

Adapter l'offre de soins aux inégalités sociales et territoriales: l'intérêt des interventions à domicile comme outil de prévention

Petite enfance et inégalités sociales de santé.

Romain Dugravier, pédopsychiatre.

Centre de psychopathologie périnatale boulevard brune

Centre Hospitalier Sainte-Anne

Thomas Saïas, professeur de psychologie, UQAM

Inégalités sociales des recours aux soins

- Si la France a un système de protection sociale envié, les inégalités sociales de santé sont importantes et la prévention profite surtout aux plus aisés.
- Des inégalités qui débutent dès l'enfance.
- Les soins préventifs tendent aussi à être utilisés de manière inégalitaire

Lang, 2010

- En France, particulièrement vrai pour le recours aux soins spécialisés et le recours aux soins préventifs

Jusot,, 2010

L'exemple de l'Entretien Prénatal Précoce

- Un entretien destiné à permettre aux femmes enceintes et leur conjoint de parler de leurs difficultés, de leurs besoins; ouvrir le dialogue
- Des disparités territoriales majeures
 - Implantation
 - objectifs
- Seulement 40.3% des femmes qui en bénéficient
- Pas les femmes les plus vulnérables (Granger, 2012)

Inégalités sociales et santé durant la grossesse

- 8.9% des femmes ont ressenti un mal-être psychologique durant leur grossesse.
- Parmi celles-ci, 18.7% ont consulté un un professionnel de santé à ce sujet (principalement psychiatre ou psychologue)
- Les femmes en situation sociale défavorisée: risque accru de mal-être
- Les femmes avec de meilleures caractéristiques sociales consultaient plus facilement
- Les femmes en mauvaise santé mentale
 - Suivi prénatal moins conforme
 - Plus de complications durant la grossesse

Ibanez, Blondel et al. 2015

Inégalités sociales de santé *mentale* maternelle

Deneux-Tharau, 2015

	N	% women with a poor mental health	Adjusted OR associated to a poor mental health*	<i>p</i>
Nationality				
French	11870	8.2	1	
Other european	425	9.4	1.03 [0.73-1.46]	
North African	649	13.7	1.41 [1.10-1.82]	0.0004
Other african countries	377	21.5	1.74 [1.31-2.31]	
Other countries	272	8.8	0.93 [0.59-1.46]	
Couple situation				
Couple	12580	8.0	1	<0.0001
Single	952	20.4	2.25 [1.84-2.77]	
Level of education				
Less than secondary school	3782	12.0	1.39 [1.16-1.66]	
Secondary graduation	2699	9.7	1.27 [1.05-1.54]	0.003
Post-graduate less than 3 years	2908	7.4	1.09 [0.90-1.32]	
Post-graduate \geq 3 years or more	4153	6.6	1	
Employment during pregnancy				
Yes	9551	7.3	1	0.0001
No	3929	12.7	1.34 [1.15-1.56]	

* Adjusted on maternal age, nationality, couple situation, education level, employment, property's owner, insurance type and parity.

(Données ENP 2010, santé mentale perçue)

Différentes approches préventives

- Une offre universelle
 - Une offre identique pour tous
 - Lutte contre les discriminations
- *Mais, des soins peu intensifs et le risque que ce soient les familles en ayant le moins besoin qui en usent*
- Une prévention ciblée
 - Interventions destinées aux populations vulnérables
- *Mais, difficile d'identifier des facteurs de risque pertinents et un risque de discrimination, de de stigmatisation des familles*
- Le principe d'universalisme proportionné

L' universalisme proportionné

- Des programmes, services et politiques qui sont universels, mais selon une échelle et une intensité proportionnelles au degré de « *défavorisation* »

Marmot, 2010

- Donc, proposer un système de base auquel on adjoint des systèmes secondaires adaptés aux besoins spécifiquement exprimés
- Pas de familles difficiles mais des systèmes en difficulté (Saïas, 2015)

Les consultations et VAD de PMI

- La PMI suit
 - 18% des femmes enceintes
 - 2.8 VAD/femme en moyenne
 - 20% des enfants de 0 à 6 ans
 - 1.6 VAD en moyenne
 - Dont plus de 50% des enfants de moins d'un an
- Journal-Menninger et coll., 2006
- Mais, des disparités territoriales importantes
 - La PMI comme « variable d'ajustement » dans les territoires mal dotés.

Les VAD de PMI à Paris

- Les VAD de PMI en 2006 pour 30 000 naissances
 - 2100 femmes enceintes (7%)
 - 3.1 VAD en moyenne
 - 13275 enfants (33% des naissances)
 - 20 700 VAD
 - Soit, 1.56 VAD en moyenne par famille concernée

Jourdain-Menninger et coll., 2007

Les objectifs des VAD de PMI

- Réalisées principalement par des puéricultrices
- Parfois systématiquement proposées, elles sont « *en fait ciblées sur des critères de risque psychosociaux et médicaux* »
- Conseils et soutien ancrés dans la vie quotidienne
- *Favoriser le lien mère/enfant*
- *Prévenir la maltraitance*

Les interventions à domicile

- Un mode de réponse pour accéder aux familles qui usent peu des dispositifs de soins
- Introduction de *Psychothérapie mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples*, Stoleru et Morales-Huet, 1989
- Mais, des obstacles, particulièrement dans la période périnatale:
 - Discontinuité pré/postnatale
 - Objectifs imprécis
 - Symptomatologie masquée
 - Formation inégale des professionnels de première et de seconde ligne
 - Puéricultrices, médecins de PMI
 - Psychologues, psychiatres de maternité et de CMP

Un groupe d'analyse des pratiques avec des puéricultrices de VAD

- Une dizaine de puéricultrices d'un même territoire, particulièrement dans des quartiers défavorisés
- Un attachement au caractère universel de la PMI
- Des problématiques de santé mentale récurrentes et une demande de formation plus approfondie
- Un cadre d'intervention large, parfois imprécis, un sentiment de solitude
- Des professionnelles partagées entre:
 - La nécessité de forger une alliance avec les familles rencontrées ET La conviction que la plupart du temps elles ne les verraient qu'une fois
 - Être soutenantes ET évaluer les situations relevant de la protection de l'enfance
- Des objectifs trop généralistes, parfois imprécis (*le soutien à la parentalité*)
- Comment définir
 - les priorités
 - Ce qui relevait de leurs attributions ou non
- Un petit nombre de familles, par l'ampleur de leurs difficultés, les accaparaient

Une mise en perspective avec les programmes de VAD anglo-saxons

- Actuellement, 400 programmes en cours et 500 000 enfants concernés en Amérique du Nord
- Des financements par appels à projets de recherche
 - Protocolisés, avec un manuel d'intervention
 - Des familles caractérisées par des facteurs de risque
 - Des objectifs précis
- Et pourtant des convergences
 - Une nécessaire adaptation de leur cadre de travail; ne pas rester centré sur la santé de la mère et de l'enfant
 - Le risque du débordement professionnel
 - Un défaut de formation aux problématiques de santé mentale (Zeanah et coll., 2006)
 - L'importance du cadre de l'intervention et de la supervision
 - Nécessité d'une approche ouverte et d'un ajustement des objectifs selon les besoins de la famille (Zeanah et coll., 2006)

La recherche CAPEDP

- Antoine Guedeney comme investigateur principal
- 440 femmes recrutées en prénatal sur des critères de risque
- Un essai randomisé en simple aveugle débutant au troisième trimestre de grossesse et se poursuivant jusqu'aux deux ans de l'enfant
- VAD menées par des psychologues spécialement recrutées
- Limites : non pérenne et trop peu intégré dans les services de droit commun

Que se passe-t-il en VAD?

- Une abondante littérature sur l'efficacité des programmes de VAD (Gomby, 2005)
 - Efficaces pour divers domaines: santé de la mère, santé de l'enfant, usage des services, insertion sociale...
- Pas d'évaluation des effets des VAD en France
- Mais, on ne sait pas ce qu'il se passe durant les VAD: une boîte noire
- Développement d'un outil d'évaluation qualitatif par John Korfamcher: *Home-Visiting Program Quality Rating Tool*

Quels objectifs de prévention: *la maltraitance infantile*

- Une méta-analyse sur les programmes de prévention de la maltraitance
 - Universels
 - sur des familles à risque
 - sur des familles effectivement maltraitantes
- Sur 20 programmes, seuls 5 (25%) avaient un effet; et pas *Nurse-Family Partnership*, programme de VAD de référence
- Les interventions prodiguant seulement du soutien n'étaient pas efficaces
- Résultats prometteurs des interventions usant la vidéo-thérapie
- La durée (>6 mois et <12) et l'intensité (15-20 séances) de l'intervention jouaient un rôle
- Seules les interventions destinées à des familles effectivement maltraitantes semblaient être efficaces

Quels objectifs de prévention: *Soutenir la sensibilité parentale et la qualité de l'attachement*

- Les interventions qui définissent des objectifs spécifiques sont plus efficaces
- Les interventions de soutien à la parentalité ne suffisent pas; seules celles qui amorcent un processus thérapeutique montrent un effet
- Les programmes les plus longs ne sont pas nécessairement les plus efficaces; il semble même que les plus utiles soient brefs
- Les interventions qui débutent 6 mois après la naissance sont au moins aussi efficaces que ceux que ceux qui débutent plus précocement

Bakermans-Kranenburg, 2003

Qui est le sujet des actions de prévention?

- La PMI avec ses missions
 - L'activité de protection infantile
 - L'activité de protection maternelle

Jourdain-Menninger et coll., 2006

- Analogie avec l'organisation de la psychiatrie publique
 - Secteurs de psychiatrie générale
 - Intersecteurs de pédopsychiatrie
- *En périnatalité, notre objet, c'est le lien en construction entre l'enfant et ses parents*
- Donc, nécessité d'une coordination très structurée, de regards croisés, avec un langage commun

Deux illustrations de dispositifs permettant de lutter contre ces inégalités

- L'exemple des coordinations d'action du 14^{ème} arrondissement
- Le projet PANJO, intervenir à domicile en PMI

Organisation des soins sur le 14^{ème} arrondissement

- Une PMI bien implantée et structurée
 - Un centre de PMI départemental
 - Un centre de PMI associatif
- Une offre de VAD importante : à peu près la moitié des naissances de l'arrondissement (1643 naissances en 2013)
- Un quartier politique de la ville
- logement social: 25% des logements
- 4 maternités à proximité

Keclard et Aloui, 2016

- Une offre de soins en santé mentale riche et articulée
- Des coordinations par réunions trimestrielles entre PMI et professionnels de santé mentale
- Des réunions mensuelles entre psychiatres et pédopsychiatres
 - Le CPBB un service de pédopsychiatrie dédié à la périnatalité (CS, UDJ, équipe mobile)
- Des VAD conjointes (PMI-Psychiatrie/PMI-pédopsychiatrie/Psychiatrie-pédopsychiatrie)
- L'intérêt de la présence de puéricultrices au sein du service de pédopsychiatrie

Le projet P.A.N.J.O

- *Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents*
- Un outil de renforcement des services de PMI
- Une recherche-action centrée sur la VAD

Première phase de PANJO

- Une expérimentation pilote à l'INPES
 - Développement d'un outil et d'une formation
 - Evaluation d'implantation sur 3 CG (Loire-Atlantique, Rhône, Hauts-de-Seine)
 - Résultats très encourageants
 - Satisfaction générale
 - Outils et formations désormais stabilisés
 - ... impact désormais à mesurer auprès des familles

Qui porte ce projet aujourd'hui ?

- INPES: développement des outils et évaluation de cette 2e phase
- ANISS et PMI: implantation et coordination de la 2e phase du projet
- UQAM: recherche internationale sur les facteurs de vulnérabilité

Le dispositif PANJO

- Une formation destinée aux professionnels de PMI; se centrer sur le bébé, ses besoins et ses modes de communication
 - À la théorie de l'attachement
 - Aux enjeux de la VAD
- Un cadre d'intervention
 - Débutant en prénatal
 - Au moins 6 VAD jusqu'aux 6 mois de l'enfant
- un guide d'intervention avec divers thèmes
- Une analyse des pratiques prodiguée par les secteurs de pédopsychiatrie

Les formations

- Deux sessions de formation : pourquoi ?
 - Enjeu éthique : l'universalité de la PMI : 1^{er} temps
 - Une formation pour tous
 - Un vocabulaire commun
 - Un projet collectif
 - Enjeu des actions : renforcer les VAD : 2^e temps
- Un support commun : l'attachement

Une formation centrée sur l'observation et le soutien des interactions bébé-parents

- À chaque VAD, consacrer 20 min à l'observation du bébé et aux échanges avec les parents
- Former les professionnels de PMI à observer ces échanges par un travail à partir de vidéos
 - Sensibilité
 - Proximité
 - Engagement
 - Réciprocité
- Les puéricultrices ayant participé évoquent une nécessaire remise en question de leurs pratique

Le dispositif de VAD prévu dans PANJO

- VAD prénatales
 - 2
 - Construire (ou passer) le lien
 - Les préoccupations des parents primipares
- VAD postnatales
 - 4 jusqu'à 6 mois
 - + 6 jusqu'à 12 mois
 - En fonction des besoins/demandes des familles
 - Les « 20 minutes attachement »
- Se donner le temps de créer une alliance avec les familles pour évaluer et co-construire avec elles les réponses à leurs besoins
- Orientation vers les dispositifs collectifs des PMI voire les services spécialisés si nécessaire

L'analyse des pratiques

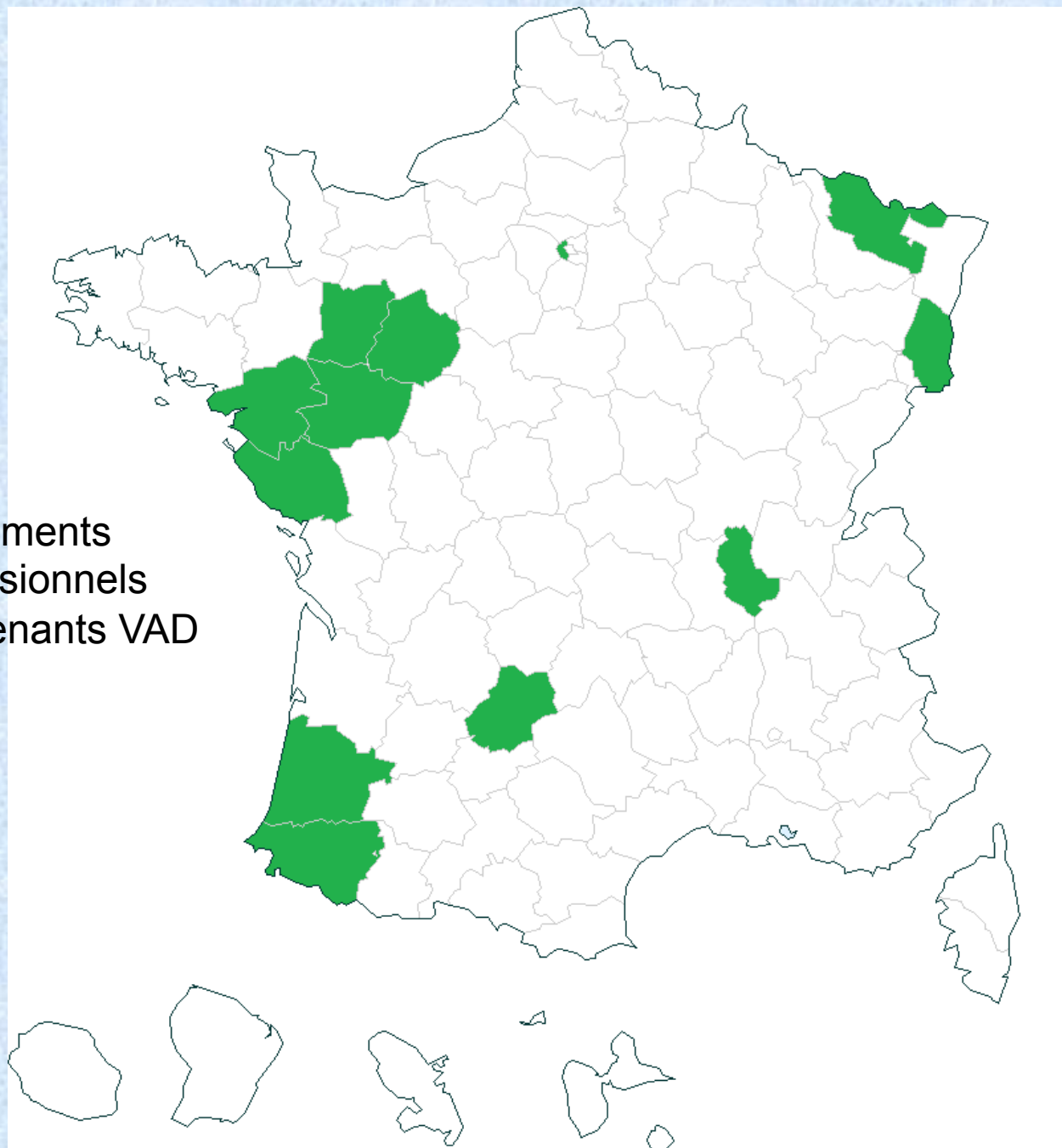
- Menée de préférence par les équipes de secteur de pédopsychiatrie
 - Pour la compétence en santé mentale
 - Pour développer un projet commun de prévention autour des VAD
- Un critère essentiel connu des projets VAD
 - Une nécessaire prise de distance
 - Un moment d'élaboration groupale
 - Pour maintenir les contacts avec les familles
- Différents dispositifs selon les départements

Premiers résultats (IFOP, 2015)

Phase 1

- Plus de 50 familles recrutées et suivies
- Des groupes de puéricultrices interrogées
 - Impliquées dans PANJO
 - Puéricultrices d'autres centres de PMI
 - Puéricultrices des DOM-TOM
- Toutes les puéricultrices interrogées soulignent que le guide
 - Peut-être un excellent support pour leur travail
 - Complet, facile d'utilisation
 - Au langage clair
 - Revalorise le travail de VAD
 - Permet de mieux se centrer sur les besoins du nouveau-né et les besoins d'attachement
 - Souligne bien l'importance de la co-construction avec les familles
- L'implantation de PANJO
 - Améliore les collaborations entre professionnels
 - Mais une vigilance reste nécessaire pour soutenir la collaboration sage-femme/puéricultrices
 - Permet de mieux anticiper et se projeter avec les familles
 - Structure l'analyse des pratiques

12 départements
260 professionnels
140 intervenants VAD



Perspectives

- Développer des dispositifs permettant une meilleure coordination entre Pmi et professionnels de santé mentale
- Promouvoir des interventions efficaces
- Le modèle des interventions vidéo
 - Le VIPP (Video-based Intervention to Promote Positive Parenting), Juffer et coll., 2007
 - La guidance interactive dans le programme CAVEAT (Schechter et Rusconi-Serpa, 2006)
- Toutes deux centrées sur la reprise de moments d'interaction parent-enfant du quotidien avec un professionnel
- À adapter en fonction des spécificités territoriales

Les interventions avec reprise vidéo

- Des interactions du quotidien filmées (soins au bébé, jeux, séparations brèves...)
- Une reprise de la vidéo avec les parents
 - Souligner les échanges de qualité
 - Qu'avez-vous pensé/ressenti durant cette séquence?
 - Et que pensez-vous de ce qu'a ressenti votre enfant?
 - Et maintenant qu'en pensez-vous
- Travail sur la Fonction Réflexive Parentale: propension du parent à s'identifier à son enfant (Fonagy et Target, 2005)
- Paraît particulièrement adapté pour les parents avec une histoire traumatique, des troubles de la personnalité qui font obstacle à de processus d'élaboration

Conclusion

- Une nécessaire convergence entre recherche-action et pratiques professionnelles en PMI
- PANJO un dispositif nourri de
 - L'expérience clinique de professionnels de terrain
 - Des données de la recherche
- Un projet de valorisation des VAD comme outil essentiel de prévention
- Développer des interventions spécifiques

Bibliographie

- Ibanez G, Blondel B, Prunet C, Kaminski M, Saurel-Cubizolles M-J. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: findings from the 2010 French National Perinatal Survey. *Revue Epidémiologique de Santé Publique*. 2015, 63(2):85-
- Lang, T. Les inégalités sociales de santé en France: portrait épidémiologique. In: Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.
- Euser, S., Lenneke, A., Stoltenborg, M., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M. a gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health*. 2015, 15: 1068
- Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull*. 2013;129:195–215.
- Juffer, F.; Bakermans-Kranenburg, MJ.; van IJzendoorn, MH. Promoting positive parenting: An attachment-based intervention. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2007
- Schechter, D., Rusconi-Serpa, S. (2014). Understanding how traumatized mothers process their toddlers; affective communication under stress: Towards preventive intervention for families at high risk for intergenerational violence. In Emde R, M Leuzinger-Bohleber (Eds). *Early Parenting Research and Prevention of Disorder: Developmental Research and Clinical Implications*. Function, London: Karnac Books