

# Ile-de-France : un programme de soutien à la parentalité

**Depuis 2006, dans le cadre du programme expérimental CAPEDP, des professionnels rendent visite régulièrement à de jeunes mères en situation de vulnérabilité psychosociale. L'objectif est de soutenir la parentalité, pour promouvoir la santé mentale de l'enfant. Deux cent vingt familles sont concernées par ce dispositif.**

Depuis 2006, se déroule en Ile-de-France le programme CAPEDP (« Cape et d'épée »)<sup>1</sup>. Il s'agit d'une recherche-action de promotion de la santé mentale de la petite enfance, réalisée par le secteur de pédopsychiatrie de l'hôpital Bichat et le laboratoire de recherche de l'Établissement public de santé Maison-Blanche. Le programme est financé par l'INPES et le Protocole hospitalier de recherche clinique. Il vise à évaluer l'effet d'une intervention préventive, destinée à de jeunes parents en situation de vulnérabilité psychosociale.

Les théories développementales reconnaissent que l'environnement social et familial a des effets à long terme sur le fonctionnement psychologique des individus (1-4). Le développement de relations précoces de qualité permet à l'enfant d'explorer son environnement en sécurité, et contribue à la mise en place d'un large éventail de compétences psychosociales. Par ailleurs, les nourrissons sont particulièrement sensibles aux contextes précaires, générant d'importants stress dans les familles ; la souffrance psychologique des parents (notamment la dépression) et les contextes sociaux à vulnérabilités multiples peuvent ainsi avoir un impact délétère sur leur développement (5, 6).

Des programmes d'intervention destinés aux populations défavorisées se sont développés en Amérique du Nord, puis dans d'autres régions du monde depuis les années 1960-1970 (7). En France, il existe, depuis 1945, un système de prévention « universelle », via la Protection maternelle et infantile (PMI), proposant des services à l'ensemble des femmes enceintes. Cependant, si ce sys-

tème de PMI a montré des effets de santé publique majeurs (notamment par la réduction de la mortalité infantile de 80 % en cinquante ans), il est aujourd'hui limité en moyens pour accomplir ses missions de prévention en santé mentale et notamment pour soutenir le développement de la parentalité chez les familles en situation de vulnérabilité psychosociale.

### Visites à domicile

L'objet du programme CAPEDP – en s'appuyant sur les expériences d'autres contextes culturels ayant montré leur efficacité – est de renforcer le système de prévention français, en mettant en place un programme de visites à domicile dont l'objet est d'agir pour la promotion de la santé mentale et de la parentalité chez de jeunes mères attendant leur premier enfant. Autre objectif du programme : évaluer l'effet d'une intervention préventive précoce.

Dans ce cadre, les familles sont recrutées en maternité dès le 6<sup>e</sup> mois de grossesse. L'intervention des professionnels (*voir ci-après*) commence lors du 7<sup>e</sup> mois et se poursuit jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Deux cent vingt familles sont ainsi recrutées dans neuf maternités de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris<sup>2</sup>. Elles seront comparées avec un groupe identique de deux cent vingt familles qui bénéficient des services habituels (maternité, PMI, pédiatre, etc.). La comparaison des groupes est réalisée sur la base d'un protocole d'évaluation ciblant les critères suivants : dépression pré et post-natale ; sentiment de compétence parentale ; stress parental ; développement psychologique et psychomoteur de l'enfant ; attachement de l'enfant ; insertion sociale et médico-sociale.

Pour participer au projet, les jeunes femmes rencontrées en maternité doivent répondre aux critères suivants : avoir moins de 26 ans ; attendre leur premier enfant ; parler suffisamment le français pour donner un consentement éclairé. Elles doivent par ailleurs être concernées par au moins un critère de vulnérabilité psychosociale parmi les trois suivants : se déclarer socialement isolée ; bénéficier de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ; avoir un niveau d'études inférieur au baccalauréat.

Si aucun de ces critères ne constitue en soi un déterminant de la santé mentale<sup>3</sup>, on sait désormais que l'accumulation de « facteurs de risque » engendre des vulnérabilités. En d'autres termes, il est plus facile d'élever un enfant lorsqu'on est en bonne santé, entourée et que l'on peut subvenir à ses besoins.

### Première visite au 7<sup>e</sup> mois de grossesse

Pour l'ensemble des familles participant à l'étude, le premier contact est réalisé par une psychologue évaluatrice<sup>4</sup>. Pour les familles bénéficiant de l'intervention, une autre psychologue – formée spécifiquement aux interventions préventives à domicile – prend ensuite contact avec elles en vue de commencer le suivi dès le 7<sup>e</sup> mois de grossesse. Les visites ont lieu environ deux fois par mois, leur fréquence diminuant à partir du 12<sup>e</sup> mois de l'enfant, en vue de promouvoir l'autonomie des familles.

L'intervention est adaptée à chaque famille. Un manuel de base a été élaboré<sup>5</sup>, pour garantir l'homogénéité des

thématiques abordées : santé de la mère et du bébé (développement psychomoteur, sommeil, alimentation), compétences parentales (aider les parents à reconnaître les signaux du bébé), relation mère-enfant (encourager les interactions entre la mère et son bébé), identification des besoins de l'enfant (par exemple, comprendre les pleurs du nourrisson), appui sur l'environnement social (encourager les mères à s'adresser à la PMI pour être guidées dans les soins à apporter à leur enfant). Cette intervention comporte deux spécificités : l'anticipation de la demande et l'intervention à domicile.

• *Anticipation de la demande* : CAPEDP est une intervention préventive ; la question éthique sous-jacente est donc celle de l'opportunité d'une telle intervention auprès de familles qui n'ont pas formulé de besoins spécifiques. Deux réponses sont proposées : – la première est fournie par les données scientifiques suggérant que ce sont les personnes les plus en demande de soutien qui en bénéficient le moins (8), notamment par leur difficulté (matérielle ou psychologique) à accéder aux services de droit commun. L'intervention préventive à domicile est aujourd'hui reconnue comme le modèle le plus efficace pour répondre à ces besoins ;

– la seconde concerne le choix des modèles d'intervention. CAPEDP repose sur le modèle de la promotion de la santé et non sur un modèle psychopathologique : développer des compétences, et non soigner. Notre expérience montre ainsi que les familles ont pu investir le projet à différents niveaux : sentiment d'aider en participant à un projet de recherche, utilité de la présence d'une intervenante pour répondre ponctuellement aux difficultés du quotidien, utilité de la présence plus régulière d'une intervenante, dans les situations les plus difficiles. Le risque était de générer une forme de « pathologisation » des familles, lequel a pu être contourné par le choix de modèles non médicaux de l'intervention et par une supervision hebdomadaire des intervenantes, réalisée par des professionnels « seniors » de la petite enfance.

• *Intervention au domicile* : la culture de l'intervention en santé mentale, en France, ne met pas l'accent sur les stra-

tégies prenant place dans le milieu de vie des familles. Et plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'actions de prévention. L'intervention dans l'environnement de vie permet aux intervenantes de s'appuyer sur les ressources disponibles et de proposer des solutions adaptées en fonction d'un contexte qu'elles peuvent appréhender directement. Ce type d'intervention questionne le cadre traditionnel de l'intervention psychologique et permet de générer une réflexion sur le rôle et la place des professionnels de santé mentale.

### Premier bilan

Les interventions ont commencé en décembre 2006 et la fin des suivis est prévue pour mai 2011. Les premiers retours qualitatifs des familles<sup>6</sup> sont positifs, chacune des mères concernées s'étant saisie de l'intervention selon ses besoins. Cependant, on constate que certaines d'entre elles – généralement les plus en situation de précarité – demeurent difficiles à joindre, rendant plus difficile la poursuite de l'intervention (laquelle est maintenue autant que possible). Les intervenants œuvrent alors pour restaurer la confiance de ces familles envers les professionnels de la périnatalité et de la petite enfance et leur permettre de formaliser, le cas échéant, leurs besoins.

Les premières données seront disponibles courant 2010. CAPEDP offrira alors des perspectives sur le système préventif en santé mentale, ainsi que sur la possibilité de développer des for-

mations spécifiques sur le métier d'intervenant dans les projets de prévention précoce et de promotion de la santé mentale.

#### Thomas Saïas

Psychologue, chargé de recherche en santé mentale communautaire, chef de projet CAPEDP, Établissement public de santé Maison-Blanche, Paris.

#### Anne Legge et Alice Thomas

Psychologues à domicile, projet CAPEDP, hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris.

et le groupe de recherche CAPEDP

(Pr Antoine Guédeney,

D<sup>r</sup> Florence Tubach, Tim Greacen,

D<sup>r</sup> Romain Dugravier, Estelle Marcault,

Susana Tereno, Amel Bouchouchi,

Cécile Glaude, Audrey Hauchecorne,

Gaëlle Hoisnard, Virginie Hok,

Céline Ménard, Marion Millieux,

Éléonore Pintaux, Élodie Simon-Vernier,

Joan Tissier, Alexandra Vargas).

1. *Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience.*

2. *Les maternités des hôpitaux de l'AP-HP : Louis-Mourier, Beaujon, Bichat-Claude-Bernard, Lariboisière, Robert-Debré, Saint-Antoine, Pitié-Salpêtrière, Trousseau, Jean-Rostand.*

3. *Nous réfutons ici l'idée d'une causalité entre des caractéristiques sociodémographiques et des critères de santé mentale.*

4. *Ces psychologues sont chargées d'initier le premier lien de la recherche avec ces familles. Elles se rendent au domicile lors de ce premier rendez-vous, puis, après la naissance, aux 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> mois de l'enfant pour réaliser des visites d'observation permettant d'évaluer l'efficacité de l'intervention.*

5. *Adaptation française par l'équipe CAPEDP du manuel d'intervention précoce de l'équipe de M. Graham, à Tallahassee (États-Unis).*

6. *Les familles sont questionnées tous les trois mois sur leur satisfaction par rapport à l'intervention, par un autoquestionnaire anonyme qu'elles renvoient par courrier au chef de projet.*

### ► Références bibliographiques

(1) Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979: 348 p.

(2) Bronfenbrenner U. *Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives*. *Developmental Psychology* 1986; 22(6): 723-42.

(3) Bowlby J. *Attachment and loss*. (vol. 3: *Los: Sadness and depression*). New York: Basic Books, 1980: 427 p.

(4) Brazelton T., Cramer B. *The first relationship*. New York: Addison Wesley, 1990.

(5) Weinberg M., Tronick E. *The impact of maternal psychiatric illness on infant development*. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 2) : 53-61.

(6) *Young children develop in an environment of relationships*. Waltham MA (Brandeis University): National Scientific Council on the Developing Child, 2004.

(7) Olds D. *The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention*. *Infant Mental Health Journal* 2006; 27(1): 5-25.

(8) Hart J. *The Inverse Care Law*. *The Lancet* 1971; 1(7696): 405-12.