professionnels de la petite enfance se retrouvent souvent face à cette alternative : voir la famille sous forme de visites à domicile, ou ne pas la voir du tout.

Selma Fraiberg développe ainsi le premier modèle de psychothérapie parent-nourrisson. Elle prend conscience de l'intérêt de l'observation et de l'écoute à domicile, des difficultés interactives parents-enfants et débute une expérience en 1970 dans le Michigan. Lorsque la détresse d'un bébé, ou d'une mère et d'un bébé, est signalée, elle commence par se rendre à domicile pour tenter de répondre aux besoins vitaux des familles les plus désocialisées qui échappent à toutes les mesures d'aide et de traitement. Ce modèle sera repris et adapté par ses successeurs aux différents contextes d'intervention [54].

En 1992, puis en 1999, Martha Erikson et ses collaborateurs mettent en place et poursuivent le programme STEEP (Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting : étapes vers une parentalité effective et agréable). Il concerne un soutien à grande échelle des familles, par des visites à domicile, lors de la grossesse et de la première année de la vie du bébé. S'adressant à des familles considérées comme à hauts risques ou à des adolescentes isolées, à faibles ressources, il permet une amélioration réelle de la relation au bébé [55].

Appréciant parfaitement l'importance des premières relations, Mc Donough a proposé d'encourager le parent à parler de ses interactions de jeu avec son bébé ou jeune enfant, et de soutenir les capacités actuelles du parent à interagir et à entrer en relation. Elle se sert de la vidéo [56], comme moyen de partager l'observation des échanges entre parent et nourrisson, pouvant conduire au changement. Sa méthode d'intervention est ciblée, brève (10 séances) et peut se dérouler au domicile.

2. REFERENCES THEORIQUES DES PROGRAMMES D'INTERVENTION A DOMICILE

Le travail à domicile en périnatalité s'appuie sur des concepts théoriques divers souvent combinés, incluant la guidance interactive de McDonough et la psychothérapie psychodynamique de Fraiberg, Lieberman et Pawl [55]. Mais elles s'appuient également sur d'autres théories, comme la théorie de l'attachement, l'alliance de travail et l'observation du bébé selon la méthode d'Esther Bick.

Une revue de la littérature [57] sur les interventions à domicile soutient que l'efficacité de ce mode thérapeutique se fonde sur la relation entre l'intervenant et le parent. Un nourrisson se développe essentiellement à partir des interactions quotidiennes entre lui et les personnes significatives qui répondent à ses besoins primordiaux. De la même façon, l'essentiel pour l'intervenant est de créer avec la mère ou la famille, à travers des échanges plus ou moins fréquents mais continus, ce lien de confiance qui permet de briser l'inhibition des compétences parentales et de favoriser l'exploration du monde perçu comme dangereux. Le facteur de changement essentiel semble bien être la relation de confiance qui s'établit à travers la disponibilité émotionnelle, l'empathie, l'accessibilité de l'intervenant, la régularité, la continuité des contacts. En précisant les divers éléments de la relation parents-intervenant, on peut constater qu'il s'agit là des éléments essentiels d'une relation parent-enfant de qualité.

a. LE TRAVAIL PIONNIER DE SELMA FRAIBERG

Selma Fraiberg a développé le premier modèle de psychothérapie parents-nourrisson. Elle introduit le concept de « fantômes dans la nurserie », c'est-à-dire le poids du passé qui intervient dans la relation actuelle au bébé. Elle utilise en parallèle une approche psychanalytique concernant les « fantômes » et une guidance thérapeutique sur le développement et les besoins du bébé [46]. Cette approche met en lumière le bébé comme objet de transfert des parents. Les éléments du transfert obscurcissent l'individualité du bébé pour les parents.

En effet, chez certains parents, la « crise d'identité » se produisant lors d'une nouvelle naissance active des angoisses très archaïques et met ainsi en péril les transformations nécessaires à la mise en place de la fonction maternelle et/ou parentale [58].
Ces parents se retrouvent alors rarement en état de faire une demande directe. Leurs capacités parentales sont altérées par leurs difficultés antérieures et/ou leur réactualisation. Ils sont peu réceptifs aux besoins et à la souffrance de l'enfant, souvent confondus avec les leurs. Leur culpabilité et leur anxiété les amènent à s'enfermer avec lui dans des échanges interactifs destructeurs, soit physiquement, soit psychiquement [58].
Selon Robert Emde les expériences du passé vont influencer la réaction au traitement, et les interventions peuvent être définies par les relations qui leur sont inhérentes [59] . Ainsi, le visiteur à domicile se retrouve face à un adulte et à un parent. Il doit s'adresser au parent, l'inscrivant dans le lien à son enfant, mais aussi à l'adulte, et ainsi à l'enfant qui est en lui.
Par ailleurs, comme dans toute thérapie, à domicile se mettent en place des mécanismes de transfert. C'est-à-dire que des sentiments, des attitudes et des comportements appartenant à des relations plus précoces sont déplacés sur le thérapeute. Il est investi d'attributs et de caractéristiques qui ne lui appartiennent pas, mais qui appartiennent à d'autres personnages du passé des parents. Le transfert initial sur l'intervenant peut être le déterminant crucial de la réussite des interventions à domicile [46].
L'espoir de « quelques chose de meilleur pour mon bébé » devient le motif pour un transfert positif envers le thérapeute. Et ce transfert positif est nécessaire pour la guidance de l'enfant. Mais un transfert négatif envers le thérapeute peut coexister et tout le succès dépendra du talent thérapeutique apporté à la reconnaissance et à la modification du transfert négatif au cours du traitement [46].
Le transfert ouvre aux parents la voie à l'examen de leurs sentiments conflictuels, il délivre le bébé du passé conflictuel du parent, et il devient le véhicule de la guidance que l'on propose simultanément pour le bébé. Dans certains cas, le bébé est englouti dans la psychopathologie parentale et montre des signes précoces de perturbations émotionnelles. Au cours du traitement, on examine le passé et le présent avec les parents pour les délivrer, ainsi que leur bébé, des vieux « fantômes » qui ont envahi la nurserie. Le passé a envahi le présent et met en danger le développement de l'enfant. « Nos objectifs sont d'identifier les conflits psychologiques parentaux qui font obstacle au

développement d'un attachement stable entre les parents et le bébé ou qui bloquent le développement de l'enfant dans d'autres domaines spécifiques, et de résoudre ces conflits par un processus dans lequel les sources des conflits parentaux sont mises en lumière et interprétées. Le bébé est libéré, pour ainsi dire, des distorsions et des déplacements d'émotions qui l'ont englouti dans la névrose parentale. C'est un travail thérapeutique qui va du présent au passé et du passé au présent » [46].

Les patientes ont très souvent besoin de se sentir en sécurité dans une relation bienveillante, avec un expert de confiance. Il faut faire preuve d'une grande flexibilité, adapter le cadre et le traitement à ce que peut supporter le patient, avancer à petits pas pour construire l'alliance.

John Bowlby confirme ces notions en insistant sur le fait que les comportements inadaptés des parents sont le plus souvent le produit de leur propre enfance, difficile et malheureuse [60]. Il ne s'agit donc pas de blâmer les parents, mais de les aider à échapper aux influences adverses de leur propre enfance, particulièrement réactivées en période périnatale. Les difficultés de leur parentalité viennent réactiver les meurtrissures de leur propre enfance. Aussi faut-il aller vers eux si l'on veut les atteindre et leur donner accès à des soins spécialisés. C'est pourquoi le travail à domicile est un mode d'abord privilégié [61].

b. L'ALLIANCE DE TRAVAIL

Une solide alliance de l'intervenant avec la famille peut représenter un mécanisme de changement, en modifiant des modèles relationnels négatifs ou plus simplement en augmentant leur confiance dans les informations et les soins donnés [62]. L'alliance peut être définie comme une co-construction entre le patient et le thérapeute. Elle inclut une compréhension et un accord mutuels sur les objectifs de changement et les tâches nécessaires pour avancer vers ces objectifs, ainsi que l'établissement de liens pour maintenir le travail des partenaires [63]. Cette conception sous-entend une connaissance et une prise en compte des caractéristiques des familles, de leurs spécificités de fonctionnement et de leurs attentes.

La théorie de l'attachement apporte un éclairage supplémentaire à l'alliance de travail avec le patient adulte et notamment avec les parents. En effet, de nombreuses études ont montré que la qualité de l'attachement d'un individu est directement liée à la relation qu'il pourra nouer avec un thérapeute [64]. En d'autres termes, les expériences

d'attachement de l'enfance influencent assurément la capacité d'un patient à former une alliance de travail productive.

Pour Bowlby, le rôle du thérapeute est « de fournir les conditions dans lesquelles son patient peut explorer ses modèles de représentation de lui-même et de sa figure d'attachement, dans le but de les reconsidérer et de les restructurer à la lumière de la nouvelle compréhension acquise et des nouvelles expériences dans la relation thérapeutique ». Le but de l'intervenant est notamment de se positionner comme base de sécurité du parent afin de permettre la réflexion sur soi et l'exploration des phénomènes douloureux [65]. Bowlby fait donc une analogie entre le concept d'alliance thérapeutique et celui de base de sécurité.

Le parent en situation de stress éprouve lui-même le besoin d'être pour remplir au mieux son rôle de caregiver. Or, les réponses adéquates face aux comportements d'attachement du parent peuvent venir d'une part de ses figures d'attachement, mais a Ainsi, les qualités requises par Ainsworth, dans la situation thérapeutique, sont la sensibilité dans la perception des signaux du patient, la capacité à les interpréter correctement et à y réagir de manière appropriée et prompte [66].

La tâche centrale du thérapeute est de devenir une base de sécurité pour le patient. Il doit pour cela s'adapter au fonctionnement perturbé du patient, qui n'a pas de stratégie d'attachement sécure. La base de sécurité fournie par le thérapeute permet au patient d'explorer les différences entre les nouveaux modèles d'attachement basés sur la relation avec le thérapeute et les anciens modèles internalisés basés sur les relations avec les parents, pour finalement utiliser ces insights pour changer.

La construction de l'alliance thérapeutique passerait donc par des mécanismes similaires à la construction de l'attachement du bébé à sa mère : être disponible, à l'écoute des besoins de l'autre, réactif, sensible et empathique.

Ainsi, s'il est sécure, le parent accepte, supporte l'aide et peut l'utiliser tout en se sentant autonome. La co-construction de l'alliance ne rencontre pas de difficulté particulière, ce qui permet au processus thérapeutique de débuter assez facilement. En cas d'attachement insécure, la première rencontre avec le thérapeute est fondamentale pour la construction de l'alliance. En effet, si les conditions de rencontre sont trop alarmantes ou réveillent les insécurités, le parent ne s'engagera pas dans la relation. C'est pourquoi il est fondamental, avec ces familles fragiles, de pouvoir adapter le cadre de travail et organiser une rencontre aussi sécurisante que possible.

Tenir compte du style d'attachement d'un patient est un élément facilitant la construction de l'alliance thérapeutique. Il faut le respecter, y répondre de façon adaptée afin de pouvoir baisser le stress plutôt que l'augmenter.

Solomon et George insistent en effet sur la compétition entre le système d'attachement et le système de caregiving [67]. Le système d'attachement des parents est activé par différents facteurs : la détresse, les émotions négatives de l'enfant, le stress de la consultation avec un thérapeute. Le risque est donc que le parent ne puisse plus remplir son rôle de caregiver, si son système d'attachement n'est pas apaisé par une figure d'attachement. Si le système d'attachement est désactivé par les réponses adéquates, son système de caregiving peut s'exprimer pleinement, notamment accepter pour son enfant ce qu'il n'aurait pas fait pour lui. Ces réponses adéquates apaisantes peuvent venir du thérapeute, dans son rôle de base de sécurité.

Fournir aux parents une expérience de relation positive grâce à l'alliance peut rompre l'influence des relations passées et permettre des relations plus harmonieuses avec l'enfant. Modifier les modèles internes des parents par l'expérience d'une alliance de bonne qualité amène une modification de leurs perceptions de l'enfant et de leurs interactions avec lui.

c. LA GUIDANCE INTERACTIVE

La Guidance interactive repose sur des interventions directes pour aider les parents à mieux percevoir les compétences de leur jeune enfant, son comportement et ses modes de communication. Elle se situe dans une vision plus comportementaliste et éducative où les représentations maternelles et parentales sont peu étudiées avec un accent mis sur les dimensions de soutien émotionnel et d'empathie. La guidance est indiquée pour les familles dites à problèmes multiples : familles en situation de détresse psycho-sociale (éducation pauvre, maladie mentale familiale, abus de substance, logement inadéquat, peu de soutien social) avec une adhésion aux soins médiocre ou avec une faible tendance à l'introspection qui rendent impossible un suivi thérapeutique régulier ou une psychothérapie plus approfondie. Elle peut s'effectuer au centre de consultation, au domicile ou dans d'autres lieux d'accueil de l'enfant et peut être effectuée par divers professionnels (puéricultrice, assistante sociale, éducatrice…)

La guidance peut prendre la forme de conseils, d'analyse des interactions avec les parents avec l'appui possible sur des supports comme la vidéo. Il s'agit de regarder

l'enfant avec les parents dans un partage, faire ressortir les comportements de l'enfant afin qu'ils prennent sens pour les parents qui vont les interpréter. C'est l'occasion d'un temps d'attention conjointe sur l'enfant, qui fait lien entre le parent et le thérapeute qui aura vu ce que les parents ont vu.

Cette modalité de prise en charge a été particulièrement développée par Mac Donough. reposant sur l'observation par la mère et le thérapeute d'épisodes de jeux mère-enfant enregistrés en vidéo pour modifier les comportements manifestes de la mère [68,69].

La vidéo permet un feedback immédiat aux parents de leurs propres comportements et leurs conséquences sur l'enfant avec une meilleure conscience des interactions positives, à renforcer et celles moins agréables, inappropriées à modifier ou supprimer. Les parents entendent ce qu'ils disent à leur enfant et comment ils le disent. Ils s'entendent tel que leur enfant les entend.

d. LA THEORIE DE L'ATTACHEMENT

L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre à partir d'expériences précoces répétées de demande de proximité et de réconfort du bébé, du jeune enfant envers une figure d'attachement (un adulte) en situation de stress.

Dans cette théorie développée par John Bowlby, à partir de travaux d'observation, « la propension à établir des liens forts avec des personnes particulières existe dès la naissance et se maintient tout au long de la vie [70]. Le besoin d'attachement est un besoin primaire, inné chez l'homme. Cet attachement se développe à partir de comportements innés : pleurs, succion, agrippement qui permettent de maintenir la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée qui est le plus souvent représentée par la mère. Les fonctions de cet attachement sont la protection, le réconfort et la consolation quand l'individu perçoit des menaces extérieures ou internes.

Si les réponses de l'entourage sont adéquates au besoin d'attachement de l'enfant, celui-ci développera un pattern de comportement dit sécure évaluable dès 1 an avec le modèle expérimental de la Situation étrange développé par Mary Ainsworth [71]. De nouvelles compétences apparaissent : la capacité de se séparer pour explorer l'environnement, la capacité d'attendre une réponse et, plus tard, de répondre à son tour aux besoins d'attachement d'un plus petit ou d'un plus faible.

Quand les réponses de l'entourage aux besoins d'attachement de l'enfant ne sont pas adéquates, celui-ci va développer un attachement insécure sous différentes formes :

ambivalent-résistant, évitant ou désorganisé. Un attachement insécure provient d'expériences ayant amené l'individu à douter de la disponibilité de la figure d'attachement et donc de « vivre dans une anxiété constante à l'idée de perdre sa figure d'attachement » [70].

Pendant la première année de vie, à partir des nombreuses expériences d'interactions entre la mère et le nourrisson qui comportent des expériences de séparation et de rétablissement de la proximité, le nourrisson développe des patterns de comportement reflet de ses interactions avec sa figure d'attachement et des affects correspondants. Plus tard, l'enfant intériorise des représentations des relations à partir ces expériences, ce que Bowlby a nommés « modèles internes opérants ». Des modèles opérants différents sont développés pour chaque figure d'attachement (père, mère). Au début, ces modèles opérants sont flexibles, mais au fur et à mesure du développement, ils deviennent de plus en plus stables. On pense que sur la base de ces modèles relationnels, les individus développent une stratégie d'attachement préférentielle dans leurs relations [72]. En effet, ces modèles sont à l'œuvre lorsque l'adulte devient parent. Le style d'attachement de l'adulte va influencer son style de caregiving, c'est-à-dire ses comportements de soins envers son bébé. Dans les études, en effet, la « sensibilité maternelle », c'est-à-dire le fait de percevoir les signaux de l'enfant de manière appropriée et d'y apporter une réponse rapide et cohérente, est liée à la sécurité de l'attachement de l'enfant à 12 mois [71].

Le caregiving est l'ensemble des soins prodigués aux enfants par les parents. Le système de caregiving est un système réciproque du système d'attachement de l'enfant, c'est-à-dire qu'il répond à l'activation du système d'attachement de l'enfant par des comportements « corrigés quant au but » en fonction du développement de l'enfant. Ces comportements de caregiving du parent diminuent l'activation du système d'attachement de l'enfant [73,74].

Ces deux systèmes sont antagonistes, c'est-à-dire qu'en cas d'activation du système d'attachement, le système de caregiving se retrouve inhibé. On comprend donc aisément comment un parent, en situation de stress, peut ne plus être en mesure de remplir son rôle de caregiver si son système d'attachement est activé sans réponse de ses figures d'attachement.

e. OBSERVATION DU BEBE SELON ESTHER BICK

Esther Bick, élève de Mélanie Klein, a institué l'observation du bébé comme partie intégrante de la formation des psychothérapeutes d'enfants puis des psychanalystes.

L'observation se fait au domicile parental, chaque semaine pendant 1 an, puis tous les 15 jours la seconde année. La visite est régulière, le même jour, au même moment. Trois temps scandent ce travail : l'observation directe (l'intervenant regarde, n'écrit pas, ne prend pas une part active, ne cherche pas à donner de conseils ou à interpréter. Il se met dans un certain état de disponibilité psychique et émotionnelle qui lui permet une attention soutenue au bébé et à ses parents), la retranscription (elle s'effectue dans un second temps, le plus rapidement possible après l'observation. Elle contient tout ce qu'a mémorisé l'observateur, les comportements mais aussi les états émotionnels), et la supervision de groupe (elle est la garante du cadre de l'observation, s'effectue dans un groupe stable animé par un psychanalyste, une fois par semaine et s'appuie sur les notes de l'observateur).

Cette méthodologie prend en compte l'influence de l'observateur sur le matériel observé et le rôle du cadre comme garant de la valeur « locale » de l'observation [61].

Dans les années 80, Geneviève et Michel Haag développent en France cette méthode d'observation qui va donner lieu à de multiples applications tant dans le champ préventif (à la crèche, à la PMI, à l'hôpital) que dans le champ thérapeutique.

L'observation donne une connaissance de l'enfant dans ses échanges quotidiens, lors des différentes situations de vie, avec les différentes personnes ayant un rôle significatif pour lui. Elle permet également de resituer l'enfant dans son histoire, lier son comportement actuel à des comportements passés. C'est dire l'intérêt que l'observation prenne place dans le cadre d'une prise en charge familiale plus globale. [61].

Dans certaines PMI, des consultations jumelées pédiatres-psychiatres s'appuient sur cette approche, pouvant être aussi utilisée pour travailler avec les puéricultrices de secteur sur le contenu des visites à domicile.

Par ailleurs, l'observation à domicile par des infirmières de secteur psychiatrique a été proposée dans le cas de psychopathologies précoces du nourrisson et du jeune enfant [75].

3. REVUE DE LA LITTERATURE DES PROGRAMMES D'INTERVENTION EN PERINATALITE

a. CONTEXTE D'IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE VAD

Le plus connu des programmes de VAD est celui développé par Olds et ses collègues à Elmira, New York, dénommé *Nurse-Family Partnership* [10,76]. Des évaluations en ont été faites à Elmira, Memphis et Denver. *Hawaii Healthy Start* [77] est un autre programme de VAD bien connu sur lequel d'autres se sont modelés. Tout particulièrement, *Healthy Families America* [78,79] qui s'est ensuite développé dans de nombreux états d'Amérique. Ce dernier programme a été évalué à San Diego, en Alaska, et dans l'état de New York [17].

Nurse Family Patrnership (NFP) a donné des résultats positifs sur de multiples domaines aussi bien pour la mère que pour l'enfant, certains de ces effets étant encore observables à l'adolescence. Les autres études telles que *Hawaii Healthy Start Program* (HSP) et le programme similaire *Healthy Families America* (HFA) ont eu néanmoins des résultats bien plus limités. De même, *Early Head Start* (EHS) a donné des résultats modestes à la fin de l'intervention sachant qu'en plus les données de suivi ne sont pas disponibles.

Tous ces programmes d'intervention à domicile reposent sur des principes communs :

- une intervention précoce avec la notion que plus l'enfant est jeune et plus ces programmes sont efficaces
- auprès de l'enfant et sa famille ; en considérant qu'aider les parents améliorera la santé de l'enfant. D'ailleurs, ces interventions sont rarement adressées directement à l'enfant.
- un souci de prévention (que ce soit de la maltraitance, de troubles de santé de l'enfant, etc.).

Ces programmes diffèrent pourtant en de multiples aspects :

- aussi bien les familles concernées (mères adolescentes, mères seules, familles pauvres, etc.),
- que les objectifs évalués (maltraitance, apprentissages scolaires, retour à l'emploi des mères, etc.)
- que le mode d'intervention (infirmières ou bénévoles)
- que l'intensité du programme (durée, fréquence)

- que les modes d'évaluation.

Il est donc difficile de donner des conclusions solides sur le mode de VAD le plus efficace.

b. DESCRIPTION DES PRINCIPAUX PROGRAMMES DE VAD

Les programmes de VAD sont très rarement destinés à la population dans son ensemble (6.7%) à la différence des interventions universelles proposées par la PMI [18].

i. Le programme Nurse Family Partnership

C'est le programme le plus connu et le mieux implanté aux Etats-Unis. Les interventions sont menées par des infirmières spécialement formées à rencontrer des jeunes femmes primipares issues de milieux modestes ; les VAD débutent en prénatal et continuent jusqu'aux deux ans de l'enfant. Le programme insiste sur les comportements de santé durant la grossesse, les compétences parentales, et aider les mères à mieux appréhender leur fertilité. Au début, les VAD sont hebdomadaires, puis deux fois par mois et enfin mensuelles. Expérimenté auprès de 400 jeunes femmes blanches de milieu rural à Elmira, il a ensuite été répliqué auprès de 1139 jeunes femmes afro-américaines à Memphis et enfin auprès de 735 jeunes femmes d'origines diverses à Denver. Il est maintenant exploité dans 26 états grâce à des financements mixtes. En 2006 on estimait que 20 000 familles en bénéficiaient chaque année.

ii. Le programme Hawaii Healthy Start Program

Ce programme a débuté en 1975 dans le but de prévenir les maltraitances infantiles en repérant précocement (à la naissance de l'enfant) les familles à risque et en usant de VAD menées par des bénévoles formés (5 semaines de formation sur les compétences parentales, le développement de l'enfant, repérer les signes de maltraitance) se poursuivant jusqu'à ce que l'enfant ait 3 ou 5 ans. L'objectif est aussi bien de soutenir les parents que de les orienter vers les services adéquats. Le programme bénéficie de financements de l'Etat.

iii. Le programme Healthy Families in America :

Largement basé sur le modèle d'HSP, bénéficiant de fonds mixtes, ce programme propose des VAD débutant en prénatal ou juste après la naissance et se poursuivant

jusqu'à ce que l'enfant ait 3 ou 5 ans ; il s'adresse aux familles à risque. Il repose aussi sur des bénévoles formés aux mêmes objectifs que précédemment et tout particulièrement à la prévention de la maltraitance infantile.
L'évaluation du programme menée à San Diego, incluait 489 familles, celle menée en Alaska 316, et celle dans l'Etat de New York plus de 1000.

iv. Le programme Early Head Start :

C'est un programme différent combinant VAD et consultations en centres. Selon les sites d'implantation, les VAD ne sont pas systématiques. En 2004, 3000 familles avaient déjà été recrutées en prénatal ou dans la première année sur des critères de vulnérabilité sociale[18].

c. RESULTATS DE CES PROGRAMMES

i. Sur les maltraitances infantiles

Tous les programmes précédemment cités (sauf EHS) ont évalué cet aspect et certains ont eu des résultats satisfaisants. NFP rapporte une diminution de 48% de maltraitance après 15 ans de suivi en s'appuyant sur les données issues des contacts avec les services de protection de l'enfance [3]. Ni HSP, ni HFA ne trouvent d'effet significatif de leur intervention en ce qui concerne cet aspect. Différentes évaluations de HFA (New York, Alaska, San Diego) montrent des résultats concernant l'usage de violences physiques ou psychologiques mais ces effets sont peu consistants et varient selon les études.
Plus encore, HSP ne montre pas son efficacité à prévenir la maltraitance alors que c'était un programme conçu à cet effet. Seules deux données sont concluantes mais sur deux sites d'évaluation distincts (une moindre tendance des mères à user de punitions corporelles ou verbales et moins de comportements négligents). Les auteurs en concluent que les résultats sont limités et que, d'ailleurs, les visiteurs expriment peu de préoccupations concernant cet aspect alors que les données de recherche montraient que ces problèmes étaient bien réels. Par contre, les résultats seraient plus satisfaisants en ce qui concerne les comportements coercitifs des parents aussi bien dans HFA New York et Alaska que dans NFP.

ii. Sur la santé de l'enfant et la sécurité

NFP a donné des résultats significatifs à Elmira comme à Memphis, à savoir un moindre usage des urgences, moins d'accidents domestiques, moins de blessures. Les autres études sont moins concluantes.

iii. Sur la qualité de l'environnement (domicile)

Les résultats sont contrastés avec des améliorations dans HFA en Alaska et EHS. Par contre, NFP ne donne de résultats qu'à Denver et pas à Memphis ni à Elmira, ce que les auteurs expliquent par l'âge des femmes recrutées, très variable à Denver et essentiellement fait d'adolescentes sur les deux autres sites.

iv. Sur la sensibilité parentale

La plupart des études donnent des résultats concluants pour cette dimension (plus de sensibilité dans les interactions, plus de soutien dans le jeu avec les enfants, etc.).

v. Sur la dépression maternelle et le stress parental

HFA San Diego montrait des résultats sur la dépression maternelle lors des 2 premières années mais ces résultats n'étaient plus significatifs lors de la troisième année. Dans HFA New York, sur un des sites (avec un psychologue clinicien comme superviseur), les femmes du groupe intervention avaient des taux de dépression plus faibles, à savoir, 23% contre 38% dans le groupe contrôle [80]. NFP, HFA Alaska, HSP n'ont pas montré d'efficacité sur la dépression maternelle [17].

Les effets sur le stress maternel sont aussi modestes et contrastés.

Ces résultats suggèrent que les programmes d'intervention à domicile ne peuvent être proposés pour traiter les situations à haut niveau de stress ou avec de la maladie mentale. Même si les mères déprimées peuvent acquérir des compétences parentales grâce à ces programmes, leur stress et leurs symptômes dépressifs ne seront pas améliorés par le programme en lui-même.

Différentes revues de la littérature [81] et méta-analyse [18] ont repris les résultats de ces études et concluent que ces programmes permettent de modifier les attitudes et les croyances parentales mais n'ont que peu d'effet direct sur la maltraitance infantile et le stress parental.

Une analyse du rapport coût/bénéfice a montré que NFP était rentable (1 $ investi permet d'économiser 2.28 $ sur l'ensemble de la cohorte ; pour le groupe le plus à risque, 1 $ investi économise 5.70 $). Par contre, HFA et Early Head Start coûteraient plus qu'ils ne permettent d'économiser [17].

4. LA DEPRESSION PERINATALE

Les travaux sur les dépressions périnatales reconnaissent tous les conséquences sur l'altération de la qualité de vie et de la santé mentale des mères. Ainsi, les mères sont reconnues comme ayant des conduites négligentes concernant leur santé durant la grossesse (abus de substances, mauvaise alimentation et donc croissance pondérale insuffisante ce qui peut avoir des conséquences comme un retard de développement intra-utérin), moins d'implication dans le suivi, plus de douleurs, d'inconfort (nausées, douleurs abdominales, troubles respiratoires…), plus de pré-éclampsie, plus de bébés de petit poids, avec un périmètre crânien plus petit, un risque augmenté de prématurité, de gestes chirurgicaux pendant l'accouchement, un score d'APGAR plus bas, plus d'admission en néonatalogie. Ce sont des bébés avec des taux plus élevés de cortisol et de catécholamines, qui pleurent plus, plus difficiles à consoler, avec un sommeil plus irrégulier, plus difficile à initier [82].

La DPN est reconnue comme ayant des conséquences sur le lien mère-enfant, sur le développement de l'enfant dans les domaines affectifs, cognitifs et comportementaux [83]. Dans les études à long terme, la DPN est associée avec un risque augmenté de troubles psychiatriques à l'adolescence [84].

a. EPIDEMIOLOGIE

Bien que la dépression post-natale constitue le champ d'investigation privilégié de la recherche en périnatalité, les études ciblant la dépression prénatale se développent. Celle-ci concernerait 14,5% de la population des femmes gestantes, selon une méta-analyse [85], et apparaîtrait dès les premiers mois de la grossesse.

L'étude de cohorte d'Evans et coll., menée au début des années 1990 a permis de mettre en évidence l'importance des dépressions de fin de grossesse, et leur aspect prédictif sur les dépressions post-natales : 65,5 % des femmes souffrant d'une dépression du post-partum présentaient déjà d'importants symptômes dépressifs en pré-partum, Josefsson observe une corrélation de .50 (p=.000) entre scores de dépression pré- et post-natale, sur 1500 parturientes, 18% ayant présenté une dépression post-natale [86,87].

En ce qui concerne la dépression post-natale, Brice Pitt est le premier, en 1968, à en produire une étude descriptive dans le British Journal of Psychiatry. Son échantillon est composé de 305 femmes en post-partum. A l'aide d'un questionnaire et d'un entretien

clinique, il observe un taux de dépression de 10,8 %, six à huit semaines après l'accouchement. Il recense divers symptômes dans le cadre de ce syndrome dépressif : aboulie, crises de larmes, sentiment d'incapacité, fatigue... mais il souligne que la symptomatologie anxieuse est souvent au premier plan, parfois au point de masquer ce versant dépressif. Il caractérise ainsi pour la première fois la DPN de dépression "atypique" [88].

O'Hara et Swain dans une méta-analyse portant sur 59 études (12.810 femmes) retiennent une prévalence de 12,8 %, en population générale [89]. Cette étude, pour la qualité de sa méthodologie (et du choix des études retenues notamment) est toujours considérée comme la référence en ce qui concerne la prévalence de la DPN dans les cultures occidentales.

Ainsi, pour 775.000 naissances par an en France, on peut estimer à plus de 100.000 le nombre de femmes qui seraient concernées.

b. SYMPTOMATOLOGIE

i La dépression prénatale

La symptomatologie d'allure anxio-dépressive (tout comme la dépression post-natale), associée aux changements somatiques de la grossesse, rend le dépistage de la dépression prénatale difficile, les professionnels de santé étant plus sensibles aux manifestations "classiques" de la dépression (ralentissement, tristesse...). On retrouve une cohorte de symptômes, en plus de la tristesse et de l'irritabilité, associant un sentiment de culpabilité, une perte d'espoir, un sentiment d'inutilité, des troubles du sommeil, une modification de l'appétit avec des variations pondérales, des difficultés de concentration et d'attention, une asthénie, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, parfois des pensées suicidaires. La plupart de ces symptômes peuvent émerger du fait des changements de la grossesse ce qui peut retarder le diagnostic voire le sous-estimer [90]. Il a enfin été mis en évidence que, parmi les facteurs de risque identifiés, le rôle de l'environnement social et notamment de la migration (et de l'absence de femmes plus âgées dans l'environnement social des jeunes mères) était important [91].

ii Le post-partum blues

Environ la moitié des jeunes femmes accouchées se plaint d'une labilité émotionnelle ou de tristesse transitoires aux alentours des 2e et 5e jours du post-partum. Défini en 1952 par Victoroff, le post-partum blues (PPB) est aujourd'hui appelé «Post-partum reactivity» [92,93]. Très fréquemment rencontré en postpartum immédiat, il est décrit dans toutes les cultures [94]. Sa prévalence varie de 15 à 80 % des parturientes selon les études, en fonction de la définition acceptée. Le PPB se caractérise par un ensemble de symptômes dont le pic survient entre le 3e et le 5e jour du post-partum [95] : une labilité émotionnelle, des crises de larmes, une exaltation, une humeur dépressive, une irritabilité.

D'autres symptômes tels qu'une confusion ou un sentiment de dépersonnalisation peuvent plus rarement être associés. L'étiologie du post-partum blues n'est pas sujette à tant de discussions que celle de la dépression post-natale : il est désormais reconnu que cette origine est essentiellement hormonale : on observe une chute des œstrogènes et de la progestérone au moment de l'accouchement, une hausse de la prolactine et du cortisol. Enfin on constate une disparition des hormones fœto-placentaires [96]. S'il n'a pas été mis en évidence que la survenue d'un PPB était liée à des facteurs environnementaux, et notamment à des difficultés relationnelles, la rémission semble en être sensiblement dépendante. Si le PPB disparaît généralement rapidement et ne se manifeste souvent que pendant quelques jours, il est désormais reconnu que sa survenue, si elle est associée à un environnement social défavorable, peut conduire à la pérennisation des symptômes anxio-dépressifs et constituer les prodromes d'une dépression post-natale. On estime ainsi qu'environ 25 % des PPB peuvent déboucher sur une dépression post-natale [97,98] En revanche, les auteurs s'accordent pour souligner que la rémission d'un PPB sera d'autant plus rapide et favorable que la jeune accouchée trouvera auprès d'elle une présence aidante et chaleureuse qui la rassurera sur ses capacités maternelles, qu'il s'agisse de son conjoint, de sa propre mère ou de professionnels [99].

iii La dépression post-natale

Une grande fatigue, des crises de larmes, de troubles du sommeil (d'endormissement), des cauchemars, une diminution des comportements sexuels, une perte des intérêts de la vie quotidienne, une modification de l'appétit avec des variations pondérales, un sentiment d'incapacité face à la nouvelle situation allant jusqu'à l'impossibilité

d'assumer le rôle maternel, un sentiment de culpabilité, sont les symptômes dépressifs fréquemment retrouvés dans son échantillon. Ainsi, en plus de la symptomatologie classique d'un épisode dépressif majeur, les mères font souvent part de leur manque de confiance en leur capacité à s'occuper de leur enfant. Les troubles du sommeil et la fatigue sont fréquents après la naissance d'un enfant ce qui complique le diagnostic. L'atypie caractérisant la DPN repose aussi sur l'expression de symptômes anxieux au premier plan. Cette atypie peut sans doute expliquer le fait que la dépression du post-partum passe souvent inaperçue en tant que telle. En effet, selon les études, on estime que 10 % des femmes présentant cette pathologie sont reconnues et prises en charge [100] ou que seulement 50% des DPN sont diagnostiquées [101].

c. FACTEURS DE RISQUE DE LA DEPRESSION POSTNATALE

Il existe des facteurs de risque biologiques sur lesquels nous ne nous étendrons pas : génétiques [102] épigénétiques [103] et endocriniens [104].

En 1996, deux méta-analyses ont été menées pour tenter d'identifier les facteurs de risque de la DPN [89,103,105]. Ces méta-analyses ont ouvert la voie à un champ de recherche important sur les facteurs de vulnérabilité des parturientes à la DPN, sans pour autant parvenir à dégager de consensus entre les chercheurs [97].

La méta-analyse de Beck (1996), réalisée à partir de 44 études, faisait émerger les facteurs de risques suivants :

- dépression prénatale
- stress parental
- stress lié aux conditions de vie
- soutien social
- blues du post-partum
- anxiété prénatale
- insatisfaction maritale.

O'Hara et Swain [105] identifiaient quant à eux les facteurs de risque suivants[2]:

- dépression prénatale
- anxiété prénatale

[2] r=.10 renvoyant à une taille d'effet "faible", r=.30 à une taille d'effet moyenne, r=.50 à une taille d'effet important

- soutien social
- évènements de vie
- antécédents psychopathologiques
- névrosisme
- style de coping
- variables obstétricales.

Nous avons ici choisi de retenir l'étude de Beck, offrant à la fois une analyse synthétique de ces travaux, une approche intégrative et une rigueur méthodologique permettant de s'appuyer sur ses résultats. Les résultats obtenus sont par ailleurs cohérents avec ceux de deux larges revues de la littérature plus récentes [106,107].

Facteur	Taille d'effet moyenne
Faible estime de soi	.47
Stress parental	.46
Dépression prénatale	.45
Anxiété prénatale	.45
Soutien social (*Social support*)	.41
Stress chronique (*Life stress*)	.40
Relations maritales	.39
Historique de dépression	.39
Tempérament de l'enfant	.34
Blues du post-partum	.31
Statut marital	.25
Statut socioéconomique	.22
Grossesse non-désirée	.16

Tableau 1 : facteurs de risque de la dépression post-natale, d'après Beck (2001)

Cette méta-analyse met ainsi en évidence l'existence de deux grandes catégories de facteurs de risque, ayant une incidence importante pour la prévention et le traitement de la DPN :

- Des facteurs de risques endogènes :

- Estime de soi
- Anxiété / Stress
- Dépression / Blues

- Des facteurs de risques exogènes, ou ayant une valence psychosociale :
  - Soutien social
  - Relations maritales
  - Relations avec l'enfant
  - Grossesse non désirée
  - Statut socioéconomique

L'intégration de ces deux catégories dans un modèle dynamique reste encore à élaborer. De manière générale, il apparait que les études de cohorte sur la DPN souffrent d'un déficit de représentation des populations dites "précaires". Une méta-analyse récente de 143 études réalisée par Ross et coll. a ainsi rapporté que les participantes aux études portant sur la DPN étaient majoritairement jeunes (25-35 ans), blanches et de niveau socio- économique moyen ou favorisé [107].

Cependant, il existe une très large littérature sur les facteurs de risque "exogènes" de la dépression (et non seulement de la DPN), mettant en valeur l'effet morbide de la précarité sociale, de l'isolement social ou des relations interpersonnelles négatives sur l'humeur dépressive. Les enquêtes menées dans la population française ont montré que d'une manière générale, les problèmes de santé mentale et en particulier la dépression, sont plus fréquents dans les populations pauvres, sans emploi ou sans domicile [108,109]. Dans une revue importante de la littérature, Kovess et coll. concluent que « toutes les études épidémiologiques citées ont montré que la plupart des problèmes de santé mentale sont liés à des variables sociales relativement simples : sexe, âge, emploi, statut social, statut matrimonial ou encore le fait de vivre seul » [110].

En s'appuyant sur cette littérature, on peut donc estimer que le risque de développer une dépression post-natale est, comme pour toute autre forme de dépression, dépendant de la présence de facteurs de vulnérabilités psychosociaux [111].

On notera enfin une étude qui montre un lien entre DPN et ressources financières [112].

Revenus du foyer	Taux de DPN
<$10.000	24.3%
$10.000-$19.000	20.0%
$20.000-$29.000	18.8%
$30.000-$39.000	15.3%
$40.000-$49.000	13.7%
> $50.000	10.8%

Tableau 2 : Taux de DPN selon les revenus du foyer, selon Segre et coll. (2006)

Une recherche récente [101] menée en France retrouve comme facteurs de risque les plus significatifs la dépression anténatale, les violences conjugales, le statut de migrant, les complications postnatales (infections, abcès périnéal, endométrite, embolie pulmonaire).

d. LES CONSEQUENCES DE LA DEPRESSION MATERNELLE

La dépression maternelle a des conséquences sur le développement du bébé et perturbe les interactions mère-enfant. Les interactions sont décrites moins fréquentes, plus pauvres, plus discontinues, dysharmonieuses donc de moins bonne qualité avec un moins bon accordage affectif.

i. Sur la relation mère enfant

Ce sont des mères moins disponibles aussi bien sur le plan qualitatif que quantitatif dans les relations avec leur nouveau-né [113,114]. Elles ont souvent des perceptions négatives des comportements de leur enfant [115]. Une mère déprimée a plus de difficultés à maintenir des "routines interactives", support du développement relationnel et psychologique de l'enfant [116]. Cette dysrégulation peut s'exprimer sous deux formes qui caractérisent l' "atypie" de cette pathologie [117] : le repli sur soi reflet de l'anhédonie, de la tristesse et du ralentissement psychomoteur de la mère que des moments d'intrusion.

Un champ de recherche de la psychologie cognitive et développementale a vu le jour dans les années 1980, sous l'impulsion de Field, Cohn, Trevarthen et Tronick. Les auteurs ont élaboré des paradigmes permettant la simulation d'états dépressifs chez de jeunes mères. Le paradigme ayant donné lieu au plus grand nombre de recherches est le

"still face", de Tronick. Cette procédure consiste, dans le cadre d'une interaction entre une mère et son enfant, à demander à la mère d'adopter une posture figée et un visage inexpressif, rendant l'interaction impossible.

Pour différents auteurs [118,119], les enfants, dès 6 semaines, réagissent très négativement à ce type de comportement, simulant la dépression maternelle (stress, attitudes de détournement, réaction sthénique...).

Plus récemment en France, Nadel a développé un nouveau paradigme permettant de rompre la continuité de l'interaction entre une mère et son enfant. Filmés, mère et enfant peuvent s'observer dans une interaction direct. La manipulation consiste à remplacer à un moment donné l'interaction en direct par un moment d'interaction filmé précédemment et proposé en différé au bébé. L'objet de cette expérience consiste à reproduire le sentiment de non-congruence de la relation perçue par le bébé, comme c'est le cas chez les mères déprimées.

« Dès 9 semaines, non seulement les bébés repèrent la période de communication différée mais y réagissent avec une violence à la hauteur de ce qu'il faut bien considérer comme leurs attentes de synchronisation sociale déçues » [120].

Les psychologues du développement se sont intéressés à la suite de Bowlby à l'identification des facteurs de risque de l'attachement dit "insécure" [70].

Il a ainsi été montré que chez les femmes souffrant d'une dépression post-natale, moins à l'aise dans les interactions avec leur nouveau-né, ces derniers étaient plus à risque de développer une forme d'attachement insécure [121], cette insécurité étant désormais reconnue comme un facteur de vulnérabilité de trouble de la santé mentale [122]. En 1992, par exemple, Murray présente les résultats d'une cohorte où les enfants de mères déprimées étaient 44% à présenter un attachement sécure, contre 76 % dans le groupe contrôle [123]. Ce lien indirect de la DPN sur les troubles de santé mentale a fait l'objet d'une très large littérature [124,125].

ii. Pour l'enfant

De nombreuses études longitudinales ont observé le devenir des enfants des mères ayant présenté une dépression post-natale, et ont permis de mettre en évidence les effets délétères de cette pathologie [126]. Les enfants de mères déprimées ont ainsi plus de risque de présenter un retard de développement cognitif [121] et des difficultés d'interactions sociales [127].

Une étude récente, a permis de montrer qu'il existait chez les enfants de mères déprimées un risque 4 fois plus important de développer un trouble psychiatrique à 11 ans [6]. Les auteurs soulignent ainsi l'importance d'un dépistage précoce de la DPN.

Dans une recherche plus complète et descriptive [128], auprès d'enfants de 13 ans a été examinée l'incidence d'une dépression maternelle périnatale sur l'expression de troubles de santé mentale. Les auteurs confirment les résultats précédents., en signalant le risque relatif plus important chez les enfants de mères ayant présenté une DPN de développer des troubles de santé mentale à l'adolescence (Risque relatif (odd ratio, OR) =2.75, 95% IC=1.07–7.05). Les résultats étaient également significatifs pour la dépression (OR=3.78, 95% IC=0.96–14.9), et pour les troubles anxieux (OR = 3.56, 95% IC= 1.08– 11.71). En revanche, les auteurs n'ont identifié aucun lien entre DPN et troubles du comportement (OR=1.56, 95% IC=0.27–8.96), alors que d'autres [86] mettent en valeur un résultat inverse et un risque relatif important (OR=4.71, 95% IC=1.88–11.78).

La revue de Gunliks portant sur l'impact chez l'enfant du traitement d'une DPN a permis de mettre en valeur que la prise en charge de la dépression post-natale permettait d'observer une rémission dans l'expression symptomatique des enfants en termes de troubles émotionnels et comportementaux, mais pas en ce qui concernait le développement cognitif ni pour les stratégies d'attachement [129].

e. UN OBJECTIF DE SANTE PUBLIQUE

L'ensemble des auteurs s'accorde donc pour exprimer l'enjeu majeur de santé publique de la DPN qui concernerait 100.000 femmes en France chaque année.

L'impact très précoce de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant et les conséquences psychologiques, cognitives et relationnelles à long terme plaident pour une action préventive systématisée :

- En développant des stratégies de prévention prénatales. On observe actuellement l'émergence d'un champ de recherche portant sur les effets de la dépression prénatale sur le développement de l'enfant. La dépression prénatale a donc pu s'intégrer dans un modèle diachronique expliquant le risque pour l'enfant. A l'image de l'intérêt des cliniciens de la périnatalité, les chercheurs en santé mentale de la petite enfance

s'intéressent désormais à mettre en évidence les effets les plus précoces des troubles de l'humeur de la périnatalité sur la santé de l'enfant [113].

- s'appuyer sur des facteurs de vulnérabilité et non sur des symptômes. La large littérature sur les facteur de risque de la dépression post-natale a, en effet, permis de mettre en lumière les facteurs de risque socio-économiques. Il paraît donc que la recherche sur la prévention de la DPN a tout intérêt à développer des stratégies d'identification des sujets vulnérables (statistiquement) de développer une DPN, pour pouvoir agir en prénatal, durant la grossesse, pour préparer et soutenir au mieux les parents dans le développement de leur parentalité et à l'accueil de leur nouveau-né.

5. REVUE DE LA LITTERATURE DES INTERVENTIONS PREVENTIVES EN PERINTALITE ET DE LA DPN

Prévenir la DPN suscite de plus en plus d'intérêts parmi les chercheurs, ce qui s'illustre par l'expansion récente du nombre d'essais randomisés publiés. Plusieurs travaux recensent l'impact de ces divers programmes [130,131,132]. Globalement, les programmes mis en place ont adapté les modèles thérapeutiques ayant fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de la DPN [133].

Une revue de la littérature menée en 2005 [130] recense ainsi 21 essais randomisés concernant divers modes d'interventions (thérapie interpersonnelle, soutien psychologique et social, débriefing par sages-femmes, information et orientation). La conclusion en est que peu d'interventions sont efficaces et aucune ne l'est à moyen terme sachant que la plupart des études sont méthodologiquement fragiles. Par exemple, une recherche reposant sur des VAD menées par des infirmières avait montré une diminution de la symptomatologie dépressive 6 semaines après l'accouchement [47] mais ces résultats ne se sont pas maintenus à 4 mois [134].

Boath et coll. (2005) insistent aussi sur le fait que la plupart des études ayant montré une efficacité, basées sur le soutien psychologique, débutaient en anténatal et ils considèrent que ce serait un des facteurs de succès. Ils remarquent aussi que ces interventions se sont toutes avérées inefficaces avec les mères multipares.

Dennis a quant à elle, publié deux revues de la littérature [135,136] évaluant l'efficacité des interventions biologiques et des autres. Elle décrit 7 études biologiques qui ne montrent pas d'effet significatif. Elle décrit aussi 29 études non biologiques (psychothérapie, débriefing psychologique, éducation, soutien social, relaxation) et dans l'ensemble, elle considère que les résultats sont insuffisants pour recommander une intervention plutôt que l'autre. Elle publie ensuite une méta-analyse qui recense 15 études avec différents modes d'intervention psychosociales menées entre 1993 et 2005 [137] confirmant les conclusions de son article précédent de l'absence de diminution significative de la prévalence de la DPN (évaluées avec les résultats de l'EPDS utilisés aussi bien en continu qu'en catégoriel). Cependant, elle remarque que les programmes centrés sur les femmes à risque, débutant en postnatal, menées par des professionnels et individualisées ont tendance à être plus efficaces.

Une nouvelle méta-analyse, très récente [133], reprend 37 essais contrôlés randomisés comparant groupe intervention et groupe contrôle. Les auteurs arrivent à une conclusion différente des travaux précédents, considérant que les sujets ayant bénéficié d'une intervention montrent moins de symptômes dépressifs que ceux des groupes contrôle même si l'ampleur d'effet est modeste et que la prévalence de la DPN est plus faible ; ceci indépendamment du mode d'intervention choisi. Ils en viennent même à faire l'hypothèse qu'une intervention se résumant à du soutien social non spécifique pourrait suffire. Ceci est contradictoire avec les résultats de plusieurs études : une reposant sur des mères de la communauté formées [138], une autre avec des professionnels entraînés (« support worker ») se rendant au domicile à raison de 10 séances dans le premier mois après l'accouchement aussi bien pour aider les mères matériellement que les soutenir émotionnellement [139] et une proposant des VAD mensuelles pendant un an [140] menées par des « visiteurs de santé » expérimentés qui toutes se sont avérées inefficaces. Il faut noter que nous n'avons pas retrouvé d'étude d'intervention à domicile reposant sur professionnels de santé mentale.
Ces recherches peuvent être distinguées entre celles qui retiennent des FDR (histoire de dépression, bas niveau socio-économique, symptômes dépressifs) et celles qui proposent une intervention à toute la population. A ce jour, malgré un nombre important d'études, il y a très peu de résultats en faveur de l'efficacité de ces programmes lorsqu'ils concernent toutes les femmes enceintes [130,131,137]. Ceux qui ciblent des femmes à haut risque seraient plus prometteurs [141,142]. Mais les travaux de Sockol et coll. (2013) soulignent que si l'essai débute alors que les symptômes de dépression sont déjà importants, alors les effets de l'intervention sont encore plus modestes.

Par ailleurs, la question de la dépression maternelle est devenue un champ d'intérêt majeur des programmes de VAD anglo-saxons qui, initialement, étaient plus centrés sur le soutien à la parentalité, le développement de l'enfant et la prévention des maltraitances. On estime que 400 essais sont en cours qui concernent 500 000 enfants. Or, les chercheurs ont constaté que la dépression maternelle était une problématique fréquente qui pouvait avoir des conséquences sur l'efficacité de ces programmes. Une revue de la littérature reprend cette question avec les principales études de VAD [80] :

- *Early Head Start [143],*

- *Healthy Families in America* [79],
- *Nurse Family Partnership* [144],
- *Parents As Teachers* [145],
- *Healty Families Alaska* [146],
- *Healthy Families New York* [147,148].

Tous ont donné des résultats décevants concernant la prévention de la DPN [17]. Il existe une exception notable : *Healthy Families San Diego* [80], dans cette étude, les femmes du groupe intervention étaient significativement moins déprimées après 2 ans, mais ce résultat ne se maintenait pas à 3 ans. On peut aussi noter que dans l'évaluation de HFA New York, si, globalement, il n'y avait pas d'effet sur la dépression maternelle, un site retenait l'attention car la différence était significative. Les auteurs l'expliquent par le fait que la supervision de ce site était assurée par un psychologue clinicien expérimenté [147].

Toutes ces études ont en commun de développer un programme de visites à domicile concentré sur des populations à haut risque et avec des objectifs multifocaux (santé de la mère et de l'enfant, retour à l'emploi, reprise des études). Après maintenant plus de 25 ans de recul il apparaît que ce mode d'intervention ne permet pas de modifier les trajectoires dépressives des mères concernées.

Les recherches récentes s'orientent vers des approches consistant en un entraînement renforcé des visiteurs à domicile plus centré sur l'identification et la prise en charge de la dépression post-natale, avec un soutien/avis des professionnels de santé mentale sur comment travailler avec les mères déprimées, voire des interventions brèves des professionnels de santé mentale dans le contexte du domicile, sans que les résultats ne soient significatifs à ce jour [149].

Ceci s'expliquerait par le fait que les intervenants de ces programmes ne sont pas entraînés comme des professionnels de santé mentale, que ces programmes sont surtout centrés sur l'éducation au développement de l'enfant, sur l'information, sur le lien avec les autres services plutôt que sur les symptômes dépressifs et que ce sont programmes multifocaux, ambitieux, mais qui ne se consacrent pas assez aux problématiques de santé mentale [80].

Récemment, un article a repris différentes études dont le mode de traitement reposait sur des interventions à domicile [150]. Les auteurs insistent sur le potentiel considérable de ces programmes car :

- les mères déprimées font rarement la démarche d'une demande d'aide [151] et ce serait encore plus vrai pour les femmes pauvres ou issues de minorités [152]; ainsi, la détection et le traitement des dépressions périnatales, alors que les femmes ne sont a aucun moment de leur vie plus en contact avec les services de santé restent problématiques [153]
- ces interventions s'adressent aux familles les plus fragiles, celles qui ont plus besoin de soutien des services de santé mentale ; on retrouve d'ailleurs un taux plus élevé de dépression maternelle parmi les familles les plus démunies [154].

Dans cette revue de la littérature, la plupart des études d'intervention concernent le traitement de la DPN, c'est-à-dire que les femmes incluses présentent déjà une symptomatologie dépressive. Quatre études sur les six étudiées ont montré une amélioration significative des symptômes de dépression postnatale [141,155,156,157]. Plus encore, toutes les formes d'intervention (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie psychodynamique ou thérapie de soutien) se sont montrées efficaces. Par contre, la seule étude recensée ayant un objectif préventif s'est avérée inefficace [140].

O'Hara a, quant à lui, déterminé quels critères seraient requis pour une efficacité optimale [158] :

- un programme ciblant les femmes à haut risque,
- une intensité raisonnable,
- une intervention débutant durant la grossesse et se poursuivant en post-partum.

On peut compléter avec le projet conduit en Louisiane [21,159] : qui consiste en une amélioration du programme Nurse Family Patrnership avec une formation intensive des infirmières aux enjeux de santé mentale et un consultant en santé mentale dans l'équipe. Celui-ci soutient les infirmières à partir de reprises de cas et il se rend parfois au domicile pour observer et intervenir plus directement.

6. PROTOCOLE DE RECHERCHE DE CAPEDP

Cette section repose sur deux articles :

Dugravier R., Guédeney A., Saïas T, Greacen T, Tubach F, et le groupe de recherche CAPEDP. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de la santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57 : 482-486, 2009

Tubach F, Greacen T, Saias T, **Dugravier R**, Ravaud P, Tereno S, Tremblay R, Falissard B, Guedeney A. A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. *BMC Public Health*. 2012 Aug 13; 12(1):648

a. OBJECTIFS

Le but de l'essai CAPEDP est d'évaluer sur une population de jeunes mères primipares présentant des facteurs de vulnérabilité psychosociale l'impact sur la santé mentale de leur enfant d'un programme de VAD mené par des psychologues formées qui ciblera les principaux déterminants modifiables de santé mentale du jeune enfant.

i. Objectifs principaux

L'objectif de CAPEDP était donc d'évaluer l'impact d'un programme de prévention des troubles psychologiques et de promotion de la santé mentale en termes de :

- dépression post-natale, 3 mois après la naissance
- qualité de l'environnement à domicile quand l'enfant a 12 mois,
- troubles psychologiques de l'enfant : les troubles externalisés à 24 mois, et le retrait relationnel à 18 mois.

ii. Objectifs secondaires

L'évaluation concernait aussi un certain nombre d'objectifs secondaires :

- la dépression maternelle 6 mois après la naissance
- la qualité de l'attachement de l'enfant à 18 mois
- la connaissance et l'usage par la mère des services sociaux, médicaux et éducationnels
- la perception par la mère du soutien de son propre réseau social
- ses perceptions de parent et ses comportements
- le développement psychomoteur de l'enfant
- le retrait relationnel de l'enfant à 18 mois
- les connaissances de la mère concernant le développement de l'enfant
- le stress maternel concernant les soins à prodiguer à son enfant
- l'accès de la mère aux formations et à l'emploi
- la santé psychique de la mère
- l'alliance de travail avec l'intervenante dans le groupe intervention

b. UNE ETUDE ANCILLAIRE : CAPEDP-A

L'évaluation de la sécurité de l'attachement et des comportements de caregiving sont particulièrement complexes sur le plan logistique, nous avons choisi alors de mener une évaluation plus approfondie sur un échantillon de la cohorte CAPEDP. Les objectifs de cette étude ancillaire étaient d'évaluer l'impact de l'intervention CAPEDP sur la sécurité de l'attachement, sur les capacités réflexives maternelles, sur la diminution de l'attachement désorganisé et sur les comportements maternels désorganisants quand l'enfant avait entre 12 et 15 mois.

c. METHODE

La recherche CAPEDP est une étude prospective, randomisée contrôlée. C'est un essai multicentrique avec deux bras parallèles comparant l'intervention CAPEDP avec les soins usuels. Les soins usuels incluaient l'accès aux services de PMI et de l'intersecteur de pédopsychiatrie voire du secteur de psychiatrie générale tous gratuits, le suivi en maternité aussi bien sûr. Le groupe intervention bénéficiait en plus du programme de VAD de CAPEDP. C'est un essai utilisant la méthodologie PROBE (Prospective

Randomized Open Blinded Endpoint study : ni le sujet ni l'intervenant ne sont en aveugle du bras de randomisation, mais celui qui recueille le critère de jugement est en aveugle) avec un suivi de 27 mois.
11 psychologues ont été recrutées ; 7 pour l'intervention et 4 pour l'évaluation.

i. Caractéristiques de la population d'étude

Les critères d'éligibilité des jeunes femmes correspondaient à des situations de vulnérabilité moyennes voire hautes en ce qui concerne la future santé mentale de l'enfant.
Toutes les mères qui consultaient pour leur second trimestre de grossesse (de 12 à 27 semaines d'aménorrhée) dans 10 maternités étaient considérées comme candidates à l'éligibilité pour la recherche. La participation à l'étude était proposée aux femmes éligibles dans la salle d'attente des maternités par les intervenantes de l'équipe de recherche, si elles en acceptaient le principe un rendez-vous était prévu pour présenter plus longuement la recherche. Dans le cas où la parturiente acceptait de participer, le formulaire de consentement était alors rempli et signé avec le gynécologue-obstétricien, investigateur de CAPEDP dans les centres référents, entre la 12e et la 27e semaine d'aménorrhée.
Après la naissance de l'enfant, le consentement des deux titulaires de l'exercice de l'autorité parentale était recherché pour la participation de l'enfant à la recherche (annexe 1). Pour les femmes mineures, le consentement devait également être signé par les deux détenteurs de l'autorité parentale, sauf dans le cas de femmes mineures émancipées (femmes mariées ou déclarées émancipées par le juge des tutelles (annexe 1). Dans le cas où une femme acceptait la participation à l'étude, mais le co-détenteur de l'autorité parentale la refusait pour son enfant, la femme était suivie pour l'évaluation des critères de jugement la concernant.
Dix maternités ont accepté de participer au protocole de recherche, dans les hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris : Beaujon (Clichy-la-Garenne), Louis-Mourier (Colombes), Bichat (Paris), Robert-Debré (Paris), Lariboisière (Paris), Tenon (Paris), Trousseau (Paris), Pitié-Salpêtrière (Paris), Saint-Antoine (Paris), Jean-Rostand (Ivry-sur- Seine).
Pour le sous-échantillon CAPEDP-A, lorsque l'enfant avait 12 mois, toute famille déjà incluse dans l'essai CAPEDP étaient successivement invitée à participer à CAPEDP-A.

Après avoir été informée des aspects de CAPDP-A, et si elles acceptaient de participer avec leur enfant, elles signaient un nouveau formulaire de consentement. L'inclusion s'est achevée avoir atteint les 120 mères requises. Celles-ci recevaient 50€ de compensation pour participer à CAPEDP-A.

1. Critères d'inclusion

Ont ainsi été incluses consécutivement les femmes se présentant dans les maternités participant à l'étude, acceptant de participer à la recherche (voir formulaires de consentement en annexe 1) et remplissant les critères suivants :

- domiciliées dans la zone d'intervention
- parlant suffisamment le français pour donner un consentement valide, bénéficier de l'intervention et répondre aux évaluations,
- jeunes (< 26 ans),
- nullipares (allant accoucher de leur premier enfant),
- et/ou
    - ayant un niveau d'éducation inférieur à 12 années d'études (i.e < niveau bac),
    - déclarant qu'elles élèveront l'enfant sans le père de celui-ci (défini par une question standardisée),
    - bénéficiant de la CMU (Couverture Maladie Universelle) qui correspondait à un revenu inférieur ou égal à 850 € par mois ou de l'AME (Aide Médicale d'Etat)

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- les femmes impossibles à suivre pour diverses raisons (gens du voyage non sédentarisés, réfugiés en transit, etc.),
- les femmes recevant un suivi soutenu pour une autre raison, telle qu'une pathologie nécessitant une prise en charge lourde : déficience ou maladie mentale, toxicomanie, maladie somatique avec suivi fréquent. En effet, l'inscription médico-sociale et la création d'une alliance thérapeutique étant un des objectifs principaux de l'intervention, une inscription médico-sociale déjà existante pour une autre raison aurait introduit un biais important ; certaines de ces populations sont par

ailleurs déjà ciblées dans la zone d'étude dans des programmes spécifiques (mères toxicomanes, mères présentant des troubles psychiatriques),

- refus de consentement.

ii. Randomisation

Après avoir complété le screening de base le formulaire de consentement, les sujets étaient répartis aléatoirement en un ratio de 1/1 entre le groupe bénéficiant de l'intervention CAPEDP le groupe soins comme d'habitude en utilisant une séquence de randomisation générée par ordinateur, stratifiée par centre de recrutement, avec des blocs de randomisation de 2, 4 ou 6 participants. Cette séquence était centralisée par fax à l'Unité de Recherche Clinique de l'hôpital Bichat. Les investigateurs, les psychologues intervenantes et les participantes n'étaient évidemment pas en aveugle du bras de randomisation. Cependant, en accord avec la méthodologie PROBE, les évaluatrices étaient bien en aveugles concernant l'attribution des sujets à un des deux groupes de randomisation et ni les investigateurs, ni les intervenantes, ni les participantes n'avaient connaissance, à aucun moment des résultats des évaluations.

iii. L'intervention CAPEDP

L'intervention CAPEDP avait pour but quand c'est possible d'agir sur les principaux déterminants modifiables de la santé mentale du jeune enfant, en intervenant entre le début du troisième trimestre de grossesse et les deux ans de l'enfant.

1. Formation des intervenantes

Comme expliquée précédemment, une spécificité majeure de la recherche CAPEDP est que l'intervention comme l'évaluation étaient menées par des psychologues diplômées qui ont bénéficié d'une formation complémentaire préalable à la recherche : une base concernant les réseaux médico-sociaux, les enjeux de la grossesse, la naissance, le développement de l'enfant.

Les bases théoriques de cette recherche reposaient sur les concepts de la psychologie communautaire [160], les travaux de Brazelton sur les points forts du développement [161], la guidance développementale développée par Selma Fraiberg et enfin, sur la théorie de l'attachement.

Les intervenantes s'appuyaient sur un manuel d'intervention inspiré des travaux de Weatherston sur la VAD et la supervision [54], du manuel de l'Etat de Floride, *Partners for a healthy Baby Home visiting Curriculum* [72], du manuel de *Steps Towards Effective Enjoyable Parenting* [162]. Notre manuel déterminait des objectifs spécifiques à chaque période de l'intervention (en prénatal, 0-3, 6-12, 12-18, 18-24 mois). Plusieurs chapitres étaient centrés sur la santé mentale de la mère et particulièrement sur la dépression post-natale.

Parallèlement, à cette formation théorique, des jeux de rôle réguliers ont été organisés avec la participation de l'ensemble des membres de l'équipe. Enfin, elles ont toutes été formées à l'intervention vidéoscopique à domicile [68]. Cela consistait à filmer des moments du quotidien reflétant le mode relation du jeune enfant et de ses parents (jeux libres, changes, bain, repas). On reprenait ensuite la bande avec la maman. Celle-ci pouvait, à distance, se regarder interagir avec son bébé, avec le soutien de l'intervenante. Être ensemble autour du bébé devait permettre aux parents de faire le lien entre ce qu'ils vivaient avec leur enfant et leurs propres expériences concernant l'attachement.

2. Contenu de l'intervention

L'objectif était de les aider à se focaliser sur les indices du bébé afin de renforcer tous les aspects positifs de la relation développée avec leur bébé et de les aider à approfondir leur compréhension de cette relation. L'attitude des parents n'était pas critiquée, l'accent était mis sur leur propre savoir concernant leur enfant.

Il était possible aussi de diriger l'attention du parent sur des comportements spécifiques donnant au bébé un sentiment de sécurité.

L'intervenante devait donc utiliser la vidéo pour aider la mère à :

- penser à l'enfant, à leur relation, à soi-même
- améliorer sa capacité réflexive, c'est-à-dire à tenir son enfant dans son esprit
- penser de manière plus variée.

Le programme était construit de telle manière que les psychologues devaient visiter les familles :

- 6 fois en période prénatale,
- 8 fois durant les 3 premiers mois de vie de l'enfant,
- 15 fois entre 4 et 12 mois
- et 15 fois entre 12 et 24 mois.

Le résultat était qu'un total de 44 visites était prévu pour chaque famille. Entre les visites des appels téléphoniques étaient possibles. Ce rythme de visites pouvait être modulé en fonction des besoins des familles.

3. Supervision des intervenantes

Chaque intervenante bénéficiait d'une supervision individuelle hebdomadaire avec un membre de l'équipe de psychiatres et de psychologues des intersecteurs impliqués dans la recherche CAPEDP.

Des réunions mensuelles entre superviseurs permettaient de mettre en commun les expériences de chaque superviseur et d'harmoniser le cadre de cette supervision.

L'investigateur principal était, quant à lui, le garant de la cohérence de la recherche par les réunions qu'il menait avec le groupe des intervenantes. Cette supervision, avec un contact téléphonique constamment possible, permettait de répondre aux situations d'urgence tant pour la mère que pour l'enfant : femme avec un nouveau-né sans domicile fixe, violences du compagnon, dépression pré ou post natale avec idées suicidaires, violences vis-à-vis du bébé ou d'un autre enfant dans l'entourage, toxicomanie maternelle, arrêt de traitement neuroleptique, retrait et retard psychomoteur du bébé - toutes situations que nous avons déjà eu à connaître.

L'intervention vidéo justifiait, elle aussi, un encadrement rigoureux par une psychologue spécialisée dans la théorie de l'attachement afin de maintenir les axes de travail, notamment en favorisant la sensibilité maternelle aux besoins du bébé et en identifiant les éventuels comportements désorganisants.

iv. Procédures et outils de mesure

L'évaluation de l'ensemble de la cohorte était menée par une équipe de 4 psychologues elles aussi formées (à la passation des outils de mesure) et supervisées.

6 visites d'évaluation étaient menées, à l'inclusion puis à 3, 6, 12, 18 et 24 mois de vie de l'enfant. Chaque visite menée par une équipe d'évaluatrices indépendantes de l'équipe d'intervention durait entre 1 heure et 1h30. Les évaluatrices qui constataient des situations à risque ou des problèmes significatifs aussi bien pour la mère que pour l'enfant devaient en rendre compte immédiatement à l'investigateur principal. Si celui-ci l'estimait nécessaire, les familles étaient orientées vers le service adapté.

Au premier temps de l'évaluation et à chaque autre temps si nécessaire étaient collectées des données sur :

- Les aspects socio-démographiques : âge, sexe, statut marital, ethnie, composition de la famille, composition de la famille de la mère, caractéristiques du conjoint et, si ce n'est pas le même individu du père de l'enfant, si la grossesse était désirée ou pas, le nombre d'années d'études, le dernier diplôme obtenu, le fait de travailler ou d'être au chômage, les revenus de la famille
- La santé de la mère : sa perception de sa santé, sa consommation d'alcool, de tabac, de drogues.

Des données sur les conditions de la naissance étaient aussi spécifiquement recueillies lors d'une visite à la maternité.

Certaines échelles étaient utilisées de manière répétée lors des différentes visites d'évaluation (voir annexe 2)

1. Outils de mesure des objectifs principaux

La recherche CAPEDP avait trois objectifs principaux : la santé mentale de l'enfant âgé de 2 ans et deux variables de médiation potentielles : la dépression post-natale de la mère 3 mois après la naissance de son enfant, et la qualité de l'aménagement du domicile quand l'enfant est âgé de 12 mois.

a. La santé mentale de l'enfant

Elle était évaluée avec la Child Behavior Checklist 1½ -5 (CBCL 1½ -5). Cet instrument est fréquemment utilisé pour évaluer la psychopathologie des jeunes enfants. Une étude de validation récente, dans 23 pays différents dont la France. C'est une échelle à 100 items, divisée en 7 sous-échelles syndromiques.

b. La dépression post-natale

Pour la variable "dépression post-natale" : l'Edinburgh Post-partum Depression Scale (EPDS) a été retenue. Cette échelle, habituellement administrée en auto-questionnaire [163] est la plus utilisée pour le dépistage de la dépression en post-partum. Conçue spécialement pour cette période, l'EPDS a été traduite et validée en France [164,165] comme dans de nombreux autres pays. De passation très courte (10 items, avec réponse en échelle de Likert en 4 points), l'EPDS est très fréquemment utilisée dans les études épidémiologiques. Ce n'est pas un outil diagnostique de la dépression mais, cette échelle est reconnue comme fiable pour en estimer la prévalence [87]. Le seuil reconnu comme pertinent pour identifier les dépressions en postnatal dans la validation française est

>10. Bien que spécifique au repérage de la dépression du post-partum, cette échelle a également été reconnue efficace dans le dépistage des états dépressifs en pré-partum [87,166,167]. Le seuil pertinent alors, toujours en France, est de > 11 en prénatal [166]. Un score < 8 a été retenu pour définir une très faible symptomatologie [168].

c. La qualité de l'aménagement du domicile

Pour cela, l'échelle utilisée est la Home Observation for the Measurement of the Environment (HOME). C'est une échelle bien connue, d'suage courant qui évalue la quantité et la qualité de stimulation et de soutien mis à disposition de l'enfant au domicile. Comme recommandé, la cotation était effectuée au cours d'une visite qui n'était pas exclusivement destinée à cette cotation.

2. Outils de mesure des objectifs secondaires

De nombreuses échelles sont utilisées pour les objectifs secondaires :

- la connaissance et l'utilisation du système sanitaire, éducatif et social seront, évaluées par le *Questionnaire sur les services médico-sociaux (SERVICES)*
- les connaissances sur le développement de l'enfant avec le *Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)*
- le réseau social et le soutien social perçu par les mères : *Questionnaire des réseaux et de soutien social (QSS)*
- le sentiment de compétence parentale : l'*Échelle des cognitions et conduites parentales* (*PACOTIS)*
- le développement psychomoteur de l'enfant : le *Brunet-Lézine Révisé (BL-R)*
- le retrait et les symptômes de détresse psychologique chez l'enfant à 18 mois : l'*Echelle d'Alarme Détresse Bébé (ADBB)*
- le stress parental : le *Parental Stress Inventory (PSI*)
- les symptômes de troubles psychologiques chez la mère : *Symptom Check-List (SCL-90)*
- l'inscription sociale de la mère en termes de formation et d'activité professionnelle : le *Questionnaire sociodemographique de santé*
- l'alliance de travail entre intervenante et mère (pour le groupe intervention) : le *Working Alliance Inventory (WAI)* et l'adhésion au programme
- l'attachement de la mère : Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ)

- l'attachement de l'enfant : Attachement Q-Sort (AQS), observation prolongée des relations mère-enfant à domicile.

3. Outils de mesure de CAPEDP-A

120 dyades (60 dans le groupe intervention, 60 dans le groupe contrôle) ont bénéficié d'un certain nombre d'outils d'évaluation de la qualité de l'attachement :

- la qualité de l'attachement de l'enfant avec la *Situation étrange*
- les capacités réflexives des mères vis-à-vis de leur enfant avec l'*Insightfulness Assessment*
- les comportements désorganisants des mères avec *Ambiance*

v. Analyse statistique

1. Détermination de la taille d'échantillon

Cette étude était construite pour déterminer si l'intervention CAPEDP était supérieure aux soins usuels pour les trois objectifs principaux : la diminution de la prévalence des troubles de santé mentale des enfants à 24 mois, la qualité de l'aménagement du domicile quand l'enfant est âgé de 12 mois et la diminution de la prévalence des dépressions postnatales chez la mère, au 3e mois du post-partum.

Concernant la prévention de la DPN, et en considérant que la moyenne du groupe soins comme d'habitude sera de 12.1 à l'EPDS avec un écart-type de 4.6 [164], 113 participants par groupe d'étude seraient suffisants pour détecter une diminution de 2 points à l'EPDS pour un test bilatéral avec un risque alpha de 5% et une puissance de 90%.

Pour mesurer l'acquisition des compétences parentales, le critère de jugement sera l'échelle HOME. D'après une publication portant sur une population proche de celle de notre étude [47], le score attendu dans le groupe soins usuels est de l'ordre de 25.5 et l'écart-type de 4.3. Afin de montrer une augmentation de ce score de 2 points dans le bras intervention, il est nécessaire d'inclure au minimum 99 personnes par groupe pour un test bilatéral avec un risque alpha de 5% et une puissance de 90%.

Pour mesurer la prévalence des troubles psychosociaux, la CBCL sera utilisée. Nous nous appuierons donc essentiellement sur l'échelle de troubles externalisés, troubles les plus discriminants en termes de santé mentale à 2 ans. Dans une population témoin similaire [169], le score moyen à cette échelle est 48,5 et l'écart type 8,95. Avec un test bilatéral au risque alpha de 5% et une puissance à 90%.

Pour pouvoir répondre aux trois objectifs principaux, nous prévoyons donc d'inclure 440 femmes, cet effectif permettant de tenir compte des possibles perdus de vue à 2 ans.

2. Analyses principales

L'analyse sera faite en intention de traiter : d'une part les sujets seront analysés selon leur groupe d'intervention et d'autre part les analyses principales se feront sur la totalité des sujets, y compris s'il existe des données manquantes. Le traitement des données manquantes a fait l'objet d'une attention particulière, car l'hypothèse de données manquantes aléatoirement est peu réaliste. Deux approches seront retenues : en analyse principale, la méthode du LOCF (Last Observation Carried Forward) sera appliquée et, dans un second temps, nous effectuerons une analyse de sensibilité pour étudier la robustesse de nos résultats. Diverses hypothèses de lien entre le mécanisme de perdu de vue et les scores étudiés seront explorées, l'inférence se faisant par imputation multiple.

Les différences absolues des scores à l'EPDS à 3 mois post-partum, des scores de la HOME à 12 mois de vie de l'enfant et des scores de la CBCL à 24 mois de vie ont été analysées en utilisant un test t de Student.

3. Analyses secondaires

Les données qui sont distribuées normalement sont analysées avec un test t de Student pour les données continues et avec un test de chi-2 pour les données catégorielles. Si ce n'est pas approprié, des méthodes non-paramétriques peuvent être utilisées.

Dans le groupe intervention, le nombre de visites effectuées rapportées à ce qui était planifiée doit permettre d'estimer l'adhésion au programme (plus de 5000 VAD étaient programmées).

4. Analyse des résultats de l'EPDS

Les données manquantes pour l'EPDS à 3 mois post-partum ont été traitées en usant de multiples imputations pour toutes les femmes qui ont eu au moins une visite d'évaluation durant les 12 mois après l'inclusion (analyse en intention de traiter). Pour celles qui n'ont eu aucune visite durant la première année, l'imputation concernant les données à 3 mois n'était pas possible (du fait de l'absence de données au premier temps excepté les critères d'éligibilité). Elles n'ont donc pas été incluses dans cette analyse. Bien que l'analyse des critères d'éligibilité n'ait pas permis de relever de différence entre celles-ci et celles qui ont été incluses dans l'analyse en intention de traiter, les bénéfices

de la randomisation peuvent avoir été partiellement compromis. Pou cette raison, et comme les scores moyens à l'EPDS étaient différents entre les deux groupes à l'inclusion, les analyses primaires et secondaires ont été ajustées sur les scores moyens de l'EPDS à l'inclusion avec un modèle de régression linéaire.

Finalement, les données analysées concernent 183 femmes du groupe contrôle et 184 du groupe intervention.

Pour l'analyse principale, des analyses en sous-groupes étaient prévues pour chacun des 3 facteurs de risque choisis comme critères d'inclusion (élever seule son enfant, avoir des revenus faibles, avoir un niveau d'études modeste) ainsi que le nombre de facteurs de risque à l'inclusion.

Des analyses post hoc supplémentaires ont été conduites à partir des facteurs de risque et des facteurs de protection recueillis lors de la première visite d'évaluation à domicile :

- dépression prénatale (EPDS>11)
- faible niveau de symptômes dépressifs (EPDS<8)
- grossesse non prévue
- se considérer comme pauvre
- immigrante de première génération
- consommation de tabac
- consommation d'alcool ou de drogues
- séparation des parents de la future mère alors qu'elle avait moins de 11 ans

L'impact de l'intervention sur la symptomatologie dépressive à 3 mois post-partum a été analysée pour chacun de ces sous-groupes avec les mêmes méthodes que l'analyse principale. Comme les scores de l'EPDS différaient entre les groupes au premier temps d'évaluation, ces analyses ont été ajustées avec le score EPDS avec un modèle de régression linéaire.

Les facteurs recueillis lors de la première évaluation en lien avec l'attrition à 3 mois post-partum ont été investigués avec des tests t de Student et des tests de chi-2

la différence de score entre les 2 groupes à 3 mois post-partum respectivement pour les variables continues et catégorielles.

Le logiciel SAS (version 9.2) a été utilisé pour les analyses statistiques.

7. RESULTATS DE CAPEDP

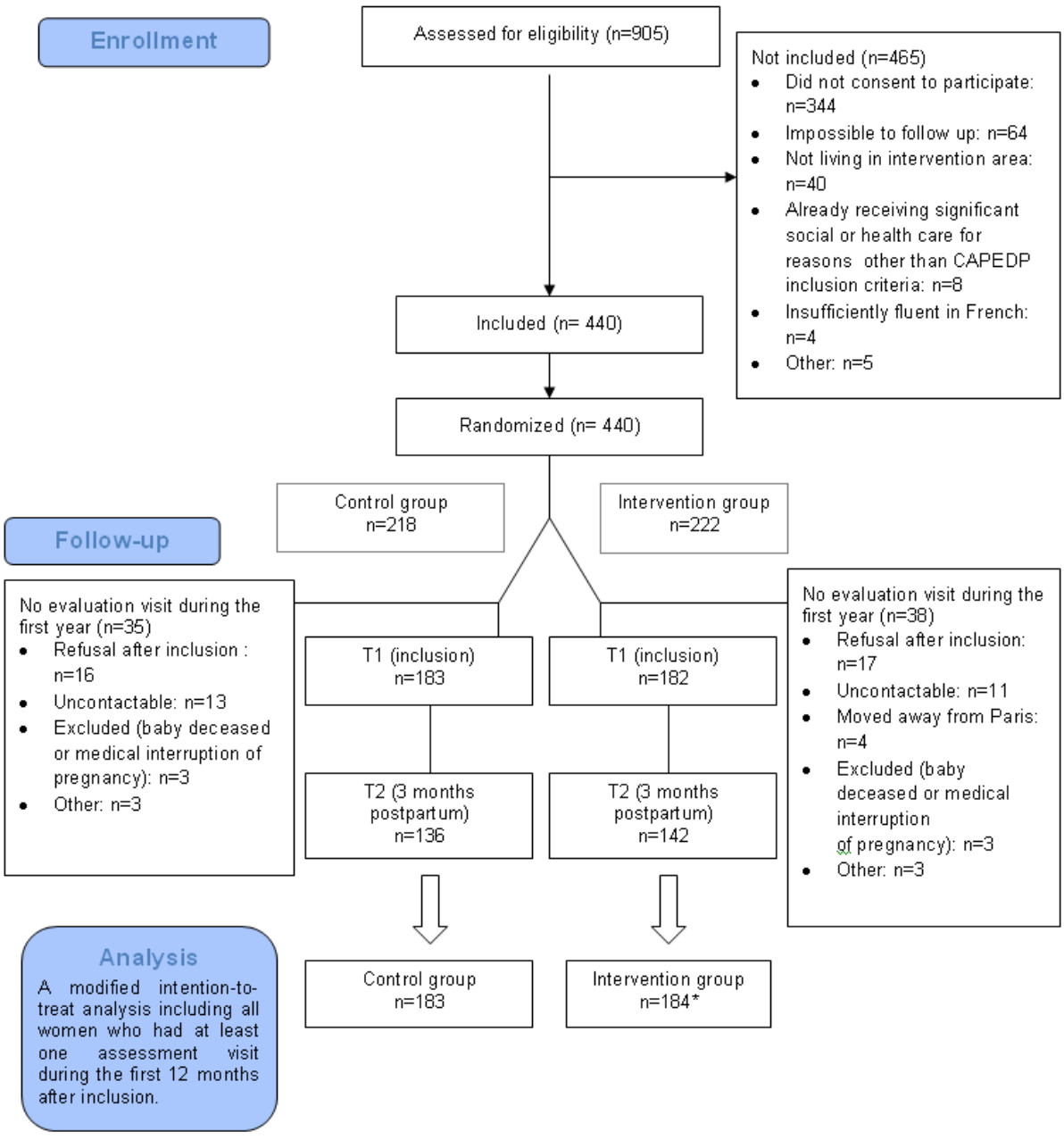
Cette section repose sur l'article :

Dugravier R, Tubach F, Saias T, Guedeney N, Pasquet B, Purper-Ouakil D, Tereno S, Welniarz B, Matos J; CAPEDP Study Group, Guedeney A, Greacen T.
Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial. *PLoS One*. 2013 Aug 19;8(8):e72216.

a. PERDUS DE VUE

440 femmes ont accepté de participer à l'étude et ont signé le formulaire de consentement.
Parmi celles-ci, 73 (16.6%) ont ensuite retiré leur consentement ont n'ont plus pu être contactée tout au long de la première année de la recherche. Ces femmes n'ont donc pas été intégrées dans l'analyse en intention de traiter de la population. Car aucune donnée n'était disponible pour elles à l'exception des données initiales de critères d'éligibilité.
Au deuxième temps d'évaluation, c'est-à-dire lorsque l'enfant est âgé de 3 mois, 88 autres femmes n'ont pas pu être évaluées. Ainsi, 36.8% des 440 femmes incluses dans l'étude ont été perdues de vue 3 mois après la naissance de leur enfant.
Lorsqu'on compare les 277 qui ont été évaluées à 3 mois et les 88 qui ne l'ont pas été, on remarque que celles qui sont encore suivies ont plus de probabilité d'avoir un seul des facteurs de risque additionnels plutôt que 2 ou 3 (p=0.0165).
Parmi les femmes avec un seul facteur de risque additionnel, seulement 18.6% ont quitté l'étude avant le troisième mois du post-partum comparativement aux 29.4% de celles qui avaient 2 ou 3 facteurs de risque.
Il n'y a aucune autre variable prénatale, même en considérant la dépression évaluée à l'inclusion avec l'EPDS, qui soit significativement associée avec l'attrition à ce deuxième temps d'évaluation.
A 18 mois de vie de l'enfant, 153 familles étaient encore suivies et évaluées.

Figure 1 : Flow Chart diagram



* One woman had her first assessment at T2; one woman at T3

b. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

L'âge moyen des 367 mères à l'inclusion était de 22.3 ans.

En ce qui concerne les facteurs de risque retenus comme critères d'inclusion :

- 307 (83.9%) avaient fait moins de 12 années d'études (et 16.7% moins de 9)
- 170 (46.8%) avaient des revenus suffisamment faibles pour bénéficier de la CMU ou de l'AME
- 99 (27.1%) déclaraient qu'elles élèveraient l'enfant seule (sans le père).

Au premier temps d'évaluation, durant la grossesse :

- 118 (34.9%) se considéraient comme pauvres
- 161 (44.2%) étaient célibataires
- 141 (37.9%) n'avaient pas prévu leur grossesse
- 149 (40.9%) avaient déjà été enceinte au moins une fois mais ces grossesses avaient été interrompues
- 190 (52.1%) étaient des immigrantes de première génération
- 111 (32.7%) avaient des parents qui s'étaient séparés alors qu'elles avaient moins de 11 ans.

Table 1. Demographic and health characteristics of the study population (N=367)

		Missing data	Total (N=367)	Control group (N= 183)	Intervention group (N=184)	p-value
Inclusion Criteria Vulnerability Factors						
Age	Mean (std)	0 (0.0%)	22.3 (2.4)	22.2 (2.4)	22.5 (2.4)	(S) p=0.2103
Plans to raise her child without the father	Yes	2 (0.5%)	99 (27.1%)	45 (24.7%)	54 (29.5%)	(K) p=0.3041
	No		266 (72.9%)	137 (75.3%)	129 (70.5%)	
Low income (CMU/AME) *	Yes	4 (1.1%)	170 (46.8%)	87 (48.3%)	83 (45.4%)	(K) p=0.5697
	No		193 (53.2%)	93 (51.7%)	100 (54.6%)	
Low educational level (<12 years)	Yes	1 (0.3%)	307 (83.9%)	154 (84.2%)	153 (83.6%)	(K) p=0.8870
	No		59 (16.1%)	29 (15.8%)	30 (16.4%)	
Number of additional risk factors **	1	7 (1.9%)	189 (52.5%)	93 (52.0%)	96 (53.0%)	(K) p=0.8369
	2 or 3		171 (47.5%)	86 (48.0%)	85 (47.0%)	
Demographic and Health Factors						
Living situation	Couple	3 (0.8%)	203 (55.8%)	104 (56.8%)	99 (54.7%)	(K) p=0.6818
	Single		161 (44.2%)	79 (43.2%)	82 (45.3%)	
Perceives herself to be poor	Yes	29 (7.9%)	118 (34.9%)	58 (34.7%)	60 (35.1%)	(K) p=0.9451
	No		220 (65.1%)	109 (65.3%)	111 (64.9%)	
French citizenship	Yes	2 (0.5%)	211 (57.8%)	107 (58.5%)	104 (57.1%)	(K) p=0.7974
	No		154 (42.2%)	76 (41.5%)	78 (42.9%)	
Planned pregnancy	Yes	3 (0.8%)	226 (62.1%)	111 (60.7%)	115 (63.5%)	(K) p=0.5712
	No		138 (37.9%)	72 (39.3%)	66 (36.5%)	
At least one prior interrupted pregnancy	Yes	3 (0.8%)	149 (40.9%)	74 (40.4%)	75 (41.4%)	(K) p=0.8463
	No		215 (59.1%)	109 (59.6%)	106 (58.6%)	
Educational level > 9 years	Yes	2 (0.5%)	304 (83.3%)	147 (80.3%)	157 (86.3%)	(K) p=0.1286
	No		61 (16.7%)	36 (19.7%)	25 (13.7%)	
First generation immigrant	Yes	2 (0.5%)	190 (52.1%)	96 (52.5%)	94 (51.6%)	(K) p=0.8768
	No		175 (47.9%)	87 (47.5%)	88 (48.4%)	
Tobacco, alcohol or drug use during pregnancy	Yes	3 (0.8%)	94 (25.8%)	42 (23.0%)	52 (28.7%)	(K) p=0.2079
	No		270 (74.2%)	141 (77.0%)	129 (71.3%)	
Separation of parents before age 11	Yes	28 (7.6%)	111 (32.7%)	53 (32.1%)	58 (33.3%)	(K) p=0.8121
	No		228 (67.3%)	112 (67.9%)	116 (66.7%)	

Death of a parent before age 11	Yes	56 (15.3%)	36 (11.6%)	20 (12.4%)	16 (10.7%)	(K) p=0.6287
	No		275 (88.4%)	141 (87.6%)	134 (89.3%)	

* CMU (Couverture Maladie Universelle) / AME (Aide Médicale d'Etat)
** Additional risk factors: plans to raise child without child's father; low income; low educational level

c. LA DEPRESSION PERINATALE

En prénatal (au début du troisième trimestre de grossesse, La moyenne des scores à l'EPDS était de 11.1 (5.6) pour le groupe contrôle et de 10.5 (5.6) pour le groupe intervention ; la différence entre les moyennes des scores à l'EPDS était 0.63, 95% IC (0.12 ; 1.14), p=0.28

A trois mois post-partum, les moyennes des scores à l'EPDS étaient de 9.4 (5.4) pour le groupe contrôle et de 8.6 (5.4) pour le groupe intervention. La différence entre les moyennes des scores à l'EPDS était de 0.85, 95% IC (0.35 ; 1.34), p=0.18 (ajusté avec le score EPDS en prénatal, p=0.33).

A l'inclusion, 164 mères (soit 44.7%) avaient un score EPDS > 11, 86 dans le groupe contrôle (47.0%) et 78 dans le groupe intervention (42.4%)

A 3 mois post-partum, 69 mères du groupe contrôle (soit 37.7%) et 65 du groupe intervention (soit 35.3%) avaient un score EPDS>10 (p=0.64).

Table 2. Mean (standard deviation) EPDS scores during third trimester of pregnancy (baseline) and 3 months after birth.

		TOTAL (N=367)	**Control group (N=183)**	**Intervention group (N=184)**	**p-value**
	N	367	183	184	
EPDS during 3rd trimester of pregnancy	Mean (std)	10.8 (5.6)	11.1 (5.6)	10.5 (5.6)	(S) p=0.28
EPDS at 3 months postpartum	Mean (std)	9.0 (5.4)	9.4 (5.4)	8.6 (5.4)	(S) p=0.18 p=0.33*

* p-value adjusted for prenatal EPDS score

Résultats des sous-groupes

Pour les 113 femmes qui ont déclaré peu de symptômes dépressifs au troisième trimestre de grossesse (EPDS<8), la différence entre les moyennes des scores à l'EPDS (95% IC) à 3 mois post-partum entre les 2 groupes était de 1.66 (0.17 ; 3.15), p=0.18, si ajusté avec les scores EPDS en prénatal, p=0.05.

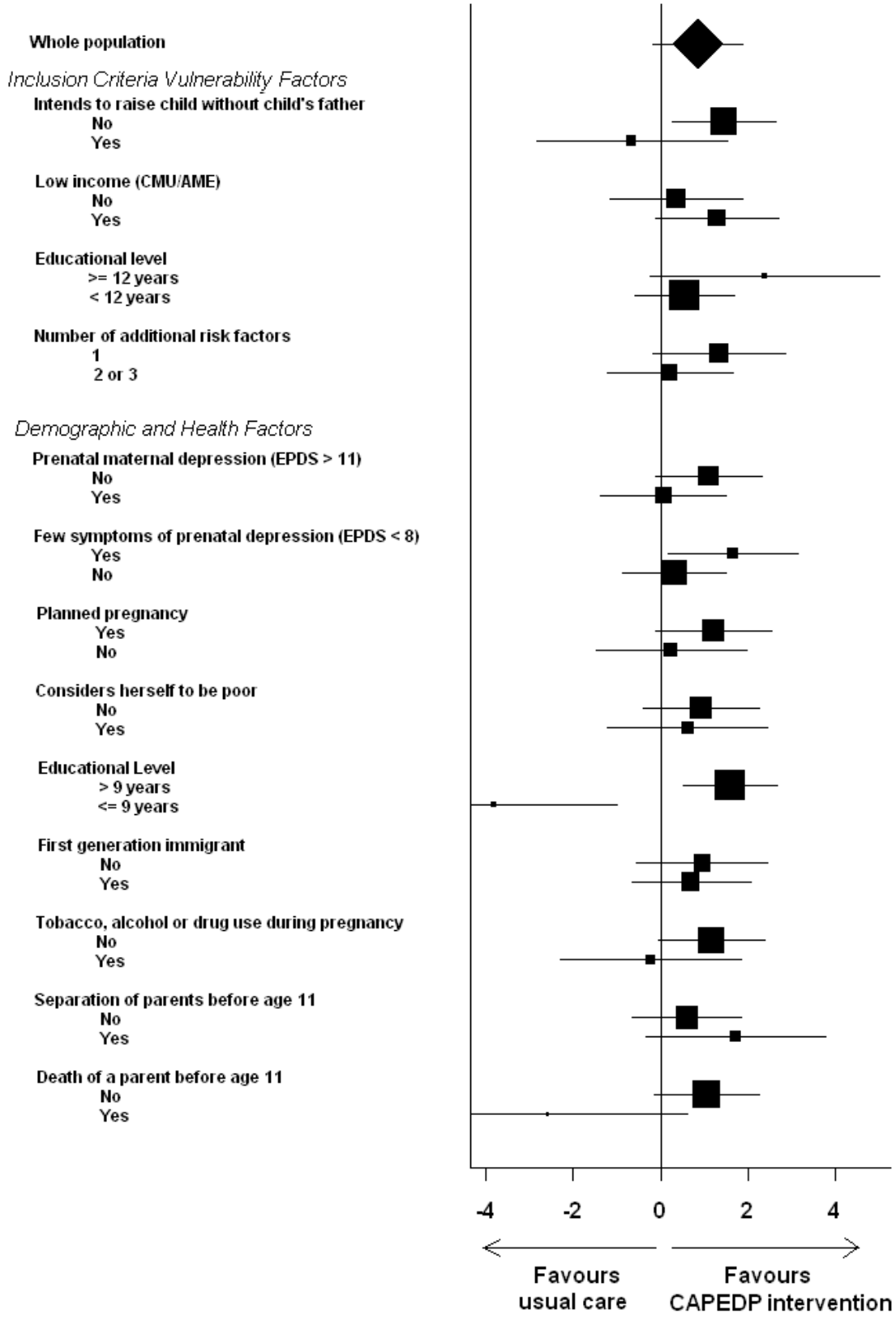
Pour les 266 femmes qui prévoyaient de ne pas être seules pour élever leur enfant, la différence entre les moyennes des scores à l'EPDS (95% IC) à 3 mois post-partum entre les 2 groupes était de 1.45 (0.27 ; 2.62), p=0.02, si ajusté avec les scores EPDS en prénatal, p=0.04.

Pour les 304 femmes qui avaient fait plus de 9 années d'études, la différence entre les moyennes des scores à l'EPDS (95% IC) à 3 mois post-partum entre les 2 groupes était de 1.59 (0.50 ; 2.68), p=0.004, si ajusté avec les scores EPDS en prénatal, p=0.05.

Des tendances similaires, même sans significativité statistique étaient retrouvées pour différents autres facteurs de vulnérabilité identifiés lors de la première visite d'évaluation.

6 visites étaient prévues en prénatal; les intervenantes ont effectué en moyenne 3.2 (2.0) visites par famille ; 8 visites étaient prévues pour les trois premiers mois post-partum, les intervenantes ont effectué en moyenne 3.7 (2.6) visites par famille. Les mères avec les scores EPDS les plus élevés à 3 mois post-partum avaient tendance à recevoir un plus grand nombre de VAD que les mères moins déprimées (p=0.053, si ajusté avec le score à l'EPDS à l'inclusion, p=0.067).

Figure 2 : différences absolues des scores de l'EPDS à 3 mois post-partum entre les deux bras de randomisation parmi les sous-groupes de vulnérabilité



8. DISCUSSION

CAPEDP est la première recherche-action de prévention en périnatalité de cette ampleur en France. Elle a permis de mesurer ce que représentait l'implantation d'un programme inspiré des modèles d'intervention menés aux États-Unis et dans d'autres pays du monde. Nous avons ici présenté les résultats concernant les effets de l'intervention à domicile sur la prévention de la Dépression Postnatale qui consistait en un des trois objectifs principaux.

Le programme de VAD mené dans CAPEDP ne s'est globalement pas avéré plus efficace plus efficace pour prévenir la DPN que le système de droit commun français.

Par ailleurs, dans cette population qui se caractérise par sa vulnérabilité psychosociale, nous retrouvons des estimations de prévalence de dépression pré et postnatale très élevées pour les deux groupes (44.7% en prénatal et 37.7% à 35.3% en postnatal).

Néanmoins, les analyses post hoc nous permettent de dégager quelques pistes. En effet, il en ressort qui si ce mode d'intervention peut être utile, cela concerne les femmes les moins vulnérables de notre cohorte.

Un autre aspect important à discuter concerne les perdus de vue qui représentent tout de même 36.8% de la cohorte 3 mois après la naissance.

Ces résultats de recherche nous conduisent à envisager de nouvelles formes d'intervention. A cet égard, nous avons entrepris au cours de la même période que la recherche CAPEDP de mener un groupe d'analyse des pratiques avec une dizaine de puéricultrices de secteur, c'est-à-dire travaillant exclusivement à domicile. Celles-ci étaient venues en faire la demande au responsable de l'intersecteur car elles percevaient qu'un nombre non négligeable de familles qu'elles rencontraient à domicile présentait des vulnérabilités voire des troubles psychiques structurés. Ces puéricultrices insistaient sur leur manque de formation aux enjeux des troubles de santé mentale des parents et s'inquiétaient de comment permettre à ces mêmes familles d'accéder aux services de psychiatrie infanto-juvénile.

Nous pensons qu'il est possible de proposer un mode d'intervention qui réconcilierait la recherche-action basée sur des modèles éprouvés, structurés et les pratiques cliniques plus dépendantes des initiatives locales.

a. LIMITES DE LA PREVENTION DANS LES PROGAMMES DE VAD

Ainsi, l'intervention CAPEDP ne paraît pas efficace pour prévenir la DPN. Pourtant, elle semblait correspondre aux recommandations de la littérature de se sur les femmes les plus vulnérables [141,142], sachant que les études qui proposent une intervention universelle se sont avérées décevantes [130,131,137].

1. Les limites des interventions avec des objectifs multiples

Mais, si prévenir la DPN était un objectif principal de CAPEDP, cela n'était qu'un aspect d'une intervention multifocale : la santé de la mère, la santé de l'enfant, le soutien social, l'utilisation des services médicaux et sociaux, etc. Le risque était alors que les intervenantes perdent de vue les objectifs spécifiques. C'est d'ailleurs un aspect qui ressort de l'étude qualitative reposant sur les notes des intervenantes au cours de leurs VAD (105 familles tirées au sort). Les intervenantes devaient décrire la situation de la famille à cette période, les sujets abordés ainsi que la tonalité de la relation. Le travail auprès des familles paraît envahi par les problématiques sociales au détriment des problématiques de santé des mères [170].

Ce constat rejoint celui de la plupart des programmes de VAD multifocaux (santé de la mère et de l'enfant, retour à l'emploi, reprise des études) destinés aux jeunes enfants et à leurs parents tels que *Early Head Start*, *Nurse Family Partnership*, *Parents As Teachers*, *Healthy Families Alaska*, *Hawaii Healthy Start Program* et *Healthy Families New York.* Ceci s'explique par divers aspects [80] :

- les intervenantes ne sont habituellement pas entraînées comme des professionnels de santé mentale,
- les programmes sont surtout centrés sur l'éducation au développement de l'enfant, sur l'information, sur le lien avec les autres services plutôt que sur les symptômes dépressifs,
- ces programmes ont des objectifs multiples, ambitieux, et ne se consacrent pas assez aux besoins en santé mentale des mères.

Ainsi, s'il y a un consensus sur l'utilité et la nécessité de promouvoir les interventions à domicile en particulier parce qu'elles permettent d'atteindre des familles qui ne demanderaient pas d'aide autrement, les résultats peuvent être modestes. Si, souvent, ces interventions font évoluer les attitudes et les représentations parentales, il est plus

difficile de montrer leur efficacité sur des indicateurs de santé spécifiques comme les maltraitances infantiles ou la dépression maternelle [17]. Les promoteurs de ces programmes s'engagent maintenant tous dans des études coût-efficacité et là encore les résultats sont contrastés ; si NFP est un investissement rentable, cela paraît moins évident pour HFA et *Early Head Start*.

2. Le choix de psychologues comme intervenantes

Nous avons choisi de recruter des psychologues comme intervenantes dans CAPEDP plutôt que des infirmières pour mener les VAD car nos objectifs principaux concernaient la santé mentale des mères et des enfants de notre cohorte. De plus, le système de VAD est déjà bien développé sur le territoire français avec les puéricultrices de PMI. Ce choix de recruter des psychologues comme intervenante est une spécificité de CAPEDP, les études préventives reconnues recrutant plutôt des infirmières, des travailleurs sociaux ou des bénévoles. Nous pensions aussi qu'une solide formation de 3 ans centrée sur les problématiques de santé mentale était une valeur ajoutée pour l'efficacité de notre intervention. Toutes ont en plus bénéficié d'une formation initiale de 2 semaines avec un module de 2 heures consacré à la dépression postnatale. Les intervenantes s'appuyaient aussi sur un manuel d'intervention avec plusieurs chapitres centrés sur la santé mentale de la mère et particulièrement sur la DPN. Les intervenantes avaient pour objectif de rechercher avec les mères les signes de dépression et de proposer une orientation service spécialisé le cas échéant. Chaque semaine durant 1 heure, elles pouvaient reprendre les situations cliniques qui les concernaient avec leur superviseur.

Pourtant, toujours dans l'analyse qualitative [170], lorsqu'on reprend leurs notes, le thème de la dépression n'apparaît pas comme une priorité aussi bien en prénatal que durant les 3 premiers mois de vie de l'enfant. Ainsi, la fidélité aux objectifs du programme en ce qui concerne la dépression semble bien être passée au second plan, après les questions pratiques et matérielles et ceci, alors même que les femmes les plus déprimées avaient reçu plus de VAD que les autres. Il ne semble donc pas que le recrutement de psychologues dans CAPEDP ait été une valeur ajoutée aussi bien pour identifier les symptômes de dépression que pour en organiser la prise en charge quand cela s'avérait nécessaire.

3. Des perspectives pour prendre en charge la DPN dans ces études préventives destinées aux familles multi-risques

Après maintenant plus de 25 ans de recul sur ces programmes de VAD pour les familles à problèmes multiples, il apparaît que ce mode d'intervention ne permet pas de modifier les trajectoires dépressives des mères concernées. Plus encore, la dépression maternelle représenterait un obstacle à ce que ces études soient menées à bien et saperait les potentiels effets bénéfiques des VAD, les mères en raison de leur état psychique ayant plus de difficultés à s'engager et à rester concernées par les objectifs de ces recherches [143,171].

Si on veut prendre en charge le dépression post-natale de manière efficace dans le cadre de VAD à objectifs multiples il paraît donc plus approprié de former des intervenants de première ligne à identifier les symptômes de la DPN. C'est alors que l'on peut proposer une intervention centrée sur la DPN par professionnels spécifiquement formés ; des sages-femmes ou des infirmières dans les dépressions légères ou modérées ou des psychologues. Cette proposition va dans le sens des recommandations récentes [149,158].

C'est le modèle proposé en Louisiane d'un « NFP augmenté » [172], avec une formation intensive des infirmières aux enjeux de santé mentale et un consultant en santé mentale dans l'équipe. Celui-ci soutient les infirmières à partir de reprises de cas et il se rend parfois au domicile pour observer et intervenir si nécessaire. Cette étude se poursuit mais l'échantillon de familles recruté est trop faible à ce jour pour en obtenir des résultats significatifs.

b. LA PREVALENCE DE LA DPN DANS LES PROGRAMMES DESTINES AUX FAMILLES VULNERABLES

Les prévalences estimées de dépression prénatale et postnatale sont particulièrement élevées (respectivement 44.7% et 36.5%) mais sont comparables à ceux des autres programmes d'intervention dans les populations à risque [173] : 28.5% d'un échantillon de femmes intégrées dans le *Healthy Families America Program* ; 57.2% du groupe intervention et 58.1% du groupe contrôle dans le programme *Early Head Start*, et une

autre étude menée à Akron, Ohio en 1995 retrouvait une prévalence en prénatal de 24.5% et de 23.4% en postnatal parmi une population de femmes urbaines pauvres.
La décroissance des taux de prévalence estimées ressemble à ce qui est décrit dans les études d'intervention mais aussi à l'évolution naturelle des symptômes dépressifs de la période périnatale.
Tous ces résultats sont difficiles à synthétiser en raison de la diversité des approches [115] : nombre et temps d'évaluation, âge à l'inclusion, nombre d'enfants, diversité géographique et culturelle. Mais certains éléments sont convergents : toutes ces études rapportent des niveaux élevés de dépression (28.5 à 61%). Plus on répète les mesures, plus les taux augmentent avec des femmes qui se déprime pendant le programme. Plusieurs études identifient un sous-groupe de mères (25% à peu près) qui présentent une symptomatologie persistante. La dépression est très fréquente dans ces programmes de l'inclusion à la fin des études.

Les critères de vulnérabilité retenus comme conditions d'inclusion dans l'étude CAPEDP (isolement, faible niveau d'études, faibles revenus) nous permettaient aussi d'anticiper des taux si importants car ils recoupent les facteurs de risque reconnus de dépression post-natale [80]. Plusieurs méta-analyses [97,105,174] ont permis d'isoler des FDR associés fortement ou modérément comme nous l'avons déjà vu dont certains qui correspondent à la cohorte de CAPEDP comme la dépression et l'anxiété durant la grossesse, les évènements de vie stressants, les relations de couple de mauvaise qualité, un soutien social insuffisant, de faibles revenus, un faible niveau d'éducation.

c. LES PERDUS DE VUE

Une des limites de la recherche CAPEDP consiste en la proportion importante de perdus de vue (36.8% de la cohorte alors que l'enfant a 3 mois). Nous n'avons pas retrouvé de facteur de risque spécifique, que ce soit la dépression prénatale ou les problèmes socio-économiques, qui explique cette attrition. Néanmoins, les femmes qui cumulaient les facteurs de risque avaient plus tendance à quitter la recherche. Ceci doit mis en perspective avec les autres programmes de VAD qui doivent, eux aussi, lutter pour inclure les familles, les impliquer et les garder.
Ainsi, 20 à 67% des familles enrôlées dans ces études les quittent avant la fin [11]. Par exemple, dans le programme *Hawaii Healthy Start*, cette attrition variait selon les lieux

d'implantation de 38 à 64% lors de la première année. De même le programme HFA New York a perdu 50% de sa cohorte un an après le début [175].

Nous retrouvons donc des proportions assez similaires et tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le maintien des familles dans la recherche est un enjeu essentiel. Plusieurs motifs peuvent expliquer ces défections. Toutes ces interventions reposent sur des visites régulières et certaines familles peuvent se retrouver débordées par les multiples tâches à accomplir. Un autre motif serait que ces programmes ne répondraient pas aux préoccupations principales des familles concernées. Ainsi, avant même de s'interroger sur l'efficacité de ces interventions, il serait utile de mesurer ce pourquoi les familles se sentent impliquées et sont satisfaites de ce qui leur est proposé. C'est ce que défend Korfmacher qui a longtemps travaillé sur le programme NFP et qui s'intéresse maintenant plus à l'implantation de ce type de programmes et aux facteurs en jeu dans la poursuite ou non de l'intervention [52,176].

Enfin, la question déjà abordée de la méfiance de familles ayant souvent des histoires très lourdes faites d'expériences souvent décevantes avec les institutions ne doit pas être négligée. C'est le problème récurrent des familles à problèmes multiples avec lesquelles il est déjà nécessaire de faire la preuve de son engagement et de se centrer sur le développement d'une alliance solide.

Dans CAPEDP, les familles qui continuaient à participer bénéficiaient en moyenne de 52.3% des VAD programmées ce qui est comparable à ce qu'on retrouve dans les autres programmes où la moitié des visites prévues initialement (indépendamment du rythme prévu dans chaque programme) sont effectuées. Par exemple, dans le programme *Hawaii Healthy Start*, les familles encore engagées après 1 an ont bénéficié de 42% des VAD prévues. Ce schéma semble tellement répété quelles que soient les études qu'il faut le prendre en compte comme un élément important de ce type d'étude, les familles ne semblant pas vouloir ou pouvoir s'en tenir au rythme prévu par les responsables de la recherche.

Par contre, nous devons rappeler les spécificités françaises pour discuter de l'attrition dans la recherche CAPEDP. Les familles aux États-Unis sont souvent placées devant l'absence d'alternative. Ou elles adhèrent au programme proposé ou elles se débrouillent par elle-même. En France, le système de droit commun principalement incarné par la PMI et les services de psychiatrie est varié et accessible à tous. Les familles qui ont quitté CAPEDP pouvaient demander soutien et appui à ces différents

services. Il y a donc moins d'enjeu à se désengager d'une recherche telle que CAPEDP. Les familles concernées savent qu'elles pourront trouver une aide gratuite quelle que soit leur situation sociale.

d. RECONCILIER DEUX APPROCHES DES VAD : DE LA PMI AUX PROGRAMMES BASES SUR LES PREUVES

A la même période que la recherche CAPEDP, une dizaine de puéricultrices de PMI d'un même territoire sont venues nous solliciter afin d'animer un groupe d'analyse des pratiques. Toutes travaillaient exclusivement à domicile et se retrouvaient souvent confrontées à des parents présentant des troubles psychiques. Elles s'interrogeaient sur la qualité des interactions de ces parents avec leur enfant et se demandaient comment les adresser dans le service de pédopsychiatrie. Dans le cadre du groupe, les situations cliniques évoquées étaient toutes anonymes et les démarches à entreprendre restaient du ressort de l'équipe de PMI. Par contre, cela permettait de travailler sur ce qui était observé à domicile et sur les représentations des puéricultrices dans cette pratique si spécifique.

Nous avons perçu ainsi que le cadre de l'intervention à domicile de ces professionnelles était très large et parfois imprécis. Elles étaient souvent partagées entre la nécessité de forger une alliance avec les familles qu'elles rencontraient pour la première fois et leur conviction que, la plupart du temps, elles ne verraient ces familles qu'une seule fois. Ce qui rejoint les quelques données issues des enquêtes sur la PMI où l'on retrouve un nombre conséquent de VAD mais pour une moyenne de 1.56 par [177]

De même, elles étaient souvent écartelées entre être soutenantes pour ces familles et évaluer les situations relevant de la protection de l'enfance. Elles évoquaient souvent un sentiment de solitude, leur plainte concernant aussi des objectifs très larges, trop généralistes (« le soutien à la parentalité »). Elle semblaient avoir du mal à déterminer les priorités de leurs actions et à clairement différencier ce qui relevait de leurs attributions ou pas. Ainsi, un petit nombre de familles, en raison des inquiétudes qu'elles suscitaient et de l'ampleur de la problématique les accaparaient tout particulièrement.

Le retour d'expérience de l'équipe ayant implanté NFP en Louisiane est à ce titre assez instructif. A partir d'entretiens avec les infirmières impliquées dans ce programme NFP, ils relèvent qui si ces infirmières sont bien formées à identifier les besoins de santé de la

mère et de l'enfant, ce ne sont pas des professionnelles de santé mentale. Elles ont, par contre, l'expérience de familles complexes et savent comment les guider. Or, le modèle NFP centré sur la relation avec la famille comme facteur de changement, la fréquence et l'intensité des visites, les stratégies d'intervention s'apparenteraient plus à un modèle psychothérapeutique que médical. Alors que ces infirmières pensaient se focaliser sur la santé de la mère et de l'enfant, elles n'avaient pas imaginé devoir « guider les familles pour prendre le bus » ou « négocier avec l'école pour garder une adolescente enceinte » Au début, elles considéraient que cela dépassait leurs attributions et finalement elles se sont aperçues que c'était souvent un passage obligé pour, accéder aux familles qui éprouvaient ainsi l'engagement des professionnelles [159]. Autant de problèmes qui furent évoqués aussi bien par les puéricultrices du groupe d'analyse des pratiques que par les intervenantes de CAPEDP.

On retrouve, ici, un dénominateur commun, la nécessité d'une approche ouverte et d'un ajustement des objectifs selon les besoins de la famille : « L'infirmière s'appuie sur des théories et des protocoles mais le mode d'intervention se structure à partir des interactions entre l'infirmière et la famille [178]. Mais, il paraît nécessaire de garder en tête des objectifs précis, de se donner les moyens de les évaluer et de déterminer si ces objectifs sont atteints.

C'est pour tenter de répondre à ces problématiques récurrentes de santé mentale lors des VAD destinées aux familles les plus vulnérables que l'équipe de Louisiane a monté le programme « NFP augmenté » précédemment évoqué.

Quant à nous, forts de cette expérience clinique et des données de la recherche CAPEDP, nous avons souhaité développer une nouvelle intervention. Celle-ci prend en compte une des limites de CAPEDP, à savoir que, malgré la philosophie originelle du projet, il s'est mis en place en supplément de ce qui existait dans le service de droit commun plutôt que d'être implanté à l'intérieur même de ce dispositif.

Le projet PANJO (promotion de la santé et de l'attachement de nouveau-nés et de leurs jeunes parents) repose sur la participation active de divers territoires de PMI et de pédopsychiatrie dès l'origine. L'objectif est de proposer un modèle d'intervention structuré mené par les puéricultrices de PMI qui consisterait systématiquement en 6 VAD en prénatal et durant les 6 premiers mois de vie de l'enfant destiné à un groupe femmes déterminé (de jeunes femmes qui être seules pour élever leur enfant). Cela pourrait se poursuivre par 6 autres VAD entre 6 et 12 mois. Les puéricultrices

s'appuieront sur un manuel d'intervention à domicile reposant en particulier sur la théorie de l'attachement. Les puéricultrices bénéficieront de supervisions régulières qui seront assurées par divers professionnels selon les caractéristiques du territoire. Pour la plupart, ce seront les intersecteurs de pédopsychiatries qui assumeront cette tâche. C'est un aspect important car un des enjeux est de faciliter l'accès des patients aux soins psychiques quand cela s'avèrera nécessaire. PANJO est cours d'implantation sur 5 territoires en France (Paris, banlieue, province).

Le but de cette recherche, plus que d'en mesurer l'efficacité sur des indicateurs de santé spécifiques (même si des évaluations de la dépression maternelle seront réalisées) et d'évaluer comment des équipes de PMI peuvent s'approprier un manuel centré sur les problématiques précoces des interactions et comment une intervention relativement codifiée (le rythme des visites pendant une période déterminée) les aide à donner un cadre à leur intervention.

CONCLUSION

La recherche CAPEDP, première étude française randomisée contrôlée de prévention en périnatalité reposant sur des VAD menées par des psychologues, s'est avérée très ambitieuse aussi bien par son ampleur que par ses objectifs multiples. Il ne faut pas négliger qu'elle s'est aussi implantée dans un contexte très différent des études princeps menées aux Etats-Unis car, en France, de nombreuses familles bénéficient de VAD menées par des puéricultrices sous l'égide de la PMI qui couvre tout le territoire. Par contre, il n'existe que très peu d'études sur la PMI et son efficacité en ce qui concerne la prévention des troubles des interactions parent-enfant ainsi que dans le dépistage des troubles psychiques des parents et en particulier de la dépression postnatale.

Nous n'avons pas pu démontrer que l'intervention CAPEDP était plus efficace que les services de droit commun pour prévenir la DPN parmi les femmes à haut risque psychosocial hormis pour certains sous-groupes de notre cohorte alors même que nous avions chois de recruter des psychologues comme intervenantes.

Néanmoins, des analyses sont en cours concernant les effets de l'intervention CAPEDP sur la santé mentale de l'enfant et particulièrement l'attachement de l'enfant. Il reste d'ailleurs encore beaucoup de pistes à explorer des données recueillies au cours de 6 ans de la recherche CAPEDP. Nous avons bon espoir que ces données montrent l'utilité de cette intervention très soutenue pour les enfants concernés.

Enfin, il semble temps de réconcilier des pratiques qui peuvent paraître initialement très divergentes, à savoir l'activité de la PMI destinée à l'ensemble de la population avec des objectifs extrêmement larges et les programmes d'intervention structurés basés sur des manuels d'intervention destinés à des populations spécifiques. Il paraît nécessaire de poursuivre cette dimension de recherche-action en s'appuyant sur les institutions déjà en place et les professionnels qui la composent ; ces recherches-action donneraient ainsi un cadre plus précis aux actions entreprises par la PMI ce qui soutiendrait les professionnels et permettrait de mieux mesurer les effets de ces actions.

9. BIBLIOGRAPHIE

1. Goodman SH, Brand, S. (2008) Psychopathology in parents: Clinical issues for children and adolescents. In: Hersen M, Gross, A.M., editor. Handbook of Clinical Psychology: John Wiley and Sons.
2. WHO (2003) Caring for children and adolsecents with mental disorders. Geneva: Setting WHO directions.
3. Olds D, Eckenrode, J., Henderson, CR., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P.;Pettitt, LM., Luckey, D. (1997) Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. JAMA 278: 637-643.
4. Nagin D, Tremblay, RE. (2001) Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. Archives of General Psychiatry 58: 389-394.
5. Earls F, Jung, KG. (1987) Temperament and home environment characteristics as causal factors in the early development of childhood psychopathology. Journal of the American Adademy of child and adolescent psychiatry 26: 491-498.
6. Pawlby S, Sharp, D., Hay, D., O'Keane, V. (2008) Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. Journal of affective disorders 107: 241-245.
7. Hay D, Pawlby, S., Angold, A., Harold, GT., Sharp, D. (2003) Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. Development and Psychopathology 39: 1083-1094.
8. Olds D (2006) The Nurse-Family Partnership: an evidence-based preventive intervention. Infant Mental Health Journal 27: 5-25.
9. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Jr., Smith E, Olds DL, et al. (2000) Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. JAMA 284: 1385-1391.
10. Olds D, Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J. (1997) Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. J Community Psychol 25: 9-25.
11. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE (1999) Home visiting: recent program evaluations - analysis and recommendations. The Future of Children 9: 4-26.
12. Azzi-Lessing L (2001) Home-visitation programs: critical issue and future directions. Early Childhhod Research Quarterly 26: 387-398.
13. Kahn J, Moore, KA, Haven, N. (2010) What works for home-visiting programs: lessons from experimental evaluations of programs and intervention. Child Trends Fact Sheet: 1-33.
14. Gomby D (2007) The promise and limitations of home visiting: implementing effective programs. Child Abuse & Neglect 31: 793-799.
15. Bilukha O, Hahn, RA., Crosby, A., Fullilove, MT., Liberman, A., Moscicki, E., Snyder, S., Tuma, F., Corso, P., Schofield, A., Briss, PA. (2005) The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. American Journal of Preventive Medecine 28: 11-39.
16. Geeraert L, Van den Noortgate W, H. G, P. O (2004) The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis. Child Maltreatment 9: 277-291.

17. Howard KS, Brooks-Gunn J (2009) The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. Future Child 19: 119-146.
18. Sweet MA, Appelbaum MI (2004) Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. Child Dev 75: 1435-1456.
19. Astuto J, Allen, L., Susman, SG., Meadow, E., Sherrod, L., Bornstein, MH., McCabe, MA. (2009) Home visitation and young children: an approach worth investing in? . Publication of the Society for Research in Child Development. 3-6 p.
20. Tubach F, Greacen, T., Saias, T., Dugravier, R., Ravaud, P., Tereno, S., Tremblay, R., Falissard, B., Guedeney, A. (2012) A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. BMC Public Health 12.
21. Boris N, Larrieu, JA., Zeanah, PD., Nagle, GA., Steier, A., McNeill, P. (2006) The process and promise of mental health augmentation of nurse home-visiting programs: Data from the Louisiana Nurse–Family Partnership. Infant Mental Health Journal 27: 26-40.
22. Coldefy M, Salines, E., (2004) Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités. Etudes et résultats: DREES.
23. Greacen T, Guedeney, A., Haddad, A. (2004) Santé mentale du jeune enfant: prévenir et intervenir: ERES.
24. Vozari A (2011) les ambivalences de l'intervention sociale en direction des familles. La Protection Maternelle et Infantile entre "protection de l'enfance" et "soutien à la parentalité": Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. 101 p.
25. Hassani A, Letoret, A., Morellec, J. (2009) Protection maternelle et infantile : De la promotion de la santé à la protection de l'enfance: Berger-Levraut.
26. Collet M, Vilain, A. (2012) Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8) - validité 2008 et 2009. Sources et méthodes 27.
27. Zleitlin J (2009) Surveillance et évaluation de la santé périnatale en Île-de-France à partir des certificats de sante. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire: INVS.
28. Mauffroy C (2006) Quand la PMI se rend à domicile. Une puéricultrice témoigne. Informations sociales 4: 92-98.
29. Jourdain-Menninger D, Roussille, B., Vienne, P., Lannelongue, C. (2006) Etude sur la Protection Maternelle et Infantile - Rapport de synthèse.
30. DASES75 (2003) La santé de la mère et de l'enfant à Paris. Evolution 1980-2002. Paris.
31. Conseil.économique.social.et.environnemental (2013) La protection maternelle et infantile.
32. Jourdain-Menninger D, Guichard, F., Long, R. (2007) Mission d'étude relative à la politique départementale de protection maternelle et infantile. Département de Paris.
33. ORS (2010) Premiers certificats de santé des enfants nés en 2010 et domiciliés en France. Île de France.
34. Ikounga Ngoma GP, Brodin, M. (2001) Les certificats de santé: intérêt et limites. Médecine & enfance 21: 478-482.
35. Cour.des.comptes (2012) La politique de périnatalité: l'urgence d'une remobilisation. Paris.
36. Renaud-Yang M (2005) Dépression maternelle postnatale. Evaluation d'une recherche-action en PMI, 2005 [médecine]. Nice: Nice-Sophia-Antipolis.

37. Disnan G, Alvarez, L. (2010) Adaptation du cadre des psychothérapies parents/bébé aux nouvelles connaissances en psychopathologie périnatale. La psychiatrie de l'enfant 53: 115-166.
38. Lamour M, Barraco, M. (2003) Approche à domicile et travail en réseau dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles. Spirale 25: 117-132.
39. Diatkine R Familles sans qualités: les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples. Psychiatrie de l'enfant 22: 237-273.
40. David M, Lamour, M., Kreilser, L. (1984) Recherches sur les nourrissons des familles carencées. Psychiatrie de l'enfant 27: 175-222.
41. Lebovici S (1987) L'enfant de mère marginale ou exclue. In: Manciaux M, editor. L'enfant et sa santé. Paris: Doin.
42. Greenspan S, Wieder, S., Lieberman, A. et al. (1987) Infants in multirisk families: case studies in preventive intervention.; Press IU, editor.
43. Stoleru S, Morales-Huet, M. (1990) Psychothérapie mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. Devenir 20.
44. Stoleru S, Morales-Huet, M. (1989) Psychothérapie mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. Paris.
45. Lamour M (2010) Parents défaillants, professionnels en souffrance. yapakabe. Bruxelles.
46. Fraiberg S (1999) Fantômes dans la chambre d'enfant; PUF, editor. Paris.
47. Armstrong RT, Fraser, J., Dadds, M. (1999) A randomized controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. Journal of Paediatrics and Child Health 35: 237-244.
48. Japel C (2008) Risques, vulnérabilité et adaptation : les enfants à risque au Québec. Choix IRPP 14.
49. Laporte A (2010) SAMENTA. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-De-France.
50. Morales-Huet M (1996) Psychothérapies mère-bébé à domicile. Traitements de dyades mère-enfant à risques et inaccessibles aux soins en institution. Devenir 8: 7-41.
51. Tamaki A (2008) Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. Int J Ment Health Nurs 17: 419-427.
52. Korfmacher J (2002) le sens caché des programmes de prévention précoce. Devenir 14: 363-375.
53. Lieberman AF, Silverman, R., Pawl, J. (2000) Infant -parent psychotherapy: core concepts and current approaches. Dans C. J. ZEANAH, Handbook of Infant Mental Health (2nd edition) (éd. The Guilford Press). New-York/London. In: Zeanah CJ, editor. Handbook of Infant Mental Health New-York/London.: The Guilford Press.
54. Weatherston D (2003) La santé mentale du nourrisson : une revue de la littérature. Devenir 15: 49-83.
55. Cazenave M (2007) Une thérapie mère-bébé dans le XVIIIe arrondissement de Paris : intervention et prévention. Devenir 19: 327-373.
56. Mc Donough S (1993) Interaction guidance : Understanding and treating early infant-caregiver relationship diturbances. Guilford Press. In: Zeanah CJ, editor. Handbook of infant mental health. New York: Guilford Press.
57. Heinicke CM, Ponce, V.A. Relation-Based Early Family Intervention, In D. Cichetti & S.L. Toth (Eds.) Rochester Symposium on Developmental Psychopathology Vol. 9: Developmental Approaches to Prevention and Intervention, 1999; 153-193.

(1999) Relation-Based Early Family Intervention In: Cichetti D, Toth, L. , editor. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology Vol 9: Developmental Approaches to Prevention and Intervention. pp. 153-193.
58. Jardin F, Rebillaud, B. (2006) L'Unité de soins spécialisés à domicile pour jeunes enfants. Devenir 18: 139-145.
59. Emde R (1988) Development terminable and interminable. Innate and motivational factors from infancy. The International journal of psycho-analysis 69: 23-42.
60. Bowlby J (1988) A secure base; Books B, editor. New York.
61. Lamour M, Barraco, M. (1999) Souffrances autour du berceau: des émotions aux soins. Paris: Gaëtan Morin.
62. Korfmacher J, Green, B., Spellmann, M. (2007) The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. Infant Mental Health Journal , 28 (5), 459-480. Infant Mental Health Journal , 28 (5), 459-480 28: 459-480.
63. Bordin E (1979) The generalizibility of the psychoanalytic concept of the Working Alliance. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 16: 252-259.
64. Dozier M, Lomax, L., Tyrrell, C., & al. (2001) The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. Attachment and Human Development 3: 62-76.
65. Bowlby J (1977) The making and breaking of affectional bonds. Some principles of psychotherapy. British Journal of Psychiatry , 130, 421-431. British Journal of Psychiatry 130: 421-431.
66. Ainsworth MD (1969) Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. Child Dev 40: 969-1025.
67. Solomon J, George, C. (1999) The caregiving system in mothers of infants: A comparison of divorcing and married mothers. Attachment and Human Development 1: 171-190.
68. Mc Donough S (2000) An approach for difficult-to-engage families. In: Zeanah CJ, editor. Handbook of Infant Mental Health (2d edition) New-York, London: The Guilford Press. New York, London: The Guilford Press.
69. Mc Donough S (1993) Interaction guidance : Understanding and treating early infant-caregiver relationship diturbances. In: Zeanah CJ, editor. Handbook of infant mental health. New-York: Guilford Press. pp. 414-426.
70. Bowlby J (1969) Vol. 1 of Attachment and loss : Attachment. New York: Basic Books.
71. Ainsworth MD, Blehar, M., Waters, E., Wall S. (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
72. Osofsky J, Kronenberg, M., Hayes Hammer, J., Lederman, C., Adams, S., Graham, M., Hogan, A. (2007) The development and evaluation of the intervention model for the Florida Infant Mental Health Pilot Program. Infant Mental Health Journal 28: 1-22.
73. George C, Solomon, J. (1996) Representational models of relationships: links between caregiving and attachment. . Infant Mental Health Journal 17: 198-216.
74. George C, Solomon, J. (1999) The caregiving Behavioral system. In: Cassidy J, Shaver, P., editor. Handbook of attachment Theory, research, and clinical implications. New-York, London: Guilford Press. pp. 649-670.
75. Houzel D (1994) Les applications thérapeutiques de l'observation directe dans le champ de la psychiatrie. Devenir 2: 74-86.
76. Olds DL, Henderson, C. R., Jr., Chamberlin, R., Tatelbaum, R. (1986) Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics 78: 65-78.

77. Duggan A, Windham, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Rohde, C., Buchbinder, S., Sia, C. (2000) Hawaii's Healthy Start Program of home visiting for at-risk families: evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. Pediatrics 105: 250-259.
78. DuMont K, Mitchell-Herzfeld S, Greene R, Lee E, Lowenfels A, et al. (2008) Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: effects on early child abuse and neglect. Child Abuse Negl 32: 295-315.
79. Daro DA, & Harding, K. A. (1999) Healthy families America: Using research to enhance practice. Future Child 9: 152-178.
80. Ammerman RT, Putnam, F.W., Bosse, N.R., Teeters, A.R., Van Ginkel, J.B. (2010) Maternal depression in home visitation: a systematic review. Aggressive and Violent Behavior 15: 191-200.
81. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, et al. (2000) Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. Arch Dis Child 82: 443-451.
82. Marcus SM, Heringhausen, J. E. (2009) Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. Prim Care 36: 151-165, ix.
83. Field T (2010) Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. Infant Behav Dev 33: 1-6.
84. Murray L, Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., Cooper, P. (2011) Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 50: 460–470.
85. Gavin NI, Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005) Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstetrics & Gynecology 106: 1071-1083.
86. Josefsson A, Sydsjo G (2007) A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. Arch Womens Ment Health 10: 141-145.
87. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 323: 257-260.
88. Pitt B (1968) "Atypical" depression following childbirth. Br J Psychiatry 114: 1325-1335.
89. O'Hara MW, & Swain, A.M. (1996) Rates and risk of postpartum depression: A meta analysis. International Review of Psychiatry 8: 37-54.
90. Marcus S, Heringhausen, J. (2009) Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. Primary Care 36.
91. Manzano J, Righetti-Veltema, M. et Conne Perreard, E. (1997) Le syndrome de dépression du pré-partum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. Psychiatrie de l'enfant 40.
92. Victoroff V (1952) Dynamics and management of para partum neuropathic reactions. Diseases of the Nervous System 13: 291-298.
93. Miller LJ (2002) Postpartum depression. Journal of the American Medical Association 287: 762-765.
94. Kumar R (1994) Postnatal mental illness: a transcultural perspective. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 29: 250-264.
95. Sutter A, Leroy, V., Dallay, D., Bourgeois, M. (1995) Post-partum blues et dépression post-natale: étude d'un échantillon de 104 accouchées. Annales médico-psychologiques 153: 414-417.

96. Guédeney A, Bungener, C. et Widlocher, D. (1993) Le post-partum blues: une revue critique de la litterature. Psychiatrie de l'enfant 36: 329-354.
97. Beck C (2001) Predictors of Postnatal Depression: An Update. Nursing Research 50: 275–285.
98. Whiffen VE (1988) Vulnerability of postpartum depression: a prospective multivariate study. . Journal of Abnormal Psychology 97: 467-474.
99. Fitch K (2002) The influence of culture and social support on postpartum depression. . Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering 63: 2580.
100. Cooper P, Murray, L. (1998) Postnatal depression. British Medical Journal 316: 1884-1886.
101. Gaillard A, Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keita, H., Dubertret, C. (2014) Predictors of postpartum depression: prospective study of women followed during pregnancy and postpartum. Psychiatry Research 215: 341-346.
102. Mahon PB, Payne JL, MacKinnon DF, Mondimore FM, Goes FS, et al. (2009) Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. Am J Psychiatry 166: 1229-1237.
103. Meltzer-Brody S (2011) New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. Dialogues Clin Neurosci 13: 89-100.
104. Yim I, Glynn, LM., Dunkel-Schetter, C., Hobel, CJ., Chicz-DeMet, A., Sandman, C A. (2009) Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. Archives of General Psychiatry 66: 162–169.
105. O'Hara MW, Swain, A.M. (1996) Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. International Review of Psychiatry 8: 37-54.
106. Milgrom J, Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., Buist, A. (2008) Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. Journal of affective disorders 108: 147-157.
107. Ross LE, Campbell, V. L., Dennis, C. L., Blackmore, E. R. (2006) Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. Canadian Journal of Psychiatry 51: 704-710.
108. Bocognano A, Dumesnil, S., Frerot, L., Grandfils, N., Le Fur, P., Sermet, C. (1999) Santé Soins et Protection Sociale en 1998. Paris: CREDES.
109. Saïas T, Greacen, T., Brengard, D., Lejoyeux, M., Bourdais, M. (2008) Troubles de santé mentale, recours aux soins et au soutien social chez une population vulnérable: l'exemple des centres maternels de Paris. L'Encéphale 34: 584-588.
110. Kovess V, Lesage, A., Boisguerin, B., Fournier, L., Lopez, A. et Ouellet, A. (2001) Planification et Evaluation des besoins en Santé Mentale. Comite de la sante mentale du Québec et direction generale de la santé. Paris.
111. Lorant V, Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach Delie, J. et Ansseau, M. (2007) Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. British Journal of Psychiatry 190: 293-298.
112. Segre L, Losch, M. et O'Hara, M. (2006) Race/Ethnicity and Perinatal Depressed Mood. Journal of Reproductive and Infant Psychology 24: 99–106.
113. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A (2008) The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. BJOG 115: 1043-1051.

114. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F (2006) Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. Arch Womens Ment Health 9: 273-278.
115. Mayberry L, Affonso, D. (1993) Infant temperament and postpartum depression: a review. Health care for women International 14: 206-211.
116. Société.Canadienne.de.Psychiatrie. (2004) La dépression de la mère et le développement de l'enfant. Paediatrics and Child Health 9: 589-598.
117. Weinberg MK, Tronick EZ (1998) The impact of maternal psychiatric illness on infant development. J Clin Psychiatry 59 Suppl 2: 53-61.
118. Murray L, Trevarthen, C. (1986) The infant's role in mother-infant communications. J Child Lang 13: 15-29.
119. Cohn JF, Tronick EZ (1983) Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. Child Dev 54: 185-193.
120. Nadel J (2001) Chercher l'enfant, trouver l'humain. Enfance 53: 67-74.
121. Hippwell AE, Goosens, F.A., Melhuish, E.C., Kumar, R. (2000) Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. Developmental Psychopathology 12: 157-175.
122. Brandi R (2008) Application of attachment theory to maternal unresponsiveness: A model program for postpartum depression. Dissertations Abstract International 68: 62-90.
123. Murray D (1992) The impact of postnatal depression on child development. Journal of Child Psychology & Psychiatry 33: 543-561.
124. Shaw DS, Vondra, I.J. (1995) Journal of Abnormal Child Psychology 23: 335-357.
125. Luoma I, Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., Almqvist, F. (2001) Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40: 1367-1374.
126. Murray L, Cooper, P. (1997) Effects of postnatal depression on infant development. Arch Dis Child 77: 99-101.
127. Cummings EM, Davies, P.T. (1994) Maternal depression and child development. Journal of Child Psychology & Psychiatry 35: 73-112.
128. Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ (2007) Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. J Affect Disord 97: 145-154.
129. Gunlicks ML, Weissman MM (2008) Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 47: 379-389.
130. Boath E, Bradley, I., & Henshaw, C. (2005) The prevention of postnatal depression: A narrative systematic review. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 26: 185-192.
131. Chabrol H, Callahan, S. (2007) Prevention and treatment of postnatal depression. Expert Review of Neurotherapeutics 7: 557-576.
132. Dennis CL (2005) Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. BMJ 331: 15.
133. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP (2013) Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 33: 1205-1217.
134. Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J (2000) Promoting secure attachment, maternal mood and child health in a vulnerable population: a randomized controlled trial. J Paediatr Child Health 36: 555-562.
135. Dennis CL (2004) Preventing postpartum depression part I: A review of biological

interventions. . Canadian Journal of Psychiatry 49: 467–475.
136. Dennis CL (2004) Preventing postpartum depression part I: A critical review of nonbiological interventions. Canadian Journal of Psychiatry 49: 526–538.
137. Dennis CL (2005) Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. British Medical Journal 331.
138. Barnes J, Senior R, MacPherson K (2009) The utility of volunteer home-visiting support to prevent maternal depression in the first year of life. Child Care Health Dev 35: 807-816.
139. Morrell CJ, Spiby, H., Stewart, P., Walters, S., Morgan, A. (2000) Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. BMJ 321: 593-598.
140. Wiggins M, Oakley A, Roberts I, Turner H, Rajan L, et al. (2005) Postnatal support for mothers living in disadvantaged inner city areas: a randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health 59: 288-295.
141. Chabrol H, Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roger, B., & Mullet, E. (2002) Prevention and treatment of post-partum depression: A controlled randomized study on women at risk. Psychological Medicine 32: 1039–1047.
142. Zlotnick C, Johnson, S.L., Miller, I.W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001) Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. . American Journal of Psychiatry 158: 638–640.
143. Administration.on.Children.Youth.and.Families (2002) Making a difference in the lives of children and families: The impacts of Early Head Start Programs on infants and toddlers and their families.; Services. DoHaH, editor. Washington, DC.
144. Olds DL (2002) Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. Prevention Science 3: 153-172.
145. Zigler E, Pfannenstiel, J. C., & Seitz, V. (2008) The parents as teachers program and school success: A replication and extension. Journal of Primary Prevention 29: 103-120.
146. Duggan A, Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., McFarlane, E., Windham, A., et al. (2004) Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. Child Abuse & Neglect 28: 623-643.
147. Mitchell-Herzfeld S, Izzo, C., Greene, R., Lee, E., & Lowenfels, A. (2005) Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First year program impacts. Healthy Families New York. Albany, NY.
148. Duggan A, Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., Crowne, S. (2007) Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. Child Abuse & Neglect 31: 801-827.
149. Schreiber LM (2007) Home visitation and domestic violence, substance abuse and mental health challenges: A preview of emerging data. IMprint, 49(22–24). IMprint 49: 22-24.
150. Leis JA, Mendelson, T., Tandon, S. D., Perry, D. F. (2009) A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. Arch Womens Ment Health 12: 3-13.
151. Fortney J, Rost K, Zhang M (1998) A joint choice model of the decision to seek depression treatment and choice of provider sector. Med Care 36: 307-320.
152. Miranda J, Azocar F, Komaromy M, Golding JM (1998) Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics. Am J Obstet Gynecol 178: 212-217.

153. Lumley J, Austin, M. P., Mitchell, C. (2004) Intervening to reduce depression after birth: a systematic review of the randomized trials. Int J Technol Assess Health Care 20: 128-144.
154. Hobfoll SE, Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R., Cameron, R.P (1995) Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63: 445-453.
155. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B (1997) A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. BMJ 314: 932-936.
156. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL (1989) Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. BMJ 298: 223-226.
157. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H (2003) Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. Br J Psychiatry 182: 412-419.
158. O'Hara (2009) Post-partum depression: what we know. Journal of clinical psychology 65: 1258-1269.
159. Zeanah L, Larrieu, J., Boris, N. (2006) Nurse home visiting : perspectives from nurses. Zeanah, L., Larrieu, J., Boris, N., IMHJ, 2006). Infant Mental Health Journal , 28 (5), 459-480 27: 45-54.
160. Rappaport J (1987) Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology 15: 121-148.
161. Brazelton T (1992) Touchpoints : Emotional and behavioral development: Addison-Wesley Publishing company, Inc.
162. Development CfEEa (2009) Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting (STEEP™) Manual. Minneapolis: University of Minnesota.
163. Cox J, Holden, JM., Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale British Journal of Psychiatry: 782-786.
164. Guedeney N, Fermanian, J., Guelfi, J.D., Delour, M. (1995) Premiers résultats de la traduction de l'EPDS sur une population parisienne. A propos de la validation et de la traduction de l'EPDS. Devenir 7: 69-92.
165. Guedeney N, Fermanian, J. (1998) Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. European Psychiatry 13: 83-89.
166. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal, N.M.C., Golse, B. (2005) Validation of the Edinburgh post-natal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. Archives of Women's Mental Health 8: 89-95.
167. Murray D, Cox, J. (1990) Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). J Reprod Infant Psychol 8: 99-107.
168. Verkerk G, Pop, V., Van Son, M., Van Heck, G. (2003) Prediction of depression in the postpartum period: a longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. Journal of affective disorders 77: 159-166.
169. Capron C Validation de la Child Behaviour Checklist (CBCL 1 1/2-5) auprès d'une cohorte d'enfants scolarisés en région Languedoc-Roussillon.
170. Saïas T, Lerner, E., Greacen, T., Simon-Vernier, E., Emer, A., et al. (2012) Evaluating Fidelity in Home-Visiting Programs a Qualitative Analysis of 1058 Home Visit Case Notes from 105 Families. PLoS ONE.

171. Stevens J, Ammerman ,R., Putnam, F., Gannon, T., Van Ginkel, J (2005) Facilitators and Barriers to Engagement in Home Visitation: A Qualitative Analysis of Maternal, Provider and Supervisor Data. Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma 11: 75-93.
172. Boris N, Zeanah, P., Nagle, G., Steier, A., McNeill, P. (2006) The process and promise of mental health augmentation of nurse-home visiting programs: data from the Louisiana Nurse-Family Partnership. Infant Mental Health Journal 27: 26-40.
173. Mayberry L, Horowitz, JA., Declercq, E. (2007) Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2years postpartum. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 36: 542-549.
174. Robertson E, Grace, S., Wallington, T., Stewart, D. (2007) Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. General Hospital Psychiatry 26: 289-295.
175. DuMont K, Mitchell-Herzfeld, S., Greene, R., Lee, E., Lowenfels, A., Rodriguez, M., Dorabawila, V. (2008) Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: effects on early child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect 32: 295-315.
176. Korfmacher J, Green, B., Saerkel, F. (2008) Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. Child Youth Care Forum 37.
177. Jourdain-Menninger D, Roussille, B., Vienne, P., Lannelongue, C. (2006) Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de synthèse. 489 p.
178. Hanks C, Smith, J. (1999) Implementing nurse home visitation programs. Public Health Nursing 16: 235-245.

10. ANNEXES

Annexe 1a : Formulaires d'information et de consentement des participantes

Formulaire d'information et de consentement pour une personne participant à une recherche biomédicale Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience **Etude CAPEDP Consentement pour la mère**

Les pages de ce document doivent être numérotées (1/nombre total de pages), paraphées par le médecin investigateur et les personnes donnant leur consentement ; la dernière page doit être datée et signée par ces mêmes personnes.

Le docteur (1)....., médecin investigateur, m'a proposé de participer à la recherche biomédicale intitulée " Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience " (CAPEDP). Le médecin m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et bien compris les informations suivantes : La grossesse et les deux premières années de la vie du bébé sont une période essentielle pour le développement de l'enfant. La mère a souvent besoin d'information et de soutien pour faire face aux questionnements et aux problèmes et élever son enfant – plus particulièrement si c'est son premier enfant, si elle est jeune et si elle a d'autres défis à relever en même temps. Le but de cette recherche est d'évaluer l'effet d'un programme d'aide supplémentaire pour ces mères, fait de visites régulières à domicile par des intervenantes formées aux enjeux de la petite enfance. Il s'agit dans cette recherche de comprendre de quelle manière ce programme d'aide peut favoriser la création de relations solides entre la mère et son enfant, et si ce soutien diminue le risque pour la mère de se sentir triste après la naissance, et s'il aide à consolider le développement et la santé mentale de l'enfant. 440 jeunes femmes enceintes de leur premier enfant, toutes habitant Paris et la petite couronne, participeront à cette étude. Elles entreront dans l'étude avant le dernier trimestre de grossesse. Pour savoir si cette aide est utile pour le développement psychologique de l'enfant et la santé de la mère, deux groupes de mères seront comparés. Le premier groupe a accès aux soins usuels, la maternité, la PMI, les services sociaux, le personnel des haltes-garderies et des crèches et recevra six visites à domicile par l'équipe d'évaluateurs. L'autre groupe bénéficiera, en plus des soins habituels ci-dessus, du programme d'aide fait de visites à domicile : tous les 10 à 15 jours pendant les 6 premiers mois puis toutes les 3 semaines jusqu'aux 18 mois de l'enfant et 1 fois par mois entre les 18ème et 24ème mois de l'enfant. Lors de ces visites, l'intervenante me proposera de discuter de l'évolution de ma grossesse, puis de celle de mon enfant, des choses agréables ou moins agréables, des difficultés qui pourraient survenir. Des moments plus informatifs pourront également m'être proposés. Les visiteurs sont des psychologues, femmes, formées spécialement à ce type d'intervention, qui travaillent avec les spécialistes de la petite enfance

C'est un tirage au sort qui décidera dans quel groupe je serai (soins comme d'habitude ou programme d'aide).

Dans les deux groupes, chaque femme aura une visite à domicile vers le 7e mois de grossesse, un appel téléphonique après l'accouchement, puis d'autres visites à domicile aux 3e, 6e, 12e, 18e et 24e mois de l'enfant pour faire des observations et répondre à des questionnaires sur sa santé et celle de son enfant. Chaque visite durera de 60 à 90 minutes environ. Les évaluateurs ne connaîtront pas le groupe dans lequel j'ai été tiré au sort. Je m'engage à ne pas lui révéler.

Bien évidemment, je pourrai interrompre les visites si je le souhaite.

En tout, l'étude durera pour moi 32 mois maximum.

Il n'y a pas de prise de sang ni d'examen physique (en dehors de ceux habituellement pratiqués), ni pour moi ni pour mon enfant.

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, promoteur de cette recherche biomédicale a contracté une assurance conformément aux dispositions législatives, garantissant sa responsabilité civile et celle de tout intervenant

auprès de la compagnie Gerling France, 111 rue de Longchamp, 75116 Paris, par l'intermédiaire de BIOMEDIC INSURE (02 97 69 19 19) courtier en assurances. Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité Consultatif de Protection des Personnes participant à une Recherche Biomédicale de Paris Saint-Louis, le .....

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris me propose de participer, un traitement informatique de mes données personnelles et de celles de mon enfant va être mis en oeuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui m'a été présenté.

A cette fin, les données médicales me concernant et les données relatives à mes habitudes de vie ainsi que, mes origines ethniques ou des données relatives à ma vie personnelle ainsi que les données concernant mon enfant qui sont nécessaires à la recherche seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code et mes initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification. Je dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Je peux également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix à l'ensemble de mes

données médicales en application des dispositions de l’article L. 1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s’exercent auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Le fichier informatique utilisé pour la recherche a fait l’objet d’une autorisation auprès de la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés en application des articles 40-1 et suivants de la loi “ informatique et libertés ”.
J’ai bien noté que pour pouvoir participer à cette recherche je dois être affiliée à ou bénéficier d’un régime de sécurité sociale. Je confirme que c’est bien le cas.
Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes mes questions, j’accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci-dessus. Je suis parfaitement consciente que je peux retirer à tout moment mon consentement à participer à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec le médecin investigateur qui me proposera, si je le souhaite et si besoin, une autre prise en charge.
Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire au Dr. Antoine GUEDENEY (n° de téléphone : 01 42 55 03 09).
Si je le souhaite, à son terme, je serai informée par l’investigateur qui recueille mon consentement des résultats globaux de cette recherche.
Mon consentement ne décharge en rien l’investigateur et le promoteur de l’ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.
L’investigateur : Fait à .....
Nom, prénom :
le.....Personne donnant le consentement : Fait à ....., le ..... Nom, prénom :
Signature Ce document est à réaliser en 3 exemplaires originaux, dont l’un doit être gardé 15 ans par l’investigateur, un autre remis à chaque personne donnant son consentement et le dernier transmis au promoteur.
Signature
236

Annexe 1b : Formulaire d'information et de consentement 2

Formulaire d'information et de consentement pour une personne participant à une recherche biomédicale

Etude CAPEDP : Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience – **Etude ancillaire : ATTACHEMENT MERE-ENFANT**

Les pages de ce document doivent être numérotées (1/nombre total de pages), paraphées par le médecin investigateur et les personnes donnant leur consentement ; la dernière page doit être datée et signée par ces mêmes personnes. Nous participe à la recherche biomédicale intitulée "Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience (CAPEDP)", qui évalue l'impact d'un programme d'aide supplémentaire pour les jeunes mères, constitué de visites régulières à domicile par des intervenantes formées aux enjeux de la petite enfance.

Le docteur (1)....., médecin investigateur, m'a proposé de participer, avec notre enfant, à une recherche d'évaluation biomédicale supplémentaire intitulée " Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience **Etude ancillaire Attachement Mère-Enfant** ".

Le médecin nous a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser que notre enfant et nous-même participions à cette recherche.

Afin d'éclairer ma décision, nous avons reçu et bien compris les informations suivantes : Entre le 12e et le 15e mois, cent femmes avec leur enfant, sélectionnés au hasard parmi les 440 femmes de l'étude principale, participeront si elles le souhaitent, à un entretien consistant en une évaluation supplémentaires nécessitant de se déplacer à l'Université de Bichat, à la Porte de Saint-Ouen. Nous avons été sélectionnés pour être invités, avec notre enfant, à participer à cette évaluation supplémentaire. Elle est composée d'une introduction et de courts épisodes (de 3 minutes) de séparations brèves de l'enfant de sa mère ainsi que de mise en situation avec une personne inconnue de lui. Il s'agit d'observer comme l'enfant s'adapte à ces différentes situations.

Il n'y a pas de prise de sang ni d'examen physique, ni pour nous ni pour notre enfant. Tout frais lié à ce déplacement nous sera remboursé.

L'évaluation en question dure environ soixante minutes. Bien évidemment, nous pourrons interrompre cette évaluation si nous le souhaitons.

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, promoteur de cette recherche biomédicale a contracté une assurance conformément aux dispositions législatives, garantissant sa responsabilité civile et celle de tout intervenant auprès de la compagnie Gerling France, 111 rue de Longchamp, 75116 Paris, par l'intermédiaire de BIOMEDIC INSURE (02 97 69 19 19) courtier en assurances.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité Consultatif de Protection des Personnes participant à une Recherche Biomédicale de Paris Saint-Louis, le .....

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris nous propose de participer, un traitement informatique de nos données personnelles et de celles de notre enfant va être mis en oeuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui nous a été présenté.

A cette fin, les données médicales nous concernant et les données relatives à nos habitudes de vie ainsi que nos origines ethniques ou des données relatives à notre vie personnelle ainsi que les données concernant notre enfant qui sont nécessaires à la recherche seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code et nos initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux

237

autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, nous disposons d'un droit d'accès et de rectification. Nous disposons également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Nous pouvons également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de notre choix à l'ensemble de mes données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui nous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît notre identité. Le fichier informatique utilisé pour la recherche a fait l'objet d'une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en application des articles 40-1 et suivants de la loi " informatique et libertés ".

Nous avons bien noté que pour pouvoir participer à cette recherche nous devons être affiliés à ou bénéficier d'un régime de sécurité sociale. Nous confirmons que c'est bien le cas.

Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes mes questions, nous acceptons librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci-dessus. Nous sommes parfaitement conscients que nous pouvons retirer à tout moment mon consentement à participer à cette recherche et cela quelles que soient nos raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à nos relations avec le médecin investigateur qui nous proposera, si nous le souhaitons et si besoin, une autre prise en charge.

Nous pourrons à tout moment demander toute information complémentaire au Dr. Antoine GUEDENEY (n° de téléphone : 01 42 55 03 09).

Si nous le souhaitons, à son terme, nous serons informés par l'investigateur qui recueille mon consentement des résultats globaux de cette recherche.

Notre consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et nous

conservons tous nos droits garantis par la loi.
L’investigateur : Fait à ..... le..... Nom, prénom : Signature Signature des titulaires de l’exercice de l’autorité parentale :
Fait à
Nom, prénom : Qualité Signature
, le :
Fait à
Nom, prénom : Qualité
Signature
, le :
Ce document est à réaliser en 3 exemplaires originaux, dont l’un doit être gardé 15 ans par l’investigateur, un autre remis à chaque personne donnant son consentement et le dernier transmis au promoteur.
238

Annexe 1c : Formulaire d'information et de consentement 3

Formulaire d'information et de consentement pour une personne participant à une recherche biomédicale
Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience Etude CAPEDP Pour la femme mère mineure

Les pages de ce document doivent être numérotées (1/nombre total de pages), paraphées par le médecin investigateur et les personnes donnant leur consentement ; la dernière page doit être datée et signée par ces mêmes personnes.

Le docteur (1)....., médecin investigateur nous a proposé que notre enfant (Nom, Prénom) ..... participe à la recherche biomédicale intitulée " Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience ".

Le médecin nous a précisé que nous étions libres d'accepter ou de refuser qu'il participe à cette recherche. Afin d'éclairer notre décision, nous avons reçu et bien compris les informations suivantes :

La grossesse et les deux premières années de la vie du bébé sont une période essentielle pour le développement de l'enfant. La mère a souvent besoin d'information et de soutien pour faire face aux questionnements et aux problèmes et élever son enfant – plus particulièrement si c'est son premier enfant, si elle est jeune et si elle a d'autres défis à relever en même temps. Le but de cette recherche est d'évaluer l'effet d'un programme d'aide supplémentaire pour ces mères, fait de visites régulières à domicile par des intervenantes formées aux enjeux de la petite enfance. Il s'agit dans cette recherche de comprendre de quelle manière ce programme d'aide peut favoriser la création de relations solides entre la mère et son enfant, et si ce soutien diminue le risque pour la mère de se sentir triste après la naissance, et s'il aide à consolider le développement et la santé mentale de l'enfant. 440 jeunes femmes enceintes de leur premier enfant, toutes habitant Paris et la petite couronne, participeront à cette étude. Elles entreront dans l'étude avant le dernier trimestre de grossesse. Pour savoir si cette aide est utile pour le développement psychologique de l'enfant et la santé de la mère, deux groupes de mères seront comparés. Le premier groupe a accès aux soins usuels, la maternité, la PMI, les services sociaux, le personnel des haltes-garderies et des crèches et recevra six visites à domicile par l'équipe d'évaluateurs. . L'autre groupe bénéficiera, en plus des soins habituels ci-dessus, du programme d'aide fait de visites à domicile : tous les 10 à 15 jours pendant les 6 premiers mois puis toutes les 3 semaines jusqu'aux 18 mois de l'enfant et 1 fois par mois entre les 18ème et 24ème mois de l'enfant. Lors de ces visites, l'intervenante proposera de discuter de l'évolution de la grossesse, puis de celle de l'enfant, des choses agréables ou moins agréables, des difficultés qui pourraient survenir. Des moments plus informatifs pourront également être proposés. Les visiteurs sont des psychologues, femmes, formées spécialement à ce type d'intervention, qui travaillent avec les spécialistes de la petite enfance

C'est un tirage au sort qui décidera de l'attribution du groupe (soins comme d'habitude ou programme d'aide).

Dans les deux groupes, chaque femme aura une visite à domicile vers le 7e mois de grossesse, un appel téléphonique après l'accouchement, puis d'autres visites à domicile aux 3e, 6e, 12e, 18e et 24e mois de l'enfant pour faire des observations et répondre à des questionnaires sur sa santé et celle de son enfant. Chaque visite durera de 60 à 90 minutes environ. Les évaluateurs ne connaîtront pas le groupe dans lequel le femme enceinte aura été tirée au sort. Celle-ci s'engage à ne pas lui révéler.

Bien évidemment les visites pourront être interrompues..

En tout, le durée de participation à l'étude sera de 32 mois maximum.

Il n'y a pas de prise de sang ni d'examen physique (en dehors de ceux habituellement pratiqués), ni pour la mère, ni i pour l'enfant.

239

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, promoteur de cette recherche biomédicale a contracté une assurance conformément aux dispositions législatives, garantissant sa responsabilité civile et celle de tout intervenant auprès de la compagnie Gerling France, 111 rue de Longchamp, 75116 Paris, par l'intermédiaire de BIOMEDIC INSURE (02 97 69 19 19) courtier en assurances.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité Consultatif de Protection des Personnes participant à une Recherche Biomédicale de le .

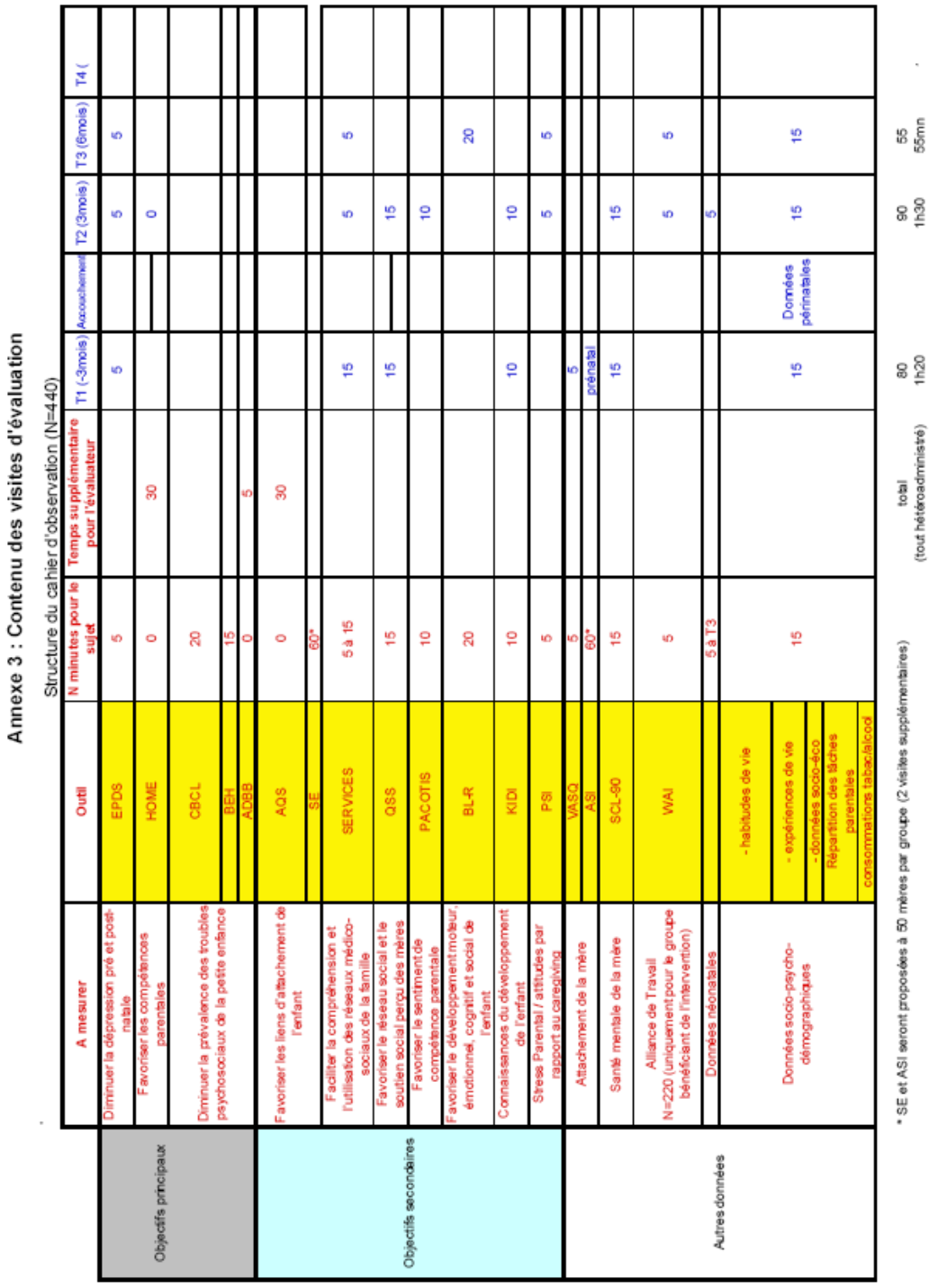
Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris me propose de participer, un traitement informatique de mes données personnelles et de celles de mon enfant va être mis en oeuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui m'a été présenté.

A cette fin, les données médicales me concernant et les données relatives à mes habitudes de vie ainsi que, mes origines ethniques ou des données relatives à ma vie personnelle ainsi que les données concernant mon enfant qui sont nécessaires à la recherche seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code et mes initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification. Je dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

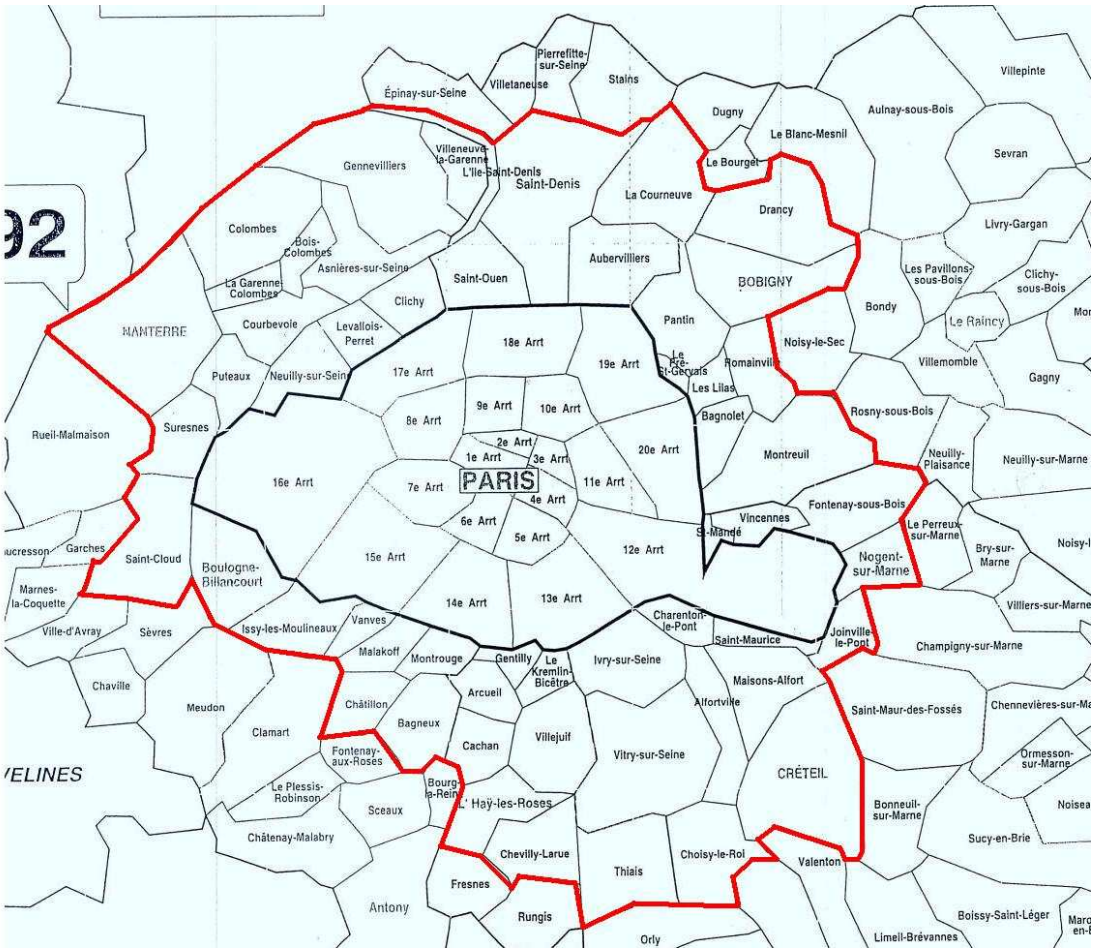
Je peux également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix à l'ensemble de mes données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité.

Le fichier informatique utilisé pour la recherche a fait l'objet d'une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en application des articles 40-1 et suivants de la loi " informatique et libertés ".
Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes nos questions, nous acceptons librement et volontairement que notre enfant participe à la recherche décrite ci-dessus. Nous sommes parfaitement conscients que nous pouvons retirer à tout moment notre consentement à sa participation à cette recherche et cela quelles que soient nos raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à nos relations avec le médecin investigateur qui nous proposera, si nous le souhaitons et si besoin, une autre prise en charge pour notre enfant.
Nous avons bien noté que pour pouvoir participer à cette recherche notre enfant doit bénéficier d'un régime de sécurité sociale. Nous confirmons que c'est bien le cas.
Nous pourrons à tout moment demander toute information complémentaire au Dr. Antoine GUEDENEY (n° de téléphone : 01 42 55 03 09).
Si nous le souhaitons, à son terme, nous serons informé (es) par l'investigateur qui recueille notre consentement des résultats globaux de cette recherche.
Notre consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et nous et notre enfant conservons tous nos droits garantis par la loi.
L'investigateur : Nom, prénom : Fait à , le : Signature
Signature des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale :
Fait à
Nom, prénom : Qualité Signature
, le :
Fait à
Nom, prénom : Qualité
Signature
, le :
240
Le consentement de l'enfant sera recherché Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.
L'enfant : Nom, prénom :
Signature
(1) Indiquer le nom, prénom, adresse, téléphone.
Ce document est à réaliser en 3 exemplaires originaux, dont l'un doit être gardé 15 ans par l'investigateur, un autre remis à la personne donnant son consentement et le troisième transmis au promoteur.

Annexe 2 : Outils utilisés par temps de mesure



Annexe 3 : zone d'étude



Annexe 4 : liste des items de l 'échelle Edinburgh Postnatal Depression Scale

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire en donnant la réponse qui vous semble la mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

1- J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.
   - ☐ Aussi souvent que d'habitude
   - ☐ Pas tout à fait autant
   - ☐ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
   - ☐ Absolument pas

2- Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir.
   - ☐ Autant que d'habitude
   - ☐ Plutôt moins que d'habitude
   - ☐ Vraiment moins que d'habitude
   - ☐ Pratiquement pas

3- Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.
   - ☐ Oui, la plupart du temps
   - ☐ Oui, parfois
   - ☐ Pas très souvent
   - ☐ Non, jamais

4- Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.
   - ☐ Non, pas du tout
   - ☐ Presque jamais
   - ☐ Oui, parfois
   - ☐ Oui, très souvent

5- Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.
   - ☐ Oui, vraiment souvent

- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non, pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

6- J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.
- ☐ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- ☐ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7- Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.
- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

8- Je me suis sentie triste ou peu heureuse.
- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

9- Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.
- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Seulement de temps en temps
- ☐ Non, jamais

10- Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Parfois

- ☐ Presque jamais
- ☐ Jamais