

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1574

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lola VILLETORTE

le 20 Septembre 2017

**LES VISITES A DOMICILE EN PERINATALITE :
ENQUETE AUPRES DES PUERICULTRICES DE PMI
EN HAUTE-GARONNE**

Directeur de thèse : Dr Romain DUGRAVIER
Co-Directeur de thèse : Dr Ludivine FRANCHITTO

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Madame le Professeur Charlotte CASPER	Assesseur
Madame le Docteur Ludivine FRANCHITTO	Assesseur
Madame le Docteur Anne-Laure TOUREILLE	Suppléant
Monsieur le Docteur Romain DUGRAVIER	Membre Invité
Madame le Docteur Claire BOUILHAC	Membre Invité



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUDA Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

2

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Octobre 2016

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous sommes reconnaissant de votre accompagnement, de votre soutien et de la qualité de votre enseignement tout au long de l'internat.

Nous vous remercions de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse ainsi que de m'avoir permis de poursuivre ma formation de pédopsychiatre au sein de votre service.

Nous tenons à vous présenter notre gratitude et notre respect.

Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury.

Nous avons apprécié la qualité de votre soutien et de votre enseignement pendant notre internat.

Soyez assuré de notre considération et de notre sincère reconnaissance.

Madame le Professeur Charlotte Casper,

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail et de l'enrichissement que représente votre regard de pédiatre.

Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Romain Dugravier,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Votre disponibilité, votre bienveillance et votre approche passionnée de la pédopsychiatrie ont fait de cette thèse un travail enthousiasmant. Je vous remercie sincèrement de ces échanges enrichissants et de votre présence à ma soutenance de thèse.

Soyez certain de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Ludivine Franchitto,

Tu m'as fait l'honneur de co-diriger ce travail de thèse.

Je te remercie de la confiance que tu m'as accordée et de ta disponibilité durant l'élaboration de ce travail. J'ai découvert à tes côtés la périnatalité et cette expérience a été déterminante. Tes connaissances cliniques, institutionnelles et ton approche humaine sont pour moi un modèle dans mon apprentissage de la pédopsychiatrie.

Je suis honorée de poursuivre ma formation de pédopsychiatre dans ton équipe.

Je tiens à te présenter ma reconnaissance et ma profonde estime.

Madame le Docteur Anne-Laure Toureille,

Je te suis reconnaissante de ton enthousiasme pour venir juger ce travail.

Je te remercie pour ce que tu m'as enseigné lors de mon passage dans ton service, en particulier ta finesse clinique, ton engagement envers les familles et tes précieux conseils concernant les consultations d'annonce.

Sois assurée de ma gratitude et de mon respect.

Madame le Docteur Claire Bouilhac,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce projet ainsi que de votre confiance et votre disponibilité au cours de l'élaboration de cette thèse. Nous espérons que ce travail contribuera à favoriser les liens entre nos disciplines.

Soyez assurée de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

Merci au service de PMI de Haute-Garonne : Madame Christine Fancello, Madame Muriel Bona, Madame le Docteur Dominique Chevallier-Carragoso, Madame Géraldine Cathala et toutes les puéricultrices de PMI, qu'elles soient toutes assurées ici de ma gratitude pour leur accueil et le temps qu'elles m'ont accordé.

Merci aux infirmiers, psychologues, éducateurs, aides-soignants, psychomotriciens, orthophonistes, secrétaires, avec qui j'ai travaillé tout au long de mon internat et qui m'ont apporté de précieux conseils : les équipes de la PMI de Bellefontaine, du service du Pech au CH de Lavaur, des urgences psychiatriques du CHU de Toulouse, du PAJA et de l'EMIC à l'Hôpital Marchant, de psychiatrie périnatale à la maternité Paule de Viguier (CHU Toulouse), du Centre Maurice DIDE au CHU de Toulouse, du CMP du Boulevard Ney au CHU de Bichat (Paris VII) et celles du LAPS et de l'unité TED au CHU de Toulouse.

Je tiens à remercier en particulier : Bénédicte et Pauline pour leur accueil en mon début d'internat et cette formidable expérience; Céline, pour le premier modèle qu'elle m'a donné, Maryse pour son soutien, Zeynep, Diane, Marie, Julie, Isabelle et Vincent pour leur travail passionné et passionnant à domicile, Aurélie, Marlène, Christine et Françoise pour leur professionnalisme et leurs qualités humaines et parce que j'ai hâte de les retrouver, Isabelle pour son soutien et sa finesse clinique, Anjali pour notre découverte enthousiaste de la théorie de l'attachement, Agnès et Eglantine pour leur travail précieux, leur accueil et nos visites à domicile, Julie, Florence, Julienne, Patrick, Nadine et Alice pour nos échanges et leur gentillesse, à Augusta pour son enthousiasme et ses conseils, à Julie dont le travail sur les VAD a inspiré mon parcours et enfin à Julie pour sa pertinence clinique et sa bienveillance.

Merci à mes proches, qui ont toujours été là :

A mes parents pour leur amour inconditionnel, à mes sœurs pour leur confiance et leur soutien, mon grand-père qui a toujours cru en moi, à ma grand-mère et ma tante, qui m'ont montré la voie, à la mémoire de mes grands-parents.

A mes amis qui se reconnaîtront et notamment à ceux qui m'ont soutenu durant cette dernière ligne droite : Jeanne, Mathilde, Priscille et Thibault, Catherine, Augustin, Aziga et Quentin, Yolaine. A ma filleule aussi.

A Sylvie, sans qui cet internat n'aurait pas eu la même saveur...

A Victor, parce que la vie, ce n'est pas que la thèse.

Je voudrais enfin remercier Sylvie Peyre et tous ces héros du quotidien qui soutiennent les familles à domicile et qui m'ont inspiré ce travail.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE.....	12
I. La visite à domicile, un outil nécessaire.....	12
1. Intérêts et objectifs des visites à domicile.....	12
a. La période périnatale, un moment opportun.....	12
b. Des programmes de prévention et de soutien à la parentalité : quelques définitions.....	12
c. Objectifs des visites à domicile en périnatalité.....	13
d. Rencontrer les familles à domicile.....	13
2. Histoire et développement des programmes de visites à domicile aux Etats Unis.....	14
a. Des enjeux politiques.....	14
b. Entre programme de recherche et pratique clinique.....	15
c. Politiques économiques autour des visites à domicile.....	16
i. Travaux des économistes autour des interventions précoces.....	16
ii. Des disparités en terme de développement selon les populations.....	17
3. Les visites à domicile en France.....	18
a. La Protection Maternelle et Infantile.....	18
b. Historique de ce service.....	18
c. Les visites à domicile en PMI.....	19
d. Difficulté d'implantation des études américaines en France.....	20
i. Une culture constructiviste.....	20
ii. Une culture de prévention universelle.....	21
iii. Une culture psychanalytique.....	21
II. Etudes d'efficacité : est-ce que ça marche ?.....	23
1. L'exemple de NFP.....	23
a. Conception du programme.....	23
b. Résultats de NFP aux Etats-Unis.....	26
i. Résultats principaux.....	26
ii. Résultats à long terme.....	27
iii. Analyse coûts-bénéfices.....	27
c. Implantation du programme.....	28
i. L'implantation en Louisiane.....	28
ii. L'implantation au Canada.....	30
iii. Implantations en Europe.....	31
d. Améliorations continues du programme.....	31
2. Revue de la littérature des programmes étudiés.....	33
a. Aux Etats Unis.....	33
i. Early Head Start.....	34
ii. Healthy Steps.....	35
iii. Healthy Families America.....	36
iv. ABC intervention.....	36
b. Dans le reste du monde.....	37
i. Preparing for Life en Irlande.....	37
ii. Projet Pilote en Jamaïque.....	38
iii. Lady Health Worker au Pakistan.....	38
iv. Early Start Program en Nouvelle Zélande.....	39

c.	En France	40
i.	<i>La recherche CAPEDP</i>	40
ii.	<i>Le projet PANJO</i>	40
iii.	<i>L'atelier santé-ville d'Aubervilliers</i>	41
iv.	<i>Recherche-action en Meurthe-et-Moselle</i>	42
III.	Méta-Analyses : qu'est ce qui marche pour qui ?	43
1.	Des résultats contradictoires en termes d'efficacité.....	43
2.	Caractéristiques des programmes associés aux résultats dans la littérature.....	49
a.	La visite à domicile : efficace pour qui ?.....	49
i.	<i>La visite post-natale universelle</i>	49
ii.	<i>Cibler les populations qui en ont besoin</i>	50
b.	La visite à domicile : efficace pour quoi ?.....	52
i.	<i>Effets sur la parentalité</i>	52
ii.	<i>Effets sur la maltraitance et la négligence</i>	53
iii.	<i>Effets sur la santé mentale des parents</i>	54
c.	La visite à domicile : efficace par qui ?	57
i.	<i>Des Infirmières comme visiteuse à domicile</i>	57
ii.	<i>Un professionnel de santé mentale dans les équipes</i>	57
iii.	<i>La supervision d'équipe</i>	59
d.	Facteurs de succès des programmes de visites à domicile : analyse des différents composants d'un programme.....	60
IV.	Contenu et qualité des visites à domicile	63
1.	Définir la qualité du contenu des programmes de visites à domicile	63
a.	Pourquoi parler de la « boîte noire » des visites à domicile ?.....	63
b.	Modèle de Roggman	64
c.	Modèle de Paulsell.....	65
d.	Modèle de Korfmacher	66
2.	Evaluation du contenu des visites à domicile	67
a.	Mesures du dosage	67
b.	Mesures du contenu	68
c.	Mesure des interactions	69
i.	<i>HORVS: Home Visit Rating Scale</i>	69
ii.	<i>HVPQRT: Home Visiting Program Quality Rating Tool</i>	70
iii.	<i>Tableau récapitulatif des principaux outils d'évaluation de la qualité des programmes de visites à domicile de la petite enfance</i>	71
3.	Application des échelles de mesure de qualité aux programmes de visites à domicile.....	73
a.	PFEL: utilisation de formulaires et de l'échelle HOVRS-A.....	73
b.	CAPEDP : analyse qualitative des notes des professionnels.....	74
4.	Conclusion.....	75

PARTIE 2 : ETUDE

I.	Introduction	76
1.	La PMI en Haute Garonne	76
2.	Les puéricultrices de PMI	77
3.	Problématique de l'étude	77
II.	Matériel et Méthodes	77
1.	Participantes	77
2.	Matériel	78
3.	Analyse des données	78
III.	Résultats	79
1.	Participation	79
2.	Activité de visite à domicile dans la profession de puéricultrice de PMI	79
3.	Critères de priorisation pour l'activité à domicile	81
4.	Contenu des visites	86
5.	Vécu des puéricultrices	90
a.	Les difficultés rencontrées	90
i.	<i>Difficulté principale des VAD</i>	90
ii.	<i>Facteurs de stress</i>	91
iii.	<i>Dépassement de leur rôle</i>	93
b.	Les aides et soutiens nécessaires	94
i.	<i>La supervision</i>	94
ii.	<i>La formation en psychiatrie</i>	96
6.	Evaluations de leur travail	97
7.	Travail en lien avec les équipes de psychiatrie	98

PARTIE 3 : DISCUSSION

I.	Discussion des résultats	102
1.	Activité des puéricultrices de Haute Garonne	102
2.	Diversité des pratiques	103
3.	Vécu des professionnelles de leur travail à domicile	103
4.	Vécu des situations de psychiatrie	105
5.	Liens entre les difficultés et les attentes de la supervision	106
II.	Réflexions sur les pratiques	106
1.	Difficulté à présenter les missions de protection	106
2.	Rôles des autres professionnels de PMI	106
3.	La PMI : entre prévention universelle et prévention ciblée	107
4.	Les liens entre PMI et pédopsychiatrie	108
III.	Limites et biais de l'étude	108
IV.	Perspectives	109
1.	L'évaluation des pratiques et les échelles dans la littérature scientifique	109
2.	Intérêts de la formation en psychiatrie	109
3.	Intérêts d'autres formations complémentaires	110
4.	La supervision	112
5.	Ouvrir vers l'extérieur : les VAD comme premier abord	112
6.	Recherche scientifique	113
	CONCLUSION	114
	BIBLIOGRAPHIE	115
	ANNEXES	121

INTRODUCTION

J'ai commencé mon internat de psychiatrie par un stage de pédiatrie dans un service de Protection Maternelle et Infantile du quartier du Mirail. J'avais alors en tête de me spécialiser en pédopsychiatrie et j'envisageais cette expérience comme une occasion de parfaire mes connaissances sur le développement de l'enfant. J'étais alors curieuse d'observer de l'intérieur un service public de ville ouvert à toutes les familles et permettant donc d'appréhender l'ensemble des problématiques liées au début de la vie.

Ce stage a en tous points dépassé mes attentes et a eu un impact décisif sur l'orientation de mes choix professionnels. J'ai pu tout d'abord mesurer à quel point cette période autour de la naissance d'un enfant était cruciale et donnait accès à des familles qui ne demandent habituellement pas d'aide. Les visites à domicile ont été ma plus grande découverte. J'ai pu suivre les professionnels, au volant de leur propre voiture, dans les immeubles défraîchis du quartier. Visites prénatales avec la sage-femme, post-natales avec la puéricultrice, accompagnements de famille avec un binôme assistance sociale-puéricultrice... La force de la PMI m'est apparue alors comme la possibilité de rencontrer des familles qui n'ont aucune demande spontanée envers la pédopsychiatrie, à travers la mission de prévention.

Les professionnelles de PMI que j'ai rencontrées, seules à domicile, auprès de familles aux problématiques diverses, m'ont inspiré une grande admiration. Confrontées à la maladie mentale, à la maltraitance et aux troubles des interactions précoces, elles me sont apparues cependant parfois démunies face à la difficulté d'aider ces bébés et leurs parents. Le cadre de leur intervention, entre prévention et soin, était quelques fois imprécis. Il m'a alors semblé que le travail qui commençait là, avec elles, sur la table de la cuisine ou dans le canapé du salon, était à construire ensemble, avec les équipes de psychiatrie.

Plus tard, ce projet de thèse est né du travail en psychiatrie périnatale avec le Dr Franchitto. Nous sommes parties du constat qu'il nous était difficile d'avoir accès à ces familles « vulnérables » dans le champ de la prévention même lorsqu'elles étaient adressées par les partenaires. Partant de l'idée que la visite à domicile est un outil précieux pour rencontrer ces familles, nous avons souhaité réfléchir autour de cet outil et de la manière de consolider les liens entre les institutions pour favoriser le travail en partenariat.

J'ai ensuite eu la chance de rencontrer le Dr Dugravier, lors d'une conférence à Paris où il présentait son travail de recherche sur les visites à domicile par les puéricultrices dans le champ de la périnatalité. De nos discussions est née l'idée de s'intéresser plus précisément à ce qu'il se passe au cours de ces visites à domicile des puéricultrices de PMI et de le mettre en lien avec la littérature scientifique internationale. En effet, peu de travaux évaluent les actions de la PMI et le cadre des visites à domicile encore trop large, présente d'importantes disparités régionales.

L'objectif de ce travail, après une brève revue de la littérature sur les visites à domicile dans le champ de la périnatalité, s'est orienté vers la réalisation d'un état des lieux de l'activité de visites à domicile des puéricultrices de PMI en Haute-Garonne. Nous avons mené, en 2017, une enquête auprès d'elles dans l'objectif de mettre en évidence les éléments clés du contenu de leurs visites et de caractériser les difficultés liées à l'accompagnement des populations « vulnérables », à l'aide de leur expérience clinique de terrain, afin de dégager des pistes pour faire progresser les services, recueillir les besoins des professionnels et favoriser les liens avec les équipes de psychiatrie.

PARTIE 1 : REVUE DE LITTÉRATURE

I. La visite à domicile, un outil nécessaire

1. Intérêts et objectifs des visites à domicile

a. La période périnatale, un moment opportun

D'après Fraiberg (1), les désordres émotionnels les plus sévères et les plus résistants chez les enfants et les adultes peuvent être rapportés aux troubles du développement et aux conflits survenant lors des deux premières années de la vie. Un des enjeux de la prévention semble donc de parvenir à infléchir les troubles précoces de la relation parent-enfant.

La grossesse et les premières années de la vie de l'enfant sont un moment opportun pour rencontrer les familles et ainsi prévenir de nombreuses conséquences défavorables pour la mère et l'enfant, susceptibles d'affecter la famille et les trajectoires de vie de chacun. Il s'agit d'une période cruciale où la guidance parentale prend toute son importance, surtout pour de jeunes parents, pas toujours préparés aux bouleversements induits par l'arrivée d'un enfant.

Les grandes transitions de la vie, comme la naissance d'un enfant, créent un sentiment de vulnérabilité qui augmente la réceptivité des individus aux offres d'aide et donc aux interventions préventives (2). Le défi consiste donc à proposer une aide que les familles considèrent utile pour réduire cette vulnérabilité.

b. Des programmes de prévention et de soutien à la parentalité : quelques définitions

La prévention est définie pour la première fois par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (3). Dans son rapport de 2004 sur la prévention et la promotion fondé sur des preuves en santé mentale, elle est définie comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes actuelles pour prendre des décisions au sujet des interventions concernant les individus, les communautés et les populations, afin de faciliter l'obtention des meilleurs résultats actuellement possibles dans la réduction de l'incidence des maladies et dans le fait de permettre aux gens d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer » (4). Le Ministère chargé de la Santé parle de « sensibiliser, éduquer, motiver chacun à adopter des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé » (5).

La parentalité d'autre part, est un néologisme qui renvoie de façon générale à la fonction d'être parent et plus spécifiquement aux pratiques éducatives parentales lorsqu'il s'agit de la traduction du terme « *parenting* ». Le « Parenting » se définit comme le processus de promotion et de soutien du développement physique, émotionnel, social, financier et intellectuel d'un enfant, de la naissance à l'âge adulte (6).

Les programmes de soutien à la parentalité ont pour objectif principal « d'aider les parents à développer leurs compétences éducatives, améliorer leurs attitudes et leurs pratiques, structurer l'environnement éducatif familial, augmenter leur potentiel éducatif et contribuer ainsi à renforcer leur sentiment de compétence et leur confiance dans l'exercice des responsabilités éducatives » (7). Ils visent également à : « réduire les risques et promouvoir les facteurs de protection dans le développement social, physique et émotionnel de leurs enfants » (8).

c. Objectifs des visites à domicile en périnatalité

Les programmes de visites aident les parents à soutenir le développement précoce de leurs enfants à domicile et dans leur vie quotidienne. L'objectif, à travers un travail sur les comportements et les pratiques d'éducation parentale est ainsi d'agir sur l'environnement direct des enfants en améliorant les soins qui leur sont prodigués pour prévenir la survenue de troubles ultérieurs.

De multiples rapports d'organisations internationales comme l'OMS mettent en avant les conséquences sanitaires, sociales et économiques majeures des troubles précoces (9). Il a été démontré que les grossesses à risque, les situations de négligence et de maltraitance envers les enfants, les grossesses rapprochées et les difficultés financières des parents sont souvent associées à des comportements à risque de la mère durant la grossesse et à des soins parentaux dysfonctionnels. De plus, des conditions environnementales stressantes interfèrent dans le bon fonctionnement des parents et de la famille. Or, nous savons que ces comportements majorent les risques de mortalité infantile, de prématurité, de faible poids à la naissance et de troubles neuro-développementaux chez les jeunes enfants. Ce sont donc sur ces facteurs de risque modifiables que tentent d'agir les programmes actuels (10).

Agir à domicile, dans un cadre de vie habituel est le gage d'un impact durable sur les comportements des parents engagés dans une relation continue et à long terme avec leur enfant. Les activités quotidiennes offrent des opportunités simples et, par conséquent, efficaces pour promouvoir le développement précoce de l'enfant, en s'appuyant sur les forces de chaque famille. De plus, elles permettent de rencontrer et d'agir sur les fratries.

d. Rencontrer les familles à domicile

La visite à domicile est un outil étudié depuis longtemps notamment dans le champ de la périnatalité. C'est un dispositif précieux qui permet de se mettre à disposition des familles, de les rencontrer dans leur cadre de vie et d'avoir accès à une sémiologie différente. Le travail à domicile ne se limite pas à l'endroit où vit la famille. Il s'agit d'aller à la rencontre des parents là où ils passent du temps avec leur enfant, construisant leur relation et partageant des expériences qui soutiennent le développement précoce, au sein de leur voisinage ou de leur communauté.

Il s'agit d'une stratégie de prévention intéressante, qui apporte un soutien adapté individuellement à des familles, parfois isolées sur le plan social ou géographique. Elle permet d'atteindre de très jeunes enfants, qui ne sont pas pris en charge sur des lieux de socialisation ou encore des enfants vulnérables ainsi que leurs familles, et en particulier leurs mères.

C'est aussi un moyen d'accéder aux familles les plus fragiles qui ont parfois du mal à formuler une demande d'aide et qui ont peu accès au système de soins classique. De nombreux travaux se sont intéressés à ces familles dites « à problèmes multiples » pour lesquelles on connaît l'enjeu d'une prise en charge précoce en termes de prévention pour les enfants.

2. Histoire et développement des programmes de visites à domicile aux Etats Unis

a. Des enjeux politiques

Dans les années 1960, sous l'impulsion de John F. Kennedy, d'importantes réformes sociales sont mises en œuvre dans l'idée de « briser » le cercle de la pauvreté et de garantir une égalité des chances aux familles « défavorisées ». Plusieurs programmes d'aide publique sont lancés comme la distribution de tickets d'alimentation ou la création de Medicare et Medicaid (couverture des frais médicaux pour les plus démunis, avec 50% des fonds de provenance fédérale). Il existe alors une volonté gouvernementale de développer la prévention. Des programmes d'interventions précoces visant à lutter contre les inégalités d'éducation vont ainsi voir le jour dans divers états de la côte Est des Etats-Unis. Devant l'absence de couverture sociale universelle et pour compenser les carences de services publics, ces programmes universitaires sont en premier lieu à destination des enfants vivant dans des conditions de pauvreté et de stress multiples, n'ayant pas accès à des services de soins primaires, à risque d'échec scolaire, de maltraitance et de troubles mentaux.

Les financements publics consacrés aux recherches sociales et préventives sont bloqués sous le régime républicain de Richard Nixon au début des années 1970 dans l'attente d'obtenir davantage de preuves scientifiques de l'efficacité des programmes. C'est dans ce contexte qu'ont lieu les premières recherches d'efficacité sur les programmes qui révèlent alors de bons résultats. Les premières analyses coûts-bénéfices confortent l'intérêt de ces programmes, qui continuent de se développer.

Progressivement, l'argument économique devient une référence en matière d'investissement dans les politiques préventives. Au vu des analyses coûts/bénéfices des programmes des années 1960, les économistes encouragent l'implantation de programmes d'éducation pour les enfants de moins de cinq ans et leurs familles. Ceux-ci visent ainsi l'apprentissage de nouvelles compétences parentales par le biais d'entraînements aux interactions positives avec les enfants et à la réduction des pratiques parentales considérées comme négatives. Ces interventions se déroulent à domicile, par téléphone, à l'école ou au sein de centres communautaires, de classes ou d'églises. Elles peuvent prendre des formats divers et se dérouler individuellement, collectivement, ou en auto-administration (11).

Dans les années 2000, le mouvement de soutien à la parentalité, appuyé par les recherches scientifiques, se diffuse progressivement à l'échelle mondiale. L'objectif sous-tendu par ce mouvement est le suivant : afin de renforcer l'égalité des chances, l'intégration sociale et la productivité, il faut concentrer l'investissement dans la petite enfance et la famille. Il s'agit de passer de politiques sociales réparatrices et compensatrices à une stratégie préventive d'investissement social (9).

b. Entre programme de recherche et pratique clinique

Les programmes américains suscitent un intérêt important et le gouvernement accroît les ressources pour les interventions et la recherche à domicile. En 2008, le Programme de Visites à Domicile Fondées sur des Preuves (EBHV) consacre 10 millions de dollars à l'expansion et à l'amélioration de ces programmes (12). Le Département de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis passe en revue l'efficacité des programmes de visites à domicile dans les familles avec enfants de moins de cinq ans afin d'identifier les modèles de haute qualité et de faciliter la distribution des fonds. Leur efficacité est évaluée dans les domaines suivants : la santé maternelle et de l'enfant, le développement de l'enfant et de ses facultés scolaires, la maltraitance, la délinquance juvénile, les pratiques parentales, les facteurs économiques de la famille et le recours aux services de proximité. Les 17 programmes retenus, efficaces pour les enfants, ont tous un impact positif sur les mesures primaires du développement de l'enfant, les facultés scolaires et les pratiques parentales positives, bien que l'ampleur des résultats soit relativement faible (13).

Au cours de la dernière décennie, nous avons assisté à une croissance significative des recherches sur les programmes de périnatalité. Les interventions prometteuses sont évaluées à petite échelle puis testées dans des Essais Contrôlés Randomisés rigoureusement conçus. L'enjeu est alors de pouvoir traduire les résultats de la recherche fondamentale en programmes publics efficaces. Or, le simple fait de savoir qu'un programme peut fonctionner dans un cadre de recherche ne signifie pas qu'il puisse être traduit efficacement en pratique communautaire (10). Le Réseau Transdisciplinaire de Recherche sur les Visites à Domicile (HVRN), créé en 2012, promeut la traduction de ces résultats de recherche dans les politiques et les pratiques. Fondé sur la pratique, il tente de combler l'écart entre la recherche et la pratique en appuyant la valeur de l'expérience des praticiens auprès des chercheurs et de celle de la recherche auprès des professionnels de terrain. Près de 1800 intervenants en visite à domicile se sont exprimés par sondage pour dégager 10 priorités de recherche : Renforcer et élargir l'efficacité des visites à domicile ; Identifier les éléments clés de la visite à domicile ; Promouvoir l'adoption et une adaptation réussie des innovations en visite à domicile ; Promouvoir la fidélité dans la mise en œuvre des innovations en visite à domicile ; Construire une main-d'œuvre stable et compétente ; Promouvoir l'engagement de la famille dans les visites à domicile ; Promouvoir la coordination de visites à domicile avec d'autres services pour les familles ; Promouvoir le maintien d'une visite effective à domicile ; Construire des infrastructures de recherche à domicile (14).

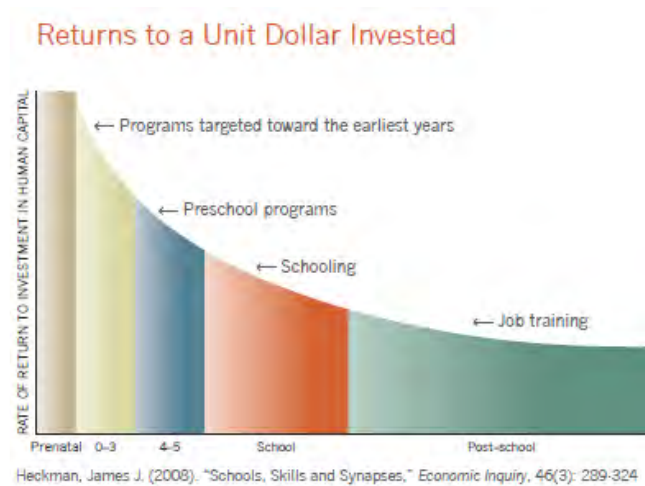
c. Politiques économiques autour des visites à domicile

i. *Travaux des économistes autour des interventions précoces*

Depuis plusieurs années, les économistes investissent le domaine des interventions précoces en petite enfance. Leurs travaux visent à investiguer l'économie du développement humain, à déterminer si les interventions précoces réduisent les inégalités de compétences des enfants et à développer des méthodes et techniques statistiques pour évaluer l'efficacité de ces interventions.

La pertinence des interventions précoces est appuyée par les travaux de James Heckman qui montrent que le développement dans la petite enfance influence directement les résultats économiques, sanitaires et sociaux au niveau individuel et collectif. Il considère que dans les premières années de vie, jusqu'à cinq ans, l'éducation favorise les compétences cognitives, de même que l'attention, la motivation, la gestion des émotions et la sociabilité –compétences tempéramentales qui transforment la connaissance en savoir-faire et les personnes en citoyens productifs (15). Les programmes d'intervention précoce semblent plus efficaces que la remédiation ultérieure en termes de coûts et de promotion du capital humain. Cette notion renvoyant aux compétences, capacités et expériences permettant aux personnes d'être économiquement productives et de contribuer à la société (16).

En effet, d'un point de vue purement économique, les interventions durant la période 0-5 ans présentent des taux de retour sur investissement plus importants que l'investissement durant la période scolaire ou post-scolaire. Elles sont ainsi moins coûteuses que les programmes de remédiation ultérieurs. Les programmes bien conçus génèrent un retour sur investissement pour la société de l'ordre de 2 à 17 dollars par dollar dépensé. 20 % de ces gains reviennent aux bénéficiaires des programmes (meilleurs salaires, meilleure santé etc.) et 80 % de ces gains constituent des externalités positives pour la société (diminution de la criminalité et de l'intervention sociale, augmentation de la productivité et de la qualification de la main-d'œuvre) (17).



Early childhood education is an efficient and effective investment for economic and workforce development. The earlier the investment, the greater the return on investment.

Figure 1 – Retour sur investissement en fonction de l'âge (17)

ii. Des disparités en terme de développement selon les populations

Les études montrent que le niveau socio-économique dans lequel l'enfant évolue influence ses compétences sociales et cognitives et ainsi le risque de développer des problèmes émotionnels et comportementaux. Or, le développement des compétences cognitives a un impact sur les performances scolaires, le chômage, la santé mentale et les difficultés financières des futurs adultes. De même, les inégalités en matière de compétences sociales, émotionnelles et comportementales ont également des conséquences en terme de délinquance, consommation de substances psychoactives et d'échec scolaire.

Les économistes font l'hypothèse que les familles désavantagées autrement appelées familles à risques multiples ou familles vulnérables, ont moins de ressources à investir dans un développement précoce efficace. Investir dans l'éducation précoce pour les enfants à risque serait alors une stratégie efficace pour réduire les coûts sociaux, les problèmes de santé, la pauvreté et la criminalité et donc un pari rentable pour la croissance économique. Pour exemple, les analystes du « Chicago Child-Parent Center » estiment les bénéfices à 48000\$/enfant à partir d'une demi-journée de scolarisation à l'école maternelle publique pour les enfants à risque. Ces bénéfices s'étendent jusqu'à l'âge adulte puisqu'à l'âge de 20 ans, ces enfants ont de meilleurs résultats scolaires et poursuivent davantage leurs études. Le retour sur investissement est estimé à 7\$/ \$ investi (17).

3. Les visites à domicile en France

a. La Protection Maternelle et Infantile

En France, la prévention dans le domaine de la petite enfance est principalement effectuée par la Protection Maternelle et Infantile (PMI), aujourd'hui renommée Protection et Promotion de la santé de la famille et de l'enfant. Ce service est défini comme acteur clé du réseau périnatalité, par ses moyens lui permettant d'agir précocement, sa proximité et sa position privilégiée dans le système de suivi des nouveau-nés et des jeunes enfants. Il permet actuellement de rencontrer à domicile 30% des enfants nés dans l'année et jusqu'à 50% dans certains quartiers (18).

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il s'agit d'un service public, territorialisé, accessible sans aucune condition et gratuit. Sa mission de prévention est rappelée par la loi de Santé Publique de mars 2007. Avec ses 5 100 points fixes de consultations, elle organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale auprès des femmes enceintes, des actions de planification familiale et d'éducation familiale, ainsi que des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière. Les actions en faveur des enfants constituent historiquement le cœur de l'activité des services de PMI et représentent 59 % des activités de consultations et de visites à domicile. En 2012, plus de 700 000 enfants ont bénéficié d'au moins une consultation (19).

b. Historique de ce service

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 l'ensemble des mesures en matière de protection de l'enfance. C'est l'acte de naissance de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), créée pour promouvoir la santé des futurs parents, des parents et des enfants de moins de 6 ans et lutter contre la mortalité infantile, avec une dominante sanitaire et hygiéniste. Elle se développe dans le contexte de la Constitution de 1946 qui prévoit de « garantir à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé » et de celui du programme du conseil national de la résistance, l'inscrivant dans l'élan de la libération. Comme la sécurité sociale, elle a pour objectif d'aider les familles considérées comme socialement inadaptées (principalement sur des critères de pauvreté) et de protéger l'enfant de diverses formes de maltraitements physiques et psychologiques (20). Cette politique de santé publique établit des examens obligatoires pré et post-nataux, ainsi qu'un programme vaccinal, auxquels doivent souscrire toutes les femmes enceintes et tous les enfants âgés de zéro à six ans résidant en France. C'est pour rendre ces mesures applicables et permettre à l'ensemble de la population visée de s'y soumettre, qu'un système de consultations médicales

gratuites est mis en place. Politique préventive de santé publique, le but affiché est ainsi d'assurer un suivi médical, sanitaire et social de toutes les femmes enceintes et jeunes enfants sans distinction.

La morbidité et la mortalité infantile diminuent rapidement dans l'après-guerre et le champ d'intervention de la PMI s'étend considérablement à partir des années 1960 du fait de la prise en compte de la santé globale de l'enfant, mouvement renforcé dans les années 1970 par l'essor de la psychologie du développement : « le bébé est une personne ». On s'intéresse alors dans les examens de PMI au développement psychomoteur de l'enfant et aux dimensions relationnelles et psychologiques. Progressivement, les pratiques de prévention se font par une approche globale des problèmes de santé, comprenant les aspects biomédicaux, sociaux, psychologiques, environnementaux et culturels.

Avec la circulaire de 1983, la PMI est placée sous l'autorité du conseil général et son rôle de prévention et d'éducation à la santé se développe. Il s'agit de répondre aux problèmes complexes à dominante relationnelle qui se posent aux familles, de proposer des lieux d'accueil et des conseils adaptés à leur situation, de trouver le cas échéant un remède à leur isolement et à leur sous-information, voir une aide dans leurs difficultés de liens avec leur enfant. De plus la 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 ».

c. Les visites à domicile en PMI

En PMI, le travail effectué par les équipes s'inscrit dans le cadre de la prévention primaire, une prévention dite « universelle », c'est-à-dire qui s'adresse à tous, même si en pratique, les visites à domicile sont majoritairement proposées à des familles en situation de vulnérabilité psycho-sociale. Ces visites constituent le deuxième volet des actions infantiles et réalisées principalement par des puéricultrices. Elles permettent de délivrer des conseils et un soutien ancrés dans la vie quotidienne, particulièrement utiles pour des femmes peu socialisées, en difficulté psychologique, désemparées par la présence d'un enfant, ou particulièrement isolées tant dans des quartiers très peuplés que dans certains territoires ruraux. Leur objectif est aussi de favoriser le lien mère-enfant et de prévenir la maltraitance.

Selon une enquête de 2003 (statistiques exceptionnelles d'activité des puéricultrices, infirmières et sages-femmes), la mission de visites à domicile représente environ 40% du temps des puéricultrices (18). D'après le rapport de la DREES, près de 400 000 enfants ont été concernés en 2012. Un enfant suivi à domicile est vu en moyenne deux fois dans l'année (d'une à quatre fois selon les départements). Au total, les visites à domicile permettent de suivre 8 % des moins de 6 ans. Il s'agit majoritairement de nouveau-nés et d'enfants de moins de 2 ans (19).

d. Difficulté d'implantation des études américaines en France

En France, les études menées aux Etats-Unis et à travers le monde tardent à voir le jour. Cela s'explique par d'importantes différences culturelles, historiques et politiques que nous allons tenter de résumer.

i. *Une culture constructiviste*

L'importation de programmes pose tout d'abord le problème des différences de contextes culturels entre les pays. Ainsi, certains critères d'évaluation considérés progressistes aux Etats-Unis (QI, grossesse précoce, délinquance) car nés dans un contexte d'ethno-culturalisation voire de biologisation de la pauvreté peuvent être perçus comme stigmatisants et jugeants en France.

Les professionnels français reprochent à cette approche factuelle Evidence-Based d'être insensible aux données contextuelles et de ne pas prendre en compte les dimensions socioculturelles. Ils craignent que ce type de prévention ne repose essentiellement sur une forme de déterminisme biologique. Delawarde explique d'un point de vue sociologique ce qui sous-tend ces différentes approches (21).

L'approche « positiviste », que l'on retrouve dans les études américaines, se centre essentiellement sur des lois naturelles expérimentalement observables et mesurables pour fournir des explications du fonctionnement de l'homme. Les pratiques parentales y sont perçues comme un facteur explicatif de risque de troubles chez l'enfant et donc comme causes de potentielles difficultés sanitaires et sociales à venir. L'aide préventive à la parentalité consiste ici à développer des programmes d'éducation parentale fondés sur des « données scientifiques probantes » dans une optique d'efficacité et d'efficience articulée à la réduction des dépenses de santé publique. Centré sur l'évaluation des comportements individuels et de la rentabilité des modes de prise en charge, ce discours se caractérise essentiellement par un état d'esprit gestionnaire allant dans le sens des politiques de restriction budgétaire des dernières années : autogestion par chacun de son « capital-santé », effort de standardisation des critères, formalisation des méthodes, rationalisation de l'activité, construction de « bonnes pratiques », centralité de l'évaluation, etc.

A l'autre pôle, pour l'approche « constructiviste », l'être humain est davantage institué que naturel (22). Sa construction est avant tout sociale, culturelle et historique, et n'est qu'à minima soumise au déterminisme naturel. Ce discours prend parti pour une prévention universelle dont l'appui à la fonction parentale est fondé sur une écoute et un accompagnement qui respectent la singularité, le cheminement individuel et leurs articulations aux contextes. Cette approche s'oppose à la dynamique actuellement perceptible de changement des pratiques en faveur des pratiques « positivistes », en valorisant les dispositifs existant de droit commun.

En tierce position, l'approche « écologique » met davantage l'accent sur le développement humain comme résultat des interactions continues et réciproques entre l'organisme et son

environnement. Partant du constat que des environnements défavorables et une mauvaise répartition des ressources sanitaires et sociales affectent la santé des populations, cette approche prône le changement social au nom de la réduction des inégalités de santé. Ce discours se positionne ainsi en faveur du développement de politiques préventives ciblées à destination des populations vulnérables.

ii. Une culture de prévention universelle

Une culture de la prévention universelle est ancrée dans les pratiques en France et des débats importants existent à l'heure actuelle sur le choix de cibler les actions de prévention. La notion de prévention précoce a connu une entrée controversée dans l'espace des politiques sanitaires et sociales en France et ce manque de consensus a généré une posture de prudence des pouvoirs publics, a retardé l'émergence de certaines politiques et a suscité des interrogations chez les professionnels.

En effet, fin 2005, l'Inserm a publié une expertise sur le « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent ». Etablissant une corrélation entre des difficultés psychiques de l'enfant et une évolution vers la délinquance, il a préconisé le dépistage du « trouble des conduites » chez l'enfant dès le plus jeune âge (23). Au même moment, un plan gouvernemental de prévention de la délinquance prônait une détection très précoce des « troubles comportementaux » chez l'enfant, censés annoncer un parcours vers la délinquance. L'appel « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans » a alors été lancé. Il dénonce une déviation de la prévention et s'élève contre les risques de dérives des pratiques de soins, notamment psychiques, vers des fins normatives et de contrôle social.

Dans ce contexte, les propositions de projets de recherche ciblés sur des populations « à risque » ont provoqué de vives réactions de la part des associations de parents ou de professionnels (24).

iii. Une culture psychanalytique

Les interventions américaines sont fondées sur des techniques comportementales et de ce fait, il apparaît difficile de les transposer en France où, tout au moins dans le monde de la petite enfance, on fait encore référence au champ psychanalytique. De plus, les intervenants de périnatalité n'ont pratiquement pas accès à la littérature anglo-saxonne dans laquelle la plupart de ces programmes sont publiés et évalués. En outre, le défaut d'articulation entre les dispositifs français existants et ces programmes crée un sentiment de manque de reconnaissance chez les professionnels.

Le lien avec la recherche scientifique est très faible en matière de soutien à la parentalité, alors même que la PMI apparaît dotée de nombreux atouts pour ce travail de lien entre recherche et pratique. Les universitaires doivent à présent s'emparer de l'enjeu du transfert de connaissances vers les pratiques de terrain car la France est à ce jour en retard dans ce

domaine. Mais l'importation de ces programmes américains ne peut se faire sans une réflexion sur les modalités spécifiques de mise en œuvre.

II. Etudes d'efficacité : Est-ce que ça marche ?

1. L'exemple du NFP

a. Conception du programme

Au cours des années 1970-1980 aux Etats-Unis, plusieurs programmes de parentalité voient le jour dans une perspective de réduction des inégalités de santé dont le « Nurse Family Partnership » (NFP) conçu par David Olds. Fortement médiatisé, il a fait l'objet de nombreuses recherches sur ses effets à court et long termes. Nous prendrons l'exemple de ce programme, développé depuis plus de 40 ans, qui a tenté d'améliorer la santé maternelle et infantile ainsi que certains risques liés à la précarité, grâce à des visites à domicile auprès de mères primipares à faibles revenus. Il a été évalué dans trois essais contrôlés randomisés en 1977, 1988 et 1994 et développé au cours de sa diffusion, dans des populations diverses. Ces évaluations démontrent des améliorations significatives dans les trois domaines et il est diffusé progressivement dans 43 Etats à partir des années 1990 (25).

Le NFP est fondé sur les théories de l'écologie humaine (Bronfenbrenner, 1979), de l'auto-efficacité (Bandura, 1977) et sur la théorie de l'attachement (Bowlby 1969). Ensemble, ces théories soulignent l'importance du contexte social des familles ainsi que des croyances, motivations, émotions et représentations internes de leur expérience pour expliquer le développement du comportement (26). Ce programme vise à améliorer la santé prénatale et la parentalité ainsi que les performances des enfants et des mères. Il se concentre sur les mères primipares, car elles sont, d'après les études, plus réceptives à l'éducation parentale et au soutien (27).

La théorie de l'écologie humaine souligne que le développement de l'enfant est influencé par la façon dont ses parents s'occupent de lui, lui-même dépendant des caractéristiques de la famille, de son réseau social, du quartier et de la communauté à laquelle il appartient. À partir de cette théorie, les infirmiers tentent d'améliorer l'environnement matériel et social de la dyade mère-enfant en impliquant d'autres membres de la famille, en particulier les pères, dans les visites à domicile et en reliant les familles aux services de santé et services sociaux dont ils ont besoin (28).

La théorie de l'auto-efficacité fournit un cadre utile pour comprendre comment les mères prennent des décisions concernant les comportements liés à leur santé pendant la grossesse, les soins qu'elles prodiguent à leurs enfants et leur propre développement personnel. Cette théorie suggère que les individus choisissent les comportements qu'ils croient conduire à un résultat donné et qu'ils peuvent eux-mêmes parvenir à mener à bien. En d'autres termes, les perceptions de chacun quant à la vulnérabilité peuvent influencer les choix et déterminer les efforts qu'on est prêt à fournir pour affronter les obstacles. Le programme est donc conçu d'abord pour aider les mères à comprendre l'influence de comportements particuliers sur leur

propre santé et sur la santé et le développement de leurs bébés puis à établir des objectifs réalistes permettant d'accroître leur sentiment d'efficacité personnelle (29).

Enfin, le programme est basé sur la théorie de l'attachement, qui décrit comment les nourrissons sont prédisposés biologiquement à rechercher la proximité de figures d'attachement spécifiques en période de stress, de maladie ou de fatigue pour favoriser leur survie (30). Elle pose l'hypothèse que la confiance des enfants dans le monde et leur capacité d'empathie et de réactivité à leurs propres enfants une fois qu'ils deviennent parents sont influencés par la manière dont ils se sont attachés à un adulte attentionné, réactif et sensible lorsqu'ils grandissaient, cela affectant leurs représentations internes d'eux-mêmes et leurs relations aux autres (31). Le programme encourage donc explicitement des soins sensibles dans les premières années de la vie de l'enfant. En outre, les professionnels tentent d'aider les parents à prendre des décisions sur la façon dont ils souhaitent s'occuper de leurs enfants à la lumière des soins qu'ils ont reçus étant enfant. Ils cherchent également à développer une relation de confiance avec les familles, car l'expérience d'une telle relation devrait promouvoir des soins plus sensibles et empathiques à leurs enfants.

Les visites sont effectuées par des infirmiers, en raison de leur formation en santé et de leur compétence dans la gestion des situations cliniques complexes souvent présentées par les familles à risque. Leurs capacités à répondre de manière compétente aux préoccupations des familles concernant les complications de la grossesse, de l'accouchement et la santé physique du nourrisson fournissent une crédibilité accrue aux yeux des familles.

L'objectif des visites est triple : promouvoir des comportements de santé durant la grossesse (alimentation, non-consommation d'alcool, de drogues), améliorer la santé et le développement de l'enfant par des soins sensibles et compétents des mères (travail sur l'allaitement, prévention de la maltraitance infantile, réduction de la prématurité, augmentation du poids à la naissance, prévention des troubles du développement affectif, comportemental et cognitif) et améliorer le parcours parental et l'autosuffisance économique de la famille en aidant les parents à développer des projets (planification des grossesses futures, aboutissement de leurs études, retour à l'emploi, implication des pères dans la vie de leur enfant, réduction de l'isolement social). Au cours du développement de ce programme, des objectifs à plus long terme ont été introduits pour les enfants et adolescents (prévention de l'échec scolaire, du comportement antisocial et de la toxicomanie).

L'intervention consiste en deux visites à domicile par semaine effectuées par des infirmiers, du 8e mois de grossesse au 21e mois de l'enfant puis d'une visite mensuelle jusqu'à ses deux ans. Les infirmiers reçoivent une formation comprenant des informations sur le soutien au développement de l'enfant avec des outils à utiliser lors des visites à domicile. Ils bénéficient également d'une supervision continue, assurant leur haute qualification ainsi que leur soutien dans la pratique professionnelle. Au cours des visites, ceux-ci mènent trois activités principales. Ils favorisent l'amélioration des comportements des mères et des familles ayant

une incidence sur le déroulement de la grossesse, la santé et le développement de l'enfant et leur mode de vie. Ils aident les femmes à établir des relations de soutien avec leur entourage familial et communautaire mais aussi au réseau de proximité comprenant les services sanitaires et sociaux. Un manuel détaillé donne des directives visite par visite, dont le contenu reflète les défis que les parents sont susceptibles d'affronter pendant les différents stades de la grossesse et les 2 premières années de la vie de l'enfant. Des évaluations précises du fonctionnement de la mère, de l'enfant et de la famille sont proposées ainsi que des activités spécifiques pour résoudre les problèmes et faire ressortir les points forts identifiés lors des évaluations.

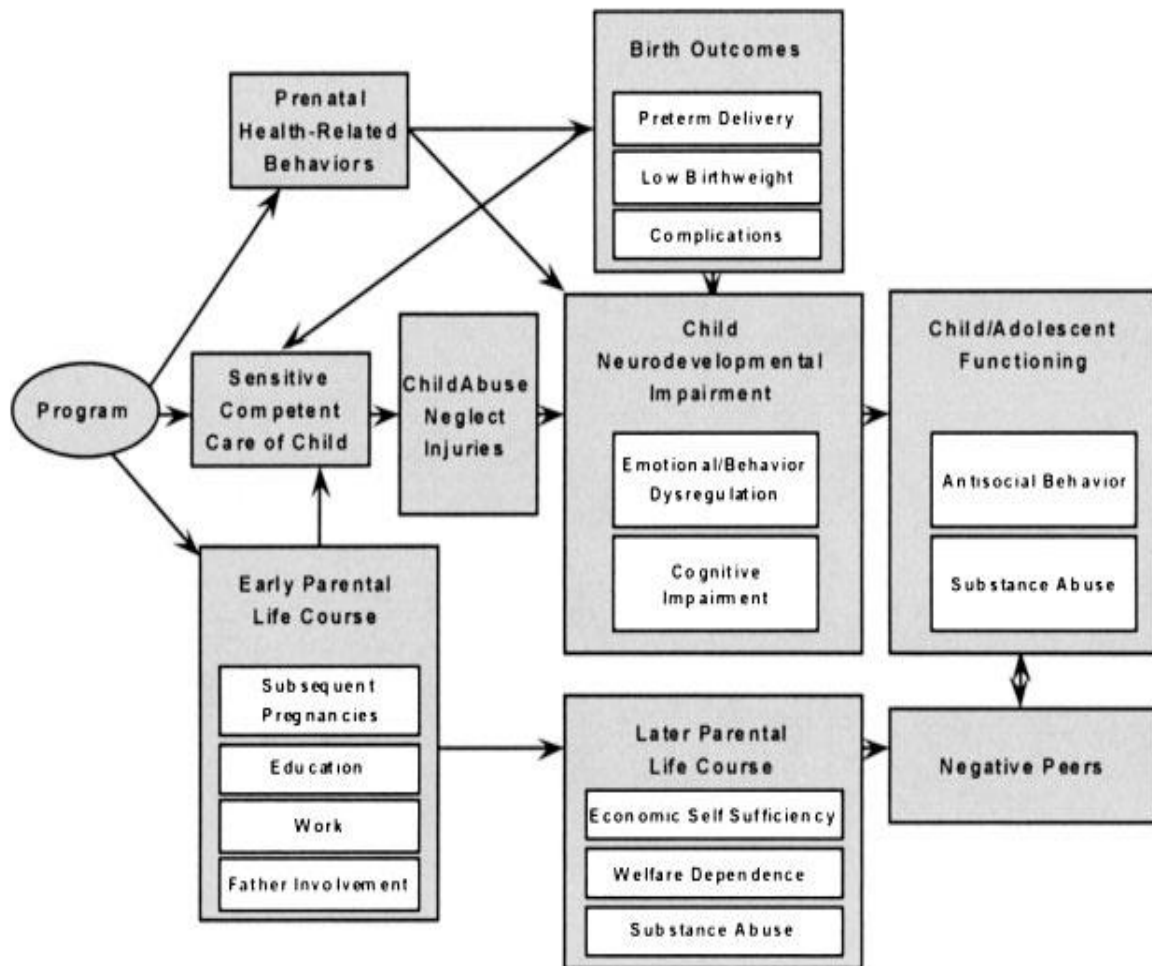


Figure 2. Modèle conceptuel d'influences du programme sur la santé et le développement maternel et infantile (27).

b. Résultats du NFP aux États-Unis

i. *Résultats principaux*

Le NFP a été évalué dans trois essais randomisés contrôlés (ECR) aux États-Unis : à Elmira, à New York ; à Memphis, au Tennessee et à Denver, au Colorado. Le programme a montré plusieurs effets solides et durables sur les résultats en matière de santé maternelle et infantile, y compris la diminution de la mortalité due à des causes évitables. Les résultats de ces ECR indiquent que le programme a réussi à atteindre deux de ses trois buts les plus importants : l'amélioration du soin parental de l'enfant, reflété par moins de blessures et d'ingestions néfastes pouvant être liées à la maltraitance et à la négligence, un meilleur développement émotionnel et du langage du nourrisson; et l'amélioration du parcours maternel, se traduisant par moins de grossesses ultérieures, une plus grande activité professionnelle, et une meilleure autonomie par rapport aux services sociaux.

Dans le premier essai à Elmira, toutes les femmes primipares ont été autorisées à s'inscrire. Cependant, les effets étaient plus importants pour les familles à risque élevé, et de ce fait, les essais ultérieurs de Memphis et de Denver ont concentré le recrutement sur des familles à risques multiples, c'est-à-dire isolées avec de faibles revenus. Les populations de chaque étude étaient également différentes : principalement caucasienne pour Elmira, afro-américaine pour Memphis et hispanique d'origine mexicaine à Denver. Dans cette dernière ville, un groupe était accompagné par des infirmiers et un autre par des professionnels de champs divers ou de non-professionnels formés. Cette originalité d'intervention visait à évaluer les pistes d'économie de NFP par le recours à d'autres intervenants (27).

En ce qui concerne la santé et le développement de l'enfant, le programme a engendré une réduction des cas avérés de maltraitance ou de négligence. A Elmira, les cas de maltraitance ont été deux fois moins nombreux pour les familles du groupe d'intervention que pour celles du groupe contrôle sur une période de 19 ans. Il est à noter également une diminution des visites médicales pour des motifs de blessures ou d'ingestions de produits considérés comme des indicateurs de maltraitance. Le NFP présente des effets sur le développement cognitif et la réussite sociale des enfants. Il a notamment amélioré le langage et le fonctionnement exécutif de ces enfants (augmentation de 4 à 7 points de QI). A Memphis, il a été à l'origine d'une hausse de leurs performances en lecture et en mathématiques. Il a aussi amélioré certains aspects du comportement des enfants (attention, sociabilité) mais n'a pas eu d'effet sur les conduites agressives et prédélinquantes. A Memphis, il a réduit l'incidence à 12 ans des troubles dépressifs et anxieux ainsi que les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis. En revanche, il n'a pas été montré d'effets sur le redoublement scolaire, le recours aux services éducatifs spécialisés ou la capacité attentionnelle des enfants.

Le NFP a eu des impacts sur le parcours de vie des parents. Il a réduit de 15 à 20 % le nombre de grossesses subséquentes au programme, a augmenté la durée de la relation de couple à

Memphis, a réduit l'incidence des arrestations et des condamnations chez les mères ainsi que le recours aux services sociaux et aux coupons alimentaires.

L'étude de Denver a été conçue pour déterminer si des visiteurs paraprofessionnels pouvaient obtenir les mêmes effets bénéfiques que les infirmiers après une formation spécifique au programme. Il n'y a pas eu d'impact de l'intervention par des paraprofessionnels sur la santé prénatale des femmes, l'usage du tabac, le cours de la vie maternelle ou le développement de l'enfant. Les infirmiers de leur côté ont produit des effets comparables à ceux obtenus dans les essais antérieurs du programme. Les résultats produits par les paraprofessionnels ont été estimé à environ la moitié de ceux des interventions par les infirmiers.

ii. Résultats à long terme

Dans le premier essai à Elmira, le programme a aussi produit des effets à long terme, évalués aux 15 ans des adolescents dont les mères avaient reçu les visites à domicile durant leur grossesse et en post-partum (33). Ces résultats proviennent d'un essai randomisé après 19 ans de suivi de 310 des 400 enfants inscrits initialement au NFP d'Elmira et se concentre sur leur parcours scolaire, professionnel, les comportements sexuels, criminels et la prise de toxiques. Compte tenu de l'impact du programme dans les premières années, des effets durables sur le fonctionnement des jeunes étaient attendus. En effet, les jeunes filles avaient moins d'enfants (11% contre 30%) et moins de recours à des aides financières (18% contre 45%) que les enfants homologues du groupe de comparaison. Les enfants suivis étaient aussi moins susceptibles d'avoir été arrêtés (10% contre 30%) et condamnés (4% contre 20%). L'impact du programme a été plus important sur les filles et sur les populations les plus à risque. Il n'y a eu par contre aucun effet significatif sur la consommation d'alcool ou de drogues des jeunes, l'obtention d'un diplôme d'études secondaires, la productivité économique, ni sur le nombre de partenaires sexuels, les grossesses chez les adolescentes ou l'âge de la première grossesse et l'utilisation d'aides financières. On note également que 48% des femmes ont signalé une forme de violence subie entre la grossesse et les 15 ans de l'enfant avec un impact sur la maltraitance faite aux enfants. Le programme n'a pas diminué l'incidence de la violence domestique qui semble compromettre le suivi du programme et l'effet de l'intervention sur la maltraitance des enfants.

iii. Analyse coûts-bénéfices

Deux groupes de recherche indépendants ont mené des analyses coûts-bénéfices du programme sur l'essai d'Elmira. Le coût du NFP a été évalué à 10000€/famille pour une période de deux ans (9). Ils retrouvent un rendement net de 2,88 \$ US pour chaque dollar investi, celui-ci doublant pratiquement avec 5,70 \$ US de rendement pour les familles avec le risque le plus élevé (34). Le retour global sur investissement calculé s'élève à plus de 18 000 \$ US pour chaque famille desservie (35). Ces deux évaluations ont pris en compte les coûts évités dans de multiples secteurs publics comme la réduction des dépenses de santé, d'aide

au revenu et en protection de l'enfance. Les dépenses publiques évitées sont alors plus importantes pour les mères et les enfants les plus défavorisés, soulignant l'importance d'offrir le programme aux populations à risque plus élevé (36). Chez les familles à faible risque, l'investissement dans le programme représente même une perte financière. Ces résultats ont conforté les économistes dans l'idée que ces programmes intensifs devaient rester ciblés sur les groupes à risque et non être mis à disposition sur une base universelle. D'abord du fait d'un gaspillage d'un point de vue économique, mais également sur l'argument d'une perte des services pour les familles qui en ont le plus besoin en raison de ressources insuffisantes pour bien desservir la totalité de la population. Des plans ont été mis en œuvre pour étendre progressivement les services à cinquante pour cent des mères primipares à faible revenu dans le pays.

c. Implantation du programme

Suite aux premiers résultats encourageants du programme, un investissement public a été proposé afin de reproduire le NFP dans d'autres populations. Actuellement, ce programme est diffusé dans plus de 440 comtés aux Etats-Unis et à l'étranger. Un bureau national de NFP a été créé et aide à la mise en œuvre du programme sur ces différents sites pour favoriser sa reproductibilité et son efficacité. Plusieurs exemples de diffusion sont intéressants car ils ont fait émerger des problématiques différentes en fonction des populations et du contexte d'implantation.

i. *L'implantation en Louisiane*

Lors de l'implantation du programme en Louisiane, les données locales révélaient que l'âge moyen des mères primipares était inférieur à 20 ans et que plus de 50% des grossesses n'étaient pas planifiées. Les problématiques de violence conjugale et de pathologie mentale étaient au premier plan, limitant l'accès aux familles. Il est important de noter également qu'en Louisiane, la disponibilité des soins de santé mentale pour les femmes précaires vivant dans des zones rurales est extrêmement limitée. De plus, les prestations sociales (Medicaid) pour les plus démunies s'arrêtent aux deux mois de l'enfant. Dans la population de l'étude, 26% des participantes ont été dépistées comme présentant une symptomatologie dépressive lors de la visite prénatale. La co-occurrence des symptômes dépressifs et de violence conjugale était fréquente : parmi les femmes déclarant avoir subi des violences de leur partenaire (41% des femmes au cours de leur vie et 19% avec leur partenaire actuel), 39% étaient au-dessus du seuil de dépression. De plus, chez les femmes avec des symptômes dépressifs, 62% signalaient des antécédents de violence conjugale (37).

Les infirmiers se sont donc retrouvés confrontés à un nombre important de mères porteuses d'une maladie mentale dans un contexte de risque social très élevé ce qui a soulevé la problématique de la difficulté à créer une alliance avec ces familles à risque. Le NFP a alors été augmenté d'une composante en santé mentale, sous la forme d'une formation intensive

des professionnels aux enjeux de santé mentale, de la présence d'un consultant en santé mentale dans l'équipe et de temps de supervision. L'objectif de ce programme de recherche en Louisiane était d'évaluer la faisabilité d'augmenter le cadre et le dispositif du NFP et d'étudier le vécu des professionnels de terrain.

Les professionnels de santé mentale étaient psychologues et leur mission consistait à soutenir les équipes d'infirmiers en fournissant des soins directs auprès des femmes pour lesquelles ils étaient sollicités, et en proposant des échanges réguliers sur les situations cliniques sous la forme de supervisions. Ils ont eux-mêmes été formés aux problématiques spécifiques de périnatalité et supervisés par téléphone de façon hebdomadaire.

L'étude de NFP en Louisiane compare deux groupes d'infirmiers en fonction de la présence ou non d'un professionnel de santé mentale dans leur équipe. Les 6 infirmiers ayant bénéficié de ce soutien soulignent son utilité d'une part directement auprès des mères pour prendre en charge des problématiques spécifiques, d'autre part pour eux-mêmes afin de les aider à diminuer leur niveau de stress et à faire face à leurs propres émotions. Celles-ci semblent en effet parfois accablantes face aux problèmes complexes que présentent les mères. Un autre avantage de ce dispositif a été d'améliorer leur capacité à déterminer l'étendue et les limites de leur compétence à évaluer la santé mentale des familles avec lesquelles ils travaillaient. Après 5 ans de travail en visite à domicile, les infirmiers apparaissent confortés par ce soutien et on note moins d'épuisement des professionnels et peu de mouvements dans les équipes.

Bien des familles font face à d'importants problèmes psychosociaux et psychiatriques qui peuvent ralentir l'efficacité de telles interventions. La première tâche de l'infirmier est de développer une alliance thérapeutique avec la mère mais la question est de savoir comment être thérapeutique sans être thérapeute ? Les infirmiers n'étant pas formés dans le domaine de la santé mentale doivent modifier leurs approches et leurs techniques en passant d'un modèle médical à un modèle psychosocial. L'un des objectifs de cette augmentation du programme était de créer un processus parallèle entre les relations infirmier-psychologue et mère-infirmier pour modéliser la manière dont la mère doit prendre soin de son nourrisson, tout en favorisant le développement et le bien-être général de celle-ci (38).

ii. L'implantation au Canada

L'objectif de l'implantation du NFP au Canada était d'agir sur la prévalence des troubles de santé mentale des enfants. En effet, environ 13% des enfants canadiens (ou près de 700 000) sont affectés par des troubles mentaux avant l'âge adulte, constituant un problème de santé majeur (39). L'anxiété, l'utilisation de substances, les troubles du comportement et la dépression font partie des troubles de l'enfance les plus répandus, et paraissaient pouvoir être évités par des programmes comme le NFP. Cependant, les constatations positives faites aux États-Unis n'étaient pas nécessairement reproductibles au Canada, compte tenu des différences politiques, socioéconomiques, démographiques et géographiques qui existent entre les deux pays.

En Colombie-Britannique, une province de la côte Ouest du pays, la santé mentale des enfants a longtemps été une priorité, avec un plan quinquennal de santé mentale pour les enfants à partir de 2003, puis un plan de santé mentale de 10 ans pour l'ensemble de la population en 2010. Le plan décennal a fait de la prévention une priorité, avec les visites à domicile des mères primipares défavorisées et leurs enfants comme initiative centrale. Le Canada possède aussi des programmes publics, notamment en ce qui concerne les soins de santé, le soutien au revenu et les prestations pour les enfants. Les mères à faible revenu bénéficient d'une couverture de soins quasi universelle. Les services déjà en place, qui varient d'un endroit à l'autre de la province, sont constitués des soins de santé primaires standard, de programmes de santé publique (cours prénataux, programmes de soutien à la grossesse et visites à domicile par des infirmiers ne participant pas au NFP) ainsi que d'une variété de programmes généraux et ciblés d'éducation parentale et de développement des jeunes enfants.

Le but de l'implantation du NFP était de déterminer son efficacité par rapport aux services existants pour améliorer la santé mentale des enfants, le développement précoce et les conditions de vie des mères. Le NFP ciblait les mères primipares défavorisées sur le plan socio-économique, était proposé par des infirmiers et prévoyait un nombre plus élevé de visites, celles-ci commençant plus tôt durant la grossesse. Il a été jugé préférable au Canada que le NFP soit mis en œuvre par les organismes de santé publique et que les infirmiers en santé publique (ISP) s'occupent des interventions, ceux-ci ayant déjà l'habitude de faire des visites auprès des familles vulnérables durant la période périnatale.

L'expérimentation canadienne n'a pas révélé d'effets du NFP sur la diminution des cas de maltraitance. Cette absence d'impact peut s'expliquer par la présence accrue de services publics de santé gratuits au Canada qui diminue le travail à effectuer en la matière. On peut également faire l'hypothèse que le NFP a porté au Canada sur un échantillon de familles à risque déjà prises en charge par les services de protection de l'enfance (32).

iii. Implantations en Europe

Des résultats sont également disponibles à partir d'études du NFP menées sur d'autres continents et notamment en Europe.

Un essai effectué aux **Pays-Bas** auprès de 460 femmes défavorisées met en évidence que, par rapport aux services sociaux et de santé existants, le NFP réduit le tabagisme prénatal, la maltraitance et l'exposition à la violence conjugale selon les rapports de la protection de l'enfance (40). L'impact du NFP semble se concentrer, au moins en partie, sur les mères les plus vulnérables, quel que soit leur âge.

En **Allemagne**, le Pro Kind Project, basé sur le modèle du NFP, est le premier essai contrôlé randomisé pour un programme de visites à domicile dans ce pays et a montré des résultats significativement positifs pour le développement de l'enfant comparé au groupe témoin à l'âge de un an (41). Cependant, à 24 mois, les résultats ne sont plus significatifs.

En **Angleterre**, un ECR évaluant le NFP s'est concentré sur les jeunes mères (<20 ans) étant donné la fréquence de troubles du développement chez leurs enfants. Cependant, cette population était hétérogène dans la mesure où à cet âge, de nombreux défis se chevauchent, comme les difficultés financières, la dépression et l'abus de substances. L'essai n'a démontré aucun bénéfice pour les enfants ou les mères par rapport aux services sociaux et de santé habituels pour l'arrêt du tabagisme, le poids à la naissance, les taux de grossesses subséquentes et les consultations d'urgence pour l'enfant (42). Il se trouve que les mères adolescentes en Angleterre peuvent avoir accès à de nombreux services de santé et services sociaux de soutien, y compris des sages-femmes spécialistes de la grossesse chez les adolescentes. Dans le cadre de cet essai, l'étendue de la prestation de soins accessible au groupe témoin pourrait avoir dilué tout effet du NFP.

Les différences de résultats soulignent la nécessité de mener des essais contrôlés randomisés dans différents pays pour déterminer l'efficacité du NFP par rapport aux services existants dans les populations défavorisées. Les interventions peuvent ainsi avoir des résultats variables selon les différents contextes, en particulier en fonction des services proposés sur le territoire. De plus, il faut rappeler que le NFP n'a pas été conçu au départ pour cibler les populations les plus vulnérables, avec l'essai initial d'Elmira.

d. Améliorations du programme

En 2013, le NFP opérait dans plus de 440 comtés aux États-Unis, desservant plus de 26000 familles par an (43). Des efforts ont été faits pour adapter, évaluer et répliquer le programme dans différents pays. Au fur et à mesure de l'extension du programme à de nouvelles communautés, la nécessité de fidélité des programmes au modèle testé dans les essais originaux a été mise en avant.

Pour assurer une amélioration continue de la qualité, des rapports réguliers sont produits pour les différents lieux d'implantation, et comparent les caractéristiques de la mise en œuvre et la santé maternelle et infantile avec les moyennes nationales et les résultats des essais originaux. Les administrateurs, les superviseurs et les infirmiers utilisent ces rapports et les résultats des évaluations de programmes pour élaborer des améliorations dans les pratiques. Il s'agit d'abord de comprendre les défis du programme et de les mettre en lien avec la littérature scientifique pour alimenter la réflexion sur les solutions possibles. Les modifications et innovations proposées doivent être compatibles avec la pratique des professionnels de terrain et avec la théorie qui sous-tend le programme. Des essais sont alors réalisés pour garantir que cette innovation améliore la pratique. Nous citerons quelques exemples intéressants d'amélioration proposée pour le NFP.

Exemple 1 : Amélioration de la participation des familles et du nombre de visites effectuées.

Il a été observé que les infirmiers des sites d'implantation aux États-Unis ne parvenaient pas à réaliser la totalité des visites prévues avec une variabilité significative entre les différents sites (17). Des analyses qualitatives ont permis de constater que les sites ayant les niveaux de participation les plus faibles employaient des infirmiers utilisant des approches plus directives avec les familles et que ceux qui avaient les taux les plus élevés adaptaient le programme avec plus de souplesse et de flexibilité aux besoins des familles. L'intervention a alors été adaptée pour donner un contrôle plus explicite de la fréquence et du contenu des visites aux familles. Cette modification a été testée d'abord dans une étude pilote sur 16 sites (19), puis dans un essai randomisé de 26 sites. Étant donné les résultats cohérents et prometteurs de ces essais, les lignes directrices du programme ont été modifiées afin de promouvoir une collaboration plus flexible entre les infirmiers et les familles pour mieux répondre à leurs besoins concernant la fréquence, le contenu et le lieu des visites.

Exemple 2 : Améliorer l'observation de l'interaction parent-enfant et la promotion de la parentalité. Dans les analyses des sites de réplication du programme, il a été constaté que les infirmiers consacraient moins de temps à favoriser les compétences parentales que dans les essais originaux. Des enquêtes et entretiens avec les infirmiers et les superviseurs ont mis en évidence que l'outil utilisé pour observer la qualité des interactions parent-enfant était difficile à maîtriser et que les professionnels étaient insuffisamment guidés dans sa mise en œuvre clinique. Un nouvel outil d'observation appelé Dyadic Assessment of Naturalistic Caregiver–Child Experiences (DANCE) a été développé. Des études ont permis de s'assurer de la validité et de la fiabilité de l'outil, que son utilité clinique soit supérieure à l'échelle initialement utilisée et que sa mise en œuvre puisse être rentable par rapport à l'ancien outil. DANCE est maintenant intégrée à la formation des infirmiers pour NFP.

Exemple 3 : Améliorer les ressources des infirmiers dans le dépistage et les soins de la dépression et l'anxiété maternelle. Les professionnels de terrain ont demandé plus de soutien pour aborder la santé mentale des parents. Un ensemble d'outils de dépistage de la santé mentale a été développé pour les infirmiers du NFP, et une étude pilote a été réalisée dans la ville de New York et le comté de Los Angeles. La plupart des infirmiers ont estimé avoir

une meilleure compréhension des troubles mentaux après cette formation, mais ont signalé que peu de services de santé mentale étaient disponibles en relai, et que même lorsque les services étaient disponibles, les familles les utilisaient rarement (30).

Pour qu'un programme atteigne des résultats toujours meilleurs sur la santé maternelle et infantile, il doit continuer à évoluer grâce à une amélioration de la qualité du modèle ainsi que de sa mise en œuvre. L'expérience de NFP montre que ce travail est difficile mais réalisable, et qu'il est très prometteur pour améliorer la vie des enfants et des familles vulnérables.

2. Revue de la littérature des programmes étudiés

De très nombreux programmes proposent des visites à domicile pour les jeunes enfants et leurs familles. L'objectif de cette partie est de présenter un bref résumé des programmes de VAD dont l'efficacité a été scientifiquement prouvée à travers le monde. Ils sont listés dans différentes revues de littératures récentes et les principaux résultats seront résumés dans un tableau en annexe 1. Actuellement, les programmes étudiés à grande échelle ayant un niveau de preuve élevé de leur efficacité sont encore principalement situés aux Etats-Unis du fait d'investissements plus anciens et plus importants dans ce domaine.

a. Aux Etats Unis

La dernière revue de Paulsell, avril 2017 (13) reprend les résultats de HomVEE, une étude effectuée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux aux Etats Unis pour évaluer l'efficacité des modèles de programmes de visites à domicile auprès de familles, de femmes enceintes et d'enfants de la naissance à l'âge de cinq ans. La recherche initiale a permis d'identifier 343 études et des examens de mise en œuvre de 263 études sur 45 modèles de programmes de visites à domicile. Les modèles ont ensuite été classés en fonction des données de recherche disponibles sur leur efficacité. Des points ont été attribués en fonction du nombre et de la conception des études d'impact (trois points pour chaque essai contrôlé randomisé et deux points pour chaque conception quasi expérimentale) et de la taille des échantillons (un point pour chaque étude avec un échantillon de 50 ou plus). Dans la dernière mise à jour, HomVEE a identifié vingt modèles de visites à domicile de qualité élevée ou modérée sur la base d'un algorithme prenant en compte la qualité de mesure des résultats, la durée et l'ampleur de l'impact, leur réplique dans une autre population et l'indépendance de l'évaluateur. Les modèles de programmes retenus comprennent les programmes de visites à domicile les plus utilisés et ceux qui ont fait l'objet d'évaluations les plus rigoureuses et les plus approfondies. Les études retenues sont les suivantes: 1. Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) Intervention, 2. Child First, 3. Early Head Start-Home Visiting, 4. Early Intervention Program for Adolescent Mothers (EIP), 5. Early Start (Nouvelle Zélande), 6. Family Check-Up,[®] 7. Family Connects, 8. Family Spirit,[®] 9. Health Access Nurturing Development Services (HANDS), 10. Healthy Beginnings, 11. Healthy Families America (HFA),[®] 12. Healthy Steps, 13. Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY),[®] 14. Maternal Early Childhood Sustained Home Visiting Program, 15. Minding the Baby,[®] 16. Nurse Family Partnership (NFP),[®] 17. Oklahoma's Community-Based Family Resource and Support (CBFRS)

Program, 18. Parents as Teachers (PAT),[®] 19. Play and Learning Strategies (PALS) et 20. SafeCare[®] augmented. Huit domaines de résultats ont été étudiés : la santé de l'enfant, son développement et son aptitude scolaire, l'indépendance économique des familles, le recours aux services communautaires, la santé maternelle, les pratiques parentales positives, la réduction des mauvais traitements infligés aux enfants, la réduction de la délinquance juvénile, de la violence intra-familiale et de la criminalité.

Sur la base des études disponibles de qualité élevée ou modérée, l'examen HomVEE a montré ce qui suit. La plupart des modèles de programmes ont de nombreux impacts favorables sur les mesures primaires et secondaires. Tous les modèles répondant aux critères ont des impacts favorables au moins un an après l'inscription au programme. Pour la plupart des modèles, les impacts favorables ont été montrés dans un seul échantillon. Peu d'effets défavorables ont été rapportés. Huit des 20 modèles ont signalé au moins un impact défavorable ou ambigu. Il n'est pas toujours évident de conclure à un impact défavorable. Par exemple, l'utilisation accrue des soins de santé peut refléter une santé plus faible (un effet défavorable), une meilleure connexion au système de soins de santé (un effet favorable) ou les deux, de sorte que l'examen de HomVEE classe ces résultats comme défavorables ou ambigus. Un seul des modèles de visites à domicile, Healthy Families America, a eu un ou plusieurs impacts favorables dans chacun des huit domaines. La plupart des modèles ont eu des effets favorables sur les mesures primaires du développement de l'enfant, de la réussite scolaire et des pratiques parentales positives. Le NFP a eu la plus grande ampleur de résultats primaires favorables, avec des impacts favorables sur les mesures primaires dans six domaines de résultats.

Nous détaillons quelques-uns de ces programmes pour illustrer la diversité de modèles, de bases théoriques, d'interventions et d'objectifs (44, 45).

i. Early Head Start

Early Head Start (EHS), inauguré en 1995, est un programme national financé par le gouvernement fédéral pour les familles à faible revenu avec de jeunes enfants de zéro à trois ans aux États-Unis (44). Il vise à soutenir le développement physique, social, émotionnel et psychologique d'enfants issus de milieux défavorisés et à améliorer leur santé et l'accès de leurs familles aux services de proximité ainsi que leur bien-être et leur autonomie. Les initiatives locales sélectionnent un modèle de diffusion du programme (visites à domicile, entretiens sur un centre de proximité ou les deux). Les visites à domicile sont généralement fournies par des paraprofessionnels.

Au cours de l'ECR de 2004, le budget de EHS était de près de 677 millions de dollars, ce qui a servi à soutenir plus de 650 sites desservant près de 62 000 enfants de moins de 3 ans (46). L'ECR a évalué le programme sur 17 sites en randomisant 3000 familles. Il rapporte que les enfants inscrits au programme EHS ont eu un meilleur développement cognitif et langagier,

moins de retard de développement, un meilleur engagement émotionnel dans les interactions avec leurs parents, de meilleures capacités attentionnelles et moins de troubles du comportement signalés par leurs parents par rapport aux enfants affectés au groupe témoin. Les visites à domicile ont eu des répercussions favorables dans trois domaines (développement de l'enfant et réussite scolaire, autosuffisance économique des familles et pratiques parentales positives) et au moins un impact favorable dans les trois domaines a été maintenu pendant plus d'un an après l'achèvement du programme. Dans l'ensemble, les tailles d'effet étaient relativement faibles (0,10 à 0,20DS). Il n'y a par contre eu aucun effet du programme sur la santé physique ou mentale des parents, le stress parental ou les conflits familiaux aux trois ans de l'enfant. On note cependant de petits effets sur la formation et l'activité professionnelle des parents aux deux ans de l'enfant (47). Il y a également moins de naissances subséquentes après l'inscription à l'étude. De meilleures interactions parent-enfant ont été observées dans le programme fourni à domicile mais aucun effet statistiquement significatif mesuré aux 3 ans de l'enfant.

Les effets du programme ont été plus importants pour les sites d'EHS qui ont combiné les visites à domicile et les entretiens en centre de proximité. Il est possible que l'approche des modèles mixtes soit plus efficace parce qu'elle contient des éléments de programme qui ont pu être adaptés aux besoins des familles, ce qui permet aux parents d'utiliser efficacement ces services. L'une des principales forces de cette évaluation est qu'elle examine un programme à grande échelle dans une étude d'efficacité, où l'ensemble des participants de EHS ont été inscrits. L'EHS a été évalué à plusieurs reprises sous la forme d'essais contrôlés randomisés dont les résultats dans le domaine du développement varient en fonction de l'âge des enfants au moment de l'évaluation, de l'origine ethnique de la famille et de la qualité de mise en œuvre. En effet, les résultats sur la cognition et le langage des enfants ont tous été influencés par les effets du programme sur les Afro-Américains et non sur les Blancs ou les Hispaniques (48). Il est là encore noté que les familles prises en charge par le programme avaient également recours à d'autres services de proximité avec parfois même des visites à domicile, rendant difficile d'isoler les effets de EHS.

ii. Healthy Steps

Aux États-Unis, un programme prometteur appelé Healthy Steps a intégré les spécialistes du développement dans les soins pédiatriques (49). Les spécialistes ont fourni des conseils aux parents et ont mis en place des groupes de parents. Cette intervention a été évaluée dans une étude sur 15 sites. Healthy Steps a eu des effets favorables dans deux domaines (santé de l'enfant et pratiques parentales positives). Les données disponibles indiquent qu'au moins un impact positif sur les pratiques parentales positives a été maintenu pendant plus d'un an après la mise en œuvre du programme, mais aucune de ces répercussions n'a duré plus d'un an après l'achèvement du programme ou a été reproduite dans un deuxième échantillon. Bien qu'il n'y ait eu aucun effet sur le nombre de consultations des services d'urgence, les hospitalisations, les troubles du comportement des enfants ou la sécurité du domicile, les

parents étaient plus satisfaits des soins et leurs bébés plus susceptibles de recevoir des soins de santé et des vaccinations en consultation. Les programmes intégrés dans les soins primaires méritent une attention particulière car ils portent avec eux la légitimité du système de santé et l'absence relative de stigmatisation qui, du moins en théorie, peut augmenter l'engagement des familles et les changements de comportement.

iii. Healthy Families America (HFA)

Le programme Hawaï Healthy Start (HHS), créé en 1975 et employant des paraprofessionnels comme visiteurs à domicile, a été conçu pour prévenir la maltraitance et la négligence des enfants pendant les trois premières années de vie en améliorant le fonctionnement des familles à risque, identifiées par un court questionnaire rempli par la mère au moment de la naissance. Les auteurs ont trouvé que le HHS était efficace pour favoriser le recours des familles aux soins pédiatriques, améliorer certaines compétences parentales et diminuer les blessures résultant de violences conjugales, mais ils n'ont trouvé aucun impact sur le développement des enfants ou d'autres résultats (50). Ce modèle a ensuite été exporté dans un certain nombre d'autres pays sous le nom de Healthy Families America. Celui-ci a eu des effets favorables dans sept domaines (développement et santé de l'enfant, indépendance économique des familles, liens avec les services de proximité, pratiques parentales positives, réduction de la maltraitance des enfants et réduction de la délinquance juvénile). Les résultats concernant le développement et la santé de l'enfant, les pratiques parentales positives et la réduction des mauvais traitements infligés aux enfants ont été reproduits dans au moins un autre échantillon de l'étude. Les données disponibles indiquent qu'au moins un impact favorable dans les sept domaines a été maintenu pendant au moins un an après la mise en œuvre du programme, mais n'a indiqué aucune des répercussions qui ont duré au moins un an après l'achèvement du programme (51).

iv. ABC intervention

L'intervention « Attachment and Biobehavioral Catch-up » (ABC), développée initialement pour des enfants adoptés (52), est une intervention parentale brève centrée sur la théorie de l'attachement et la neurobiologie du stress. Elle a été adaptée pour des nourrissons sujets à de la négligence et a pour objectif d'aider les parents à fournir des soins et à s'engager dans des interactions synchrones avec leurs nourrissons âgés de 6 à 24 mois. ABC aide les parents à réinterpréter les signaux comportementaux des enfants ayant subi des maltraitements ou des discontinuités dans les soins pour diminuer les comportements effrayants et favoriser des soins sensibles et un environnement sécurisant et prévisible en vue d'améliorer les capacités de régulation émotionnelle et de diminuer la désorganisation de l'attachement des jeunes enfants. Le programme propose un suivi hebdomadaire au domicile des parents sur une période de 10 semaines, avec des informations fournies selon un manuel et un soutien dans les interactions avec un support vidéo. Il a été étudié scientifiquement par plusieurs ECR et est considéré comme fondé sur des preuves (53). Les analyses ont révélé des différences

significatives dans la production de cortisol. Les enfants du groupe d'intervention ABC ont montré des schémas plus typiques de production de cortisol avec une baisse plus forte du cortisol au cours de la journée (moyenne, $-0,31 \mu\text{g} / \text{dL}$) que ceux du groupe témoin, qui ont montré un rythme de cortisol émoussé (moyenne, $-0,12 \mu\text{g} / \text{dL}$) ($\beta = -0,19$; $P = 0,02$). Il est actuellement étudié en complément des services existants pour une population plus générale de familles à faible revenu et s'avère prometteur. En particulier, le soutien à la parentalité peut aider à neutraliser les effets des facteurs de stress associés à la pauvreté (54).

b. Dans le reste du monde

Schodt et al, dans leur revue de littérature, mettent en avant le NFP comme étant le programme le plus connu et le mieux évalué. En revanche, l'impact des autres programmes de visites largement diffusés sur les résultats des enfants semblent moins clairs. Ils décrivent les programmes dont l'efficacité a été prouvée à travers le monde (45).

i. *Preparing for Life en Irlande*

En 2004, le gouvernement irlandais a engagé une démarche visant à soutenir le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies d'intervention ciblées autour des communautés défavorisées. C'est dans ce contexte que le programme *Preparing for Life* (PFL) a vu le jour. C'est l'un des premiers programmes expérimentaux irlandais dans le domaine de la petite enfance. PFL s'est concentré sur l'amélioration des résultats de vie des enfants et des familles dans le nord de Dublin, grâce à des visites à domicile auprès des familles et des enfants, de la grossesse au début de la scolarité obligatoire à l'âge de 5 ans. Dans le cadre de son évaluation par des ERC, deux groupes d'intervention (groupes de haut et faible niveau d'intervention) réunissant des femmes enceintes ont été constitués dans une communauté d'environ 500 familles. Le groupe de haut niveau d'intervention a fait l'objet d'un programme de suivi à domicile mené de la grossesse aux cinq ans de l'enfant. Chaque parent était encadré par un professionnel intervenant une heure toutes les deux semaines pour le soutenir quant à l'éducation des enfants et aux techniques éducatives parentales. Issus de divers horizons professionnels (éducation, services sociaux, psychologie, petite enfance), ces professionnels ont été formés pendant six mois au programme *Triple P*. Les visites à domicile étaient structurées autour d'un manuel formulant des recommandations de bonnes pratiques pour le développement de l'enfant aux différents âges. De plus, les parents du groupe de haut niveau d'intervention ont participé au programme *Triple P*. Dans ce cadre, ils étaient réunis en groupe de huit à dix parents et travaillaient à partir de différents supports pour développer des techniques parentales positives. PFL repose ainsi sur la combinaison d'un programme local et de *Triple P*, un programme évalué mondialement.

Les auteurs rapportent un impact du programme principalement sur les comportements des parents et l'environnement familial, avec peu d'impact sur le développement de l'enfant à 18 mois (55). Aux six mois de l'enfant, 14 % des mesures révèlent des différences statistiques

entre les deux groupes. Les effets du programme croissent avec le temps et apparaissent fortement à l'âge de 24 mois (20,5%), notamment sur le développement (0,2 à 0,24 SD) et la santé des enfants. Ils présentent de meilleures compétences cognitives et de moindres problèmes comportementaux. En revanche, la comparaison des groupes d'intervention n'a pas révélé de différences d'impact en matière de résultats néonataux ni sur la santé mentale des mères. Cependant, les mères rendent plus de visites à leur médecin et leurs grossesses sont davantage planifiées. Les parents du groupe de haut niveau d'intervention présentent une plus grande efficacité parentale et des sentiments plus positifs envers les enfants. De plus, leur niveau de stress est diminué. PFL permet ainsi d'améliorer significativement la santé des enfants, la qualité de leur environnement et les interactions avec leurs parents. En revanche, on ne retrouve pas d'effets sur le poids de naissance, l'allaitement ou le bien-être maternel. Les résultats concernent davantage les aspects pratiques que psychologiques de la parentalité, notamment parce que les professionnels étaient essentiellement pourvoyeurs d'informations.

ii. Projet Pilote en Jamaïque

En Amérique du Sud, l'évaluation la plus répandue et rigoureusement évaluée provient de Jamaïque. Ce programme est un projet pilote d'une intervention de deux ans offrant des visites à domicile hebdomadaires, des suppléments nutritionnels, ou les deux, aux enfants de 9 à 24 mois avec un retard de croissance (56). Après deux ans, les enfants ayant reçu à la fois des visites et des suppléments ont rattrapé leurs pairs sans retard de croissance. À l'âge de 7 ans, cependant, les effets des visites à domicile ont persisté alors que les effets des suppléments nutritionnels se sont effacés. Les enfants recevant le traitement combiné ne diffèrent pas statistiquement de ceux n'ayant reçu que les visites à domicile, bien que les deux groupes aient surpassé les enfants qui n'ont reçu que des suppléments nutritionnels. Les auteurs ont constaté qu'à l'âge de 7 et 11 ans, les enfants ayant reçu une stimulation précoce par visites à domicile ont un QI significativement plus élevé avec de meilleurs scores sur les tests de raisonnement et de vocabulaire. À 17-18 ans, ces enfants abandonnent moins l'école et présentent des scores significativement plus élevés dans 11 des 12 tests cognitifs, comparativement aux enfants qui ne recevaient que des suppléments nutritionnels.

iii. Lady Health Worker au Pakistan

Yousifzai et al (57) ont étudié les effets des visites à domicile sur le développement de l'enfant et les résultats de la croissance de 1 489 dyades mère-enfant dans le programme Lady Health Worker (LHW) dans les régions rurales du Pakistan. Selon des modalités similaires au programme jamaïcain, les enfants reçoivent des services de santé et de nutrition courants ou des visites à domicile ou les 2 interventions combinées. Les enfants qui ont reçu des visites ont des scores de développement significativement plus élevés sur les échelles cognitive, linguistique et motrice à 12 et 24 mois et sur l'échelle socio-émotionnelle à l'âge de 12 mois en comparaison à ceux qui n'ont pas reçu l'intervention. Plus précisément, à 24 mois,

l'intervention améliore les résultats de développement avec des tailles d'effet modérées à grandes sur le développement de la cognition (0,6 SD), du langage (0,7 SD) et du moteur (0,5 SD) évalué avec le Bayley III. Aucun effet additif n'a été observé dans les interventions combinées.

iv. Early Start Program en Nouvelle Zélande

En Nouvelle Zélande, David Fergusson et ses collègues (58) ont mené un essai de Early Start Program, issu de Hawaii Healthy Start (HHS), mais avec un design unique. Ce programme a été conçu pour être intégré au système néo-zélandais d'infirmières de santé communautaire qui accompagnent les nouveau-nés et leurs parents. Suivant l'approche d'HHS, les familles ont été ciblées sur l'indice de stress familial de Kempe. Le programme débute par une évaluation minutieuse des besoins et des forces de chaque famille. Les visiteurs sont des professionnels formés qui se concentrent sur les objectifs suivants : améliorer la santé des enfants, réduire la maltraitance et la négligence envers eux, améliorer les compétences parentales, promouvoir la santé physique et mentale des parents, le bien-être économique et matériel des familles et des relations stables et positives avec les partenaires. Les visites s'étalent de la naissance aux trois ans de l'enfant. Après des résultats prometteurs d'une étude pilote, le programme a été déployé à plus grande échelle. Au troisième anniversaire de l'enfant, ceux du programme ES ont plus eu recours aux médecins généralistes et aux soins dentaires et moins à l'hôpital pour des blessures ou des ingestions. Les enfants sont davantage inscrits dans le système d'éducation de la petite enfance et les familles ont plus de contacts avec les services communautaires. Les parents ont de meilleures attitudes et pratiques parentales. À la fin du programme, à 36 mois, il n'y a pas de différences notables quant à la dépression maternelle, l'utilisation de la contraception, la grossesse et l'utilisation de substances et aucune différence dans l'exposition aux événements stressants de la vie, au fonctionnement de la famille et aux circonstances économiques familiales.

En résumé, il existe toute une série d'expériences dans la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de visites à domicile dans différents contextes et pays. Les preuves tirées des répercussions à court et long terme de ces interventions proviennent principalement des projets pilotes à petite échelle. On connaît moins l'effet des programmes à grande échelle et surtout s'il est possible de les reproduire avec la fidélité nécessaire pour retrouver des impacts comparables à ceux démontrés par les études pilotes.

c. En France

Les sociologues se sont intéressés à l'implantation de ces programmes de recherche en France, en prenant en compte la culture, l'histoire des services de soins et la réception de ces études internationales. Alors que ces interventions se sont développées aisément dans un contexte nord-américain, quasiment dépourvu de services de droit commun, leur présence en France fait l'objet d'une réflexion préalable autour du choix des populations concernées, de l'adaptation de leur contenu et des moyens de mesurer leur impact.

i. *La recherche CAPEDP*

En France, la recherche CAPEDP (Compétences parentales et attachement dans la petite enfance) est la première étude prospective, randomisée contrôlée s'intéressant aux effets préventifs des visites à domicile périnatales. Il s'agit d'un programme de visites à domicile destiné à des jeunes femmes enceintes, en situation de vulnérabilité psychosociale. Ces visites ont été effectuées par des psychologues formées et supervisées, avec pour objectif d'instaurer une relation de confiance avec les parents (59). L'objectif final attendu était que leurs visites précoces très régulières et prolongées permettent d'améliorer la santé mentale de la mère et de l'enfant, l'attachement mère-enfant et la capacité de la mère à utiliser les réseaux de soins existants. Ce qui se traduit en pratique par : diminuer la dépression pré et postnatale, diminuer la désorganisation de l'attachement et améliorer l'utilisation du réseau de soins.

Le programme de visites mené dans CAPEDP ne s'est globalement pas avéré plus efficace pour prévenir la dépression post-natale que le système de droit commun français (c'est-à-dire principalement PMI et équipes de pédopsychiatrie en périnatalité) pour l'ensemble des femmes suivies ; par contre, les femmes les moins fragiles de cet échantillon, celles qui avaient la possibilité de s'appuyer sur un réseau social semblaient en profiter. CAPEDP a néanmoins fait preuve de son efficacité pour diminuer les comportements inadaptés des mères et la désorganisation des enfants à un an ce qui est important quand on connaît le lien entre désorganisation et psychopathologie ultérieure. Une des limites de CAPEDP a été que malgré la philosophie originelle du projet, il s'est mis en place en se surajoutant à ce qui existait dans le service de droit commun plutôt que d'être implanté au sein de ce dispositif.

ii. *Le projet PANJO*

Le projet PANJO (promotion de la santé et de l'attachement de nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI) actuellement en cours, repose sur la participation active de divers territoires de PMI et de pédopsychiatrie dès l'origine (60). Déployé aujourd'hui dans 11 territoires français, PANJO est issu de réflexions menées avec des professionnels de PMI et des données de la littérature scientifique qui montrent que, pour être efficaces, les interventions préventives à domicile doivent : être précoces et durables, avoir des objectifs définis et être menées par des intervenants formés et supervisés (61).

L'objectif est de proposer un modèle d'intervention structuré mené par les puéricultrices de PMI qui consisterait systématiquement en six visites à domicile en prénatal et durant les six premiers mois de vie de l'enfant destiné à un groupe femmes déterminé (de jeunes femmes qui se disent être seules pour élever leur enfant). 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 sont réalisées) est 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. La supervision mensuelle des puéricultrices de PMI est assurée par des professionnels de santé mentale (psychologues, pédopsychiatres) travaillant en psychiatrie périnatale (CAMSP, CMP) ce qui renforce les coordinations au sein des réseaux. Cette recherche-action, après une phase d'implantation soulignant sa faisabilité et la satisfaction des professionnels déjà impliqués, est actuellement en cours d'évaluation quant aux bénéfices pour les familles (62).

iii. L'atelier santé-ville d'Aubervilliers

Ancienne cité ouvrière de 74 000 habitants, Aubervilliers est une ville dans la périphérie parisienne caractérisée par de graves problèmes de chômage, en lien avec la faible qualification d'une bonne partie des habitants. Un programme de promotion des conditions de vie favorables à la santé et au développement psychologique, cognitif, affectif et social des enfants y a été développé à partir des ateliers santé-ville et de visites à domicile dès la grossesse (63). Il se caractérise par une approche globale de la famille, une inclusion au programme de l'ensemble des nouveau-nés indépendamment de leur rang dans la fratrie et un accompagnement par des réponses ajustées. Enfin, il a établi un fonctionnement de travail intersectoriel par des activités de réseau pluri-professionnel. Ce programme s'adresse à l'ensemble de nouveaux parents d'un territoire précarisé (approche universelle) plutôt qu'à des individus vulnérables (approche ciblée). Les visites à domicile ont pour objectif de renforcer positivement les soins adaptés aux enfants, le développement personnel de la mère, les liens familiaux et l'exploration conjointe de solutions aux situations difficiles ainsi que le lien avec la PMI et les services de santé et sociaux.

Ce programme s'appuie sur une démarche scientifique basée à la fois sur une analyse approfondie de l'expérience locale et sur une revue de littérature d'expériences similaires à l'étranger. Ces points forts sont un enracinement dans une collectivité pour l'inter sectoriel et une co-écriture avec la PMI (64).

iv. Recherche-action en Meurthe-et-Moselle

En France, dans le Lunévillois (département de Meurthe-et-Moselle), la fréquence des retards de langage chez les enfants de 4 ans est particulièrement élevée et reflète la réalité socioéconomique et culturelle qui caractérise ce territoire. En réponse aux besoins manifestes de ce secteur, la pédopsychiatrie en lien avec la protection maternelle et infantile a développé une recherche-action de prévention primaire en périnatalité. L'objectif était de mettre en place auprès des familles un accompagnement psychologique régulier, à domicile, pendant les deux premières années de vie de l'enfant et d'observer les effets de cette action sur les parents et le bébé. Il a été proposé à toutes les familles, ayant un bébé durant l'année 2010, de participer au projet (65).

Le psychologue clinicien s'inspire du modèle d'observation à domicile de Bick qui insiste sur les aspects essentiels de la position de l'observateur : « l'écoute », « la réceptivité », « l'attention consciente et inconsciente ». Il s'appuie également sur les apports du programme de santé mentale infantile par intervention à domicile de Fraiberg qui valorise l'observation attentive, l'écoute empathique, la relation de soin nourrissante avec les parents et l'intérêt pour les expériences passées. Le psychologue clinicien est présent pour le bébé et ses parents dans la continuité et vient assurer une contenance, telle qu'elle a pu être décrite par Bion. Il est attentif au développement du bébé, aux interactions précoces et au vécu de la parentalité. Les rencontres s'articulent autour de trois temps : l'entretien avec les parents, l'observation conjointe du bébé et l'interaction, en particulier au travers du jeu. Il s'agit à la fois d'observer et de valoriser l'enfant « réel » dans son développement psychomoteur, dans ses originalités et dans la mise en place de ses liens d'attachement mais aussi d'être à l'écoute du bébé « imaginaire », rêvé et fantasmé par ses parents. Les enfants qui ont bénéficié de la recherche-action ne présentent pas, à deux ans, le retard de langage observé dans la population témoin et d'une façon générale, ils montrent clairement un meilleur développement psychomoteur.

Ainsi, les études françaises mettent ainsi en avant la place centrale de la PMI dans le réseau de la périnatalité et la nécessité d'un travail en lien pour la prévention en santé mentale qui nécessite de rencontrer les familles le plus précocement possible.

III. Méta-analyses : qu'est ce qui marche pour qui ?

1. Des résultats contradictoires en termes d'efficacité

Comme nous venons de le voir, les études d'efficacité des différents programmes montrent des résultats variables. La visite à domicile est en effet un terme générique qui implique une stratégie d'action plutôt qu'un type d'intervention en soi. Les programmes de visites à domicile pour les parents pendant la grossesse et les premières années de la vie de l'enfant partagent de nombreux objectifs communs mais ils diffèrent selon de nombreuses dimensions : la population cible (type de familles et âge des enfants), les objectifs, le contenu spécifique et les bases théoriques du programme, la durée et l'intensité de l'intervention, et la profession des visiteurs. Les services fournis varient donc d'un programme à l'autre mais parfois même au sein d'un même programme et il est donc difficile de les comparer. Plusieurs méta-analyses ont cherché à montrer une efficacité des visites à domicile sur la maltraitance, la santé mentale de la mère et de l'enfant devant cette variabilité des résultats d'études d'efficacité.

Sweet et Appelbaum questionnent l'efficacité de la visite à domicile en périnatalité à travers une première méta-analyse qui vise à quantifier l'utilité de ces visites en tant que stratégie pour aider les familles à travers une gamme de résultats dans soixante programmes (66). Avant cela, seules deux méta-analyses avaient été publiées et se concentraient uniquement sur les résultats d'abus d'enfants (67, 68). Les résultats de l'enfant ont été séparés en résultats cognitifs, sociaux et liés à la maltraitance, et les résultats parentaux en comportements parentaux et amélioration de la qualité de vie. L'efficacité des programmes a été mesurée par des tailles d'effets calculées pour chaque groupe de résultats. La relation entre les caractéristiques du programme et ces résultats a été explorée.

Les deux **objectifs** principaux les plus fréquemment rapportés sont l'éducation des parents (96,7%) et le développement de l'enfant (85%). Suivent la prestation directe de soins de santé (30%), le soutien social des parents (28%), la prévention de la maltraitance (18,3%), l'autonomisation des parents, personnelle (10%) et économique (8,3%). Un petit pourcentage de programmes (6,7%) sont distribués de manière universelle mais la grande majorité cible les familles à risque environnemental (75%). Les programmes à destination de **populations** spécifiques se focalisent sur les familles à faible revenu (55%), avec un enfant à faible poids de naissance (15%), à risque de maltraitance ou de négligence (13,6%), les mères adolescentes (10,2 %) ou déprimées (5,1%) et les familles économiquement dépendantes (3,4%). Les **services** proposés sont les suivants : éducation parentale (98,3%), soutien social (58,3%), guidance (41,7%), soutien (15%) et éducation de base pour les adultes (1,7%). Les programmes orientent également les familles vers les services sociaux et de santé (68,3% pour les parents, 50% pour l'enfant) et les soins de santé (23,3% pour les parents, 31,7% pour l'enfant). Près de 75% des programmes concernent les enfants entre la naissance et l'âge de trois ans. Près d'un

quart des programmes ont commencé pendant la grossesse (20% prénatal à 3 ans, 1,7% prénatal à 5 ans) et 21,7% des programmes ciblent la première année de vie d'un enfant. La plupart des programmes ont une **durée** prévue de 9 à 12 mois (18,3%), 12 à 24 mois (30%) ou 24 à 36 mois (23,3%). Il a été difficile de retrouver des informations sur la durée réelle des programmes. On retrouve trois types de **personnels** ayant travaillé directement avec les familles à domicile. La plupart des programmes (75%) ont travaillé avec des professionnels. Les paraprofessionnels, souvent issus de la même communauté que les familles et ayant été aidés eux-mêmes par ces programmes, sont employés par 45% des programmes. Un petit nombre de programmes emploie des non-professionnels (8,3%).

La visite à domicile est-elle une stratégie efficace ? Les enfants des familles inscrites à ces programmes se sont révélés avoir de meilleurs résultats cognitifs et socio-émotionnels que les enfants témoins. Les parents ont bénéficié des visites à domicile en ce qui concerne leurs attitudes et leurs comportements parentaux, deux points qui doivent profiter à leurs enfants. L'abus d'enfants et le stress parental comme indicateur de risque de maltraitance sont les seuls à ne pas produire une taille d'effet significative. Les mesures moins directement liées à l'enfant comme l'amélioration de la vie maternelle n'ont pas été influencées significativement par les visites. Il est prouvé que les programmes de visites à domicile encouragent les mères à reprendre une formation mais on ne retrouve pas de différence en termes d'emploi et d'indépendance économique.

En ce qui concerne la profession des intervenants, les visiteurs professionnels ou paraprofessionnels ont eu davantage d'effet sur les résultats cognitifs des enfants. Pour la maltraitance, les paraprofessionnels ont été associés à des tailles d'effet plus élevées que les visiteurs professionnels et non professionnels, corroborant l'idée selon laquelle les personnes ayant été soutenues par ces programmes peuvent aider plus efficacement les parents. Ni l'âge de l'enfant ni la durée réelle du programme n'ont été liés à la taille de l'effet pour l'un des groupes de résultats. D'autre part, plus de visites et plus de temps de visites ont augmenté la taille des effets pour les résultats cognitifs de l'enfant.

Gomby explore quant à lui les avantages des programmes de prévention primaire pour les familles avec des enfants de moins de 5 ans (69). Les programmes incluent des modèles connus à l'échelle nationale tels que Early Head Start, Healthy Families America (HFA), Home Instruction for Parents of Prechool Youngsters (HIPPY), Nurse-Family Partnership (NFP), Parents as Teachers (PAT) et Parent-Child Home Program (PCHP). Ce sont les prototypes de la plupart des programmes de visites à domicile dans le pays et se développent sur des milliers de sites à eux tous. Les objectifs spécifiques varient, mais ces programmes visent généralement à promouvoir la connaissance, les attitudes et le comportement des parents favorisant l'éducation des enfants ainsi que la santé et le développement précoce des enfants, la prévention de la maltraitance et l'amélioration de la vie des mères. Certains programmes commencent dès la grossesse et d'autres, à la naissance ou plus tard. La durée prévue est en général de deux à cinq ans, et les visites sont programmées de semaine en semaine. Si les visites sont limitées ou trop peu fréquentes, il est peut-être difficile d'établir une relation de

confiance avec le parent, précurseur du changement du comportement parental. Certains programmes emploient principalement des paraprofessionnels, généralement des personnes de la communauté desservie, avec peu d'éducation ou de formation formelle au-delà de celles prévues par le programme. Parce que leurs antécédents sont semblables à ceux des parents, ils peuvent plus facilement établir une alliance avec eux. Certains programmes identifient les familles avec de multiples facteurs de stress ou à risque de maltraitance, d'autres cherchent à inscrire la totalité ou la plupart des familles qui vivent dans le bassin géographique du programme.

Le tableau en annexe 1 résume les conclusions obtenues dans 12 méta-analyses concernant les visites à domicile en illustrant à la fois les objectifs principaux ainsi que les conclusions des chercheurs. La variabilité entre les méta-analyses peut être liée aux études incluses et à la volonté des chercheurs de tirer des conclusions d'un petit nombre d'études. L'efficacité des visites a été évaluée dans 14 catégories de résultats. En moyenne, lorsqu'elles ont été proposées comme seule stratégie et lorsqu'elles sont testées dans des études de recherche de haute qualité, les visites à domicile ont rarement produit des effets supérieurs à 0,20 écart type, une taille d'effet considérée comme faible dans l'évaluation des services humains. Cela signifie que les programmes de visites à domicile produisent rarement de grands changements facilement observables chez les familles qu'ils servent. Le changement est particulièrement difficile à détecter si un petit nombre de familles sont desservies dans un seul programme ou si les mesures utilisées pour détecter les changements ne sont pas très sensibles. La visite à domicile peut cependant être plus efficace pour produire des résultats que d'autres types de services.

Lorsqu'ils ont été testés avec des méthodes rigoureuses, la plupart des programmes n'ont pas amélioré l'utilisation des soins de prévention ou entraîné des avantages sur la santé des enfants. Concernant le développement cognitif, les résultats suggèrent que les programmes sont plus avantageux chez les familles où les besoins sont clairement identifiés (par exemple, les enfants avec un faible poids à la naissance, un handicap physique et un retard de développement). Les bénéfices cognitifs pour les autres enfants, y compris les enfants issus de familles à faible revenu, ne sont pas démontrés de manière fiable dans les essais randomisés, bien que les résultats suggèrent que les visites à domicile peuvent aider à promouvoir le développement du langage. Les effets sur le développement social sont insaisissables, bien qu'un programme ait trouvé des avantages importants à long terme dans le comportement des enfants. Les résultats suggèrent que de nombreux programmes conduisent à de faibles améliorations de la connaissance des parents sur le développement de l'enfant ou à des attitudes plus ajustées à l'égard des enfants. Certains programmes entraînent également des changements dans le comportement des parents ou dans l'environnement domestique, soit pour le rendre plus sûr, soit plus susceptible de promouvoir le développement de l'enfant.

Le tableau suivant (Tableau 1) évalue les coûts et les avantages des « programmes de visites à domicile pour les mères et les enfants à risque », sur la base d'une méta-analyse. Il est

maintenant clair que ces programmes produisent des avantages financiers. Cependant, même dans le NFP, les résultats varient selon les sites d'implantation, de sorte qu'un calcul coût-bénéfice unique ne reflète pas adéquatement les résultats sur tous les sites. Les programmes qui offrent des visites à domicile en combinaison avec d'autres services peuvent fournir plus de revenus que les programmes qui offrent des visites à domicile seules, mais pas toujours. Enfin, contrairement à de nombreux programmes de la petite enfance, les programmes de visites à domicile ont souvent pour objectif de relier les familles à d'autres services de la communauté et aucune de ces estimations de coûts ne prend en compte les coûts de ces services. En résumé, ces analyses sont un point de départ pour évaluer les coûts et les avantages des programmes de visites à domicile mais ne sont pas pleinement représentatives.

**Table 7. Costs and Benefits for Selected Home Visiting Programs:
Results from Aos et al (2004) and Karoly et al (forthcoming, 2005), in 2003 dollars**

Program	Benefits	Costs	Benefits Per Dollar of Cost	Benefits Minus Costs
Home Visiting Programs				
Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY) [†]	\$3,313	\$1,837	\$1.80	\$1,476
HIPPY [‡]	3,032	1,681	1.80	1,351
Parents as Teachers [†]	4,300	3,500	1.23	800
Parent Child Home Program [†]	0	3,890	0	-3,890
NFP—overall sample ^{†,‡}	26,298	9,118	2.88	17,180
NFP—Higher risk sample [‡]	41,419	7,271	5.70	34,148
NFP—Lower risk sample [‡]	9,151	7,271	1.26	1,880
Healthy Families America [‡]	2,052	3,314	.62	-1,263
Home visiting programs for at-risk mothers and children (meta-analysis) ^{†‡}	10,969	4,892	2.24	6,077
Home Visiting Plus Other Services				
Even Start [†]	0	4,863	.23	-16,203
Comprehensive Child Development Program [†]	-9	37,388	0	-37,397
Infant Health and Development Program [†]	0	49,021	0	-49,021
High/Scope Perry Preschool Project [‡]	253,154	14,830	17.07	238,324

Sources:

[†] Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., Pennucci, A. (2004). *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

[‡] Karoly, L.A., Kilburn, M.R., & Cannon, J.S. (forthcoming, 2005). *Early childhood interventions: proven results, future promise*, MG-341. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

Tableau 2 : Analyse Coût-bénéfices de programmes choisis de visites à domicile (69)

La méta-analyse de Gomby tente de faire des liens entre les caractéristiques d'un programme et ses résultats. Ils cherchent, par exemple, à évaluer quelles familles sont les plus susceptibles de poursuivre le programme jusqu'au bout. Dans l'étude Early Head Start, les familles non-anglophones ont tendance à abandonner davantage, mais les familles hispanophones ont été jugées plus engagées lors des visites à domicile. Dans Healthy Families America en Floride, les familles blanches quittent le programme plus tôt que les familles afro-américaines. Une seule étude suggère que les familles qui abandonnent plus tôt peuvent être précisément les familles qui ont le plus besoin des services.

D'après les familles, les visiteurs à domicile font la qualité du programme. Ils doivent donc avoir les compétences personnelles nécessaires pour établir une relation avec les familles, organisationnelles pour offrir le contenu prévu pour chaque visite tout en répondant aux besoins, de résolution de problèmes pour les aider dans les moments de crise, et cognitives nécessaires à la charge administrative. Ce sont des compétences exigeantes mais nécessaires à la réussite des programmes. Actuellement, la littérature ne permet pas de conclure de façon générale sur la discipline professionnelle ou éducative qui fait les meilleurs visiteurs. Cependant, des visiteurs bien formés sont probablement nécessaires pour servir les familles confrontées à des problèmes multiples et complexes et pour travailler dans des programmes avec des objectifs multiples en gardant une grande flexibilité. Une fois qu'ils ont embauché leurs visiteurs, les programmes doivent travailler à les conserver. Le turn-over peut avoir un effet dévastateur sur les taux de réussite du programme, car il perturbe l'alliance entre le visiteur et le parent, et c'est ce qui rend les parents plus susceptibles de suivre les conseils donnés.

L'étude suggère également que les résultats les plus susceptibles d'être atteints sont ceux qui ont été les plus abordés par les visiteurs à domicile dans leurs interactions avec les familles. Par exemple, dans les visites à domicile de Early Head Start, plus les visites à domicile étaient axées sur l'enfant, plus les niveaux de développement cognitif et linguistique des enfants étaient élevés. Or, les parents à risques multiples ont tendance à recevoir des visites à domicile qui se concentrent davantage sur les besoins des parents que sur les besoins des enfants. Il est donc important de choisir un programme qui traite directement des objectifs établis. Les programmes qui offrent des services de visites à domicile en parallèle avec une éducation de la petite enfance semblent produire des résultats plus larges et plus durables que les programmes qui offrent des services de visites à domicile seuls, en particulier pour le développement cognitif des enfants ou les résultats scolaires.

Les pratiques parentales sont fortement liées à la culture. Les parents de différentes cultures possèdent des croyances fortes sur les meilleures approches pour traiter le sommeil, le pleurs, l'allaitement, l'éducation et l'autonomie chez les enfants. De plus, il semble que les mêmes pratiques parentales peuvent donner des résultats différents pour les enfants de cultures différentes. Par exemple, une revue récente suggère que, si un style de parentalité conciliant peut être associé à des résultats plus positifs pour les enfants caucasiens, un style plus autoritaire et plus strict peut être associé à des résultats plus positifs pour les enfants afro-américains et asiatiques-américains. Ces différences dans les pratiques parentales dans toutes les cultures peuvent rendre les programmes de visites à domicile moins efficaces avec certaines familles, si les conseils offerts par les visiteurs à domicile ne sont pas conformes aux croyances de la famille au sujet de la parentalité.

À mesure que les programmes de visites à domicile étendent leur portée aux familles à des niveaux de risque plus élevés, des défis croissants sont posés dans l'élaboration de programmes répondant aux besoins de ces familles. Pour atteindre un changement à long terme, les programmes devraient traiter la violence familiale, les problèmes de santé mentale

maternelle, en particulier la dépression et l'abus de substances parentales car ces trois questions peuvent créer un risque particulièrement élevé pour les enfants. Les résultats de nombreux programmes de visites à domicile suggèrent que ces problèmes sont parmi les plus difficiles à reconnaître ou à traiter efficacement pour les visiteurs, et, avec la contraception, les problèmes qu'ils se sentent le moins à l'aise à discuter. Mais ce sont précisément les problèmes qui sont plus susceptible d'entraver les progrès des parents et de nuire aux enfants. Par exemple, environ 20% de la population en général et jusqu'à 50% des familles dans certains programmes de visites à domicile présentent des symptômes de dépression clinique et la totalité des femmes inscrites au programme HFA à Lancaster, en Californie, lors du dépistage initial.

Certains programmes ont démontré des avantages importants qui ont stimulé l'expansion des programmes et qui illustrent le potentiel de la visite à domicile. Des résultats mitigés et modestes, cependant, illustrent la fragilité de cet outil. En effet, les programmes offrent entre 20 et 40 heures d'intervention sur quelques années pour aborder des problèmes aussi complexes que l'abus et la négligence, la réussite scolaire et la planification des grossesses suivantes. Il est donc important de garder des attentes modestes sur ce qui peut être accompli par une seule intervention. Néanmoins, les programmes de visites à domicile de haute qualité peuvent contribuer à préparer les enfants à leur vie future. En collaboration avec d'autres services tels que les centre d'éducation de la petite enfance, les activités conjointes parents-enfants et les groupes de parents, les visites à domicile peuvent aider significativement les enfants et leurs familles.

On ne sait pas si l'ampleur de la taille des effets observés est significative en pratique clinique. De plus, les programmes les plus rigoureusement étudiés ont produit des tailles d'effet plus petites que des programmes moins méthodiquement rigoureux. Il est possible que le faible nombre de cas et la puissance réduite jouent un rôle dans le manque de résultats.

Quels types de programmes de visites à domicile fonctionnent mieux pour quels résultats ? La visite à domicile semble aider les familles avec de jeunes enfants, mais la mesure dans laquelle cette aide est utile n'est pas déterminée. Ce qui fait exactement un programme de visites à domicile réussi n'est pas clair pour le moment, ceux-ci variant considérablement selon plusieurs dimensions. Les données présentées ici montrent que ces programmes ont tendance à être multiples et complexes. En outre, les avantages pour la famille sont souvent évalués indirectement, ce qui rend encore plus difficile de quantifier les effets du programme. L'anticipation de l'évaluation des programmes dès leur conception est une piste qui permettrait aux méta-analyses de conclure sur les types de programmes qui fonctionnent le mieux pour les types de résultats. Enfin, la visite à domicile est une stratégie et n'est pas un service en soi. Ce qui s'y passe est difficile à quantifier. Il existe de nombreux facteurs intangibles, tels que la personnalité et l'attitude du visiteur à domicile, qui peuvent influencer sur le succès, mais ils sont rarement mentionnés ou évalués.

2. Caractéristiques des programmes associés aux résultats dans la littérature

a. La visite à domicile : efficace pour qui ?

i. *La visite post-natale universelle*

Pontoppidan étudie les effets des interventions parentales universellement répandues sur le développement de l'enfant et la relation parent-enfant dans une revue systématique de la littérature (70). Il n'existait pas d'études sur les interventions universelles destinées à soutenir les parents d'enfants âgés de 0 à 12 mois. Or, il est important de déterminer l'efficacité des interventions universelles parce qu'elles offrent plusieurs avantages. Elles sont offertes à toutes les familles et peuvent toucher ceux qui en ont besoin dans un contexte non stigmatisant, ce qui peut augmenter le nombre de familles ayant des problèmes qui acceptent ce soutien. De plus, ces interventions peuvent être une méthode efficace pour identifier les familles qui ont besoin de soutien ou de soins supplémentaires le plus précocement possible. Les parents négligents ou maltraitants ne présentent pas systématiquement des facteurs de risque de nuisance envers leurs enfants et peuvent donc ne jamais attirer l'attention des professionnels. Les interventions universelles peuvent donc être une méthode efficace pour réduire le niveau global de maltraitance et favoriser le développement de l'enfant dans la population générale, car elles peuvent atteindre toutes les familles.

Dodge et al ont évalué la possibilité qu'une intervention postnatale à domicile, brève et universelle puisse être mise en œuvre avec efficacité et fidélité, pour prévenir les soins de santé d'urgence et favoriser la parentalité positive pour des enfants de 6 mois (71). Il s'agit du premier essai contrôlé randomisé d'un programme universitaire universel de soins infirmiers du post-partum. Durham Connects est un programme de 4 à 7 sessions pour évaluer les besoins de la famille et relier les parents aux ressources communautaires afin d'améliorer la santé et le bien-être des nourrissons. 4777 familles ont été incluses à Durham, en Caroline du Nord, dans une communauté de taille moyenne avec un taux de pauvreté élevé, en prenant en compte toutes les naissances entre juillet 2009 et décembre 2010. 80% des familles y ont participé.

Les bébés de Durham Connects ont eu 59% moins d'épisodes de soins pédiatriques en urgence que les nourrissons du groupe témoin et plus de liens avec les services communautaires, des comportements parentaux plus positifs, plus d'inscriptions à des services de garde et des taux d'anxiété moins élevés que les mères témoins. Les observateurs ont signalé des environnements domestiques de qualité supérieure pour Durham Connects et un effet positif spectaculaire sur la réduction des soins de santé pour les nourrissons. L'impact commence immédiatement après l'intervention et a plus que doublé aux 6 mois de l'enfant.

Au Québec, au cours des 15 dernières années, un investissement massif a été fait dans les services parentaux et de la petite enfance en développant notamment une politique d'accès aux garderies à faible coût. Une étude de fréquentation des garderies a démontré des effets protecteurs et positifs de cette politique sociale universelle uniquement auprès des familles

vulnérables dont les parents présentaient des niveaux d'éducation moins élevés. Ces résultats soulèvent la question des limites et des défis des politiques universelles. En effet, l'implantation d'une politique universelle ne se traduit pas nécessairement par un accès universel aux services.

Un programme universel d'intervention brève de visites à domicile peut donc réduire les soins médicaux d'urgence coûteux et améliorer les résultats familiaux. Cette approche vise à résoudre le paradoxe d'être à la fois universel mais aussi adapté aux besoins individuels en amenant les familles vers les services communautaires sur la base d'évaluations individualisées. Il réussit à atteindre la plus grande partie de la communauté avec une haute fidélité et une grande satisfaction des familles à un coût abordable (700 \$ par naissance). En plus d'être efficace quant à son objectif principal d'améliorer les liens des familles avec les ressources de la communauté, le programme a également amélioré le bien-être familial, en particulier les comportements parentaux positifs, la qualité de l'implication des pères, des services de garde, la sécurité familiale et la santé mentale maternelle. L'analyse coût-bénéfice suggère que les investisseurs pourraient récupérer trois fois les coûts du programme en 6 mois. Une politique publique de mise en œuvre universelle pourrait donc être rentable pour une communauté.

ii. Cibler les populations qui en ont besoin

D'abord à destination d'une population défavorisée, les programmes de recherche ont montré des résultats positifs de ces interventions précoces ciblées. Elles permettent de réduire ces inégalités. La prévention représente alors un investissement nécessaire et l'identification précoce de facteurs de risque ou facteurs de vulnérabilité permet de proposer des interventions ciblées pour infléchir des trajectoires développementales préjudiciables.

Armstrong a évalué l'impact d'un programme de visites à domicile s'adressant aux familles avec un enfant à risque de problème de santé ou de trouble du développement à travers un essai contrôlé randomisé (72). Les femmes ont été recrutées sur la base de facteurs de vulnérabilité autodéclarés pour recevoir soit le programme structuré de visite à domicile d'infirmière, soutenu par un travailleur social et un pédiatre (N = 90), soit attribué à un groupe de comparaison recevant des services communautaires standard (n = 91). Le stress parental et la dépression maternelle ont été mesurés lors de l'inscription et à 6 semaines. Le comportement parental, la satisfaction des familles et les résultats de l'environnement domestique ont été testés à 6 semaines, tout comme les résultats pour la santé des enfants. Les femmes signalant une vulnérabilité familiale étaient plus enclines à donner leur consentement pour participer à l'étude, avec une différence significative du taux de maladies psychiatriques déclarées (15,2% vs 7,0%, $P < 0,05$) ou de stress financier. À six semaines, les femmes recevant le programme à domicile ont eu des réductions significatives des scores de dépistage de la dépression postnatale ainsi que des améliorations dans leur expérience du rôle parental. Les interactions mère-enfant étaient plus susceptibles d'être positives, avec des

scores significativement plus élevés dans les aspects de l'environnement domestique liés au développement de l'enfant, en particulier l'attachement sécurisé. Les mères des groupes d'intervention étaient significativement plus satisfaites du service communautaire de santé infantile. Cette forme d'intervention pour les familles est efficace pour promouvoir l'attachement sécurisé, prévenir les troubles de l'humeur maternelle et est bien accueillie par les familles qui le reçoivent. Pour les auteurs, la visite à domicile est une stratégie qui permet d'accéder aux enfants les plus à risque et d'agir sur les composantes environnementales pour réduire l'impact sur leur trajectoire développementale. Il semble que l'abord des familles par auto-questionnaire dans la période post-natale ait été acceptable car 63% des mères ont pris le temps d'y répondre et notamment les mères vulnérables. Il apparaît que lorsque l'intervention est vécue comme un soutien bénéfique pour les familles plutôt que comme une forme de surveillance parentale, elle est alors acceptable pour la population ciblée.

Dans l'étude de Gomby (69), les familles dans lesquelles les enfants ont des facteurs de risque évidents (par exemple, ils sont biologiquement à risque, retardés dans le développement ou ont déjà des problèmes de comportement) semblent en bénéficier le plus. Certaines études suggèrent également que les mères à risque élevé (p. Ex., Les mères adolescentes à faible revenu, les mères ayant des capacités d'adaptation médiocres, des faibles QI et des problèmes de santé mentale) peuvent davantage en tirer parti.

La recherche préventive a démontré les impacts positifs sur le développement de l'enfant des interventions ciblées et des interventions universelles qui sont traditionnellement opposées. Or, l'implantation d'une politique universelle ne se traduit pas nécessairement par un accès universel aux services ni par des effets protecteurs et positifs sur toutes les familles. Chaque type de programmes présente des mérites et des limites. Par exemple, les opérations de ciblage s'attachent généralement à certains risques tout en laissant de côté une majorité d'enfants vulnérables. Pour répondre aux limites et aux défis des programmes universels et ciblés, la logique d'universalisme proportionné s'est développée (9). Ce modèle de politique publique implique que l'ensemble de la population accède aux stratégies de prévention et de soin tout en accordant une attention particulière aux populations les plus vulnérables. L'universalisme proportionné se présente donc comme un principe inspirant des politiques sociales justes en ce qu'elles visent à la fois à corriger les fragilités repérées (difficultés d'apprentissage, problèmes de santé, etc.) tout en réduisant les inégalités. La démarche proposée n'est plus strictement égalitaire mais elle se veut équitable. Elle implique ainsi de favoriser des actions de promotion de la santé universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles aux vulnérabilités : intervenir plus mais aussi différemment selon les problématiques mises en exergue (11).

b. La visite à domicile : efficace pour quoi ?

i. *Effets sur la parentalité*

Les parents sont cruciaux pour le développement sain des nourrissons car ils sont principalement responsables de l'environnement dans lequel l'enfant se développe. La grossesse et la naissance, en particulier d'un premier enfant, est une période de grands changements de style de vie qui peut être stressant pour les mères et les pères. Les interventions de la petite enfance visent à rendre la première année de vie de l'enfant plus facile pour les parents en leur proposant du soutien. Ces programmes visent généralement à améliorer le fonctionnement familial en soutenant les parents pour qu'ils favorisent le développement de leur enfant.

Kendrick propose une revue systématique de la littérature des essais contrôlés randomisés et des études expérimentales évaluant les programmes de visites à domicile pour répondre à cette question : les visites à domicile améliorent-elles la parentalité et la qualité de l'environnement familial ? Sur 34 études rapportant des résultats pertinents, 26 s'adressent à des familles à risque multiples ; 2, à des familles de nourrissons prématurés ou à faible poids à la naissance ; et 2, d'enfants présentant un retard de développement. Seules 8 études s'intéressent à la population générale. 12 études ont été entrées dans la méta-analyse. Un effet significatif de la visite à domicile a été démontré sur le score HOME. Les programmes de visites à domicile ont été associés à une amélioration de la qualité de l'environnement familial (73).

Pontoppidan étudie les effets des interventions parentales universellement répandues, le développement de l'enfant et la relation parent-enfant dans une revue systématique de la littérature. 14 articles correspondant à 7 ECR sont inclus. Quatre des interventions étaient basées sur des séances de groupe, une uniquement de visites à domicile individuelles et deux interventions comprenaient des visites à domicile individuelles et des séances de groupe. La majorité des interventions étaient relativement courtes (3 à 8 séances). Les résultats sont mitigés et non concluants pour l'objectif principal de cette revue. Pour plus de la moitié des résultats, il n'y a aucune différence entre les familles d'intervention et le groupe contrôle. La plupart des études ont rapporté des résultats immédiats, mais la moitié des études ont également signalé des données sur les résultats de suivi à court terme (jusqu'à 6 mois après l'intervention) et à long terme (plus de 6 mois après). Quatre études ont rapporté des mesures du développement socio-affectif de l'enfant et trois études ont indiqué des mesures de la relation parent-enfant. Des tailles d'effet petit à moyen ont été rapportées pour la majorité des études avec des résultats statistiquement significatifs. Il n'y avait aucun effet statistiquement significatif de l'intervention pour la majorité des résultats primaires dans les études. On ne peut tirer de conclusions claires quant aux effets des interventions parentales universellement offertes sur le développement de l'enfant et la relation parent-enfant (70).

ii. Effets sur la maltraitance et la négligence

La méta-analyse de Geeraert sur les effets des programmes de prévention précoce pour les familles avec de jeunes enfants à risque de violence et de négligence reprend 40 études essentiellement non randomisées dont l'objectif principal est de prévenir la maltraitance (74).

Un effet positif global a été trouvé, avec une taille d'effet globale significative (0,29 ; $z = 6,59$; $p < 0,001$). Par conséquent, il existe de fortes preuves de l'efficacité des programmes de prévention de la maltraitance et de la négligence des enfants, indiquant l'utilité potentielle de ces programmes. L'étude a démontré une diminution significative de la manifestation d'actes abusifs et négligents et une réduction du risque dans des facteurs tels que le fonctionnement de l'enfant, des parents, de la famille, l'interaction parent-enfant, et les caractéristiques du contexte. L'effet positif global peut être une sous-estimation de l'effet réel en raison de l'effet de surveillance, c'est-à-dire qu'il existe une plus grande probabilité de détecter la maltraitance des enfants dans les familles ayant des contacts fréquents avec un travailleur social. Cependant, l'effet est relativement faible et les objectifs de ces programmes doivent rester modestes.

Euser et al, 2015, synthétisent les résultats de tous les essais randomisés contrôlés (23 études) qui ont testé l'efficacité de 20 programmes différents, destinés à la population générale, une population à risque et une population avec des situations déjà effectives de maltraitance, afin de révéler l'efficacité globale des programmes pour prévenir ou réduire l'occurrence de la maltraitance des enfants et de découvrir les facteurs qui influencent l'efficacité des programmes d'intervention. Il s'agit de la première étude qui compare les programmes pour prévenir et réduire les mauvais traitements infligés aux enfants (75).

Sur les 20 programmes d'intervention différents, seuls cinq (25%) programmes ont efficacement empêché ou réduit la maltraitance des enfants. L'effet combiné des 27 effets des interventions sur les mauvais traitements dans la population générale, les familles à risque de maltraitance ou de maltraitance des familles était $d = 0.13$ ($N = 4883$; IC à 95% : $0.05 \sim 0.21$; $p < .01$), dans un ensemble hétérogène de résultats ($Q = 56.06$, $p < .01$). Les interventions étaient significativement plus efficaces dans les échantillons de maltraitance ($d = 0,35$) que dans les échantillons à risque ($d = 0,05$), $Q(1) = 9,31$, $p < 0,01$. En outre, l'âge de l'enfant au début de l'intervention a donné un poids de régression positif significatif ($z = 4,27$, $p < 0,001$, $k = 27$), ce qui indique que les interventions ciblant les familles avec des enfants plus âgés avaient des effets plus importants. Ni l'état socio-économique ni l'ethnicité de l'échantillon n'ont influencé l'efficacité des interventions. Les résultats sont décevants et l'effet combiné significatif disparaît lorsqu'on prend en compte le biais de publication des petites études sans résultats significatifs.

Les effets bénéfiques retenus sont associés aux caractéristiques suivantes : les études les plus récentes, ou portant sur des échantillons plus petits, les programmes fournissant des

informations aux parents plutôt que les programmes n'apportant qu'un soutien (promotion de comportements positifs dès la grossesse, établissement de réseaux de soutien social ou dépistage du retard de développement), les programmes ciblant les enfants maltraités plutôt que des familles à risque, avec une longueur modérée (6-12 Mois) ou un nombre modéré de séances (16-30). Les programmes existants semblent réduire mais ne pas prévenir la maltraitance des enfants. Les facteurs de risque de mauvais traitements retrouvés sont le faible statut socio-économique, les problèmes de santé mentale des parents, l'isolement et les familles monoparentales. Les enfants maltraités ont un risque majoré de problèmes physiques, comportementaux et psychologiques, également à l'âge adulte, et bénéficient de moins de soins par rapport aux personnes non maltraitées, ce qui entraîne des coûts élevés pour les individus et la société.

Bien que l'efficacité des programmes d'intervention soit parfois présentée comme prometteuse, les résultats de cette méta-analyse offrent un tableau sombre de la base de données des programmes d'intervention largement utilisés. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à ce contraste. Tout d'abord, les principales mesures de résultats dans de nombreuses études d'efficacité visant à prévenir la maltraitance des enfants sont des facteurs de risque de mauvais traitements envers les enfants (Inventaire des abus envers les enfants, stress parentaux) plutôt que des mesures réelles de mauvais traitements et ne fournissent pas d'information sur la prévention ou la réduction réelle de la maltraitance des enfants.

iii. Effets sur la santé mentale des parents

Les programmes de visites à domicile ont peu d'effets sur la santé mentale des parents. Or, 50 % des mères ciblées par ces interventions souffriraient de dépression (9) et les symptômes dépressifs constituent un problème important dans les visites. Il semble d'ailleurs que la prévalence des taux de dépression soit significativement plus élevée chez les mères recrutées dans les programmes de visites à domicile que celle de la population générale des femmes en âge de procréer (76).

On sait maintenant que les mères déprimées sont plus négatives et moins sensibles à leurs enfants que les autres (77-78). Les enfants de mères déprimées sont moins susceptibles d'avoir un attachement sécure que les enfants de mères non-déprimées. Or, la dépression maternelle pose des défis universels pour les programmes de visites à domicile et pourrait entraver de manière significative leur efficacité. En effet, les symptômes dépressifs tels que les difficultés de concentration, des troubles mnésiques et le désengagement, rendent la participation aux visites difficile pour ces mères. De plus, la recherche a démontré que l'exposition à un épisode de dépression maternelle dans la petite enfance peut avoir des conséquences néfastes pour le développement social et émotionnel ultérieur (79), soulignant la nécessité d'examiner sa prévalence durant les visites. En outre, la dépression maternelle peut mettre en difficulté les professionnels qui ont une formation limitée en santé mentale et elle détourne leur attention de l'objectif principal de ces programmes de prévention. Un

sondage mené auprès de 91 visiteurs a révélé que 86,7% avaient rencontré des mères souffrant de maladie mentale (y compris la dépression) au cours de la dernière année et que les problèmes liés à la maladie mentale figuraient parmi les situations rencontrées les plus difficiles (80). Au minimum, les professionnels de terrain devraient être formés à l'identification de la dépression afin de faciliter la reconnaissance et l'orientation vers les services de santé mentale. En effet, l'incapacité d'identifier et de traiter efficacement la dépression précocement peut donner lieu à un risque de dépression grave et qui se chronicise. La recherche sur la formation des infirmiers à domicile pour détecter la dépression post-partum a démontré l'utilité de cette stratégie (81) et mérite une large diffusion. Il est possible que les bénéfices modestes rapportés par de nombreux programmes de visites à domicile soient attribuables, en partie, aux défis cliniques qui accompagnent la dépression maternelle.

Plusieurs études ont examiné les conséquences de la dépression maternelle dans le contexte des visites à domicile et l'impact des services sur ses symptômes. Certaines études estiment que ces programmes sont plus efficaces lorsque la mère est dépressive alors que d'autres études affirment le contraire. Dans un essai clinique du programme Healthy Families Alaska (82), les auteurs ne trouvent aucune différence sur les symptômes dépressifs maternels autodéclarés entre le groupe intervention et le groupe contrôle. De même, l'évaluation de Early Head Start de 2002 rapporte des prévalences de symptômes dépressifs élevés de 38% et 32% à 14 et 36 mois après la naissance de l'enfant, sans différence entre les deux groupes. Un suivi à long terme de cet échantillon a cependant révélé un impact positif sur la dépression maternelle pour ceux qui recevaient l'intervention, aux cinq ans de l'enfant (83). Une autre étude a examiné l'impact d'un programme paraprofessionnel de visites à domicile sur la dépression chez les mères à risque élevé avant la naissance. Au bout d'un an, les mères ayant bénéficié des visites ont présenté une légère diminution de la dépression par rapport à un groupe témoin (84). La santé mentale est ainsi une variable importante et mal ciblée.

Stevens, Ammerman, Putnam et Van Ginkel (85) ont mesuré les symptômes dépressifs chez les mères inscrites dans un programme Healthy Families America. 28,5% avaient des scores élevés à l'échelle de Beck lors de l'inscription. Un vécu de traumatisme interpersonnel (par exemple, abus physique) était fortement corrélée aux symptômes dépressifs. On notait également que les symptômes dépressifs étaient associés à une augmentation des contacts téléphoniques entre les visiteurs et les mères en dehors des visites à domicile programmées.

Ammerman (78) a tenté de déterminer la prévalence et les effets des visites à domicile sur les symptômes dépressifs maternels et d'identifier les prédicteurs d'amélioration de cette symptomatologie au cours des 9 premiers mois d'intervention. 806 mères primipares issues des programmes NFP et HFA ont été incluses et la dépression auto-déclarée a été mesurée lors de l'inscription et 9 mois plus tard. Les résultats indiquent que 45,3% des mères avaient des symptômes de dépression au départ, 25,9% lors de l'évaluation de 9 mois, et 56,5% des mères qui avaient des symptômes élevés lors de l'inscription n'étaient plus déprimées après 9 mois. 74,1% des mères déprimées avaient déclaré un antécédent de traumatisme

interpersonnel. Seulement 14,4% des femmes souffrant de symptômes dépressifs élevés ont reçu des soins, et une proportion importante de mères non traitées relevaient vraisemblablement d'une évaluation psychiatrique. Les auteurs notent qu'il existe de nombreux obstacles à l'orientation vers les soins de santé mentale chez les femmes à faible revenu, contribuant sans aucun doute au faible pourcentage de traitement. Le manque d'amélioration ou l'aggravation des symptômes dépressifs était favorisé par l'histoire traumatique, le jeune âge maternel, l'origine afro-américaine et des symptômes suffisamment sévères pour avoir nécessité une prise en charge psychiatrique.

Easterbrooks (86) a étudié l'impact de la dépression maternelle sur un programme de prévention de la maltraitance des enfants à domicile avec un essai contrôlé randomisé du programme Healthy Families Massachusetts (HFM) auprès d'une population de mères adolescentes (16-20 ans) et leur premier enfant. Une proportion considérable de familles vivait des situations de maltraitance ou de négligence (30% de l'échantillon et dans 81% de ces cas, les mères ont été identifiées comme des auteurs) et de dépression maternelle (38% avaient des symptômes cliniquement significatifs). Pour les mères suivies, la probabilité d'avoir un rapport pour mauvais traitement variait avec les niveaux de symptômes dépressifs. Plus précisément, les mères suivies sans symptômes dépressifs étaient moins susceptibles d'avoir des enfants signalés pour maltraitance que celles avec des niveaux cliniques de symptômes dépressifs. La probabilité d'avoir un signalement pour mauvais traitement s'élevait à plus de 50% chez les mères suivies dont les symptômes dépressifs étaient sévères. Ceci corrobore l'idée selon laquelle les enfants de parents déprimés sont plus à risque d'avoir des soins insensibles, négligents et hostiles. Cette découverte suggère que HFM est davantage en mesure d'être efficace pour atteindre son objectif de prévention de la maltraitance chez les mères qui ne souffrent pas de dépression. La prévalence des symptômes dépressifs maternels dans cet échantillon et le lien entre la dépression et l'efficacité du programme de prévention de la maltraitance des enfants suggèrent que les visiteurs doivent être attentifs à la dépression maternelle. Bien que certaines études suggèrent que la visite à domicile peut réduire la dépression maternelle (83), et que c'est une intervention prometteuse pour atteindre les parents déprimés qui pourraient ne pas avoir accès à l'aide dont ils ont besoin, les résultats d'évaluations à grande échelle indiquent plutôt que la dépression parentale est un sérieux obstacle à l'efficacité des programmes de visites à domicile.

Un problème important mais peu étudié est la comorbidité psychiatrique chez les mères souffrant de symptômes dépressifs. La comorbidité est élevée dans la dépression, avec environ 72,1% des adultes déprimés présentant au moins un trouble psychiatrique associé (87). Dans une étude menée auprès de 26 mères lors de visites à domicile, 54,5% avaient un trouble psychiatrique associé à la dépression (88). La comorbidité peut compliquer l'identification de la dépression, nuire à l'efficacité du traitement et peut avoir un impact négatif sur le développement de l'enfant. L'amélioration du repérage des troubles de santé mentale, en plus de la dépression, est nécessaire pour pouvoir aider à l'ajustement affectif et comportemental des mères lors des visites à domicile.

De nombreux facteurs comme le stress, la dépression et les conflits conjugaux peuvent influencer négativement la parentalité. L'orientation vers les services de santé mentale devrait être fait quand il est approprié.

c. La visite à domicile : efficace par qui ?

i. *Des Infirmiers comme visiteurs à domicile*

Comme nous l'avons vu précédemment dans l'essai de Denver du NFP, les infirmiers avaient plus d'efficacité auprès des familles que les non-professionnels, avec également une plus grande légitimité à évoquer toutes les questions autour du développement et de la santé de l'enfant. De même, il ressort du programme français CAPEDP, que la posture professionnelle des infirmières puéricultrices est essentielle dans l'exercice des visites à domicile, de par leur écoute et leur soutien concret, dans la recherche du soutien dans leur entourage ou l'utilisation des ressources de la communauté (89).

ii. *Un professionnel de santé mentale dans les équipes*

Les programmes de visites à domicile ont réussi à s'engager et à recruter des familles à risque élevé de stress, de dépression et de toxicomanie. Cependant, peu de ces mères ont accès à des services de santé mentale et les visiteurs manquent de connaissances et de compétences pour identifier ces troubles ou déterminer comment résoudre ces problèmes de façon appropriée (90). En réponse, un nombre croissant de programmes de visites à domicile intègrent un professionnel en santé mentale dans leurs équipes. Cette approche implique un partenariat entre un professionnel en santé mentale pour la petite enfance et des programmes de soutien à domicile. Ce modèle intégré garantit la promotion de la santé mentale des parents et des enfants en améliorant la capacité des visiteurs à identifier et à répondre adéquatement aux besoins de santé mentale. On connaît les enjeux des troubles psychiatriques parentaux sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Néanmoins, les pédiatres et les professionnels de soins primaires signalent souvent ne pas avoir suffisamment de connaissances pour détecter et gérer les problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants et les orienter sur les services de prévention et de soins. Or, les programmes de visites à domicile semblent atteindre certaines des familles les plus vulnérables et il existe des preuves que ces programmes seuls peuvent ne pas suffire à répondre à tous les besoins en matière de santé mentale des familles. Des groupes de discussion avec les professionnels de terrain suggèrent que la formation ne peut pas aider les visiteurs à s'attaquer à la santé mentale, à la toxicomanie et à la violence familiale dans les familles qu'ils accompagnent.

Dans ces programmes, la présence d'un professionnel de santé mentale permet de renforcer les capacités des visiteurs à reconnaître, interpréter et soutenir les besoins individuels des enfants et des familles, notamment en cas de problèmes de santé mentale pour permettre la création d'un environnement soutenant l'apprentissage et le développement des enfants.

Cela peut impliquer différentes formes de soutien pour les visiteurs, y compris des consultations individuelles pour des enfants ou des familles, un apport théorique sur des sujets liés à la santé mentale et une supervision individuelle ou groupale. En outre, l'amélioration de l'identification des problèmes de santé mentale et la facilitation de l'orientation vers des soins psychiques peut conduire à une capacité accrue pour une parentalité positive, des interactions de meilleure qualité entre les parents et les enfants et un bon fonctionnement de l'enfant. En améliorant la satisfaction des visiteurs dans leur travail et en diminuant leur niveau de stress, on pose l'hypothèse d'une meilleure efficacité auprès des familles ainsi qu'une plus grande fidélité dans la mise en œuvre du programme. Si les familles reçoivent de l'aide pour répondre à leurs problèmes de santé mentale, elles peuvent s'engager plus pleinement avec le visiteur qui, à son tour, pourrait mieux mettre en œuvre les stratégies prévues pour améliorer les résultats familiaux.

L'intégration de la consultation sur la santé mentale dans les programmes de visites guidées est basée sur un ensemble d'attentes quant à la façon dont les programmes peuvent améliorer leurs effets prévus sur les parents et les enfants desservis. Cela fournit tout d'abord des informations et un soutien aux équipes de terrain avec des compétences supplémentaires visant à accroître leur efficacité pour aider les familles à faire face aux problèmes de santé mentale des parents ou des enfants. Cela pourrait améliorer non seulement les résultats socioéconomiques des enfants, mais, potentiellement, d'autres résultats, si les problèmes de santé mentale ou comportementale ont été des obstacles à d'autres aspects de l'apprentissage et du développement des enfants.

Certaines études ont révélé que les visiteurs travaillant avec un consultant en santé mentale dans leur équipe ont un niveau de stress et des taux de burn out moins importants. Zeanah et al (26) ont montré une excellente faisabilité à l'ajout d'un consultant en santé mentale, aidant dans les contextes de dépression du post-partum, violence domestique et de facteurs de risque aux troubles de la relation mère-enfant. Ammerman et al (91) ont développé et mis en place un modèle de visite à domicile pour les mères déprimées qui comprend des cliniciens de santé mentale à domicile travaillant en collaboration avec les visiteurs à domicile. Cette augmentation de la visite à domicile a aidé les visiteurs à domicile à faciliter les renvois réussis, ainsi que l'engagement actif des mères avec les services. Les visiteurs du projet Launch ont été interrogés sur les changements dans leurs connaissances et leur pratique. Leurs réponses dans 6 programmes ont révélé que près de 90% des visiteurs notaient une modification de leur connaissance de la santé, du développement socio-émotionnel et comportemental des enfants ainsi que les différents recours.

L'existence de ces programmes améliorés de visites à domicile peut accroître la capacité des services de la petite enfance à relier les familles à d'autres services communautaires publics et privés essentiels à la santé globale de l'enfant et de la famille et à encourager les partenariats.

iii. La supervision d'équipe

Tous les programmes de soutien parental au développement de l'enfant devraient avoir une supervision, à laquelle tous les membres de l'équipe participent, quel que soit leur niveau d'expérience.

La première raison avancée est qu'il existe des processus parallèles et que les superviseurs se comportent avec les praticiens de la manière dont ils voudraient que ceux-ci se comportent avec les parents qu'ils voient à domicile (92). Les techniques qui sont efficaces pour faciliter le soutien parental peuvent aussi faciliter des pratiques efficaces pour les praticiens travaillant avec les familles. De la même manière que les parents doivent être encouragés à utiliser leurs forces pour construire les forces de l'enfant, le superviseur doit prendre soin des forces des praticiens pour que ceux-ci soient meilleurs pour faciliter le soutien au développement avec les parents. Les superviseurs ont pour objectif d'améliorer la confiance en soi des praticiens dans leur travail pour qu'ils puissent améliorer la confiance en soi des parents dans leur parentalité. Toute communication ou comportement qui rend l'équipe sécurisée, confiante et soutenue est aidant.

Dans un livre publié en 1992, Emily Fenichel identifie trois caractéristiques d'une supervision réussie : elle doit être régulière (l'horaire de la supervision doit être respecté), réfléchie (elle doit donner une chance aux praticiens de réfléchir sur ce qui se passe dans leur travail avec les familles et les enfants) et collaborative (les superviseurs doivent favoriser le partenariat basé sur la confiance mutuelle entre tous les participants). D'après les praticiens, un bon superviseur est quelqu'un qui écoute volontiers les problèmes et aide en servant de médiateur. Il va à domicile et donne son avis sur la qualité du travail. Il doit pouvoir proposer des entretiens hebdomadaires aux praticiens pour discuter leurs pratiques, fournir une formation continue pour maintenir les compétences des praticiens à jour et proposer du matériel aux praticiens à utiliser dans les activités. Il cherche des façons d'améliorer le programme et de mieux servir la famille. Dans les situations de crise, il prend le temps de proposer des solutions au problème, peut se rendre disponible même quand il n'est pas dans le service et demande des nouvelles des visites difficiles. Il doit être flexible et fiable (93).

Victor Bernstein décrit les étapes successives dans le processus de supervision (94). Il faut d'abord laisser le praticien raconter comment s'est passée la session avec la famille. C'est un moment pour écouter les perceptions du praticien. On demande ensuite au praticien de discuter la session en axant sur les comportements qui se sont produits, de « raconter le film ». La discussion se base alors sur les comportements observés. Il pose des questions sur ce qui a marché et ce qui n'a pas marché et recueille les réflexions du praticien sur la différence entre les deux en se centrant sur le positif. Il s'engage dans une écoute réfléchie et demande au praticien d'identifier les prochaines étapes à suivre, c'est le moment où le praticien et le superviseur planifient la prochaine session du praticien avec la famille. En fin de supervision, il propose au praticien de faire un retour sur la supervision du jour. Faire un suivi auprès du

praticien lors de sa prochaine session de supervision permet de voir si le plan discuté a été mis en œuvre.

On a demandé au groupe de praticiens de différents programmes ce qu'ils aimaient et trouvaient efficaces dans les supervisions et formations (95). Ils ont parlé de discuter des nouveautés et de partager les idées sur ce qui fonctionne, du fait que tout le monde participe dans le groupe et propose des solutions. Ils étaient favorables à une réflexion critique sur la pratique, à l'utilisation du questionnaire SLACP et de la vidéo. Le superviseur doit poser des questions qui font réfléchir et la supervision doit se faire dans une atmosphère détendue. Ils mettaient en avant qu'au-delà d'améliorer les résultats des enfants, la supervision permet également d'éviter le burnout.

Les professionnels qui vont à domicile travaillent le plus souvent seuls, se déplacent de foyer en foyer, parfois même en conduisant leur propre voiture dans des zones rurales ou utilisant un réseau complexe de transports publics dans les zones urbaines, emportant avec eux le matériel dont ils ont besoin. Ils servent généralement des familles diverses et ont souvent besoin d'une réflexion supplémentaire avec des superviseurs pour identifier des stratégies pour soutenir efficacement le développement de la parentalité pour chaque famille. La supervision de soutien, comme les autres aspects d'un programme de facilitation, utilise un cadre de compétences mutuelles dans lequel les superviseurs et les praticiens reconnaissent et soutiennent les forces et les compétences de chacun. La relation praticien superviseur devrait être comme la relation parent praticien : réactive, flexible, soutenante et collaborative. La supervision pour soutenir les praticiens et qu'ils développent et améliorent leurs compétences nécessite des rencontres régulières efficaces, soutenantes et stimulantes. Des supervisions régulières et efficaces permettent de donner aux praticiens un endroit et un moment pour se rencontrer et travailler ensemble, de les aider à construire des relations qui soient positives, facilitantes et respectueuses, de leur offrir une opportunité pour des retours sur les pratiques fréquentes et réguliers, de les aider à partager leurs idées et résoudre les problèmes ensemble.

d. Facteurs de succès des programmes de visites à domicile : analyse des différents composants d'un programme

Bien que plusieurs examens systématiques aient conclu que les visites à domicile présentent une forte efficacité, les méta-analyses fournissent des résultats moins évidents. Filene et al ont synthétisé les résultats des évaluations publiées des programmes de visites à domicile afin de décomposer les programmes (96). Leur approche basée sur des méthodes méta-analytiques vise à déterminer quelles caractéristiques prédisent le mieux la taille d'effet des résultats dans 6 domaines déterminés (données périnatales, comportement et habiletés parentales, évolution de la vie maternelle, résultats cognitifs de l'enfant, santé physique de l'enfant et maltraitance).

La taille de l'effet moyen pour l'ensemble des 51 études est de 0,20 (intervalle de confiance de 95% : 0,14 à 0,27), et est significative et positive pour 3 des 6 domaines de résultats (évolution de la vie maternelle, résultats cognitifs de l'enfant et comportements et compétences des parents), avec une hétérogénéité des tailles des effets dans les 6 domaines. Traduit en odds ratio, un tel effet équivaut à des résultats ~ 1,5 fois plus susceptibles d'être positif que dans le groupe contrôle. Les programmes utilisant des visiteurs non professionnels, ceux pour lesquels professionnels et familles ont la même origine ethnique et ceux incluant la résolution de problèmes sont associés à de meilleurs résultats. De même les programmes qui fournissent des informations aux parents sur le développement de l'enfant et les attentes appropriées pour chaque âge, des techniques éducatives sur l'autorité et la gestion du comportement, et ceux traitant de la consommation de substances parentales ont de meilleurs résultats. Les capacités cognitives des enfants sont meilleures dans les programmes qui enseignent aux parents des pratiques parentales réactives et sensibles ainsi que ceux indiquant leur besoin que les parents jouent un rôle central au cours des visites à domicile. L'utilisation de visiteurs professionnels est un prédicteur significatif de meilleurs résultats physiques pour la santé des enfants, tout comme l'enseignement de l'autorité et des techniques de gestion du comportement. Les techniques de résolution de problème et la sensibilisation par rapport au choix des professionnels prenant soin des enfants sont associés à de meilleurs résultats en matière de mauvais traitements. Aucun modèle n'est apparu efficace dans tous les domaines de résultats.

Les programmes de visites à domicile ont démontré des effets globaux modestes mais significatifs, avec une grande variabilité dans la taille des effets et dans les composantes qui prédisent de façon significative des effets spécifiques dans chaque domaine. Ces résultats suggèrent que le label « visite à domicile » représente une diversité d'approches avec une efficacité différente et que l'attention portée au contenu spécifique et aux caractéristiques des pratiques est essentielle à l'efficacité de ces programmes. Cependant, les communautés peuvent avoir besoin de stratégies complémentaires ou alternatives pour assurer un impact général sur ces 6 domaines de résultats de santé publique.

L'étude de l'efficacité des visites à domicile en période périnatale par de nombreux programmes de recherche internationaux montre des réponses partielles, des résultats hétérogènes, difficiles à comparer et à conclure en termes d'efficacité aux vues des différences de contexte, de population ciblée, d'approche théorique, ou encore de l'équipe intervenante. Malgré l'approbation nationale et internationale de la visite à domicile comme stratégie visant à prévenir les mauvais traitements infligés aux enfants et à améliorer le fonctionnement et le bien-être des enfants et des familles, les méta-analyses antérieures et les examens de la littérature portant sur les programmes de visites à domicile suggèrent des effets mitigés et modestes en fonction des programmes et des résultats examinés.

Bien que les évaluations de modèles soient importantes pour guider les praticiens dans l'adoption d'un modèle de programme, elles ne permettent pas d'identifier de programme

combinant les composantes les plus efficaces pour produire des résultats optimaux pour une population ou une communauté donnée. Les programmes de visites à domicile de la petite enfance se concentrent souvent sur les résultats, mais une question urgente est de savoir comment mieux construire ou améliorer un modèle de programme efficace, ou encore quels éléments dans les programmes de visites à domicile semblent les plus importants pour leur réussite ?

IV. Contenu et Qualité des visites à domicile

1. Définir la qualité du contenu des programmes de visites à domicile

a. Pourquoi parler de la « boîte noire » des visites à domicile ?

Par le biais des visites à domicile, les programmes visent à modifier le comportement des parents et leurs pratiques d'éducation de manière à améliorer les résultats des enfants ou des familles. Alors que les résultats restent contrastés, la littérature scientifique internationale discute du contenu et de la qualité des visites : la question est de savoir ce qui est réellement efficace. Il existe très peu d'informations objectives sur les visites et sur les types de pratiques qui contribuent au succès d'une telle intervention : on parle de la « boîte noire » des visites à domicile. Les évaluations fournissent des renseignements sur les programmes qui ont eu des effets positifs et l'enjeu actuel est de résumer ce que la littérature identifie comme les éléments clés d'une visite à domicile de haute qualité.

Les bénéfices attendus de cette démarche sont tout d'abord de pouvoir assurer la reproductibilité des programmes en collectant des informations sur ce qui se passe exactement au cours de la visite à domicile et si les interactions qui sont au cœur de la visite se déroulent comme prévues. En effet, actuellement, les résultats et preuves d'efficacité dans la littérature proviennent de programmes à petite échelle rigoureusement évalués et on ne sait pas s'ils sont mis en œuvre à grande échelle avec suffisamment de fidélité pour obtenir les mêmes types d'impacts.

De plus, mieux comprendre la mise en œuvre d'un programme permet aux professionnels d'identifier avec précision les facteurs de succès et d'assurer son efficacité. Les connaissances acquises constituent un outil important pour relier la recherche en cours à la pratique et ainsi améliorer la qualité des services.

Les données sur le contenu des visites à domicile peuvent également être utilisées pour le perfectionnement des professionnels et la formation de nouveaux visiteurs.

Nous étudierons d'abord les données de la littérature sur les définitions et les modèles de contenu des programmes de visites à domicile dans la petite enfance, puis les mesures de la qualité et enfin les différentes échelles mises en œuvre pour juger de la qualité des programmes.

b. Modèle de Roggman

Lori Roggman, professeur à l'université de l'Utah et ancienne visiteuse à domicile dans le programme Head Start, est l'auteur d'un guide pour les praticiens à domicile de la petite enfance, dans lequel elle développe le concept de « Developmental Parenting » (95). Celui-ci résume ce que les parents font pour soutenir les apprentissages et le développement de leurs enfants. Un nombre croissant de programmes utilise un modèle centré sur les interactions parent-enfant, permettant un impact indirect sur les résultats de l'enfant par un soutien parental au développement de l'enfant. Ce modèle, dans lequel les visiteurs travaillent avec les parents pour fournir une aide au développement de l'enfant dans un contexte d'activités et d'interactions de la vie quotidienne, s'appuie sur les forces des familles.

Le concept de « Developmental Parenting » s'est développé suite aux résultats de la recherche corrélant le développement précoce de l'enfant aux comportements parentaux, celui-ci posant les bases du développement socio-émotionnel, cognitif et langagier qui soutiennent la réussite scolaire, les compétences sociales, et la santé mentale. Roggman décrit ainsi les caractéristiques des bonnes pratiques dans les visites à domicile : l'ABC (Approche et Attitude, Comportement et Contenu) est un ensemble d'indicateurs de qualité des programmes.

L'approche est basée sur l'hypothèse selon laquelle chaque famille a des forces qui peuvent être améliorées par la réactivité, la flexibilité et le soutien du professionnel. Une relation positive entre parent et professionnel permet de former un partenariat collaboratif pour planifier des activités qui soutiennent le développement de l'enfant.

Lors des visites à domicile, le praticien doit se considérer et se comporter comme un invité, avec cordialité, respect et courtoisie. Il doit encourager les interactions parent-enfant durant la majeure partie du temps. Le temps passé sur les sujets du développement de l'enfant durant une visite est crucial pour des meilleurs résultats pour l'enfant et le parent. Les comportements favorisant le développement de l'enfant doivent être encouragés : les interactions chaleureuses et attentionnées, les réponses sensibles à ses signaux, le soutien de son exploration et la communication fréquente et variée. Les activités familiales de la vie quotidienne doivent être encouragées comme des opportunités d'apprentissage. Les visites sont enrichies en incluant toutes les personnes de la famille, en particulier les pères.

Quel est le contenu d'un programme de visites à domicile ? De quoi parents et praticiens discutent ensemble ? Quelles sont les activités d'une visite à domicile ? Les professionnels doivent fournir aux parents les informations qu'ils veulent et dont ils ont besoin pour soutenir leur parentalité. Il s'agit d'aider les parents à observer et soutenir les grands fondements du développement précoce : la sécurité de l'attachement, l'exploration et la communication. Le but de ces programmes est d'améliorer les connaissances de base des parents sur le développement de leur enfant, d'étendre leur utilisation des ressources à leur disposition, et de les aider à prévenir les problèmes ultérieurs.

D'autres aspects du travail à domicile sont également essentiels comme la nécessité d'établir des partenariats avec les ressources de la communauté pour répondre tout d'abord aux besoins primaires des familles. De plus, une supervision et l'amélioration continue d'un programme sont des éléments clés. Celui-ci a en effet plus de chance d'aboutir à des résultats positifs quand les professionnels ont des retours réguliers sur son efficacité et sur l'écart entre la théorie du programme et la pratique de terrain.

c. Modèle de Paulsell

Paulsell et al suggèrent qu'il existe trois dimensions qui définissent la qualité des visites à domicile: le dosage, le contenu et les relations (97).

Le dosage est défini comme la « quantité » d'un programme apporté à une famille, que l'on quantifie par la fréquence et la durée des visites réalisées. Le dosage n'est pas corrélé de façon linéaire avec les résultats, du fait de l'impact de la qualité des visites. Se contenter d'augmenter la fréquence ou la durée des visites à domicile, si elles ne répondent pas à un certain seuil de qualité, n'améliorera probablement pas les résultats des enfants. Cependant, si les programmes de visite à domicile ne recherchent pas la dose efficace que doivent recevoir les familles, ils ont très peu d'informations pour comprendre ou améliorer les résultats du programme.

Le contenu, une deuxième dimension de la qualité, se réfère au programme que les visiteurs à domicile couvrent pendant la visite, aux sujets qu'ils abordent et aux informations qu'ils délivrent aux familles. Il couvre également la fidélité du programme car il mesure si le contenu effectivement délivré au cours d'une visite particulière correspond à ce qui était prévu par le protocole du programme compte tenu de l'âge et du niveau de développement de l'enfant.

Les relations quant à elles, se concentrent sur des aspects dynamiques de la qualité tels que la mise en œuvre du contenu et la qualité des interactions entre le visiteur, le parent et l'enfant. Les études suggèrent que la création de relations stables, respectueuses, chaleureuses, honnêtes, ouvertes et réactives entre le parent et le professionnel sont corrélées à l'efficacité des programmes. Là encore, ils notent que des visites de meilleure qualité, caractérisées par des relations chaleureuses, encourageantes et soutenantes, sont plus efficaces pour changer le comportement des parents et pour avoir un impact positif sur le développement de l'enfant. Il y a peu d'informations sur la façon dont cette relation parent-professionnel se met en place, comment elle fonctionne dans la pratique et comment elle influence les résultats. La collecte de renseignements sur la qualité des relations ainsi que sur les interactions réelles au cours d'une visite - la « boîte noire » de ce qui se passe réellement au cours d'une visite - est donc essentielle pour mesurer la qualité des visites et avoir un impact positif sur les résultats du développement de l'enfant. Il existe encore peu de méthodes pour mesurer la qualité des relations pendant les visites à domicile, les instruments disponibles sont relativement complexes et nécessitent des observateurs formés.

d. Modèle de Korfmacher

Korfmacher (98) définit les éléments communs des meilleures pratiques d'après les données scientifiques. Ceux-ci portent sur : 1) le moment de l'inscription des familles dans les programmes, 2) la fréquence et la durée des services, 3) l'utilisation des outils d'évaluation et de dépistage, 4) le niveau d'éducation et d'expérience des visiteurs, 5) la théorie du changement du programme, et 6) les réseaux de ressources du programme. Ce tableau 3 résume les éléments de meilleure pratique des différentes dimensions de qualité dans la littérature :

Dimension de la qualité	<i>Small, Cooney, and O'Conner, 2009 (99)</i>	<i>Nation et al., 2003 (100)</i>	<i>Daro, 2009 (101)</i>	<i>Weiss & Klein, 2006 (102)</i>
Compétences des professionnels	Personnel qualifié, formé et soutenu	Personnel bien formé	Personnel qualifié, compétent pour travailler avec les jeunes enfants et les familles	Faire correspondre les qualifications du personnel aux besoins des familles et aux objectifs du programme
Service de distribution du programme	Dosage / intensité suffisante Durée appropriée	Durée et dosage approprié des services	Accès précoce aux soins de santé Le programme s'étend sur une période de temps suffisante pour permettre un changement	Les participants reçoivent une intensité suffisante des services
Caractéristiques et contenus des programmes	Modèle de programme théorique Contenu complet Adapté au développement Socio-culturellement pertinent Met l'accent sur le soutien de la relation Activement engagé	Modèle de programme théorique Offre des services complète Socio-culturellement pertinent Offre des occasions de développer des relations positives Nombre raisonnable de participants	Théorie du changement du programme Liens vers d'autres ressources communautaires Évaluation large des risques pour déterminer les forces et les besoins des famille	Programme clairement transmis et conforme au modèle Activités axées sur l'enfant vers d'autres ressources communautaires
Gestion et développement des programmes	Personnel bien soutenu Politiques du programme et lignes directrices pour la documentation du programme	Capacité de suivre et de surveiller la prestation des services et les résultats des programmes	Supervision de haute qualité comprenant l'observation Solides capacités organisationnelles	Assurer la formation du personnel en fonction de ses rôles et responsabilités
Contrôle du programme	Bien documenté Engagement à l'évaluation / perfectionnement	Évaluation des résultats Le programme a des buts et des objectifs clairs	Le programme démontre les résultats	Suivi de la mise en œuvre des services et des résultats du programme

2. Evaluation du contenu des visites à domicile

Comment savoir si un programme fonctionne ? Comment savoir si son contenu est efficace avant d'avoir les résultats finaux de l'étude ? C'est dans le but de comprendre les caractéristiques clés qui composent une visite à domicile efficace et de qualité que de nombreux chercheurs et praticiens ont développé et administré des instruments visant à mesurer les principaux attributs des visites à domicile, de leur contenu et des professionnels. Evaluer la qualité ou l'efficacité d'un programme dépend le plus souvent des informations accessibles. Les visites ayant lieu à domicile ne sont souvent observées que par la famille et le professionnel. C'est à la charge du praticien de documenter ce qui s'y passe. Or, pour améliorer l'efficacité d'un programme, il est essentiel de savoir ce qui se passe réellement. Il existe plusieurs alternatives pour évaluer et mesurer un programme. Elles sont plus ou moins simples, coûteuses et chronophages. Certains outils documentent la durée des visites, leur contenu, les activités et les participants. D'autres échelles mesurent des aspects plus dynamiques, comme les caractéristiques, qualités personnelles et rôles des professionnels, les modèles d'interaction et les mesures globales de la qualité des visites. La plupart de ces outils s'appuient sur des observations externes effectuées par des observateurs formés, tandis que d'autres comptent sur l'auto-évaluation des professionnels.

a. Mesures du dosage

La mesure du « dosage », ou la fréquence et la durée des visites, est importante pour la réplication et les évaluations de rentabilité des programmes. Elle fournit également des informations sur la fidélité de mise en œuvre, en particulier si les objectifs du programme sont atteints en termes de nombre et de durée des visites effectuées (97). En effet, il existe souvent de grandes différences entre le nombre de visites prévues et celles que reçoivent réellement les familles (103). À titre d'exemple, dans le programme NFP, considéré comme très bien mis en œuvre, les visiteurs réalisent en moyenne moins de 70% des visites prévues (104).

Ces mesures permettent par exemple, de rechercher le dosage optimal du programme pour améliorer les résultats. Dans l'une des seules évaluations du dosage, l'effet de différentes fréquences de visites à domicile sur le développement de l'enfant a été examiné par deux études séparées avec des enfants de quartiers défavorisés en Jamaïque. Seuls les enfants ayant reçu les visites les plus fréquentes ont montré une amélioration significative des scores sur les échelles de développement. Les auteurs ont alors conclu que les effets sur leur développement augmentaient avec le nombre de visites à domicile (105).

D'autre part, les taux de participation et d'abandon des programmes par les familles sont également intéressants à relever car on connaît maintenant leur impact sur les résultats des enfants. Certaines familles acceptent initialement de participer mais ne suivent pas le programme jusqu'au bout et ne reçoivent pas la dose complète prévue. On tente de mettre en relation ces taux d'abandon avec les caractéristiques des programmes. Pour exemple,

l'étude EBHV a identifié deux prédicteurs clés de participation des familles : leur relation avec le professionnel et la manière dont leurs besoins sont identifiés et traités. Ils émettent l'hypothèse que l'individualisation des services pour répondre aux besoins spécifiques de ces familles pourrait conduire à des taux de participation plus élevés (106). Dans une autre étude, Roggman et al ont examiné les taux d'abandon chez 564 familles participant au programme Early Head Start (107). Ils ont constaté que les familles qui avaient quitté le programme avaient des visites moins axées sur le développement de l'enfant, les visiteurs avaient moins de succès auprès des parents et ils notaient plus de distractions durant les visites (fratrie au domicile, animaux de compagnie ou personnes tierces, bruits forts...). Une autre étude examinant les taux d'attrition (nombre de perdus de vue) sur un échantillon du programme NFP a montré que les familles les plus défavorisées étaient plus susceptibles d'abandonner le programme. De même, les familles étaient presque huit fois plus susceptibles de quitter le programme et avaient un nombre moindre de visites réalisées si le professionnel rencontré à domicile avait quitté le programme avant les un an de leur enfant (103).

Quelques études ont tenté de mesurer un autre aspect plus spécifique de la posologie : le temps que les parents consacrent à la réalisation d'activités avec leur enfant entre deux visites. Cette relation entre le temps passé par les parents dans ces activités et les résultats de développement des enfants a été étudiée en Inde, au Pakistan et en Zambie dans un programme de visites à domicile bimensuelles pendant les trois premières années de vie. Les enfants dont les parents ont mis en œuvre leurs activités avec plus de fréquence ont généralement eu de meilleurs résultats de développement (108).

b. Mesures du contenu

Le contenu, autre élément de structure de la qualité des visites à domicile, peut être mesuré facilement grâce à une variété d'outils tels que des formulaires. Ceux-ci, complétés par les professionnels après les visites, regroupent des informations telles que la structure de la visite, sa durée et le lieu où elle se déroule, les personnes qui y participent et les activités réalisées (97). On peut également y trouver la durée des activités axées sur l'enfant, plutôt qu'à établir des relations avec le parent ou le temps passé sur le contenu prévu par le programme, ou en d'autres termes le temps perdu aux distractions. Ils peuvent aussi inclure des questions comme « Le niveau de difficulté du contenu au niveau de développement de l'enfant ? », « Tous les sujets prévus ont-ils été couverts pendant la visite ? ». Ces formulaires, bien que chronophages, permettent d'analyser à posteriori les types et quantités de services qui fonctionnent le mieux avec chaque famille et si les services correspondent à la conception originale du programme.

De même, l'auto-évaluation des praticiens est une donnée utile, ceux-ci étant souvent très conscients de ce qui fonctionne ou pas dans leur pratique. En le documentant, ils améliorent leurs propres compétences et en le partageant, celles des autres praticiens du programme. Le formulaire SLACP par exemple, leur permet de décrire ce qu'ils voient, entendent, ou ressentent durant la visite, ce qui s'est bien passé ou a été efficace, ce qu'ils changeraient dans

la visite et comment ils planifient d'améliorer leurs approches ou stratégies pour être plus efficace (95). Les parents peuvent eux aussi fournir des informations précieuses pour évaluer et améliorer les programmes.

La mise en œuvre du programme, c'est-à-dire l'application d'un protocole de programme dans la pratique, est actuellement un axe important de recherche car il détermine l'efficacité d'un programme dans l'accomplissement de ses objectifs. Cette évaluation porte sur des questions telles que les taux de recrutement, les taux d'attrition, la dose du programme et les écarts entre les services que le programme avait initialement l'intention de fournir et les services effectivement fournis. Dans le cadre de NFP, des auteurs mettent en évidence que les résultats décevants de l'intervention de non-professionnels sur l'essai de Memphis pourraient être partiellement expliqués par l'accent mis sur les questions environnementales plutôt que sur le programme d'éducation parental, qui avait été perçu comme « étranger et inutile » (109). Cependant, d'autres soulignent la disparité entre les objectifs du programme et les besoins des familles et l'importance de prioriser l'établissement d'une relation de confiance en répondant aux besoins primaires des familles au détriment du programme (110).

c. Mesure des interactions

Des instruments ont été mis au point pour mesurer la qualité des visites à domicile, et en particulier sur les types d'interactions et de processus qui se déroulent pendant les visites. Les processus interactifs étant directement liés à l'efficacité des visites, ces mesures évaluent la qualité globale du visiteur, celui-ci ayant un rôle majeur pour soutenir la parentalité et éclairer les besoins de l'enfant, dans le but d'améliorer leurs interactions. Les échelles les plus connues utilisées pour mesurer la qualité des visites à domicile sont principalement axées sur les relations entre les visiteurs et les parents, mais aussi sur les aspects liés à au dosage et au contenu. La plupart des instruments sont conçus pour être soumis par un tiers qui analyse les interactions entre le professionnel et la famille à domicile, tandis que quelques-uns servent d'outils d'évaluation régulière et peuvent être remplis par le visiteur lui-même.

i. *HORVS: Home Visit Rating Scale*

L'instrument d'observation le plus largement validé à ce jour est la série des « échelles d'évaluation de la visite à domicile ». Cette mesure, initialement développée par Roggman en 2006, a connu depuis plusieurs adaptations (HOVRS, HOVRS-A et HOVRS-A+). Elle a été conçue pour être utilisée par les praticiens et leurs superviseurs afin d'évaluer la qualité des visites à domicile. Elle se côtoie par une personne extérieure, d'après l'observation directe de la visite à domicile ou bien d'après vidéo quand celle-ci est filmée. Tous les items de l'instrument sont utilisés pour décrire et évaluer les stratégies mises en œuvre lors des interventions. Ces mesures sont particulièrement efficaces pour évaluer les relations observées, et notamment, l'efficacité du professionnel pour engager le parent et l'enfant dans les activités et les interactions tout au long de la visite.

La mesure HOVRS originale se compose de 7 items répartis en deux sous-échelles. La première, « Qualité des stratégies des visiteurs » comprend la facilitation des interactions parents-enfants, les relations du visiteur avec la famille, la réceptivité de la famille au programme et la non-intrusion du visiteur. La seconde, « engagement et interactions » intègre les interactions parent-enfant globales et l'engagement des parents et des enfants pendant la visite. Chaque item est noté sur une échelle de 7 points, allant de 1 (inadéquat) à 7 (excellent) (111).

L'échelle a été révisée et adaptée afin de simplifier son administration. La version révisée, appelée HOVRS-A, diffère de la précédente sur plusieurs points : les items sont notés sur une échelle de 1 à 5 points (1 – inadéquat à 5-bonne) et deux items ont été modifiés (relation entre le visiteur à domicile et la famille et l'engagement des enfants). Une troisième version, l'HOVRS-A +, a été développée pour combiner les éléments de l'HOVRS et de l'HOVRS-A. Elle utilise l'échelle de 7 points de l'HOVRS original avec les adaptations apportées aux items. L'HOVRS-A + est actuellement l'instrument avec la plus haute fiabilité qui a été validé pour la mesure de la qualité de visite à domicile avec un accord inter-évaluateur supérieur à 85%. L'un des points forts de l'instrument est qu'il s'est montré adaptable aux divers objectifs et formats des programmes et aux différentes cultures des familles évaluées (112).

ii. *HVPQRT: Home Visiting Program Quality Rating Tool*

« L'échelle d'évaluation de la qualité des programmes de visites à domicile » est un outil d'évaluation complet pour mesurer la mise en œuvre des éléments de bonnes pratiques dans les programmes de visites à domicile de la petite enfance. Elle a été conçue en 2012 par Korfmacher pour identifier les forces et les faiblesses au sein d'un programme et ainsi aider à planifier l'amélioration des services d'un point de vue individuel pour les professionnels de terrain et de manière plus générale pour les décideurs des programmes. Il s'administre à posteriori et ne nécessite pas l'observation directe des visites (98).

Cet outil repose sur une revue de la littérature des éléments communs de bonnes pratiques dans les programmes de visites à domicile. Les items retenus portent sur la qualité des visiteurs (éducation et expérience professionnelle, promotion du développement de l'enfant, travail avec les familles, références et suivi), la prestation des services (inclusion prénatale, fréquence et durée des visites, implication des familles, plans de relais et transition), les caractéristiques du programme (modèle du programme, programme centré sur le développement des enfants, sur de solides relations de travail avec les familles, services adaptés aux forces et aux besoins de la famille), la gestion et le développement des programmes (qualification de la direction, formations et supervisions du personnel, lignes directrices du programme, partenariats avec la communauté) et le suivi des progrès (surveillance du programme et mesure de résultat).

La fiabilité du HVPQRT a été évaluée avec une corrélation intra-classe (mesure de fiabilité inter-évaluateur) globale à 0.60, significativement plus élevée dans le sous-groupe ayant reçu une formation approfondie à l'outil. Des directeurs de programme ayant expérimentés l'outil

jugent pour la plupart que l'évaluation demande un engagement raisonnable et qu'elle permet de mieux cerner les domaines de forces et d'amélioration nécessaires des programmes. Cet outil permet ainsi d'examiner les aspects structurels et dynamiques de la qualité des programmes permettant de guider les efforts d'amélioration.

iii. Tableau 4 : récapitulatif des principaux outils d'évaluation de la qualité des programmes de visites à domicile de la petite enfance

Instrument	Objectif	Contenu	Notation	Méthode	Validité
HOVRS Roggman et al 2006 (111)	Évaluer l'efficacité du visiteur à engager le parent et l'enfant	1. Facilitation de l'interaction parent-enfant 2. Relation avec la famille 3. Réactivité à la famille 4. Intrusivité 5. Interaction parents-enfants 6. Engagement des parents 7. Engagement des enfants	Échelle de 7 points 1- Inadéquat 3- Adéquat 5- Bon 7- Excellent	Enregistrement en direct ou vidéo Supervision et recherche Observateur	alpha = 0,78
HVPQRT Korfchmacher, 2012 (98)	Evaluer les éléments de bonne pratique	1. Qualité des visiteurs 2. Prestation des services 3. Caractéristiques du programme 4. Gestion et développement 5. Suivi des progrès			CII = 0.60
Home Visit Content & Characteristics Form Boller et al 2009 (113)	Observer le contenu de la visite, les caractéristiques des participants et les activités des visites à domicile	1. Nombre d'enfants / adultes qui ont participé 2. Utilisation de l'interprète 3. Identification des forces et défis de la famille 4. Langue de la visite 5. Liste de contrôle des activités couvertes pendant la visite 6. Étendue des distractions environnementales 7. Répartition du temps des activités	Distractions environnementales enregistrées sur l'échelle 1-6 [1 très interférant, 5 non interférant, 6 NA] Affectation du temps enregistrée sur l'échelle 0-3 [0 non adressée; J'entendis brièvement; 2 discuté au moins 10-15 minutes; 3 objectif principal]	Développé à l'origine pour compléter le formulaire HOVRS Enregistrement en direct ou vidéo Observateur qualifié	N / A
Home Observation	Évaluer la qualité des visites à	1. Personnes présentes 2. Type	Les observations sont codées en intervalles de 30	Enregistrement en direct ou vidéo	Fiabilité inter-évaluateurs

Visit Form-Revised (HVOF) McBride 1993 (114)	domicile grâce au codage par intervalles	d'interaction 3. Contenu de l'interaction 4. Nature de l'interaction avec la visite à domicile 5. Engagement maternel	secondes	Supervision et recherche Observateur	globale = 85%
Home Visit Assessment Instrument Wasik & Sparling 1995 (115)	Mesurer la connaissance globale et le comportement du visiteur à la maison	A: Entretien avant visite (le visiteur à domicile a posé des questions sur la prochaine visite) B : 1. Besoins 2. Enfance 3. Relation parent-enfant 4. Famille 5. Santé et sécurité 6. Parentalité / résolution de problèmes 7. Gestion des cas 8. Planification 9. Compétences cliniques C: Évaluation post-visite	Les catégories dans la section 2 ont un certain nombre d'articles qui sont marqués sur une échelle de 0-3 avec une option N / A.	Les sections 1 et 3 sont des interviews du visiteur sur la famille visitée, le contenu de la visite et la posologie Les sections 1 et 3 sont en personne et en section 2 peut être en personne ou en enregistrement vidéo Observateur	N / A
COACH Dishion et al 2010 (116)	Évaluer la capacité globale du visiteur à domicile à fournir des services	1. Compréhension conceptuelle du modèle 2. Observateur et répondant aux besoins 3. Séances de structuration active 4. Attention et appropriation 5. L'espoir et la motivation	1-3 - Besoin de travail 5-7 - Bon 7-9 - Exceptionnel	Utilisé pour l'observation en direct Développé pour la supervision Observateur	Fiabilité inter-évaluateurs = 67%
Home Visit Developmental Assessment Scale (HVDAS) Keim 2011 (45)	Evaluation des qualités personnelles des visiteurs à domicile	30 compétences pour les visiteurs à domicile, dont - construction de la relation - empathie - Capacités de résolution de problèmes		Observateur ou auto-évaluation	

3. Application des échelles de mesure de qualité aux programmes de visites à domicile

Face à la multiplication récente des programmes de visites à domicile aux Etats-Unis et devant des résultats d'efficacité parfois difficilement interprétables, il existe une demande importante d'outils d'évaluation de la qualité, permettant ainsi aux gouvernements de faire des choix éclairés sur les programmes financés. À l'heure actuelle, cependant, il existe peu de directives sur la façon dont les programmes peuvent être évalués. Nous développerons à titre d'exemple l'utilisation d'outils d'évaluation aux Etats-Unis et en France.

a. PFEL : utilisation de formulaires et de l'échelle HOVRS-A

En 2006, une initiative a été lancée par l'État de Washington pour améliorer l'apprentissage précoce les aptitudes scolaires. Dans ce cadre, le « Partenariat avec les familles pour l'apprentissage précoce » (PFEL), un programme de visites à domicile s'appuyant sur plusieurs modèles a été développé et évalué sur trois visites par des observateurs extérieurs (117). L'objectif de cette évaluation était de fournir des commentaires aux équipes sur le contenu et la qualité de leurs visites et de mettre à l'essai l'échelle HOVRS-A.

Voici quelques caractéristiques importantes des visites observées. Tout d'abord, la durée moyenne des visites était de 61min, et les enfants étaient âgés de 3 mois en moyenne. Dans plus de la moitié des visites observées (51%), les professionnels ont déterminé avec les familles des solutions possibles à leurs problèmes ou ont évoqué des progrès réalisés dans leur résolution. Les visiteurs ont consacré plus de temps aux activités axées sur les enfants et aux parents (27 et 26%, respectivement) ainsi qu'aux activités visant à établir des relations entre le personnel et la famille (19%) plutôt qu'aux activités parent-enfant (15%) et à la gestion des crises (13%). Concernant les thèmes abordés, dans 63% des visites, les visiteurs ont passé au moins 10 minutes à discuter des signaux des nourrissons, et presque toutes les visites comprenaient une discussion sur les besoins socio-émotionnels de l'enfant. Les visiteurs à domicile ont également consacré du temps à des sujets permettant de développer la relation avec les parents, comme le soutien social pour les parents et les discussions sur leur santé mentale, capacités d'adaptation et bien-être. La plupart des visites à domicile observées ont suivi le plan original. Seulement 14% des visiteurs ont estimé avoir apporté quelques ajustements mineurs à leur plan pendant la visite.

La qualité globale des visites à domicile observées indique que les visiteurs à domicile de PFEL ont développé des relations positives avec les familles. Les parents semblaient être engagés dans des activités de visite à domicile et dans les interactions avec leurs enfants pendant les visites. Le score moyen de qualité pour les stratégies de visites à la maison était de 4,1, ce qui correspond à la fourchette de qualité adéquate à bonne. Les visiteurs à domicile ont montré des stratégies assez solides en termes de réceptivité aux familles et de développement des relations avec les parents et les enfants. Le score moyen de qualité pour les stratégies d'engagement des participants était de 4,3, là encore dans une fourchette de qualité adéquate

à bonne. Les professionnels ont déclaré que la caractéristique unique de cette mesure était sa tentative de saisir des aspects de la relation entre le visiteur et la famille.

Plusieurs limites potentielles de l'HOVRS-A ont cependant émergé de cette utilisation pilote. D'abord, il se prête difficilement aux visites avec des nouveau-nés et des nourrissons car plusieurs indicateurs mesurent les interactions avec l'enfant dans la conduite d'activités de jeu. D'autre part, l'échelle ne tient pas compte des différences culturelles dans la façon dont un parent s'engage avec le professionnel, notamment sur la fréquence de l'initiation de la conversation. Les professionnels se sont également dits préoccupés par le fait que les observations pourraient ne pas saisir la profondeur de la relation entre le visiteur et le parent, celui-ci pouvant se montrer plus réticent du fait de la présence de l'observateur.

b. CAPEDP : analyse qualitative des notes des professionnels

En France, alors que les échelles de mesure ne sont pas utilisées, on se pose aussi la question d'évaluer la fidélité de mise en œuvre des programmes. Une étude issue de la recherche CAPEDP a étudié les notes des visiteurs à domicile à l'aide d'analyses thématiques qualitatives (118).

Cette étude rapporte que pendant la période prénatale, les visiteurs se sont concentrés sur les composantes sociales du programme. Ils ont aussi discuté des changements physiques au cours de la grossesse et des problèmes d'environnement psychologique et social. On retrouve des notes sur les questions de l'immigration, l'instabilité de l'emploi, les questions financières, les relations familiales et les services de maternité, bien que non prévus par le programme. À l'inverse, la santé pendant la grossesse, le développement de la petite enfance et la dépression du post-partum n'ont pas été retrouvés.

Pendant la période postnatale, la plupart des composantes de l'intervention ont été abordées. Les visiteurs à domicile ont observé l'ajustement de la mère à son bébé et les besoins psychologiques et les réseaux médico-sociaux ont été évalués. Des informations sur l'importance du soutien social et sur l'adaptation du milieu familial ont été données et les visiteurs ont abordé l'autorité parentale et les questions relatives à l'estime de soi des mères. Enfin, quand c'était nécessaire, ils ont aidé à trouver des services de garde d'enfants. Certains thèmes prévus n'ont pas été abordés : l'éducation à la santé, le développement de l'enfant, l'environnement familial, les plans d'éducation de la mère, le soutien des partenaires et le jeu avec l'enfant. D'autres thèmes non attendus ont été relevés : les questions sociales, la relation mère-famille, la relation avec les services de soins, les problèmes de couple, la qualité du comportement maternel et le développement du langage de l'enfant.

Les visiteurs à domicile relèvent des difficultés dans leur exercice à domicile : l'impact négatif de l'environnement social de la famille sur la qualité de l'intervention, des préoccupations des visiteurs concernant la parentalité maternelle, les contraintes logistiques de la visite à domicile qui alors qu'elles donnent plus de contrôle à la famille, créent également des problèmes pour le visiteur qui s'efforce d'atteindre des objectifs distincts. La plupart de ces

problèmes concernaient les visiteurs à domicile ayant des difficultés à maintenir l'attention des participants ou à discuter des objectifs d'intervention. Ils concernaient également des conditions de vie imprévisibles. Ils relevaient également des difficultés à maintenir la relation avec les familles. Les visiteurs à domicile ont souvent exprimé que les familles n'étaient pas fiables pour effectuer des visites régulières avec des difficultés à planifier leurs visites et à accéder aux participants, même lorsque les mères confirmaient leur visite. Ils ont exprimé des sentiments de découragement et d'irritation.

L'une des particularités du programme était que les visiteurs à domicile recrutées étaient des psychologues. Elles se sont particulièrement intéressées à l'établissement d'une alliance avec les familles mais ont exprimé des difficultés à traiter des sujets inattendus. De plus, tous les objectifs de l'étude n'ont pas pu être abordés du fait de la priorité à donner aux besoins urgents des familles. Cette recherche souligne l'importance de la formation des professionnels pour adapter l'intervention aux besoins sociaux, psychologiques et sanitaires des familles. La méthode qualitative utilisée étant coûteuse, cela souligne la nécessité de développer aussi en France des instruments alternatifs faciles d'utilisation et capables de saisir certains aspects clés de la qualité.

5. Conclusion

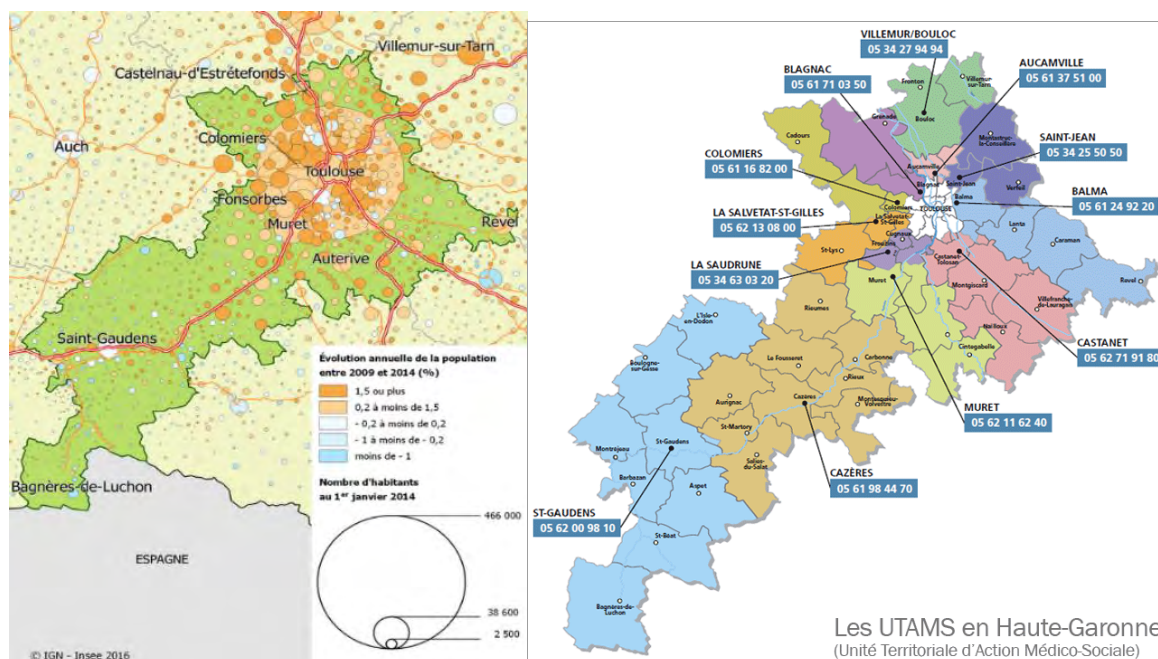
Bien que l'intérêt de pouvoir mesurer objectivement ce qui se passe lors des visites à domicile semble évident, la façon d'y parvenir fait encore débat. Les outils d'évaluation, conçus pour avoir une utilisation pratique, ne doivent être ni trop lourdes ni trop compliquées. En même temps, ils doivent tenter de couvrir tous les différents domaines de fonctionnement d'un programme pour une évaluation globale. La gestion de ces deux exigences, consistant à fournir autant de retours que possible tout en maintenant un niveau acceptable de facilité d'utilisation, est un enjeu difficile. Par exemple, l'observation directe des visites à domicile par un évaluateur accompagnant le professionnel sur les visites à domicile est un outil précieux et en même temps fastidieux et coûteux. De même, les enregistrements vidéo à domicile pour l'observation de l'évaluateur est souvent compliquée pour le visiteur qui doit créer une relation de confiance avec elles. La difficulté à trouver un accord sur un outil efficace souligne également la difficulté à évaluer avec précision la façon dont les visiteurs à domicile forment des relations avec les familles. Bien que l'alliance avec les familles soit souvent considérée comme un élément crucial de la qualité de la visite à domicile, il existe de multiples façons de la définir et de la qualifier.

PARTIE 2 : ETUDE

I. Introduction

1. La PMI en Haute Garonne

La Haute-Garonne comptait 1317668 habitants au 1^{er} janvier 2014 selon les chiffres de population légale établis par l'INSEE. La majorité des habitants se concentre dans le nord du département qui contient l'aire urbaine de Toulouse. Le Sud du département est moins peuplé avec la deuxième aire urbaine de Saint-Gaudens. Les PMI sont réparties sur le territoire, en fonction de la densité de population. Elles sont localisées sur les Unités Territoriales d'Action Médico-Sociale. Les populations rencontrées présentent des différences socio-économiques importantes en fonction des lieux : population rurale et isolée au sud du département, population urbaine avec un fort dynamisme démographique autour de Toulouse, actuellement au 1^{er} rang des villes françaises enregistrant la plus forte augmentation de population avec 8000 nouveaux habitants par an.



Cartes 1 et 2: Démographie et PMI en Haute-Garonne

2. Les puéricultrices

En Haute-Garonne, la PMI compte 104 puéricultrices (100% de femmes) se répartissant sur 23 MDS qui couvrent le département, réparties en fonction des bassins de populations.

Le métier de puéricultrice est une spécialité accessible à partir du diplôme d'infirmière. Il consiste à prendre soin des enfants pour maintenir, restaurer et promouvoir la santé, le développement, l'éveil, l'autonomie et la socialisation. Elles veillent à la protection des enfants, à leur intégration dans la société et à la lutte contre les exclusions.

Au sein des PMI de Haute-Garonne, elles sont réparties sur des postes fixes pour 92 d'entre elles. Les 12 autres sont qualifiées de « volantes » et changent de PMI en fonction des besoins. Leur travail de visites à domicile ne représente qu'une partie de leurs missions. Elles sont également chargées des accueils et consultations sur site, des agréments et suivis d'assistantes maternelles, du traitement des informations préoccupantes, et des bilans de santé à l'école maternelle. Les puéricultrices s'intègrent dans une équipe pluridisciplinaire de terrain comportant des médecins pédiatres ou généralistes, des sages-femmes, des psychologues et des secrétaires.

3. Problématique de l'étude

Il n'existe pas à ce jour d'étude dressant un panorama sur les pratiques à domicile des services départementaux de PMI à l'échelon national. L'objectif principal de cette étude est donc, à travers une enquête menée en 2017 auprès des puéricultrices de Haute-Garonne, de faire un état des lieux de l'activité de visites à domicile des puéricultrices de PMI, afin de faire ressortir les éléments clés de contenu et du vécu des professionnels de terrain à travers leur expérience clinique. L'objectif secondaire est de caractériser les difficultés liées à l'accompagnement des populations suivies en psychiatrie.

II. Matériel et Méthodes

1. Participant

Notre questionnaire était destiné aux 104 puéricultrices des 23 Maisons Des Solidarités (MDS) de Haute-Garonne (92 en poste et 12 volantes). Après avoir obtenu l'accord du Docteur Bouilhac, médecin responsable de la PMI ainsi que de la hiérarchie des puéricultrices, une première rencontre réunissant Mme Fancello, responsable des puéricultrices, Mme Cathala, puéricultrice à la MDS de Amouroux et le Docteur Chevallier-Carragoso, médecin à la MDS de Bouloc a permis de discuter la pertinence et le référentiel des puéricultrices pour rendre le questionnaire plus lisible et productif.

Nous avons ensuite présenté notre recherche et soumis notre auto-questionnaire au cours de deux réunions techniques au mois d'avril 2017, réunions de fonctionnement à destination des puéricultrices du département, afin d'obtenir la diffusion la plus large possible. Les puéricultrices ont été invitées à répondre au questionnaire sur le temps de cette réunion,

durant trente minutes. Elles ont été respectivement 24 et 22 à répondre pendant ces réunions, soit 100% des puéricultrices présentes.

Suite à cette première sollicitation, nous avons constaté d'importantes disparités entre les différents secteurs de PMI. Les puéricultrices des zones rurales notamment, plus éloignées du site de réunions étaient peu présentes. Pour tenter de rendre les résultats plus représentatifs de l'expérience des puéricultrices et des différents territoires du département, nous avons alors contacté par téléphone les PMI dont le taux de participation était <50% entre mai et juillet 2017 pour présenter oralement le projet aux puéricultrices. A la suite de l'accord oral, le questionnaire était envoyé par courrier électronique, imprimé et rempli puis renvoyé par courrier postal.

2. Matériel

Le questionnaire portait sur différents aspects des visites à domicile des puéricultrices de PMI en Haute-Garonne. D'abord sur les chiffres de leur activité, les indications retenues, le contenu et leur expérience des accompagnements à domicile puis le travail en lien avec les équipes de psychiatrie.

3. Analyse des données

Les données chiffrées présentées ici ont fait l'objet d'analyses quantitatives (fréquences, moyennes).

Les échelles ou questionnaires quantitatifs standardisés permettent de réaliser des évaluations reproductibles sur de larges populations mais ont l'inconvénient de ne pas satisfaire l'intention descriptive de cette recherche. Dès lors, il nous a semblé indispensable d'ajouter à notre protocole une approche qualitative.

Nous avons fait le choix de nous orienter vers un questionnaire pour pouvoir toucher une population plus importante afin de proposer un état des lieux qui soit représentatif de l'activité de visites à domicile des puéricultrices sur le département. Afin de permettre une évaluation la plus neutre possible, respectant le discours spontané des professionnelles, une partie du questionnaire a été construite sur des questions ouvertes permettant des réponses plus diverses et plus proches du vécu de chacune.

Pour traiter ces questions ouvertes, nous avons utilisé une analyse thématique, méthode d'analyse qualitative, d'utilisation complémentaire à des méthodes quantitatives. L'analyse qualitative est une méthode d'analyse principalement descriptive. Sa tâche première est ainsi de livrer le plus d'informations pertinentes possibles sur les phénomènes analysés. Elle vise à illustrer comment l'expérience se déploie et non seulement combien de fois elle se reproduit. L'analyse thématique permet la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec la problématique de recherche. L'analyse thématique consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et à la synthèse des données. La méthodologie d'analyse thématique utilisée

dans cette recherche est celle décrite par P. Paillé et A. Mucchielli dans leur ouvrage : « *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* » (119).

Dans ce processus, l'ensemble des réponses est lu à plusieurs reprises avant de faire l'objet d'une thématisation. Dans cette thématisation, les unités de sens identifiées sont rassemblées dans des thèmes. A l'issue de cette phase, les thèmes sont regroupés en unités plus larges (sous-rubriques puis rubriques). Afin de ne perdre aucun lien avec les réponses d'origine, des codes sont systématiquement appliqués dans le texte originel. Les résultats ici présentés sont accompagnés de citations *ad verbatim* issues des réponses aux questionnaires.

III. Résultats

1. Participation

Au total, 55 questionnaires soit 53% des puéricultrices du département se sont soumises à cette enquête.

Une seule PMI n'a pas participé, représentant une population urbaine. Les autres PMI, en-dessous du seuil attendu de 50% de réponses sont au nombre de 4 et se caractérisent par une population plutôt rurale.

Par ailleurs, deux questionnaires n'ont pas pu être rattachés à une PMI, l'une étant puéricultrice volante et l'autre n'ayant pas précisé la MDS d'affectation.

2. Activité de visite à domicile dans la profession de puéricultrice de PMI

D'après les résultats de l'activité globale de la PMI de Haute Garonne en 2016, les puéricultrices ont effectué au total 15634 VAD pour 104 puéricultrices soit en moyenne 150 VAD par professionnelle. Sur ces visites, 7633 enfants entre 0-6 ans ont été vus 1 fois et 2152 ont bénéficié d'un accompagnement (en moyenne 3,7 VAD sur l'année) sur 15876 naissances dans l'année. On ne peut cependant pas établir de statistique sur le nombre total d'enfants nés dans l'année et ayant bénéficié de visites car les chiffres concernent les enfants entre 0 et 6 et non ceux nés dans l'année. Les puéricultrices interrogées ont fait en moyenne 160 VAD sur l'année 2016 (et 70,6) correspondant aux chiffres retrouvés sur le département.

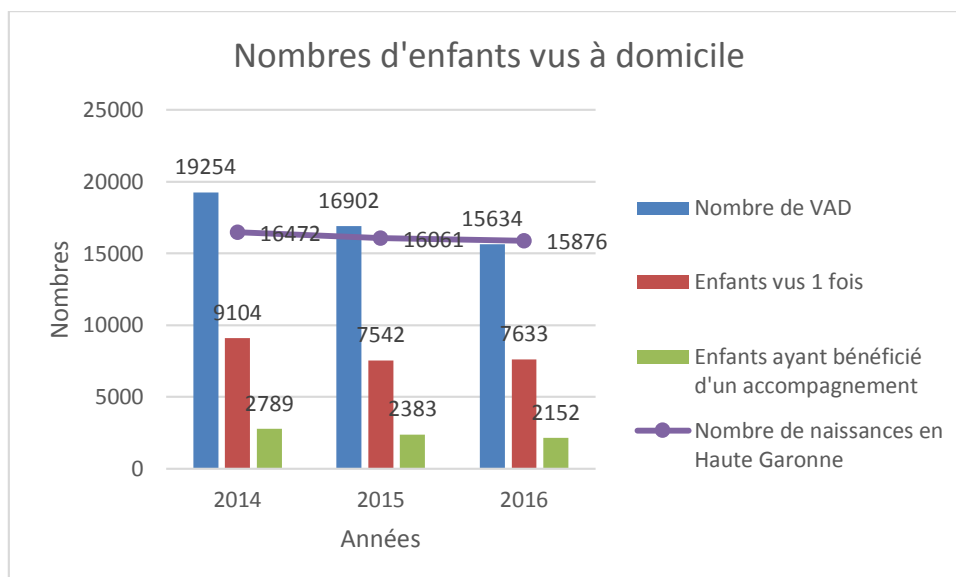


Figure 3 : Nombre d'enfants vus à domicile par la PMI de Haute-Garonne

Le temps moyen estimé pour une première visite (temps de trajet compris) est de 81,6min (ETY 26,1) contre 83 min (27,8) soit 1h10 pour les visites de suivi donc sans réelle différence, et correspondant aux directives départementales qui prévoient en moyenne une heure par visite, parfois moins, mais pas au-delà d'une heure trente. La durée des VAD était corrélée au lieu d'exercice des puéricultrices (-0,37 avec $p=0,006$) : les visites en zones rurales étant plus chronophages. Parmi les puéricultrices 31 travaillent en zone urbaine, 11 en zone rurale et 11 en zone semi-rurale. En moyenne elles estiment faire 5,7 VAD par semaine (ETY 2,2).

En 2016, elles ont vu en moyenne 25 enfants en accompagnement, c'est-à-dire plus de trois fois (ETY 14,5). En moyenne 5,9 familles/puéricultrice ont été rencontrées en prénatal avec une grande variabilité dans les pratiques (ETY 5,4).

Les notes rédigées suite aux VAD sont des notes personnelles, qui leur appartiennent et qui sont détruites quand elles quittent la PMI. Elles n'apparaissent pas dans le dossier patient partagé avec la polyvalence. Les puéricultrices sont cependant encouragées à en prendre notamment en cas d'absence pour que leurs collègues puissent prendre le relais. Ces notes sont d'après leurs responsables biaisées par le fait qu'elles puissent être saisies par la justice. Les puéricultrices rédigent des notes le plus souvent après leur VAD. Elles disent le faire toujours pour 28 d'entre elles, souvent pour 17 et seulement parfois pour 7 autres. Dans ce cas, le manque de temps est mis en avant. Les puéricultrices prennent des notes notamment s'il s'agit d'une situation complexe avec un suivi important, ou lorsqu'il s'agit d'un accompagnement pour planifier les objectifs. Elles évoquent la difficulté de trouver le temps pour les faire, souvent en différé au bureau et parfois même à leur domicile.

3. Critères de priorisation pour l'activité à domicile

D'après les responsables PMI, la mission prioritaire des VAD est aujourd'hui d'accompagner « les familles qui nécessitent une attention particulière ». La notion phare est celle de vulnérabilité. De plus, toutes les situations adressées par d'autres professionnels de la petite enfance sont vues sur le département. La question de la priorisation des indications se pose donc uniquement pour les VAD post-natales qui ne peuvent pas toutes être réalisées. Elles rappellent que les parents doivent être informés et volontaires pour que les visites aient lieu.

La visite à domicile post-natale, effectuée par une puéricultrice de secteur, est définie par la PMI de Haute-Garonne comme un service offert aux familles, s'orientant autour de la notion globale de santé familiale et s'inscrivant à ce titre dans le domaine de la prévention médico-sociale primaire. Elle fait partie des actions prioritaires à réaliser.

Sur les familles relevant de visites à domicile post-natales d'après les indications retenues par la PMI de Haute-Garonne, les puéricultrices voient presque toutes les familles pour 13 d'entre elles, plus de la moitié pour 10 et moins de la moitié pour 8, plus d'un quart des familles pour 6 et moins d'un quart pour les autres (12).

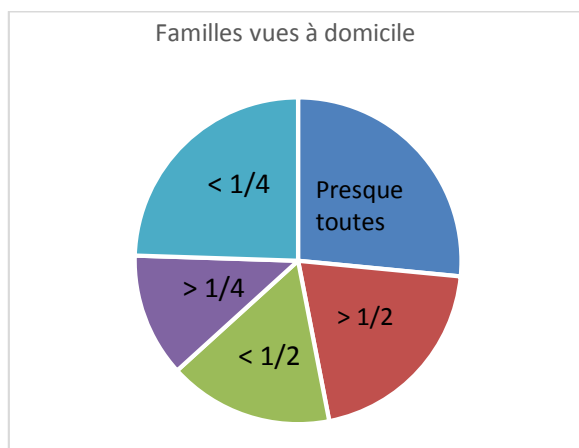


Figure 4 : Proportion de familles vues à domicile par rapport aux indications

Les critères d'intervention pour ces visites post-natales ont été restreints et figurent sur une fiche technique. Ils peuvent être liés aux parents (primiparité, mère mineure ou parents très jeunes, grossesse tardive, grande différence d'âge dans le couple, mère seule, non suivi de la grossesse ou déclaration tardive, existence d'un suivi (*médical, social, psychologique, psychiatrique*), précarité, isolement familial, géographique, grande fratrie, naissances rapprochées, antécédents d'enfants décédés), liés à l'enfant (prématurité, hospitalisation en néonatalogie ou réanimation, naissances multiples, présence d'un handicap, d'une pathologie, d'une hypotrophie...), sur demande des parents ou suite aux liaisons avec le service de Néonatalogie, de Psychiatrie périnatale, de maternités ainsi que les médecins et

sages-femmes libéraux, sages-femmes de PMI et dans le cadre des suites d'une Hospitalisation à Domicile (HAD) du nouveau-né.

Dans notre questionnaire, les liaisons de l'hôpital sont le premier critère d'intervention pour la majorité des puéricultrices (1^{ère} mission pour 34 d'entre elles et cité par 45). Ces demandes peuvent émaner des maternités (sages-femmes ou assistantes sociales), des services d'hospitalisation à domicile ou de néonatalogie.

La deuxième mission citée concerne la « vulnérabilité » (priorité pour 8, cité par 34 en tout) et comprend des aspects divers.

Les facteurs de risque définissant la vulnérabilité peuvent concerner le plus souvent les mères (21) mais aussi les bébés (14) et plus largement les familles (12). Les puéricultrices citent les suivants :

- Le jeune âge maternel, les mères mineures (19), une puéricultrice évoquant également une première grossesse >40 ans
- L'isolement des mères (11)
- Les familles connues de l'ASE, de la PMI ou du secteur avec des difficultés repérées (11)
- Les pathologies maternelles (10) dont les pathologies psychiatriques (5)
- La précarité sociale (8)
- Les grossesses multiples (7)
- Les familles nombreuses avec plus de trois enfants (7)
- Le lieu de résidence de la famille (3)
- Les familles monoparentales (3)
- Le petit poids de naissance et la prématurité (3)
- La déclaration tardive de grossesse (2)
- Une pathologie infantile (2)
- Une incarcération maternelle (1)
- Un antécédent de grossesse interrompue (IVG, fausse couche) (1)
- Un accouchement difficile (1)
- Un mauvais score d'APGAR (1)

Les liaisons des autres partenaires que sont les assistants sociaux de secteur et d'autres partenaires externes (27) (crèches, écoles, psychiatres d'adultes), les sages-femmes libérales ou de PMI (21) et les équipes de psychiatrie périnatales (17) apparaissent également comme une priorité.

La primiparité reste la priorité de 9 puéricultrices et apparait comme un objectif secondaire pour 9 autres « en fonction de l'activité ». D'autres notent ne plus avoir le temps pour « la VAD post-natale classique » et insistent sur la nécessité de « prioriser ».

Elles parlent également des « demandes des familles » (9), parfois suite à l'accueil PMI, qui peuvent solliciter d'eux-mêmes une VAD.

Une puéricultrice relate voir toutes les familles à domicile pour une VAD post-natale, à moins d'un refus par celles-ci.

Les VAD d'accompagnements, qui représentent 8001 VAD en 2016 soit 51% des VAD pour 2152 enfants, c'est-à-dire 22% des enfants vus à domicile dans l'année se caractérisent par un suivi de 3 VAD ou plus sur l'année (en moyenne 3,7 VAD par enfant). Elles peuvent faire suite aux visites postnatales, sur décision de la puéricultrice seule le plus souvent (37), parfois en lien avec le médecin de PMI (13), la sage-femme PMI qui a rencontré la mère en prénatal (2), les assistants sociaux de secteur qui connaissent la famille (7) ou les professionnels concernés (maternité, équipe de pédopsychiatrie). La décision peut aussi se prendre en équipe PMI (5). Ces accompagnements peuvent également être demandés par les partenaires, que ce soit en post-natal ou plus tard, jusqu'aux 6 ans de l'enfant. Les professionnels adresseurs repérés par les puéricultrices sont les suivants : les équipes de maternité, de néonatalogie, de psychiatrie périnatale et de CMP, les sages-femmes libérales, les assistants sociaux suite à un suivi du secteur ou à une information préoccupante, les médecins de PMI suite aux consultations, les professionnels de crèches, d'écoles.

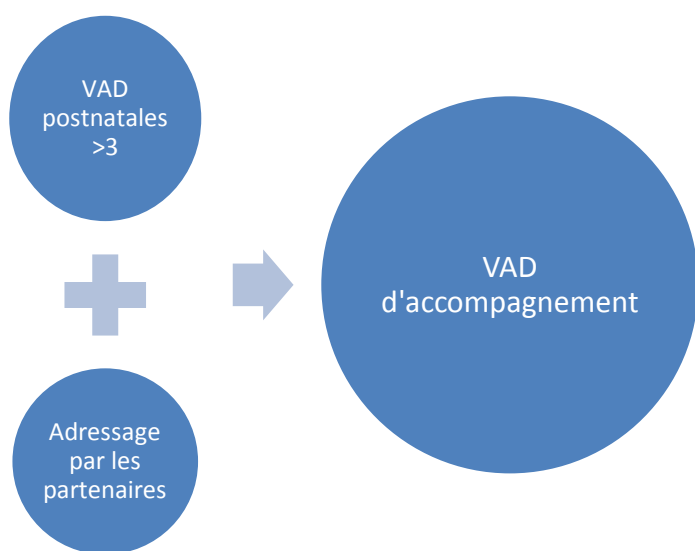


Figure 5 : Origine des VAD d'accompagnements

D'après les puéricultrices interrogées, un accompagnement est décidé suite aux VAD périnatales devant les situations suivantes :

Demandes des familles 29		<i>« mère verbalisant des incertitudes en lien avec la prise en charge de son nourrisson » « parents débordés, anxieux » « si la famille a des demandes particulières »</i>
Par rapport à l'enfant	Eléments d'inquiétudes sur la qualité des soins (16) Surveillance pondérale suite à une prématurité ou un faible poids de naissance (8) Problème somatique de l'enfant (7) VAD anténatale pour préparer l'arrivée de l'enfant (1)	<i>« inquiétudes que je peux avoir sur la prise en charge des enfants au domicile » « nécessité d'une surveillance du développement de l'enfant et des soins apportés par les parents » « difficulté de repérage des besoins du bébé par la mère » « risque de maltraitance »</i>
Par rapport aux parents	Vulnérabilité parentale (17) Signes de dépression chez la mère (12) problèmes de santé des parents (10), somatiques ou psychiatriques	<i>« fragilité maternelle » « insécurité affective » « Mère en pleurs difficile à apaiser » « Fragilité psychologique de la mère »</i>
Par rapport à la dyade	Troubles de la relation mère-enfant (17) Travail à poursuivre au-delà de 3 VAD (11) Soutien à la mise en place de l'allaitement (8) Soutien à la parentalité (5) Orientation vers les partenaires	<i>« Problème dans les interactions mère-enfant » « Problème d'attachement » « Soutien dans les soins et au niveau éducatif »</i>
Par rapport à la situation familiale	Précarité (11) Isolement (8)	

Les partenaires peuvent également adresser des familles pour des suivis à domicile par les puéricultrices de PMI pour les raisons suivantes :

Par rapport à l'enfant	Prématurité Surveillance paramédicale Naissance multiple Naissance traumatique Déni de grossesse Allaitement difficile Inquiétudes
Par rapport aux parents	Mère mineure (13) Histoire de vie complexe (6) Primiparité (1) Primiparité > 40 ans (3) Violences conjugales (12) Conflits conjugaux (5) Absence du père (1) Problème psychiatrique de la mère (30) dont la dépression du post-partum, Fragilité de la mère 4, Addictions 10 Handicap parental dont déficience intellectuelle Problème de santé des parents Vulnérabilité sur des événements de vie
Par rapport à la dyade	Lien mère-enfant Soutien à la parentalité Parents en demande d'aide
Par rapport à la situation familiale	Isolement Précarité Enfants de la fratrie pris en charge par l'ASE Multiparité Famille connue de la PMI

Nous présentons en annexe II et III les tableaux récapitulatifs des critères d'intervention à domicile d'après notre étude et une étude nationale publiée en 2017 (120).

4. Contenu des visites

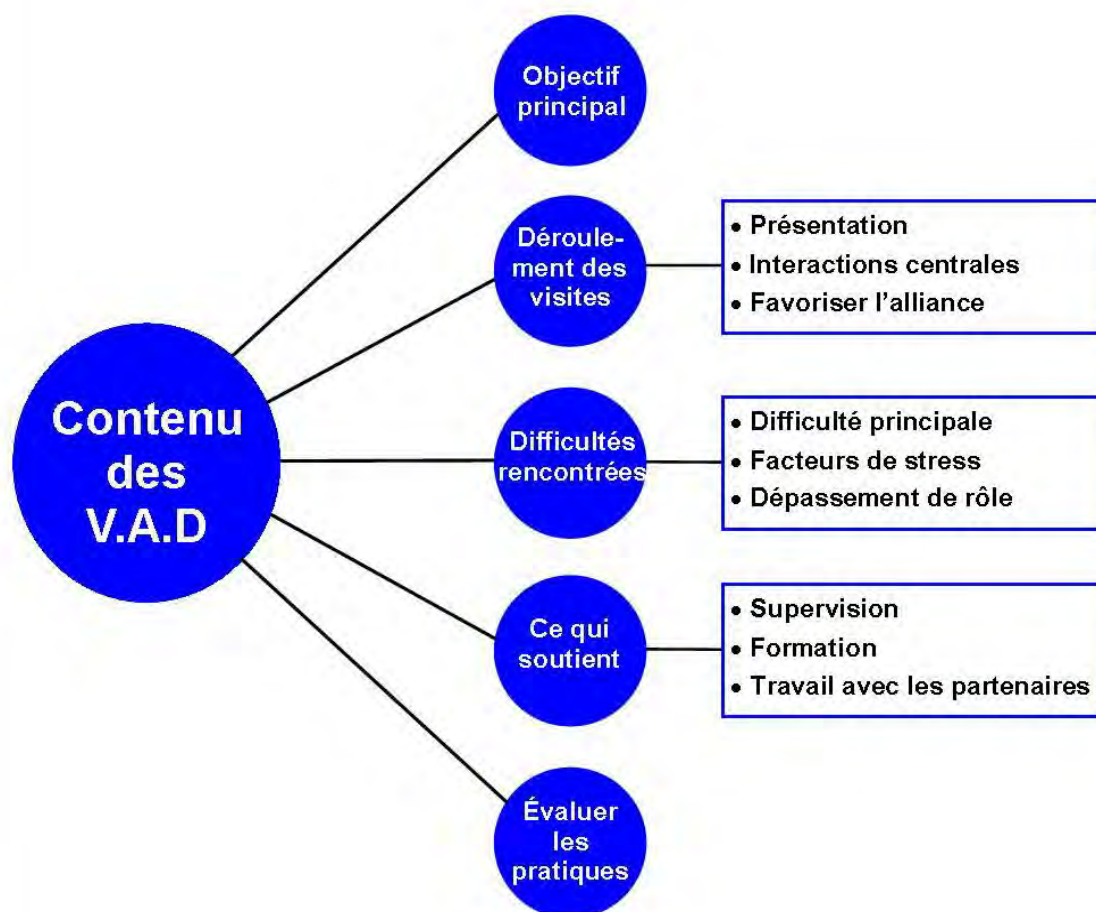


Figure 6 : Arbre thématique

Les puéricultrices de PMI n'ont pas de formation théorique spécifique lorsqu'elles sont engagées par le Conseil Départemental, et en particulier pas de formation sur l'activité de visites à domicile. Cependant, un stage d'un mois en PMI est obligatoire dans le cadre du Diplôme d'État de puériculture et toute nouvelle recrue doit « doubler » une puéricultrice en poste durant un mois à son arrivée.

Il existe aussi une fiche technique en ce qui concerne les visites post-natales qui est un support à remplir au décours de la visite avec les points essentiels : identité et coordonnées de la famille, fratrie, personnes présentes lors de la visite, motif de la visite (systématique/médical/liaison), le type d'alimentation, le nom du médecin traitant, le mode de garde, le suivi envisagé, l'orientation, et la date de liaison.

Les objectifs principaux des visites se déclinent selon plusieurs axes :

Créer un lien avec les familles	Se faire accepter Obtenir leur confiance Obtenir leur adhésion Susciter une demande Co-construire un objectif de travail
Evaluer	Evaluer le lien parent-enfant Evaluer la qualité des soins Evaluer la capacité des parents Evaluer les conditions de vie Evaluer le développement de l'enfant Identifier les besoins
Informier/Orienter	Partager leurs questions Donner des conseils Orienter vers les partenaires
Soutenir	Soutenir les compétences parentales Rassurer les familles Accompagner les soins Favoriser le lien parent-enfant Accompagner les difficultés Favoriser l'éveil
Protéger	Eviter la maltraitance Veiller à la satisfaction des besoins de l'enfant

Parmi elles, les plus importantes par leur récurrence et le développement des réponses reposent d'abord sur la création d'un lien de confiance avec les familles :

« Favoriser un accompagnement à plus ou moins long terme en instaurant une relation de confiance », « Créer un lien de confiance afin de définir notre objectif de travail », « Confiance entre la famille et la puéricultrice pour un travail qui évolue », « Acquérir leur confiance et leur cohésion pour être acceptée comme la personne qui les accompagne dans leur démarche personnelle sans jugement et sans décider à leur place », « Mise en confiance : que la famille voit notre intervention comme une aide et non comme une « intrusion jugeante » »

Un autre aspect important est de repérer les difficultés de liens :

« Le repérage des troubles de l'attachement et ses répercussions sur le développement de l'enfant », « Observer le contact relationnel entre l'enfant et les parents », « S'assurer que le lien se mette en place au fil du temps », « Évaluer la mise en place du lien sécurisé mère-enfant (portage, attention conjointe) », « Rester centré sur l'enfant et la relation parent-enfant »

Mais aussi de pouvoir l'étayer :

« Favoriser la mise en place d'un lien parent-enfant favorable au développement du bébé », « Accompagner la création précoce du lien mère-enfant », « Les aider à mettre en place une relation de qualité avec leur enfant », « Valorisation des parents afin d'encourager la mère dans le lien mère-enfant »

Ainsi que le soutien des compétences parentales :

« Donner confiance en ce qu'ils mettent en place en réajustant si besoin des pratiques », « Faire en sorte que les parents soient confortés et valorisés dans leur rôle de parents » « Valorisation des parents afin d'encourager la mère dans le lien mère-enfant », « Apporter un étayage aux parents afin de leur donner confiance dans leurs compétences »

Les visites sont majoritairement centrées sur les interactions parents-enfant selon 48 puéricultrices, les interactions parents-professionnel pour 17 d'entre elles et seulement 4 estiment se centrer sur leur lien avec l'enfant.

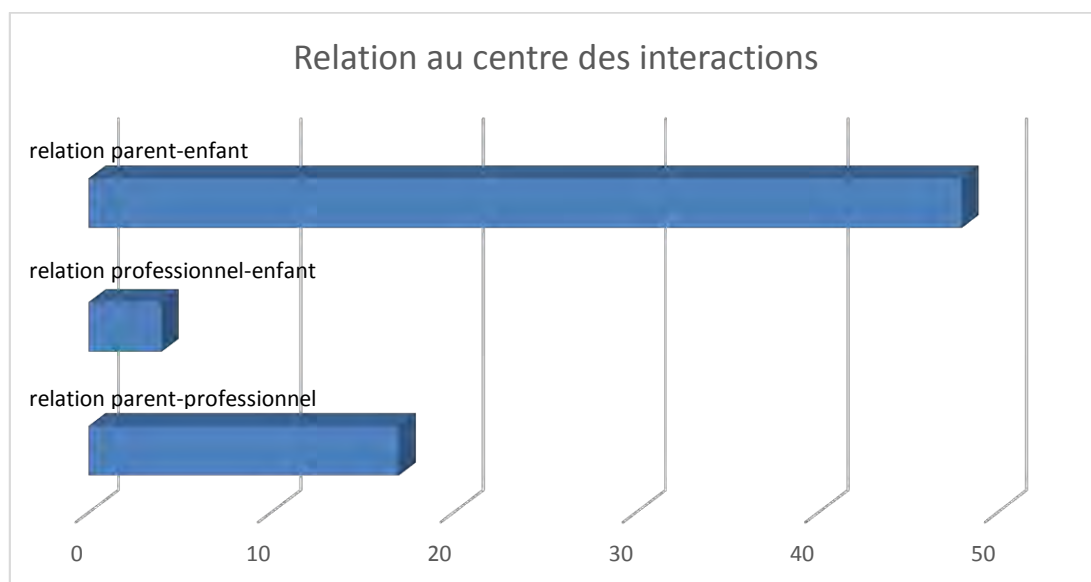


Figure 7 : Relation au centre des interactions

Les puéricultrices décrivent aussi les qualités qui leur paraissent essentielles pour créer une alliance avec les familles. Nous les avons listées dans le tableau suivant par fréquence d'apparition.



5. Vécu des puéricultrices

a. Les difficultés rencontrées

Les puéricultrices évaluent les difficultés de ce mode d'exercice que sont les visites à domicile. Elles évoquent à de nombreuses reprises la solitude qu'elles peuvent ressentir et les difficultés auxquelles elles sont confrontées, ainsi que les divers facteurs de stress qu'elles peuvent rencontrer face aux situations alors qu'elles ne sont pas toujours formées pour y répondre.

i. Difficultés principales liées aux visites à domicile

Difficulté principale	Réurrence	Verbatim
Adhésion	10	« La non-adhésion ou adhésion de surface des familles » « Obtenir l'adhésion de la famille quoi qu'on ait à leur renvoyer » « Se faire accepter des parents »
Solitude	8	« Etre seule pour les suivis complexes lors de la VAD » « Etre seule à observer » « Solitude du professionnel avec un relai des partenaires souvent tardif »
Pathologie Psychiatrique	6	« Evaluer la dépression du post-partum ou les troubles psychiatriques » « Faible niveau cognitif des parents »
Créer une relation de confiance	6	« Obtenir la confiance des parents » « Méfiance des parents »
Imprévu	5	« S'adapter à plusieurs contextes familiaux dans la journée » « Etre dans un milieu inconnu que l'on ne maîtrise pas avec des personnes que l'on ne connaît pas et dont on ne peut pas anticiper les réactions »
Rester centré sur l'enfant	5	« Ne pas être déconcentré de l'objectif principal « l'enfant » par les problématiques familiales »
Intrusivité	5	« Etre intrusif quand la famille ne souhaite pas nous recevoir, mais y est obligée » « Ne pas dépasser les limites de la famille » « Quand la VAD est perçue comme obligatoire »
Disponibilité du professionnel	4	« Savoir être disponible et présente dans la relation malgré la charge de travail et les perturbations lors des entretiens » « Garder la concentration pour guider au mieux les familles »
Manque de temps	4	« Réussir le travail d'alliance dès le premier passage » « Le manque de temps dans mon planning parfois »

Responsabilité	4	« Bien évaluer le danger pour l'enfant » « Etre seule à observer et être capable de faire un retour pertinent proche de la réalité »
Obtenir l'adhésion	4	« Réussir à obtenir l'adhésion réelle des parents »
Décision	3	« Les situations limites et s'il y a nécessité de signaler ou pas » « Savoir quand s'arrête le suivi ou l'accompagnement »
Langue	3	« Sur mon secteur, la difficulté principale vient de la barrière de la langue »
Disponibilité des familles	2	« La disponibilité des familles se porte soit sur la durée de la VAD, soit sur la présence ou non de la famille au rendez-vous fixé conjointement, ou sur l'attention des parents (disponibilité psychique) »
Réceptivité des parents	2	« Quand la VAD est perçue comme obligatoire, ce qui ne rend pas les parents à l'écoute »
Crainte des réactions	2	« On sent que la relation mère enfant est défailante et où l'on craint un clash » « on ne peut pas anticiper les réactions »
Méconnaissance de la PMI	2	« Manque de connaissance de la PMI » « Méconnaissance de la PMI et de la technique de puéricultrice »
Trouver le domicile	2	« Adresse incomplète » « Difficulté à trouver le domicile (lieu-dit) »

Les autres difficultés exprimées par une seule puéricultrice sont : « L'absence de demande exprimée par la famille » « L'inconnue des besoins de la famille notamment s'il y a une pathologie psychiatrique » « La prise de notes pendant les visites » « Les sources de stress » « Trouver le bon positionnement » « Garder une certaine distance » « Le PRADO » « Avoir un but commun ».

ii. Facteurs de stress

Facteurs de stress	Réurrence	Verbatim
Agressivité	22	« Agressivité » « Violence » « Violence intrafamiliale » « Violence conjugale » « Conflit dans le couple »
Méfiance	18	« Méfiance par la connaissance des services sociaux » « Peur d'un placement » « Passif de placement » « Attitude défensive » « Parents évitants »

Maladie mentale parentale	12	« Pathologie maternelle » « Quand l'état de la mère envahit l'entretien » « Problématique psychiatrique » « Mère déprimée » « Mère abandonnique »
Défaut de collaboration	11	« Refus d'accompagnement » « Se sentent obligés » « déni des parents » « manque d'alliance »
Danger pour l'enfant	11	« cadre d'intervention » « placement envisagé » « rejet de l'enfant » « Risque pour l'enfant »
Présence de tiers	9	« amis, famille, TV » « père sur l'ordinateur » « entourage envahissant » « Famille nombreuse avec beaucoup d'interlocuteurs » « Absence d'un espace d'intimité »
Sentiment d'impuissance	4	« L'absence de solution » « L'absence d'évolution » « Sentiment d'inutilité »
Addiction	4	« Alcoolisme » « Toxicomanie » « Familles sous l'emprise de stupéfiants »
Famille non prévenue	4	« Impression de ne pas être attendu » « Famille non prévenue » « VAD à l'improviste »
Sentiment de solitude	4	« Visites réalisées seule » « Insécurité due à une pathologie psychiatrique avec une plus ou moins bonne prise en charge médicale ou psychologique » « Pathologie psychiatrique où le travail pluridisciplinaire n'est pas mis en place »
Imprévisibilité	3	« Stress de l'anticipation de la VAD » « Réaction imprévisible d'un parent »
Problématique sociale	3	« Précarité environnementale » « Nombreux problèmes sociaux »
Cadre des visites	3	« Se garer » « Utiliser sa propre voiture » « Contexte d'insécurité lié au quartier »

Sont également cités : les pleurs du bébé, la barrière de la langue, la charge de travail trop lourde, la charge émotionnelle de certaines visites, le retard de développement de l'enfant, et le sentiment d'insécurité liée à la famille.

Certaines puéricultrices parlent aussi des facteurs de stress de la visite du point de vue des parents. Elles évoquent la peur du jugement, le sentiment de remise en cause de leurs capacités parentales, la culpabilité et le manque de confiance et d'estime de soi.

iii. Dépassement de leur rôle

Lorsque nous les questionnons sur la fréquence à laquelle elles ont le sentiment que les objectifs de ces visites dépassent leur rôle de puéricultrices, elles répondent « Parfois » pour la majorité d'entre elles (30), « Souvent » dans 14 cas et « Rarement » 9 fois.

Encore une fois, 14 puéricultrices évoquent l'importance des difficultés sociales, souvent au premier plan lors des rencontres avec les familles :

« Quand la situation sociale est trop dégradée et ne permet pas un étayage efficace dans l'immédiat » « Problématiques sociales et financières qui peuvent mobiliser les familles au détriment des préoccupations parentales » « Tendance au glissement vers le versant social »

Elles développent aussi plus généralement le dépassement de leurs compétences et la nécessité de faire intervenir des partenaires (14) :

« Les questions posées par les parents et les problématiques diverses dépassent souvent notre champ de compétences » « Nombreuses questions médicales ou problématiques économiques et de logement » « Le travail en collaboration avec d'autres professionnels permet de rester dans sa fonction » « Certaines fois, besoin de partager le contenu d'une VAD avec une collègue, le médecin de PMI et la psychologue de la MDS »

De même, la présence d'une pathologie psychiatrique parentale est souvent mise en avant (11) :

« Quand la pathologie psychiatrique de la mère est trop envahissante » « En cas de pathologie psychiatrique de la mère, l'accompagnement de la puéricultrice seule n'est pas suffisant » « Avec les mamans présentant une pathologie psychiatrique, impression d'être confondue avec le psychologue »

Cette question du rôle d'écoute auprès des parents et de superposition des fonctions avec le psychologue revient régulièrement (11) :

« Quand l'état de la mère envahit l'entretien » « Ce sont très souvent des entretiens qui demandent une capacité d'écoute, d'empathie et une formation à la relation d'aide » « Fragilité psychologique où la mère ne va pas consulter » « Jouer un rôle d'écoute (histoire et vécu maternel) comme une consultation psychologique » « Médiateur conjugal aussi parfois » « Accompagnement des mères présentant des premiers signes de dépression du post-partum » « Les situations où il y a impact sur l'ensemble de la famille (adolescent...) »

Elles abordent de manière individuelle d'autres difficultés comme la méfiance des familles, les visites de protection de l'enfance plutôt que de prévention, les familles ne parlant pas français, l'éloignement géographique et de devoir s'assurer du suivi post natal des mères.

c. Les aides et soutiens nécessaires

i. La Supervision

Lorsque nous abordons la question de la supervision avec les responsables de l'étude sur la PMI, elles parlent de l'importance qu'elle pourrait avoir pour prendre le temps de penser les situations. La supervision permettrait d'avoir le regard des autres puéricultrices, des psychologues de PMI, du médecin binôme et de professionnels extérieurs. Un enjeu important semble aussi d'éviter d'être dans la toute-puissance.

Un temps dédié existe sur l'institution pour l'étude de situations mais ne satisfait pas les puéricultrices car il est organisé par les responsables des MDS qui sont des cadres administratifs (formés à l'institut d'études politiques) et les professionnelles s'y sentent jugées et s'autocensurent.

D'après les puéricultrices, certaines situations nécessiteraient des supervisions. C'est le cas de l'immense majorité (49) d'entre elles. Les divers professionnels auxquels elles pensent pour assurer ces supervisions sont d'abord des psychologues (25), puis les équipes de psychiatrie (5) avec les psychiatres (13), pédopsychiatres (16) et les équipes de périnatalité (6). Au sein de la PMI (2), les professionnels cités sont les psychologues (3), les puéricultrices (4) et leurs cadres (1), les médecins (5) et les sages-femmes (2). Certaines puéricultrices insistent sur la nécessité de faire appel à des professionnels extérieurs au Conseil Départemental pour plus de neutralité (6), d'autres sur le fait qu'elles soient assurées par les professionnels qui font ces suivis (3). La possibilité de réaliser ces supervisions sur les temps de réunions de puéricultrices ou en équipe PMI réduite (médecins et puéricultrices) sur chaque MDS est évoquée. L'une d'elles conclue « La supervision est tout à fait nécessaire dans notre métier et devrait être disponible à toutes ». Les deux puéricultrices qui estiment ne pas en voir l'utilité ne le justifient pas.

La supervision permettrait, d'après les réponses des puéricultrices, d'améliorer leurs pratiques selon ces différents aspects :

Aide apportée	Réurrence	Verbatim
Prise de recul	20	« Se décentrer de la situation » « Se détacher des difficultés des familles » « Mise à distance émotionnelle »
Réfléchir et améliorer les pratiques	17	« Harmoniser nos pratiques » « Partager les regards » « Améliorer notre positionnement professionnel »
Analyser les situations	12	« Mieux comprendre la situation de la famille » « Aborder la situation de manière différente » « Aide à mieux comprendre les attitudes des familles »
Améliorer la prise en charge	11	« Pour agir avec davantage de pertinence et d'objectivité » « Améliorer les conduites à tenir spécifiques à chaque famille » « Améliorer les conseils prodigués »

Réflexion pluridisciplinaire	8	« Réfléchir en équipe pluridisciplinaire sur la prise en charge de ces types de situations » « Echanges avec d'autres professionnels »
Avis extérieur	6	« Avoir un avis neutre et pas un avis d'administratif » « Donner des pistes de travail par un professionnel connaissant les pathologies mentales » « Regard extérieur nous permettant d'analyser différemment »
Espace de parole	7	« Pouvoir verbaliser en cas d'agressivité à notre égard » « Pouvoir discuter de mes difficultés dans le suivi de ces familles »
Mieux se connaître	3	« Apprendre à mieux connaître ses réactions, ses limites, ses angoisses ou ses potentiels face à certaines situations » « Aide à mieux comprendre nos réactions ou émotions »
Enrichir ses connaissances	4	« Enrichir des connaissances auprès de professionnels ayant des compétences spécifiques » « Mieux connaître la pathologie mentale »
Diminuer le sentiment de solitude	2	« On se sent moins seule dans ce que l'on fait » « Supprime le sentiment d'isolement de la puéricultrice à domicile »
Favoriser l'orientation des familles	2	« Orienter les familles vers des professionnels auxquels on n'aurait pas pensé » « Orientation plus rapide peut être de notre part »

Les autres arguments rapportés plus rarement en faveur de la supervision sont les suivants : permettre des liens plus directs sur des situations partagées, fixer une limite entre accompagnement et signalement, éviter le clivage professionnels/famille, diminuer le stress, aider à poursuivre les suivis.

ii. La formation en psychiatrie

A la question « une formation en santé mentale vous paraîtrait-elle utile ? », 45 puéricultrices répondent « oui », 4 disent en avoir déjà bénéficié et 2 répondent « non ».

Celles qui sont en faveur de cette formation mettent en avant l'argument de la fréquence de ces troubles, qu'elles estiment rencontrer de plus en plus souvent. Les maladies mentales leur paraissent un sujet complexe qui mérite d'être traité de façon spécifique. Ce qu'elles

attendent est tout d'abord une actualisation et un enrichissement des connaissances dans le domaine de la santé mentale :

« Justifie pour les puéricultrices d'être au clair avec les symptômes signifiant une détérioration de l'état de santé mentale » « Meilleure connaissance des risques sur les enfants » « Pour remettre à jour des connaissances » « Meilleure connaissance des pathologies et de leur incidence sur le lien avec l'enfant » « Pour remettre à jour des connaissances qui remontent généralement aux études de l'école d'infirmière »

Elles en attendent également de pouvoir « améliorer leurs postures professionnelles dans l'écoute, l'observation, l'évaluation, la réponse aux besoins » :

« Nous rentrons dans l'intimité des familles, il faut donc que nos paroles et nos actes soient justement dosés pour ne pas faire plus de mal que de bien et pour cela la formation continue régulière est essentielle » « Améliorer nos interventions en ayant une meilleure compréhension des réticences des parents » « Avoir un savoir-être et un savoir-faire adapté en lien avec le métier de puéricultrice »

Elles espèrent pouvoir mieux identifier les troubles mentaux et ainsi mieux accompagner ces parents :

« Pour mieux identifier les troubles mentaux dans le cadre des grossesses et en post-natal » « Afin de repérer et de mieux évaluer les situations de fragilité psychologiques » « Mieux accompagner ces parents dans la parentalité avec leurs différences » « Pour permettre de s'adapter encore mieux à chacun »

Elles pensent ainsi favoriser l'orientation des familles vers les soins et mieux mesurer les risques pour les enfants afin de prévenir au mieux les retentissements et l'apparition de troubles. Cette formation permettrait également de mieux connaître le réseau sur le département et d'avoir un vocabulaire commun pour échanger plus facilement sur ces situations.

Une puéricultrice met en avant la possibilité de visites en binôme avec un interne de psychiatrie sur certains secteurs, qui s'avère très aidant. De manière générale, elles qualifient ces formations d'« utile », « aidante », « riche » et « précieuse ».

Certaines puéricultrices ont déjà participé aux formations suivantes : « Maternité et maladie mentale », « Dépression du post-partum », et les Diplômes Universitaires « Psychiatrie périnatale » à Bordeaux, « Premiers Âges » et « L'enfant, l'adolescent, la famille : clinique et psychodynamique » à Toulouse. Une puéricultrice a commencé sa carrière d'infirmière en service de psychiatrie adulte.

Quelques réserves sont émises quant à ces formations. Tout d'abord, elles ne remplacent pas la supervision qui « reste essentielle dans l'accompagnement des équipes afin d'apporter un accompagnement de qualité ». De plus, elles ont besoin de concret et d'outils pratiques : « quand s'inquiéter, comment réagir face à une maman en détresse ».

6. Évaluation de leur travail

En PMI, il n'y a pas de moyen d'évaluation de la qualité des visites utilisé couramment. Les puéricultrices donnent leur avis sur la manière d'avoir un retour sur leur activité à domicile.

Evaluation	Réurrence	Verbatim
Sollicitation de la famille	19	« Si elle demande une 2 nd e VAD » « Quand la mère sait me solliciter par téléphone lorsqu'elle se pose des questions » Des parents qui font ensuite appel à la PMI si besoin »
Qualité de l'échange	14	« La posture de dialogue et d'échange avec participation active des parents qui s'intéressent, questionnent et s'expriment » « L'authenticité des échanges » « Sur un échange pertinent »
Satisfaction de la famille	12	« Quand les parents sont satisfaits » « J'essaye toujours d'évaluer mon travail en demandant l'avis de la famille » « Le retour des parents »
Actions de la famille	12	« Quand ils mettent en place les conseils donnés » « Lorsque la famille se saisit de ce qui lui est proposé » « Si elle a sollicité les personnes extérieures indiquées »
Capacité à rassurer la famille	11	« Quand on sent la mère s'apaiser et se poser suite à des explications ou réponses données » « Des parents rassurés à notre départ » « Levant le stress, donnant accès aux progrès »
Evolution	11	« Souvent, l'évaluation se fait à posteriori après plusieurs autres visites au cours de l'accompagnement » « En fonction de l'évolution de la situation » « Dans le temps »
Validation d'objectifs fixés	11	« Lorsque les objectifs fixés sont atteints » « Avoir pu aborder les questions de départ des familles et pu y répondre » « Quand la famille progresse par rapport à un objectif donné »
Visite centrée sur l'enfant et les interactions parents-enfant	9	« En fonction de la qualité de la prise en charge de l'enfant » « Lorsqu'on reste centré sur les liens parents enfant » « Comportement de l'enfant (qui se pose par exemple) »
Les questions des parents	7	« Des parents qui posent des questions » « La circulation d'informations »

Confiance de la famille	6	« Quand la famille me fait confiance » « Qu'un climat de confiance s'instaure »
Ecoute de la famille	5	« Disponibilité de la mère » « Ecoute des parents »
Adhésion de la famille	4	« Lorsque les parents semblent adhérer à nos propos » « Autour de l'adhésion des parents »
Collaboration	2	« Lorsque la famille coopère et décide avec moi des objectifs de l'accompagnement »
Compréhension	2	« Que la famille comprenne pourquoi je viens » « Lorsque la famille comprend la nécessité de notre intervention »
Expression des difficultés	2	« Des parents osant exprimer leurs difficultés »

Une seule puéricultrice écrit ne pas évaluer la qualité de ses visites. A la question, seriez-vous personnellement favorables à tester une grille pour décrire le contenu des visites, elles répondent oui en quasi-totalité (48). Elles mettent cependant en avant la complexité d'une telle évaluation devant l'hétérogénéité des visites et des contextes d'intervention donnant une orientation très différente sur la façon de mener les visites.

7. Travail en lien avec les équipes de psychiatrie

D'après les puéricultrices, de nombreuses situations les amènent à orienter les familles vers les équipes de psychiatrie. Quand on leur demande de les lister, elles commencent par dire que c'est souvent en lien avec le médecin ou la psychologue de la PMI que ces décisions sont prises. Elles parlent également des difficultés qu'elles rencontrent comme le peu de possibilités d'orientation dans les secteurs ruraux, les difficultés à obtenir l'adhésion des familles et le fait d'intervenir souvent longtemps seules au domicile.

Indications	Réurrence	Verbatim
Trouble des interactions	26	« Observation d'une relation difficile mère-enfant » « Interactions problématiques parent enfant » « Lorsque l'on repère des signes de trouble de l'attachement » « Quand la mère exprime des difficultés dans sa parentalité »
Dépression du post-partum	22	« Une mère qui pleure beaucoup, qui paraît triste » « Baby blues qui dure » « Lorsque je repère des signes de dépression du post-partum chez la mère »
« Fragilité repérée »	22	« Quand doute sur état psychologique voire psychiatrique » « Mère nécessitant un soutien »

		<i>psychologique » « Quand je repère une fragilité du parent » « Histoire familiale douloureuse »</i>
Trouble de l'enfant	17	<i>« Signes de souffrance observés chez l'enfant » « Signes de retrait chez l'enfant » « Trouble dans le développement »</i>
Souffrance exprimée par les parents	12	<i>« Détresse et sentiment d'incapacité exprimés par les parents » « Rencontre de mères qui se décrivent comme perdues, angoissées »</i>
Pathologie Psychiatrique	10	<i>« Pathologie mentale sous-jacente » « Lorsque la maman présente les symptômes d'une décompensation »</i>
Prévention pour l'enfant	5	<i>« Pour prévenir précocement les conséquences sur le développement de l'enfant » « Enfant témoin de violence » « Lors de la naissance d'enfant non désiré » « Réponses inadéquates aux besoins de l'enfant »</i>
Suivi antérieur	4	<i>« Mères ayant déjà bénéficié d'un accompagnement en anténatal et ayant interrompu après la naissance » « Si connues au préalable »</i>
Limites de la puéricultrice	4	<i>« Lorsque j'estime que mon accompagnement est insuffisant et que les besoins de la dyade mère-enfant dépassent mes compétences » « Limites personnelles/ professionnelles » « Lorsque les questions et les demandes d'aides des parents ne relèvent pas de mes compétences mais de celle du psychiatre »</i>
Accouchement traumatique	2	<i>« Etat de stress par rapport à l'accouchement »</i>
Consommation de toxiques	1	<i>« Dépendance aux toxiques »</i>

Les objectifs de ce suivi sont d'abord d'accompagner, de soutenir la famille et de proposer des soins aux parents, à l'enfant ou à la dyade après une observation, un bilan et parfois la pose d'un diagnostic. Certaines évoquent la mise en place d'un traitement médicamenteux. Ce travail en partenariat va aussi permettre d'obtenir un regard croisé sur les situations et d'aiguiller les puéricultrices sur une meilleure approche et prise en charge de ces familles. Elles en attendent également un travail spécifique sur les liens mère-enfant par une équipe spécialisée. L'idée de protéger l'enfant et de prévenir un risque de maltraitance apparaît

comme essentielle. Finalement, la mise en place de ce suivi va permettre à la puéricultrice de poursuivre son accompagnement.

Pour les puéricultrices de Haute-Garonne, le réseau de santé mentale sur le département est repéré « en grande partie » pour la plupart (32), « partiellement » pour 12 d'entre elles et « Tout à fait » pour 8. Une seule puéricultrice répond ne pas le connaître du tout.

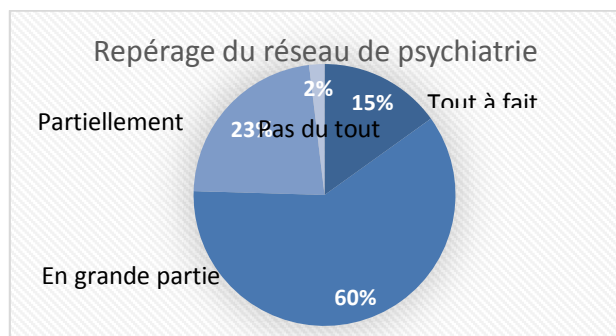


Figure 8 : Repérage du réseau de psychiatrie par les puéricultrices

En 2016, les puéricultrices ayant répondu à cette question ont essayé d'adresser en moyenne 4,7 familles sur des équipes de psychiatrie, sachant que 13 d'entre elles n'y répondent pas. Elles expriment avoir des retours satisfaisants des partenaires pour 20 d'entre elles, dans la moitié des cas pour 12 et de rares retours pour 12.

Certains facteurs semblent limiter ou faciliter cette orientation.

Facteurs facilitants	Facteurs limitants
• Rencontre physique avec les partenaires • Demande et adhésion des familles • Contact précoce (prénatal ou à la maternité) • Demande conjointe de plusieurs professionnels • Réactivité et engagement des partenaires • Proximité du lieu de soins • Accompagnement à la première consultation • Travail dans l'intérêt de l'enfant • PMI bien connue sur le secteur	• Refus des familles • Eloignement géographique • Manque de partenaires • Manque de liens • Délai important • Méconnaissance du réseau de psychiatrie • Méconnaissance de la PMI • Absence de VAD en psychiatrie • Question du secret médical • Difficultés de langue

La rencontre avec les partenaires facilite les échanges :

« Personne identifiée dans l'équipe de psychiatrie » « Rencontre toutes les semaines avec l'équipe de périnatalité » « Avoir un interlocuteur que l'on rencontre physiquement » « Contact direct avec le médecin qui suit la personne »

En ce qui concerne la demande conjointe avec plusieurs professionnels, elles citent :

« Rencontre physique avec la sage-femme PMI » « Nous avons une psychologue dans la MDS » « Par le biais du médecin de PMI »

Le refus des familles semble sous-tendu par divers facteurs :

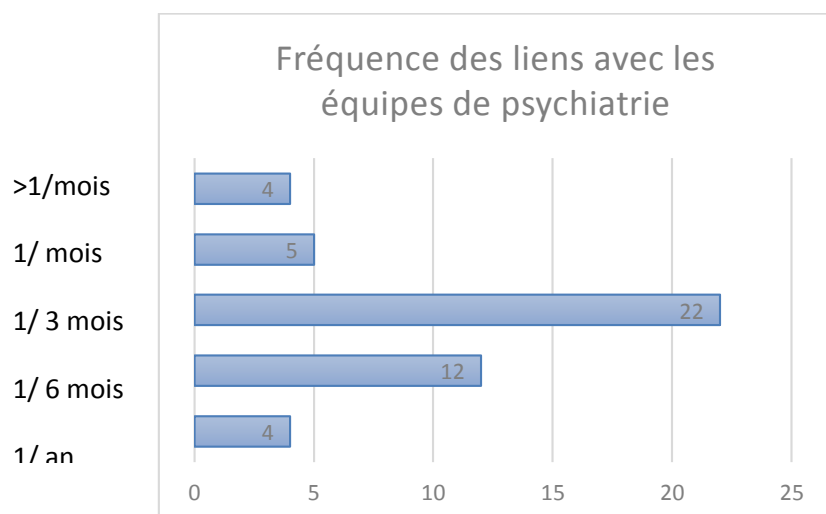
*« Parents pas prêts » « Mère ne connaissant pas sa pathologie ou son besoin »
« Résistance des familles » « Récurrence du lien fait entre folie et psychiatrie »*

Sur le manque de liens avec les partenaires, elles détaillent :

« Difficultés avec les libéraux » « Liens plus difficiles dans les cliniques » « Manque de liens avec les équipes de psychiatrie adulte » « Nous n'avons pas l'aval pour interpeller directement le CMP » « Faible retour »

En terme de chiffres, les suivis conjoints entre PMI et psychiatrie s'étendent entre 0 et 10 pour 2016 avec des moyennes de 3 familles pour la psychiatrie d'adulte et 4 pour la pédopsychiatrie. Les échanges concernant ces situations se font essentiellement par liens téléphoniques (48), puis par des réunions sur les lieux de soins (20) et sur la PMI (16) et enfin par courriers électroniques (8). Les puéricultrices déplorent que les échanges passent essentiellement par les médecins de PMI et qu'elles ne soient pas toujours conviées sur les lieux de soins.

Elles évaluent la fréquence de ces liens comme détaillée dans le diagramme suivant. Aux extrêmes, deux puéricultrices parlent de leur rôle de référente maternité sur leur secteur qui leur permet d'assister chaque semaine à des réunions sur la maternité et deux autres disent n'avoir aucun échange sur ces situations communes.



PARTIE 3 : DISCUSSION

Cette étude visait à caractériser l'activité de visites à domicile des puéricultrices de PMI afin de faire ressortir les éléments clés de contenu et du vécu des professionnels de terrain à travers leur expérience clinique ainsi que les difficultés liées à l'accompagnement des populations « vulnérables ». Les résultats ont mis en valeur l'impossibilité de réaliser une prévention

universelle à domicile et la stratégie de cibler des populations vulnérables en Haute Garonne. Les puéricultrices relatent l'importance de créer un lien avec les familles lors des visites, grâce à une écoute empathique et bienveillante. Dans cette population vulnérable, le fait d'être seule à domicile est parfois source de stress et elles ont souvent besoin de pouvoir travailler en lien avec les services sociaux et les équipes de psychiatrie notamment. Le cadre de ces orientations est laissé à la libre appréciation des professionnelles, avec une variabilité importante dans les pratiques. La mise en place de supervision ainsi que des formations spécifiques sur les problématiques de santé mentale apparaissent comme des outils intéressants pour améliorer les pratiques.

I. Discussion des résultats

1. Activité des puéricultrices de Haute Garonne

Une enquête nationale menée en 2016 auprès des 101 départements français a tenté de faire un état des lieux des activités et des pratiques des PMI, avec une attention particulière sur les pratiques de VAD en pré et post-natal (120). De la même façon que dans notre étude, les résultats montrent que l'universalisme des services offerts par les PMI n'est plus garanti. De plus, les critères utilisés pour déclencher des visites à domicile sont particulièrement hétérogènes. Ils relèvent de choix locaux et peuvent recouvrir différentes dimensions. Cette enquête nous permet de comparer les indications retenues en Haute-Garonne au regard des pratiques nationales. Les critères des deux études sont listés en annexes 3 et 4. Dans notre étude, on ne retrouve pas les critères cités de mobilité (temps de transport quotidien, moyen de locomotion) en dehors du lieu de résidence qui peut correspondre à une zone rurale ou éloignée géographiquement. Pour les critères d'âge qui varient selon les départements, les âges limites retenus comme âges extrêmes dans notre étude se situent en deçà de 18 ans et au-delà de 35 à 40 ans selon les puéricultrices. En ce qui concerne le parcours obstétrical, les puéricultrices de Haute-Garonne évoquent essentiellement des visites post-natales et donc les grossesses difficiles (menace d'accouchement prématuré, grossesse médicalement assistée) n'apparaissent pas dans les critères retenus, de même que les accouchements par césarienne, les grossesses rapprochées, les bébés précédents porteurs d'un handicap, les grossesses non suivies, les accouchements à domicile et les sorties de maternité sur décharge. Concernant les critères sociaux, les puéricultrices de notre étude ne mentionnent pas les parents sans activité professionnelle, les mères SDF, en arrêt-maladie, les gens du voyage et les demandeurs d'asile. Concernant le vécu des professionnels, le manque de temps et de supervision est retenu dans les deux études. L'enquête nationale met en avant la nécessité d'uniformiser les critères d'intervention et le travail des puéricultrices à domicile. La visite à domicile semble un outil-clé pour incarner l'universalisme proportionné revendiqué comme valeur centrale des nouvelles recommandations publiques.

2. Diversité des pratiques

Des missions et du vécu des puéricultrices, on relève une grande diversité des pratiques à domicile. Quand certaines puéricultrices voient toutes les mères en prénatal ou ont pour mission principale de rencontrer les primipares, d'autres font état d'un manque de temps majeur pour rencontrer les familles. De même, les accompagnements peuvent être déclenchés sur des missions de prévention, comme le soutien à l'allaitement ou dans le cadre de la protection devant des éléments d'inquiétude sur la qualité des soins fournis à l'enfant. Cette extrême diversité de l'activité des puéricultrices soulève plusieurs questions. D'abord le fait d'établir des critères d'intervention plus réalistes quant à la charge de travail des puéricultrices et d'autre part la question de la formation de celles-ci pour des missions aussi variables qu'exigeantes. Actuellement, la question du redécoupage du territoire sur la Haute-Garonne en fonction du ratio professionnel/familles est à l'étude au Conseil Départemental.

3. Vécu des professionnelles de leur travail à domicile

Il est intéressant de comparer le vécu des puéricultrices de PMI de Haute Garonne et celui des psychologues de la recherche CAPEDP sur leur travail à domicile (121).

Alors que les puéricultrices évoquent l'écoute, l'empathie, le respect et la bienveillance comme qualités principales, les psychologues de CAPEDP mettent l'accent sur l'importance d'une écoute non directive, dans le respect de la mère et sans jugement de valeur dans une posture d'accueil et d'attention.

De même, quand les puéricultrices parlent de soutenir les compétences parentales, les psychologues définissent l'empowerment ou le fait de partir de là où la patiente se situe, en appuyant ses compétences et en la rassurant dans ses capacités parentales et sociales, en lui rappelant qu'elle est la mieux placée pour savoir comment s'occuper de son bébé.

Pilier de l'intervention CAPEDP, la confiance qui se développe envers l'intervenante est le premier objectif des visites à domicile rapporté par les puéricultrices de PMI. Dans CAPEDP, cette relation de confiance est pensée comme l'occasion pour la mère de faire l'expérience d'une relation stable et cohérente, parfois très différente des expériences qu'elle a vécues. La professionnelle prend soin de la mère pour qu'elle puisse à son tour prendre soin du bébé, offrant un modèle d'interaction basé sur la continuité.

Toutes les professionnelles évoquent aussi le fait de savoir reconnaître les limites de ses compétences et d'évoquer à la mère d'autres professionnels pouvant lui répondre. Alors que nous n'avons pas d'éléments dans notre étude sur la manière de présenter cette autre intervention, les psychologues de CAPEDP dont le cadre était bien formalisé présentent l'orientation comme une proposition, étayée par une explication sur le rôle et l'utilité de tel métier et de telle structure ou par un accompagnement dans la prise de conscience des troubles et dans l'engagement dans une démarche de soins, voire par un accompagnement physique pour le premier rendez-vous.

Pour les psychologues, l'étayage sur l'institution est essentiel face à la sensation d'isolement provoquée par des journées d'intervention seule au domicile des familles. Cette référence

permet une continuité psychique pour les professionnelles mais aussi pour les familles. Cela passe par des temps réguliers de formation et de discussions entre collègues et des supervisions. Le groupe leur permet de penser ensemble les situations, de s'interroger sur les pratiques, d'apprécier les limites des missions, de discuter les orientations, de contenir les émotions et de partager les difficultés rencontrées.

Dans le programme NFP, les infirmiers rapportent également des difficultés similaires (26). Pour eux, les objectifs les plus difficiles à réaliser dans les visites sont d'amener les familles à honorer leurs rendez-vous, de maintenir une distance adéquate et de ne pas se laisser déborder émotionnellement. Les puéricultrices de notre étude évoquent quant à elles la difficulté d'emporter l'adhésion des familles, de garder une certaine distance et de trouver le bon positionnement. Trouver un équilibre entre les objectifs du programme et les besoins des familles est également une problématique récurrente pour les professionnels de NFP. Les puéricultrices de Haute Garonne évoquent moins ce dernier aspect, peut-être du fait de la plus grande souplesse du cadre de leurs interventions. Cependant, cette liberté semble engendrer un vécu de solitude dans la responsabilité et la prise de décision professionnelle qu'elles mettent davantage en avant.

Les professionnels de NFP décrivent aussi les facteurs qui rendent une visite plus difficile comme la barrière de la langue, les stress associés à la précarité, et à la maladie mentale maternelle. Les facteurs de stress qu'ils relèvent à domicile sont liés à la précarité du logement, au fait de se retrouver face à des familles ayant de tels problèmes que les aider paraît impossible, à des situations où l'on ne se sent pas en sécurité et des quartiers difficiles. Les puéricultrices de notre étude évoquent également les problématiques sociales, la barrière de la langue et la pathologie mentale parentale. Mais elles relèvent surtout l'agressivité et la méfiance des familles. Encore une fois, l'insécurité générée par le fait d'être seule à domicile est plus prégnant dans notre étude.

Ce que les professionnels de NFP identifient comme aidant pour s'adapter aux situations difficiles sont les échanges avec un superviseur ou des collègues de travail, le fait de pouvoir travailler en collaboration avec un travailleur du service social pour les familles précaires, et de garder en tête : « vous faites ce que vous pouvez et pour le reste lâchez prise ». Les puéricultrices évoquent également le travail en partenariat et la supervision.

Ainsi, le vécu commun des différents professionnels autour des visites à domicile nous montre l'intérêt que peut avoir la recherche scientifique dans la pratique de terrain. Faire des ponts entre les deux disciplines permet d'avoir une réflexion autour des pratiques cliniques et de pouvoir les améliorer.

4. Vécu des situations de psychiatrie

Notre enquête s'accorde avec la littérature sur les liens entre cette population « vulnérable » et les problématiques psychiatriques. Ces situations représentent un facteur de stress important pour les puéricultrices qui y sont confrontées. Celles-ci disent tirer profit dans leur

pratique des échanges avec les partenaires des équipes de psychiatrie mais regrettent que ceux-ci ne soient pas mieux formalisés. Lorsqu'elles listent les situations qui les amènent à proposer une orientation vers ces équipes, elles semblent en difficulté pour caractériser ce qu'elles nomment « les fragilités » des parents, semblant couvrir les troubles passagers d'adaptation dans le post-partum, les pathologies thymiques, les troubles de personnalité, les antécédents de traumatismes et de carences ainsi que les relations « difficiles » avec elles. L'intérêt d'une sensibilisation à la psychiatrie leur permettrait sans doute de mieux évaluer la nécessité de soins psychiques et les moyens à disposition sur le territoire. Alors que l'addiction est citée comme facteur de stress pour 4 professionnelles, nous notons qu'une seule d'entre elles l'évoque comme critère d'orientation vers les soins, posant ainsi la question de leur dépistage.

Là encore, leur travail avec les équipes de psychiatrie est très puéricultrice-dépendante ainsi que les limites de leurs missions. Alors que certaines parlent d'un travail régulier avec les équipes de psychiatre, d'autres n'orientent aucune famille vers ces soins. Ces disparités sont cependant à mettre en lien avec l'inégalité de répartition des lieux de soins sur le département. Quelques-unes estiment ne pas être dans leur fonction quand elles écoutent les difficultés des mères ou les accompagnent lors de premiers signes de dépression du post-partum alors que les puéricultrices formées sur ces problématiques ne relèvent pas ce type de difficultés. Leurs domaines de compétences semblent dépendre de leur parcours professionnel et des formations dont elles ont pu bénéficier. Ainsi, mieux formaliser leurs missions et les former en conséquence permettrait d'une part d'harmoniser les pratiques et d'autre part de réduire le sentiment d'insécurité et de solitude dont certaines font état.

D'autre part, on note un recours fréquent à la psychiatrie d'adulte alors même que les responsables de la PMI nous proposaient de ne pas l'évoquer dans notre enquête au vu de sa place anecdotique dans les pratiques. Les puéricultrices évoquent des liens difficiles avec ces équipes du fait notamment de leur méconnaissance de la PMI. Elles regrettent également qu'elles ne puissent pas faire de visites à domicile alors que celles-ci peuvent pourtant faire partie des actions des équipes de secteur.

Les liens les plus faciles semblent se faire avec les équipes de psychiatrie périnatales, quand elles sont présentes sur la maternité d'accouchement des femmes. La méfiance et la réticence des patients à l'égard de la psychiatrie est un autre frein à leur orientation. Il s'agit là d'une difficulté commune de nos disciplines, la PMI étant parfois jugée inquiétante du fait de ses fonctions de protection de l'enfance quand nous souhaitons adresser des familles. La question du travail de la relation de confiance dans un premier temps est alors essentielle, de même que la manière de présenter ces orientations. De fait, la psychiatrie et la PMI ont en commun de pouvoir en arriver dans certains cas extrêmes à prendre des décisions (signalements, hospitalisations) contraires à la volonté des familles. Il semble donc important que les professionnels de PMI soient formés à parler de cette réalité avec les familles, sans la minimiser mais sans rompre l'alliance.

5. Liens entre difficultés et les attentes de la supervision

Certaines des difficultés relatées par les puéricultrices pourraient être améliorées par la supervision. La réflexion pour améliorer les pratiques pourrait soutenir la création d'une relation de confiance avec les familles et aider à rester centré sur l'enfant malgré les distractibilités. L'évocation de situation en équipe pluridisciplinaire pourrait diminuer le stress généré par la prise de décision et la responsabilité qu'elles portent lorsqu'elles sont seules à évaluer une situation. De plus, avoir un espace de parole dédié semble pouvoir les apaiser et diminuer leur sentiment de solitude.

II. Réflexion sur les pratiques

1. Difficulté à présenter les missions de protection

Quand elles évoquent les objectifs principaux de leurs visites à domicile, les puéricultrices évoquent de façon majoritaire le fait d'« évaluer » et de « protéger ». A côté de leurs missions de prévention et d'information, la question de la protection de l'enfance est bien présente. Or, leur autre mission prioritaire et leur principale difficulté est la création d'un lien de confiance avec ces familles, qu'elles peuvent percevoir méfiantes et inquiétées par les visites. Comment présentent-elles alors leur travail à ces familles ? Elles se présentent comme une aide, un soutien, évoquent pour deux d'entre elles leur mission de « veiller » et pour une seule de « protéger ». Cette tâche difficile d'être suffisamment transparent pour pouvoir travailler en confiance avec les familles est là encore une problématique bien connue des équipes de psychiatrie. Un échange de savoirs et d'expériences sur cette difficulté à laquelle les professionnels font face quotidiennement pourrait donc s'avérer aidante.

2. Rôle des autres professionnels de PMI

Bien que travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, les puéricultrices renvoient beaucoup leur sentiment de solitude face aux prises en charge à domicile. Quel est alors le rôle du médecin de PMI auprès d'elles ? Si certaines y font référence dans les situations difficiles, aucune n'évoque la possibilité de visites ou de consultations conjointes. De même, face aux situations de vulnérabilité psychique, peu d'étayage semble attendu du psychologue de PMI. Si celui-ci peut parfois participer à la réflexion pour des situations complexes, lui orienter ces familles n'a pas été proposé dans notre enquête. De fait, sur le terrain, il semble que dans certaines MDS, le psychologue soit davantage occupé par ses missions au sein de l'ASE au détriment de la PMI. Il semble que l'organisation du travail des puéricultrices de PMI pourrait tirer davantage de bénéfices de la richesse de ces équipes pluridisciplinaires.

3. La PMI : entre prévention universelle et prévention ciblée

La PMI tient en partie sa force de ses missions universelles qui lui permettent de rencontrer une partie importante de la population des familles de jeunes enfants et ainsi de pouvoir effectuer une prévention primaire. Cependant, d'après les responsables et les professionnels,

les moyens actuels investis dans les visites à domicile impliquent de cibler des familles « nécessitant une attention particulière ».

La PMI de Paris par exemple, affiche clairement son choix de cibler ses actions : « Lutter contre les inégalités sociales de santé, en permettant aux femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale de bénéficier de soins adaptés à leurs besoins dans le cadre du dispositif de droit commun ». Permettre aux personnes qui n'ont pas de protection sociale de bénéficier des mêmes services que les personnes normalement protégées suppose, à l'intérieur du système de droit commun, de mettre en place des dispositifs adaptés.

La logique de l'universalisme proportionné encourage à renforcer les visites à domicile pour certaines familles qui peuvent en bénéficier le plus : par exemple, les familles les plus isolées dans le cadre du programme PANJO ou de la recherche-action PERL dans le Lunévillois. Elle implique ainsi de favoriser des actions de promotion de la santé universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles aux vulnérabilités : intervenir plus mais aussi différemment selon les problématiques des familles.

La prise en charge de situations de vulnérabilité suppose également de tenir compte des problématiques associées, et notamment de l'accompagnement social de ces familles, qui mettent souvent les puéricultrices en difficulté. Le fonctionnement des services d'aval est une condition indispensable pour maintenir la qualité des pratiques professionnelles et du service aux familles rencontrées.

Comment éviter la stigmatisation de cet outil qui réduirait son accès aux familles qui n'ont pas de demande ? Cela tient en partie à la façon de présenter cette prestation, comme le soulignent plusieurs études françaises. En effet, il s'agit d'adapter l'offre et les modes d'intervention en fonction des familles auxquelles on s'adresse. Ainsi, des psychothérapies spécifiques pour les familles à problèmes multiples ont été pensées en fonction de leurs caractéristiques et leurs difficultés (122), notamment leur isolement et leur faible utilisation des lieux de soins, permettant une approche plus ajustée et non stigmatisante. Pour d'autres, comme l'étude PANJO, ce sont les mères qui déclarent être isolées ou avoir besoin d'aide. Là encore, même en ciblant la population, la manière de le faire paraît plus acceptable pour la population concernée.

4. Les liens entre PMI et pédopsychiatrie

Les études montrent que le dépistage des maladies mentales est souvent tardif en France. Ce retard est d'autant plus préjudiciable qu'il annonce des difficultés supplémentaires dans le traitement. Ainsi, l'amélioration du diagnostic précoce et de la prévention suppose de mieux former les professionnels qui se trouvent directement au contact des enfants, et notamment les professionnels de PMI (123).

Or, la prévention fait partie des missions et des obligations du secteur de pédopsychiatrie, comme le rappelle la circulaire de 1992. Elle indiquait déjà que les relations nouées entre les

équipes de soins psychiques et les professionnels de première ligne de la périnatalité devaient être mises au service des familles. Les secteurs de pédopsychiatrie devaient renforcer le travail de partenariat et faciliter la précocité de l'intervention spécialisée par la connaissance mutuelle des professionnels, par le développement du travail à domicile et de la liaison à l'hôpital général et par la formation à la séméiologie de l'interaction de l'ensemble des bébés. Bien que des formations de santé mentale soient proposées sur le département, les visites à domicile sont peu développées et le travail en partenariat a encore une évolution possible. On citera pour exemple, les services de pédopsychiatrie des Professeurs Visier à Montpellier et Guédeney à Paris VII, qui ont développé des supervisions pour les puéricultrices de PMI de leur secteur.

III. Limites et biais de l'étude

Nous pouvons relever plusieurs biais possibles à cette étude. Tout d'abord, l'absence de réponse de certains territoires du département nous ont fait nous interroger sur les freins possibles à la participation. Le manque de temps et les nombreuses sollicitations ont été mise en avant mais nous pouvons également faire l'hypothèse de l'appréhension d'un regard de la hiérarchie des puéricultrices sur leur travail ou de celui d'un œil extérieur.

De plus, les réponses et commentaires des puéricultrices, très axés sur les problèmes posés par la population psychiatrique, ont pu être influencés par mon exercice d'interne en psychiatrie. D'autres problématiques, revenant fréquemment dans leur discours, comme la place prépondérante de la protection de l'enfance au détriment de leur mission de prévention, ont été peu abordées.

Le mode de passation de ce questionnaire, lors de réunions techniques de puéricultrices, présente également des biais possibles. En effet, les professionnelles, regroupées par affinité, ont pu échanger au cours de leur rédaction, influençant possiblement leurs réponses. D'autre part, la présence à ces réunions ainsi que l'envoi ultérieur des questionnaires étant soumis à leur libre participation, le profil des puéricultrices et leur vécu professionnel peut être significativement différent de l'ensemble de la profession.

Le questionnaire étant assez détaillé, une passation d'environ 20min était souhaitable, temps laissé aux puéricultrices sur les réunions. Pour celles ayant pris sur leur temps de travail pour répondre, les dernières questions, concernant leurs difficultés et les liens avec la psychiatrie ont été remplies avec moins de rigueur.

Les chiffres demandés, notamment sur le nombre de liens avec les équipes de psychiatrie, ne faisant pas partie de leurs données d'activité annuelle, sont soumis à la subjectivité de chacune et sont un ordre d'idée approximatif.

D'autre part, nous n'avons pas relevé de données démographiques des participantes. Il aurait pu être intéressant de corréliser les résultats et le vécu à l'âge d'ancienneté et l'expérience de terrain des professionnelles.

IV. Perspectives

L'objectif de cette enquête était de faire un état des lieux de l'activité de visite à domicile pour donner des pistes de réflexion et orienter les pratiques.

1. L'évaluation des pratiques et les échelles dans la littérature scientifique

La revue de littérature sur les moyens d'évaluation des visites à domicile permet de tirer quelques idées applicables à la PMI. Tout d'abord, les formulaires ou notes de visites formalisées permettraient d'avoir des données exploitables pour l'amélioration des services. Un support existe déjà sous forme de « fiche technique » pour la visite post-natale et pourrait être amélioré pour renseigner davantage les domaines à aborder durant les visites.

L'auto-évaluation des visites par les puéricultrices elles-mêmes peut également être un outil utile. Le formulaire SLACP par exemple, développé par l'équipe de Roggman, permet en cinq items de balayer rapidement les points clés d'une visite pour préparer les améliorations à apporter pour la visite suivante. Il s'agit d'un outil intéressant car il permet aux professionnels de réfléchir sur leur pratique mais il peut être aussi utilisé avec les familles comme support pour parler de leurs attentes et en supervision pour discuter des pratiques (95).

2. Intérêts de la formation en psychiatrie

Il faut greffer l'offre de soutien aux parents sur les lieux qu'ils fréquentent déjà : c'est l'une des stratégies les plus efficaces pour obtenir une participation effective des parents, notamment les plus vulnérables.

Françoise Molénat désigne par *réseau* « la manière dont les différents professionnels se succédant aux différentes étapes de la grossesse de la naissance et de la petite enfance sont reliés les uns aux autres » (124). Ces réseaux se soucient de la continuité de l'environnement proposé aux parents et à l'enfant et se définissent plus par des modalités des fonctionnements souples et un état d'esprit partagé entre les acteurs que par une organisation (125). Cette dynamique entre les différents acteurs est à retravailler sans cesse à travers des formations, mais aussi des relectures de situations. Ce repérage entre les différents partenaires est d'autant plus primordial lorsqu'il s'agit d'aider les familles les plus fragiles qui ont besoin de repères stables et dont l'adhésion souffre rapidement des incohérences et discontinuités. Si la sécurité de l'enfant passe par celle des parents, la sécurité des parents passe par celle des professionnels. La formation individuelle et collective est l'un des piliers de la sécurité professionnelle. Molénat, dans son rapport de 2004 décrit différents types d'interventions. D'abord, les formations mono-disciplinaires ont pour objectif d'accroître la sécurité et la compétence d'une catégorie professionnelle mais ne permettent pas de travailler sur les problèmes institutionnels. Les formations interdisciplinaires centrées sur la clinique permettent quant à elles de visualiser les divers rôles professionnels, leur spécificité, leurs articulations, dans une cohérence et une continuité transversale et longitudinale. Il s'agit de

délimiter des espaces de chevauchement d'une place à une autre, qui permettent une communication interprofessionnelle mais aussi une clarification et une lisibilité de la différence entre les rôles mutuels. D'autre part, la dimension interactive est nécessaire, permettant aux intervenants de penser à partir de leur propre place.

Devant le nombre important de situations en lien avec la psychiatrie d'adulte, les impliquer dans la formation permettrait de faire du lien entre ces différentes institutions. Un travail d'information sur la PMI pour les professionnels de psychiatrie adulte semblerait également bénéfique.

Ces formations devraient aussi reprendre le réseau de soins de Haute Garonne, car un nombre important de puéricultrices estiment ne pas l'avoir assez bien repéré. Revaloriser les visites à domicile passe par l'amélioration de leur qualité, notamment par la formation continue des équipes de puéricultrices, afin de développer une compétence plus spécialisée sur la visite à domicile.

3. Intérêt d'autres formations complémentaires

Outre la question d'une formation spécifique aux problématiques de santé mentale, d'autres apports paraissent intéressants dans le travail des puéricultrices de PMI.

L'équipe de Houzel à Caen a tenté d'accompagner 200 familles par la méthode d'observation d'Esther Bick, dont les applications se sont considérablement élargies dans le champ de la prévention et du soin (126). D'après Esther Bick, l'observateur se rend au domicile, une heure par semaine, pendant les deux premières années de la vie de l'enfant, pour voir le bébé se développer dans sa famille. Il doit faire table rase de ses connaissances, et éviter d'interférer dans la situation observée. Il ne prend aucune note pendant la séance mais rédige ensuite un compte rendu détaillé qui sera présenté dans un séminaire de supervision animé par un analyste formé à la méthode. A Caen, l'indication thérapeutique a été posée pour des enfants de 0 à 3 ans avec un trouble du développement au début de leur suivi. L'outil thérapeutique, dans ce cadre, est essentiellement la réceptivité du thérapeute qui s'appuie sur son attention consciente et inconsciente, sur son écoute et son empathie. Ils ont noté de rares ruptures thérapeutiques (moins de 10 % des prises en charge). Cliniquement, cet outil thérapeutique a eu l'avantage important de répondre rapidement à la demande des parents. Cette approche a davantage permis un traitement de la relation parents-enfant qu'un traitement psychothérapeutique de l'enfant lui-même. La présence attentive et empathique du thérapeute permettait d'alléger les relations parents-enfant du poids des projections parentales qui les hypothèquent plus ou moins gravement et ainsi de corriger des trajectoires développementales impactées par des troubles de la relation (127).

Dans l'étude CAPEDP, les psychologues à domicile ont utilisé l'outil vidéo pour filmer de courtes séquences de vie quotidienne et les visionner ensuite avec les parents. Le travail avec l'outil vidéo en périnatalité permet d'améliorer la sensibilité parentale aux signaux de l'enfant ainsi que ces capacités d'observation et d'empathie envers celui-ci. L'observation de l'enfant,

des interactions mère-bébé, des soins prodigués lors des temps de bain, repas, jeu ou de situation nécessitant de poser des limites a favorisé un travail sur les signaux du bébé et sur les compétences maternelles, dans l'attention conjointe et la valorisation (89). Ces séquences ont permis de discuter du développement de l'enfant, de ses compétences interactives, de ses comportements d'attachement ainsi que du vécu du parent autour de cette vidéo au niveau représentationnel et émotionnel (128). Des interventions brèves avec l'outil vidéo sont actuellement développées : les VIPP (Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting). Elles sont centrées sur les interactions attachement-orientées et sont encore peu développées en France. Elles s'effectuent à domicile, en 4 à 8 séances pour des enfants entre 5 mois et 5 ans et pourraient trouver leur place dans les outils des professionnels de PMI (129).

Le pivot de l'intervention PANJO est la visite à domicile utilisant l'attachement comme modèle de compréhension des relations précoces. Un programme de cinq jours de formation a été développé pour sensibiliser tous les professionnels de PMI à la théorie de l'attachement et renforcer la pratique des visites à domicile pour les puéricultrices. John Bowlby définit l'attachement comme un lien affectif durable d'un enfant envers un adulte qui en prend soin, et qui se manifeste notamment par divers comportements permettant à l'enfant, surtout dans les moments de détresse, d'interagir avec cet adulte (30). Cette formation a permis aux puéricultrices de se familiariser avec ce concept, de mesurer le rôle de la qualité des soins dans le développement de la sécurité de l'attachement et ainsi de pouvoir soutenir les parents de manière sensible. La première phase de l'étude qui évaluait l'acceptabilité des outils et du cadre d'intervention tire des conclusions positives. Les professionnels se trouvent assurés dans leur cadre de travail et dans leur assise professionnelle, avec une demande importante de participation à ses formations (130).

Ainsi de nombreuses pistes de formation peuvent être réfléchies pour asseoir les professionnels dans l'exercice exigeant que représente les visites à domicile.

4. La supervision

Les professionnels aussi peuvent se sentir isolés. La situation du domicile peut être stressante pour les praticiens qui travaillent seuls pendant des jours, enchainant des situations familiales individuelles, dans des circonstances qui peuvent être stressantes ou chaotiques. Il peut être difficile pour les visiteurs de travailler loin d'un endroit fixe parce que les occasions de supervisions et de soutien sont peu fréquentes.

D'après la dernière enquête nationale, il conviendrait de renforcer le partage d'expériences et de connaissances pour diffuser certaines expérimentations et consolider une analyse des pratiques professionnelles infirmières (120).

Dans un article tiré de l'étude CAPEDP (131), les psychologues intervenant à domicile ainsi que leurs superviseurs ont été interrogés sur leurs attentes de la supervision. Les points les plus fréquemment cités concernent le positionnement du superviseur. Celui-ci doit être empathique, bienveillant, à l'écoute, et créer une base de sécurité pour l'intervenante, une relation sécurisée. Comme dans notre étude, elles estiment que le superviseur doit être un psychologue ou psychiatre ayant une expérience théorique et de terrain dans la prise en charge d'enfants et de familles, notamment celles en situation de précarité. Les psychologues de CAPEDP estiment que celui-ci doit les aider à s'approprier leur rôle et à ne pas s'en éloigner. Elles attendent également une guidance professionnelle pratique. Elles insistent sur la nécessité de confidentialité et d'absence de relation hiérarchique entre elles et leur superviseur.

De la même manière, les puéricultrices de Haute-Garonne attendent de la supervision une prise de recul et une réflexion sur leurs pratiques ainsi que l'analyse des situations rencontrées. A la différence des intervenantes de CAPEDP, psychologues de formation, elles estiment que cette réflexion avec un professionnel de santé mentale pourrait également leur permettre d'avoir un espace neutre de parole, de mieux connaître leurs réactions et leurs limites face aux situations et d'enrichir leurs connaissances auprès de professionnels spécialisés.

5. Les visites à domicile comme premier abord pour orienter vers les soins

Un désavantage des visites à domicile est de ne pas amener les familles vers l'extérieur. Celles-ci peuvent rester isolées et n'interagissent pas avec d'autres parents et enfants sur les sites des consultations. Ainsi, les visites permettent d'accéder aux familles qui ne viennent pas jusqu'aux soins mais l'un des axes de travail est de les y conduire. Cela pose la question des longs accompagnements à domicile et de la réflexion à mener pour travailler cet étayage vers l'extérieur.

Rochette a fait l'hypothèse qu'un dispositif interinstitutionnel qui permet d'articuler la prévention primaire avec les soins en pédopsychiatrie engendrerait une diminution significative des signes de souffrances chez les dyades qui sont passées par le dispositif articulé PMI/Psychiatrie périnatale (132). Globalement on constate que la diminution des signes de souffrance est tout à fait proportionnelle à l'engagement des dyades dans les dispositifs. Les dyades ne présentant pas de signes de souffrance inquiétants ne participent pas à un dispositif thérapeutique, au-delà de la PMI, ce qui montre que l'orientation – faite par les soignants de PMI – vers des dispositifs thérapeutiques est pertinente et que les dispositifs thérapeutiques sont utilisés à bon escient. L'articulation entre prévention et soin au sein d'un dispositif en réseau apparaît particulièrement efficace pour prévenir et traiter les dysfonctionnements dyadiques, que ce soit en termes de thymie maternelle, de manifestation pathologique du bébé (comportement de retrait) ou de qualité de l'interaction. Ce travail permet de plus de réduire les résistances des familles vers les soins psychiatriques.

6. Recherche scientifique

Le rapport Terra Nova insiste sur l'orientation des politiques publiques vers les enfants et les parents qui en ont le plus besoin (62). La méthode préconisée est celle du dialogue entre praticiens de terrain et chercheurs pour promouvoir les pratiques les plus efficaces validées par les évaluations scientifiques, et pour apporter une inspiration internationale et innovante à nos services publics de la petite enfance.

Il apparaît nécessaire de produire des données scientifiques sur ces interventions pour favoriser leur reconnaissance.

CONCLUSION

La visite à domicile (VAD) dans le domaine de la petite enfance est un outil universellement reconnu pour la prévention et le soutien à la parentalité. De nombreux travaux de recherche internationaux étudient le contenu de ces visites pour assurer leur efficacité et leur reproductibilité. En France, les visites à domicile dans la période périnatale sont assurées par les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et sont très peu étudiées au niveau scientifique.

Notre étude visait à caractériser l'activité de visite à domicile des puéricultrices de PMI en Haute-Garonne. Nous avons tenté de faire ressortir les éléments clés de contenu et de vécu des professionnels de terrain à l'aide d'un auto-questionnaire. Les résultats ont mis en valeur l'impossibilité de réaliser une prévention universelle à domicile et donc la stratégie retenue a été de cibler des facteurs de vulnérabilité. Les professionnelles évoquent le stress que peut représenter le fait d'être seule à domicile et leur besoin de pouvoir travailler en lien avec les services sociaux et les équipes de psychiatrie. Les pratiques apparaissent diverses, avec un cadre parfois imprécis, renforçant leur sentiment d'insécurité. La mise en place de supervisions ainsi que de formations spécifiques sur les problématiques de santé mentale apparaissent comme des outils intéressants pour améliorer les pratiques.

Bien que les modèles de programmes américains ne soient pas reproductibles en France du fait des différences culturelles et politiques entre les deux pays, certains aspects des pratiques américaines semblent intéressants. Tout d'abord, le cadre formalisé de leurs interventions apporte une sécurité aux professionnels et une harmonisation des pratiques. De plus, leur modèle allie la prévention et les soins, notamment par la présence de professionnels de santé mentale auprès des intervenants à domicile. En France, ces missions sont effectuées par différentes institutions, à l'origine d'un cloisonnement important. Les ressources du service public dans le domaine de l'enfance, bien que nombreuses dans notre pays, peinent à travailler en lien.

La psychiatrie périnatale tente actuellement d'axer ses missions sur la prévention. La PMI, service gratuit et bien ancré sur le territoire, a largement accès aux familles. C'est donc dans ce contexte connu par les parents et non stigmatisant que doit pouvoir s'élaborer une politique de promotion en santé mentale. Cependant les professionnels de PMI, souvent confrontés à des problématiques psychiatriques lourdes peuvent être démunis pour aider ces bébés et leurs parents. Il s'agit donc de leur fournir le soutien et les outils nécessaires à un travail de qualité.

Il apparaît primordial de revaloriser le travail de la PMI et de réfléchir ensemble pour améliorer la qualité de ces services. Cela passe aux dires des professionnels de terrain par la formation et la supervision. La recherche semble également un outil intéressant pour enrichir de façon réciproque la littérature scientifique et l'expérience clinique des praticiens. Le défi actuel est de décroisonner les services et de réussir à travailler ensemble, dans une continuité rassurante pour les familles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fraiberg S (1999) Fantômes dans la chambre d'enfant ; PUF, editor. Paris.
2. Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. *American Psychologist*, 32, 513-531.
3. Flajolet, A. (2001). Rapport Flajolet, Annexe 1, la prévention: définitions et comparaisons. *Ministère des Affaires Sociales et de la Santé*.
4. Organisation Mondiale de la Santé. (2004). Prevention of Mental Disorders, effective interventions and policy options. Geneva.
5. Ministère chargé de la santé. (2012b). Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.
6. Brooks, J. B. (1981). The process of parenting.
7. Dumaret, A. C. (2003). Soins précoces et guidance parentale: le point de vue des familles. *Dialogue*, (4), 9-24.
8. Moran, P., Vuchinich, S., & Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28, 565-574.
9. Colloque INPES (2014). Accompagner les parents et les enfants dès la naissance : de la recherche aux pratiques de prévention.
10. Olds, D. (2016). Building evidence to improve maternal and child health. *The Lancet*, 387(10014), 105-107.
11. Delawarde, C. (2015). *Les pratiques parentales comme outil de prévention: l'adaptation française de programmes de parentalité américains scientifiquement fondés* (Doctoral dissertation, Sorbonne Paris Cité).
12. Supplee, L. H., & Meyer, A. L. (2015). The intersection between prevention science and evidence-based policy: How the SPR evidence standards support human services prevention programs. *Prevention Science*, 16(7), 938-942.
13. Sama-Miller, E., Akers, L., Mraz-Espósito, A., Zukiewicz, M., Avellar, S., Del Grosso, P. & Paulsell, D. (2017). *Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary*. Mathematica Policy Research.
14. Duggan, A., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., McFarlane, E., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. *Child abuse & neglect*, 28(6), 623-643.
15. Cunha, F., & Heckman, J. J. (2010). *Investing in our young people* (No. w16201). National Bureau of Economic Research.
16. Doyle, O., Harmon, C., Heckman, J. J., Logue, C., & Moon, S. (2013). *Measuring investment in human capital formation: An experimental analysis of early life outcomes* (No. w19316). National Bureau of Economic Research.
17. Heckman, J. J. (2012). Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy. *The Heckman Equation*, 7.
18. Jourdain-Menninger, D., Roussille, B., Vienne, P., & Lannelongue, C. (2006). Etude sur la protection maternelle et infantile en France. *Rapport de synthèse. Igas*.
19. Von Lennep, F. (2015). Les services de PMI : plus de 5 000 sites de consultations en 2012. Rapport DREES
20. Suesser, P., BAUBY, C., & COLOMBO, M. C. (2017). *La prévention toujours en re-création: à l'école de la PMI*. Eres.
21. Delawarde, C., Briffault, X., & Saïas, T. (2014). L'enfant, sa famille et la santé publique: une fable périlleuse?. *Devenir*, 26(1), 45-58.
22. Briffault, X. (2009). Conflits anthropologiques et stratégies de lutte autour de l'évaluation des psychothérapies. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (2), 105-118.
23. INSERM. (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: INSERM.
24. Ben Soussan, P., & Bellas-Cabane, C. (2006). Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans.
25. Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.
26. Zeanah, P. D., Larrieu, J. A., Boris, N. W., & Nagle, G. A. (2006). Nurse home visiting: Perspectives from nurses. *Infant mental health Journal*, 27(1), 41-54.
27. Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.

28. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
29. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency, *American Journal of Psychology*, 37, 122–147.
30. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
31. Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
32. Catherine, N. L., Gonzalez, A., Boyle, M., Sheehan, D., Jack, S. M., Hougham, K. A., ... & Waddell, C. (2016). Improving children's health and development in British Columbia through nurse home visiting: a randomized controlled trial protocol. *BMC health services research*, 16(1), 349.
33. Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., Henderson, C. R., Cole, R., Kitzman, H., ... & Olds, D. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(1), 9-15.
34. Karoly, L. A., Kilburn, M. R., & Cannon, J. (2005). Proven benefits of early childhood interventions. rand.org
35. Lee, S., Aos, S., & Miller, M. G. (2008). *Evidence-based programs to prevent children from entering and remaining in the child welfare system: Benefits and costs for Washington*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
36. Olds, D. L., Henderson Jr, C. R., Phelps, C., Kitzman, H., & Hanks, C. (1993). Effect of prenatal and infancy nurse home visitation on government spending. *Medical care*, 31(2), 155-174.
37. Boris, N. W., Larrieu, J. A., Zeanah, P. D., Nagle, G. A., 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(1), 26-40.
38. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., ... & 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(8), 637-643.
39. Waddell, C., Shepherd, C. A., Schwartz, C., & Barican, J. (2014). Child and youth mental disorders: Prevalence and evidence-based interventions. *Vancouver: Children's Health Policy Centre*.
40. Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C., van Leerdam, F. J., Heymans, M. W., Crijnen, A., & Hirasing, R. A. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PLoS one*, 10(4), e0120182.
41. Sandner, M. (2013). *Effects of early childhood intervention on child development and early skill formation: Evidence from a randomized controlled trial* (No. 518). Discussion Paper, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Leibniz Universität Hannover.
42. Robling, M., Bekkers, M. J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., ... & Kenkre, J. (2016). Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 387(10014), 146-155.
43. Olds, D., Donelan-McCall, N., O'Brien, R., MacMillan, H., Jack, S., Jenkins, T., ... & Pinto, F. (2013). Improving the nurse–family partnership in community practice. *Pediatrics*, 132(Supplement 2), S110-S117.
44. Olds, D. L., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(3-4), 355-391.
45. Schodt, S., Parr, J., Araujo, M. C., & Rubio-Codina, M. (2015). *Measuring the Quality of Home-Visiting Services: A Review of the Literature*. Inter-American Development Bank.
46. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Raikes, H., Constantine, J., Boller, K., ... & Fuligni, A. S. (2005). The effectiveness of early head start for 3-year-old children and their parents: lessons for policy and programs. *Developmental psychology*, 41(6), 885.
47. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C. M., Schochet, P. Z., Brooks-Gunn, J., Paulsell, D., ... & Brady-Smith, C. (2002). *Making a Difference in the Lives of Infants and Toddlers and Their Families: The Impacts of Early Head Start. Volumes I-III: Final Technical Report [and] Appendixes [and] Local Contributions to Understanding the Programs and Their Impacts*.
48. Raikes, H., Green, B. L., Atwater, J., Kisker, E., Constantine, J., & Chazan-Cohen, R. (2006). Involvement in Early Head Start home visiting services: Demographic predictors and relations to child and parent outcomes. *Early Childhood Research Quarterly*, 21(1), 2-24.

49. Minkovitz, C. S., Hughart, N., Strobino, D., Scharfstein, D., Grason, H., Hou, W., ... & Guyer, B. (2003). A practice-based intervention to enhance quality of care in the first 3 years of life: the Healthy Steps for Young Children Program. *JAMA*, 290(23), 3081-3091.
50. Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 28(6), 597-622.
51. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child abuse & neglect*, 31(8), 829-852.
52. Dozier, M., Lindhiem, O., & Ackerman, J. P. (2005). Attachment and Biobehavioral Catch-Up: An Intervention Targeting Empirically Identified Needs of Foster Infants.
53. Bernard, K., Hostinar, C. E., & Dozier, M. (2015). Intervention effects on diurnal cortisol rhythms of Child Protective Services-referred infants in early childhood: Preschool follow-up results of a randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 169(2), 112-119.
54. Shonkoff, J. P., Richter, L., van der Gaag, J., & Bhutta, Z. A. (2012). An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics*, 129(2), e460-e472.
55. Doyle, O., Harmon, C., Heckman, J. J., Logue, C., & Moon, S. (2013). *Measuring investment in human capital formation: An experimental analysis of early life outcomes* (No. w19316). National Bureau of Economic Research.
56. Walker, S. P., Chang, S. M., Powell, C. A., & Grantham-McGregor, S. M. (2005). Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study. *The lancet*, 366(9499), 1804-1807.
57. Yousafzai, A. K., Rasheed, M. A., Rizvi, A., Armstrong, R., & Bhutta, Z. A. (2014). Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health Worker programme in Pakistan on child development, growth, and health outcomes: a cluster-randomised factorial effectiveness trial. *The Lancet*, 384(9950), 1282-1293.
58. Fergusson, D. M., Grant, H., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2006). Randomized trial of the Early Start program of home visitation: parent and family outcomes. *Pediatrics*, 117(3), 781-786.
59. Dugravier, R. (2014). *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* (Doctoral dissertation, Université Pierre et Marie Curie-Paris VI).
60. Dugravier, R., & Saïas, T. (2015). Les enseignements du projet Panjo. *Cahiers de la puéricultrice*, (291), 19-23.
61. Kahn, J., & Moore, K. A. (2010). *What works for home visiting programs: Lessons from experimental evaluations of programs and interventions*. Child Trends.
62. De Bodman, F. Investissons dans la petite enfance L'égalité des chances se joue avant la maternelle. Terra Nova.
63. Arcella-Giroux, P. (2009). La santé mentale: l'affaire de tous. L'expérience développée par l'atelier santé ville d'Aubervilliers. *Les handicaps psychiques. Concepts, approches, pratiques*. Rennes: Presses de l'EHESP, 183-194.
64. Arcella-Giroux, P., & Berthon, C. (2015). Les ARS et le développement des CLSM. *L'information psychiatrique*, 91(7), 586-590.
65. Fidry, E., Claudon, P., Saint-Gilles, S. S., & Sibertin-Blanc, D. (2014). Prendre soin du bébé et de sa famille: une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(3), 154-162.
66. Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child development*, 75(5), 1435-1456.
67. Guterman, N. B. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child abuse & neglect*, 23(9), 863-890.
68. Roberts, I., Kramer, M. S., & Suissa, S. (1996). Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *Bmj*, 312(7022), 29-33.
69. Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents* (Vol. 7). Invest in Kids working paper.
70. Pontoppidan, M., Klest, S. K., Patras, J., & Rayce, S. B. (2016). Effects of universally offered parenting interventions for parents with infants: a systematic review. *BMJ open*, 6(9), e011706.

71. Dodge, K. A., Goodman, W. B., Murphy, R. A., O'Donnell, K., Sato, J., & Guptill, S. (2014). Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *American Journal of Public Health, 104*(S1), S136-S143.
72. Armstrong, K. L., Fraser, J. A., Dadds, M. R., & Morris, J. (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of paediatrics and child health, 35*(3), 237-244.
73. Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., ... & Brummell, K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of disease in childhood, 82*(6), 443-451.
74. Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (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*(3), 277-291.
75. Euser, S., Alink, L. R., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2015). A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC public health, 15*(1), 1068.
76. O'hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry, 8*(1), 37-54.
77. Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child development, 67*(5), 2512-2526.
78. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Chen, L., Holleb, L. J., Stevens, J., ... & Van Ginkel, J. B. (2009). Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. *Child abuse & neglect, 33*(3), 127-138.
79. Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental psychology, 39*(6), 1083.
80. LeCroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitation: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglect, 29*(9), 1003-1013.
81. Holden, J. (1996). The role of health visitors in postnatal depression. *International Review of Psychiatry, 8*(1), 79-86.
82. Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S. S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child abuse & neglect, 31*(8), 801-827.
83. Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., ... & Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal, 28*(2), 151-170.
84. Navaie-Waliser, M., Martin, S. L., Tessaro, I., Campbell, M. K., & Cross, A. W. (2000). Social Support and Psychological Functioning Among High-Risk Mothers: The Impact of the Baby Love Maternal Outreach Worker Program. *Public Health Nursing, 17*(4), 280-291.
85. Stevens, J., Ammerman, R. T., Putnam, F. G., & Van Ginkel, J. B. (2002). Depression and trauma history in first-time mothers receiving home visitation. *Journal of Community Psychology, 30*(5), 551-564.
86. Easterbrooks, M. A., Bartlett, J. D., Raskin, M., Goldberg, J., Contreras, M. M., Kotake, C., ... & Jacobs, F. H. (2013). Limiting home visiting effects: maternal depression as a moderator of child maltreatment. *Pediatrics, 132*(Supplement 2), S126-S133.
87. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama, 289*(23), 3095-3105.
88. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Stevens, J., Holleb, L. J., Novak, A. L., & Van Ginkel, J. B. (2005). In-Home Cognitive-Behavior Therapy for Depression. *Best Practices in Mental Health, 1*(1), 1-14.
89. Hok, V., Hoisnard, G., Simon-Vernier, E., Hauchecorne, A., Thomas, A., Ménard, C., ... & Saias, T. (2011). Des psychologues à domicile: pratiques, modèles et enjeux d'une intervention préventive. *Pratiques psychologiques, 17*(2), 119-135.
90. Goodson, B. D., Mackrain, M., Perry, D. F., O'Brien, K., & Gwaltney, M. K. (2013). Enhancing home visiting with mental health consultation. *Pediatrics, 132*(Supplement 2), S180-S190.
91. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Kopke, J. E., Gannon, T. A., Short, J. A., Van Ginkel, J. B., ... & Spector, A. R. (2007). Development and implementation of a quality assurance infrastructure in a multisite home visitation program in Ohio and Kentucky. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 34*(1-2), 89-107.

92. Bernstein, V. J., Hans, S. L., & Percansky, C. (1991). Advocating for the young child in need through strengthening the parent-child relationship. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20(1), 28-41.
93. Fenichel, E. (1992). *Learning through Supervision and Mentorship To Support the Development of Infants, Toddlers and Their Families: A Source Book*. Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs, 2000 14th Street North, Suite 380, Arlington, VA 22201-2500.
94. Bernstein, V. J., Campbell, S., & Akers, A. (2001). Caring for the caregivers. *Handbook of psychological services for children and adolescents*, 107-131.
95. Roggman, L. A., Boyce, L., & Innocenti, M. S. (2008). Developmental Parenting: A Guide for Early Childhood Practitioners
96. Filene, J. H., Kaminski, J. W., Valle, L. A., & Cachat, P. (2013). Components associated with home visiting program outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*, 132(Supplement 2), S100-S109.
97. Paulsell, D., Avellar, S., Martin, E. S., & Del Grosso, P. (2010). *Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary*. Mathematica Policy Research.
98. Korfmacher, J., Laszewski, A., Sparr, M., & Hammel, J. (2012). Assessing home visiting program quality: Final report to the Pew Center on the States. *The Pew Charitable Trusts, Philadelphia*.
99. Small, S. A., Cooney, S. M., & O'connor, C. (2009). Evidence-informed program improvement: using principles of effectiveness to enhance the quality and impact of family-based prevention programs. *Family Relations*, 58(1), 1-13.
100. Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6-7), 449.
101. Daro, D. (2009). Home visitation: The cornerstone of effective early intervention. Written testimony, U.S. House of Representatives Ways and Means Committee, Subcommittee on Income Security and Family Support.
102. Weiss, H., Klein, L., & Advising, H. (2006). Changing the conversation about home visiting: Scaling up with quality. *Cambridge, MA: Harvard Family Research Project*.
103. O'Brien, R. A., Moritz, P., Luckey, D. W., McClatchey, M. W., Ingoldsby, E. M., & Olds, D. L. (2012). Mixed methods analysis of participant attrition in the nurse-family partnership. *Prevention Science*, 13(3), 219-228.
104. Ingoldsby, E. M., Baca, P., McClatchey, M. W., Luckey, D. W., Ramsey, M. O., Loch, J. M., ... & McHale, M. (2013). Quasi-experimental pilot study of intervention to increase participant retention and completed home visits in the nurse-family partnership. *Prevention Science*, 14(6), 525-534.
105. Powell, C., & Grantham-McGregor, S. (1989). Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics*, 84(1), 157-164.
106. Barnes, J., MacPherson, K., & Senior, R. (2006). Factors influencing the acceptance of volunteer home-visiting support offered to families with new babies. *Child & Family Social Work*, 11(2), 107-117.
107. Roggman, L. A., Cook, G. A., Peterson, C. A., & Raikes, H. H. (2008). Who drops out of early head start home visiting programs?. *Early Education and Development*, 19(4), 574-599.
108. Wallander, J. L., Bann, C. M., Biasini, F. J., Goudar, S. S., Pasha, O., Chomba, E., ... & Carlo, W. A. (2014). Development of children at risk for adverse outcomes participating in early intervention in developing countries: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(11), 1251-1259.
109. Hiatt, S. W., Sampson, D., & Baird, D. (1997). Paraprofessional home visitation: conceptual and pragmatic considerations. *Journal of Community Psychology*, 25(1), 77-93.
110. Kitzman, H. J., Cole, R., Yoos, H. L., & Olds, D. (1997). Challenges experienced by home visitors: A qualitative study of program implementation. *Journal of Community Psychology*, 25(1), 95-109.
111. Roggman, L. A., Cook, G. A., Jump Norman, V. K., Christiansen, K., Boyce, L., & Innocenti, M. S. (2008). Home Visit Rating Scales (HOVRS).
112. Roggman, L. A., Cook, G. A., Innocenti, M. S., Jump, V. K., Christiansen, K., & Boyce, L. K. (2012). Home Visit Rating Scales--Adapted & Extended: HOVRS--A.
113. Boller, K., Vogel, C., Cohen, R., Aikens, N., & Hallgren, K. (2009). Home Visit Characteristics and Content Form. *Princeton, NJ: Mathematica Policy Research*.
114. McBride, S. L., & Peterson, C. A. (1993). Home visit observation form. *Unpublished manuscript, Iowa State University*.
115. Wasik, B.H., & Sparling, J.J. (1995). Home visit assessment instrument. Chapel Hill, NC: School of Education, University of North Carolina, Chapel Hill.

116. Dishion, T. J., Knutson, N., Brauer, L., Gill, A., & Risso, J. (2010). Family Check-Up: COACH ratings manual. *Unpublished coding manual. Available from the Child and Family Center, 6217.*
117. Hallgren, K., Boller, K., & Paulsell, D. (2010). *Better Beginnings Partnering with Families for Early Learning Home Visit Observations*. Mathematica Policy Research.
118. Saïas, T., Lerner, E., Greacen, T., Simon-Vernier, E., Emer, A., Pintaux, E., ... & Tubach, F. (2012). Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PloS one*, 7(5), e36915.
119. Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd.* Armand Colin.
120. Saïas, T. Les pratiques à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale en 2016. Pré-publication.
121. Saïas, T., Delawarde, C., Pintaux, É., Favriel, S., Ménier, C., Matos, I., ... & Greacen, T. (2013). Les interventions préventives en santé mentale du jeune enfant vues par leurs bénéficiaires: l'exemple du projet CAPEDP. *Pratiques psychologiques*, 19(4), 203-220.
122. Stoleru, S., Morales-Huet, M. (1990). Psychothérapie mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. *Devenir*, 20 (3).
123. Cese. Conseil économique, social et environnemental, & Buisson, J. R. (2010). *La pédopsychiatrie: prévention et prise en charge*. Direction des Journaux Officiels.
124. Molénat, F. (2004). Périnatalité et prévention en santé mentale. *Collaboration médicopsychologique en périnatalité. Rapport au Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Mission DHOSP.*
125. Dugnat, M. (2002). Santé mentale et psychiatrie périnatales: renouveler l'approche de la prévention. *Dialogue*, (3), 29-41.
126. Prat, R. (2004). L'observation de bébé selon la méthode Esther Bick. *Perspectives Psy*, 43(3), 193-199.
127. Houzel, D. (2008). Les applications préventives et thérapeutiques de la méthode d'Esther Bick. In *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick* (pp. 81-93). ERES.
128. Tissier, J., Bouchouchi, A., Glaude, C., Legge, A., Désir, S., Greacen, T., & Dugravier, R. (2011). Une intervention préventive communautaire en périnatalité. *Pratiques psychologiques*, 17(2), 107-117.
129. Juffer, F., Struis, E., Werner, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2017). Effective preventive interventions to support parents of young children: Illustrations from the Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD). *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 45(3), 202-214.
130. Colloque Enfance et Psy. (2016). De la dépendance à l'autonomie : la théorie de l'attachement.
131. Welniarz, B., Saïas, T., Excoffon, E., Purper-Ouakil, D., Wendland, J., Tereno, S., ... & Greacen, T. (2016). La supervision individuelle des intervenants à domicile dans le programme CAPEDP de prévention en périnatalité: le point de vue des intervenantes supervisées sur les recommandations de bonnes pratiques de leurs superviseurs. *Devenir*, 28(2), 73-90.
132. Rochette, J., & Mellier, D. (2007). Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum: stratégies préventives pour un travail

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau 1 : Résumé des méta-analyses des programmes de visites à domicile (69)

OUTCOMES	Abt 2001 Short-Term ⁷	Abt 2001 Follow-Up ⁷	Sweet & Applebaum 2004 ⁶	Elkan et al 2000 ⁸	Roberts et al 1998 ¹⁰	Hodnett & Roberts 2001 ¹¹	Gulerman 1999 ¹²	MacLeod & Nelson 2000 ¹³	Nelson et al 2003 ¹⁴ (AI prefK)	Nelson et al 2003 ¹⁴ (K-8)	Geertart et al 2004 ¹⁵	Sikorski et al 2003 ¹⁶	Hodnett & Fredericks 2004 ¹⁷	Karoly et al 2004 ¹⁸
PARENT OUTCOMES														
Parenting				+			+							
Parenting Knowledge and Attitudes	.18	ns	.11								.33			
Parenting Behavior (including HOME)	.25	.18	.14								.30-.36			
Maternal Life Course														
Stress, Social Support, Mental Health	.09	.17	ns	+/?							.25			
Economic Self-Sufficiency	.10	.39	ns	?							.38			
Education			.13	?										
CHILD OUTCOMES														
Child Health and Safety				+/?							.23	+		
Nutrition: Breastfeeding/Diet				ns		+								
Preventive Health Services & Medical Home														
Child Health Status													ns	
Birth Outcomes: Preterm Birth and LBW														
Child Health Status and Physical Growth	.09	ns		ns										
Child Safety	.15	ns												
Home Safety Hazards														
Unintentional Injuries														
Child Abuse and Neglect				+	?	?(trend)		.41			.26***			
Actual abuse/neglect						ns					.20			
Potential abuse			.24											
Parenting stress			ns											
Children's Cognitive and Language Development, Academic Achievement	.09/.26/.36*	.30	.18	+					.09	.22				.17
Social and Emotional Development, Child Behavior	.10/.26**	.09	.10	+										

NOTES: + indicates authors conclude there is a positive effect; ns indicates no effect; ? indicates authors believe there are too few studies to draw a conclusion. Numerical values are in standard deviation units.

ANNEXE 2 :Tableau récapitulatif des résultats de l'enquête HomVEE

Table 3. Favorable impacts on primary and secondary measures for home visiting models with evidence of effectiveness, by outcome domain

	Child health	Maternal health	Child development and school readiness	Reductions in child maltreatment	Reductions in juvenile delinquency, family violence, and crime	Positive parenting practices	Family economic self-sufficiency	Linkages and referrals
Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) Intervention	Yes (primary)	Not measured	Yes (primary)	Not measured	Not measured	Yes (primary)	Not measured	Not measured
Child First	Not measured	Yes (primary, secondary)	Yes (primary)	Yes (primary)	Not measured	Not measured	Not measured	Yes (secondary)
Early Head Start— Home Visiting EIP	No	No	Yes (primary, secondary)	Yes (secondary)	Not measured	Yes (primary, secondary)	Yes (secondary)	Yes (secondary)
Early Start (New Zealand)	Yes (primary, secondary)	No	Yes (primary, secondary)	Yes (primary, secondary)	No	Yes (primary)	No	Not measured
Family Check-Up	Not measured	Yes (secondary)	Yes (primary)	Not measured	Not measured	Yes (primary)	Not measured	Not measured
Family Connects	Yes (primary, secondary)	Yes (secondary)	Not measured	Not measured	Not measured	Yes (secondary)	Not measured	Yes (secondary)
Family Spirit	Not measured	Yes (primary, secondary)	Yes (primary)	Not measured	Not measured	Yes (secondary)	Not measured	Not measured
HANDS	Yes (primary)	Yes (primary)	Not measured	Yes (primary)	Not measured	Not measured	Yes (primary)	Not measured
Healthy Beginnings	Yes (primary, secondary)	Yes (secondary)	Yes (secondary)	Not measured	Not measured	Yes (secondary)	Not measured	Not measured
Healthy Families America	Yes (primary, secondary)	Yes (secondary)	Yes (primary, secondary)	Yes (primary, secondary)	Yes (secondary)	Yes (primary, secondary)	Yes (secondary)	Yes (primary, secondary)
Healthy Steps (National Evaluation 1996 Protocol)	<i>These results focus on Healthy Steps as implemented in the 1996 evaluation. HHS has determined that home visiting is not the primary service delivery strategy and the model does not meet current requirements for MIECHV program implementation.</i>							
	Yes (primary)	No	No	No	Not measured	Yes (secondary)	Not measured	Not measured
HIPPY	Not measured	Not measured	Yes (primary, secondary)	Not measured	Not measured	Yes (primary, secondary)	Not measured	Not measured
Maternal Early Childhood Sustained Home Visiting Program	Yes (secondary)	Yes (secondary)	Not measured	Not measured	Not measured	Yes (primary)	Not measured	Not measured
Minding the Baby	Yes (primary)	Yes (primary)	Not measured	No	Not measured	No	Not measured	Not measured
Nurse Family Partnership	Yes (primary, secondary)	Yes (primary, secondary)	Yes (primary, secondary)	Yes (primary)	Yes (secondary)	Yes (primary, secondary)	Yes (primary, secondary)	No
Oklahoma CBFRS	<i>Implementation support is not currently available for the model as reviewed.</i>							
	No	Yes (secondary)	Not measured	Not measured	Not measured	Yes (primary)	Not measured	Not measured
Parents as Teachers	No	No	Yes (primary)	Yes (primary)	Not measured	Yes (primary)	Yes (primary)	Not measured
PALS Infant	Not measured	Not measured	Yes (primary)	Not measured	Not measured	Yes (primary)	Not measured	Not measured
SafeCare Augmented	Not measured	No	Not measured	Yes (primary, secondary)	No	Not measured	No	Yes (primary)

Note: Outcomes are categorized as primary if data were collected through direct observation, direct assessment, or administrative records; or if study authors indicated that self-reported data were collected using a standardized (normed) instrument. Other self-reported measures are classified as secondary.

ANNEXE 3 : Notre questionnaire

A. Activité de VAD dans la profession de puéricultrice de PMI

1. Combien avez-vous fait de VAD en 2016 ? Pour combien de naissance sur le secteur ?
____/____
2. Combien de temps consacrez-vous en moyenne pour une VAD (trajet et rédaction compris)?
VAD initiale _____ VAD d'accompagnement _____
Précisez : ☐ Zone rurale ☐ Zone urbaine
3. Combien faites-vous de VAD par semaine en moyenne ? _____
4. Combien d'accompagnements de familles avez-vous fait en 2016 (vus plus de 3 fois à domicile) ? _____
5. Sur l'ensemble des familles vues à domicile, combien en aviez-vous rencontré en prénatal ?

6. Rédigez-vous des notes après chaque VAD ?
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
Si non, dans quelles situations le faites-vous ?
.....

B. Indications des VAD de puéricultrice PMI

1. Sur les familles relevant de VAD périnatales d'après les indications retenues par le CD31, quelle proportion voyez-vous ?
☐ Presque toutes ☐ >1/2 ☐ <1/2 ☐ >1/4 ☐ <1/4
2. Comment priorisez-vous ces indications ?
.....
.....
.....
.....
.....
3. Quelles sont les situations pour lesquelles un accompagnement est décidé suite aux VAD périnatales ? Qui prend cette décision ?
.....
.....
.....
.....
4. Sur quelles indications les familles vous sont-elles adressées **pour des VAD d'accompagnement** par les partenaires ?
.....
.....
.....
.....

C. Déroulement et contenu des VAD d'accompagnement de puéricultrice PMI

On s'intéresse ici aux VAD de **familles vulnérables**, requérant une **attention particulière** dans la mise en place des **liens précoces**.

1. Quelle est selon vous l'objectif prioritaire de ces VAD dans ces familles vulnérables?
.....
.....
.....
.....
2. Comment vous présentez-vous et présentez-vous votre travail aux familles ?
.....
.....
.....
.....
3. Sur quelles interactions sont majoritairement centrées vos VAD ?
☐ Mère-professionnel ☐ Enfant-professionnel ☐ Mère-enfant
4. Quelles qualités du professionnel sont nécessaires d'après vous pour créer une alliance avec ces familles ?.....
.....
.....
.....
5. Quels facteurs de stress pouvez-vous identifier qui rendent les VAD difficiles pour le professionnel ?
.....
.....
.....
6. A quelle fréquence et dans quelles situations avez-vous le sentiment que les objectifs de ces VAD dépassent votre rôle de puéricultrice ?
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
.....
.....
.....
7. Quelle est selon vous la difficulté principale des VAD ?
.....
.....
.....
8. Comment évaluez-vous la qualité d'une VAD ?
.....
.....
.....
9. Seriez-vous personnellement favorables à tester une grille pour décrire le contenu des VAD ?
☐ OUI ☐ NON

D. Orientation et travail avec les équipes de psychiatrie/pédopsychiatrie

1. Dans quelles situations décidez-vous d'orienter les familles vers des équipes de psychiatrie/pédopsychiatrie ? Et dans quel objectif ?

.....
.....
.....
.....

2. Avez-vous repéré le réseau de santé mentale sur votre département ?

☐ Tout à fait ☐ En grande partie ☐ Partiellement ☐ Pas du tout

3. Combien de familles avez-vous essayé d'adresser en 2016 ? _____

Et pour quelle part avez-vous des retours ? ☐ Presque tous ☐ >1/2 ☐ <1/2 ☐ Rarement

4. Quels sont selon vous les facteurs facilitants/limitants cette orientation ?

+
-

5. Pour combien de familles vues à domicile en 2016 existe-t-il un suivi parallèle PMI-psychiatrie d'adulte? _____ PMI-pédopsychiatrie ? _____

6. En 2016, pour combien de situations complexes avez-vous échangé avec les partenaires des équipes de psychiatrie ?

☐ 1/ an ☐ 2 /an ☐ 1/3mois ☐ 1/mois ☐ >1/mois

Par quels moyens ?

☐ Liens téléphoniques ☐ Réunion sur les lieux de soins ☐ Réunions à la PMI ☐ Autres

7. Certaines situations nécessiteraient-elle d'après vous davantage de debriefing/supervision ?

☐ Oui ☐ Non

Par quels professionnels ?

.....

8. En quoi la supervision aiderait à améliorer les pratiques ?

.....
.....
.....

9. Une formation en santé mentale vous paraîtrait-elle utile ? Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....

ANNEXE 4 : Ensemble des critères déclencheurs d'une visite à domicile périnatale d'après notre étude

Parents	Enfant	Situation familiale	Dyade
•Demande des parents •Mère mineure •Histoire de vie complexe •Primiparité •Primiparité > 40 ans •Violences conjugales •Conflits conjugaux •Absence du père •Problèmes psychiatrique de la mère dont la dépression du post-partum •Handicap parental •Problème de santé •Vulnérabilité sur des événements de vie •Vulnérabilité parentale	•Prématurité et petit poids de naissance •Surveillance paramédicale •Naissance multiple •Naissance traumatique •Déni de grossesse •Allaitement difficile •Inquiétudes sur les soins •Problème somatique de l'enfant •VAD anténatale pour préparer l'arrivée de l'enfant •Déclaration tardive de grossesse •Mauvais score d'APGAR	•Isolement •Précarité •Enfants de la fratrie pris en charge par l'ASE •Multiparité •Famille connue de la PMI •Lieu de résidence de la famille •Incarcération maternelle •Antécédent de grossesse interrompue	•Troubles de la relation mère-enfant •Soutien à la parentalité •Parents en demande d'aide •Travail à poursuivre au-delà de 3 VAD •Travail sur une orientation vers les partenaires

ANNEXE 5 : Ensemble des critères déclencheurs d'une visite à domicile anténatale ou périnatale cités par les départements (120)

Critères de mobilité	Critères d'âge	Critères comportementaux	Critères gravidiques et obstétricaux	Critères liés aux nombre d'enfants
• Temps de transport quotidien + 2h • Éloignement géographique • Pas de moyen de locomotion • Quartier ou zone prioritaire • Zone rurale en priorité - Lorsque les mères ne peuvent se déplacer (césarienne, jumeaux...)	• Mère jeune • Mère - 18 ans • Mère - 20 ans • Multipare - 20 ans • Jeune femme multipare • Mère - 21 ans • Primigeste - 21 ans • 3^e grossesse pour les femmes - 21 ans • Multipare - 22 ans • Mère + 37 ans • Mère + 38 ans • Primipare + 40 ans • Mère + 40 ans • Mère + 45 ans	• Alcool pendant la grossesse • Tabac pendant la grossesse • Addiction de la mère et/ou du père • Souhait d'allaitement maternel • Allaitement maternel • Difficulté d'allaitement	• Grossesse Multiple • Grossesse gémellaire • Menace d'accouchement prématuré • Grossesse médicalement assistée • Naissance multiple • Césarienne • Condition difficile de naissance pour mère et/ enfant - Antécédents d'enfants	• Grossesses rapprochées • Grossesses rapprochées < ou = 10 mois • Multipare ≥ 3 enfants • Multipare ≥ 4 enfants • Multipare ≥ 5 enfants • Multipare ≥ 6 enfants • + de 3 enfants à charge • Jeune femme ayant ≥ 2 enfants au foyer • Fratrie importante

Critères liés au suivi de grossesse	Critères somatiques	Critères psychologiques	Critères sociaux
• Grossesse non déclarée, non suivie • Suivi de grossesse irrégulier • Déclaration tardive • Déclaration tardive >3 mois • Déclaration tardive >14 semaines • Déclaration tardive >4 mois • Déclaration tardive >16 semaines • Déclaration tardive >20 semaines ou avant si un autre critère est associé • Accouchement à domicile - Sortie sur décharge	• Pathologie en cours de grossesse ou concernant les grossesses et enfants précédents • Antécédents médicaux, familiaux, longue maladie (dépression, DPP, obésité, pathologie mentale, antécédents obstétricaux, IVG, fausses-couches...) • Retard de Croissance Intra-Utérin • Handicap mère ou enfant • Poids de naissance < 2300g • Poids de naissance < 2500g • Poids de naissance > 4000g • Prématurité (36SA) • Gros poids de naissance • Apgar faible • Enfant transféré en réanimation • Séparation précoce avec hospitalisation pour prématurité • HBS positif (CS8) • Problème santé mère et/ou enfant • Pathologie/anomalie congénitale (CS8) • Suspicion de handicap - Hospitalisation pendant la grossesse ou en néonatal de l'enfant	• Critères de fragilité repérés • Fatigue maternelle excessive • Immaturité • Pathologie psychique de la mère : de la simple inquiétude ou stress parental à la psychose • Trouble, difficultés relation mère-enfant repéré ou suspecté à la maternité/ interrogations sur les liens ; difficultés dans les premières interactions • Traumatismes émotionnels • Troubles psychiques • Dénier de grossesse • Désir IVG non réalisée - Verbalisation d'abandon (de l'enfant)	• Éloignement social et familial • Isolement social et culturel • Mère isolée • Mère sans emploi et isolée Mère seule • Pas de conjoint déclaré ou à 2 adresses différentes • Famille en difficulté sociale/financière • Problèmes liés à l'environnement social et familial • Parents sans activité professionnelle • Mère sans couverture sociale • Femme bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé • Bénéficiaire des minima sociaux ; critères socio-économiques • RSA • En maladie ou travaillant en Centre d'aide par le travail • Mère de profession agricole • SDF • Étrangers primo-arrivants • Gens du voyage • Demandeurs d'asile • Violence conjugale • Antécédent personnel de maltraitance • Familles hébergées ; par un tiers ou en foyer d'hébergement • Difficultés éducatives, mesure éducative (AED, AEMO) ; enfants précédents confiés à l'ASE • Mesure judiciaire de protection des majeurs • Situation familiale / problèmes de couple ; - Dysfonctionnement de couple - Vulnérabilité ou précarité

**HOME VISITING STRATEGY IN PERINATAL CARE : A QUESTIONNAIRE SURVEY AMONG
CHILD CARE FROM MATERNAL AND CHILD PROTECTION SERVICES IN A FRENCH REGION**

ABSTRACT :

Home visiting strategy in perinatal care is recognised as a fundamental mean of prevention and support to parenting. In France, the maternal and child protection services (PMI) are responsible for home visitation services. To date, few studies describe their current practices. The objective of this study was to explore the actual practice of home visitation through a questionnaire survey to child care workers in a French region in 2017. Results reveal the inability of a global policy concerning prevention at home and the necessity to identify risk factors of vulnerability. Being alone at home can be stressful and child care workers are in need to work with social services and psychiatric teams. Supervision and specific training programs on mental health seem to be attractive ways to improve practices.

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : Psychiatry

MOTS-CLÉS : Home Visits, PMI, Perinatal, psychiatry.

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Supervisors : Romain DUGRAVIER and Ludivine FRANCHITTO

**LES VISITES A DOMICILE EN PERINATALITE :
ENQUETE AUPRES DES PUERICULTRICES DE PMI
EN HAUTE-GARONNE**

RESUME EN FRANÇAIS :

La visite à domicile (VAD) dans le domaine de la périnatalité est un outil universellement reconnu de prévention et de soutien à la parentalité. En France, ces VAD sont effectuées par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et il existe à ce jour peu d'études sur leurs pratiques. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux de l'activité de visites à domicile des puéricultrices de PMI, à travers une enquête menée en 2017 en Haute-Garonne. Les résultats mettent en valeur l'impossibilité de réaliser une prévention universelle à domicile et la nécessité de cibler des facteurs de vulnérabilité. Le fait d'être seule à domicile peut alors être source de stress et les puéricultrices expriment leur besoin de pouvoir travailler en lien avec les services sociaux et les équipes de psychiatrie. La supervision et les formations spécifiques sur les problématiques de santé mentale apparaissent comme des outils intéressants pour améliorer les pratiques.

TITRE EN ANGLAIS : Home visiting strategy in perinatal care: a questionnaire survey among child care workers from maternal and child protection services in a French region

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Visites à domicile, PMI, périnatalité, psychiatrie.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Romain DUGRAVIER

Co-Directeur de thèse : Ludivine FRANCHITTO