



ÉTAT DES CONNAISSANCES



NOVEMBRE 2023



REPÈRES POUR L'IMPLANTATION D'INTERVENTIONS DE PRÉVENTION PRÉCOCE À DOMICILE SOUTENANT LA RELATION PARENTS-ENFANTS

Feuille de route 1 000 premiers jours 2020-2022

Résumé

Repères pour l'implantation d'interventions de prévention précoce à domicile soutenant la relation parents-enfants. Feuille de route 1 000 premiers jours 2020-2022

Les interventions de prévention précoce à domicile se sont développées dans de nombreux pays, et selon les études, certains effets positifs ont pu être démontrés sur :

- le développement psychoaffectif de l'enfant avec moins de problèmes d'attachement à un an, moins de troubles du comportement et un meilleur développement cognitif, langagier et moteur ;
- la santé de l'enfant avec moins d'accidents, d'hospitalisations et de passages aux urgences, plus de vaccination et moins de faible poids à la naissance et de prématurité ;
- la réussite scolaire de l'enfant ;
- la santé de la mère avec un meilleur suivi de grossesse et du post-partum, moins de diabète gestationnel, une réduction des hospitalisations anténatales, moins de césariennes, moins de stress et de dépression périnatale ; un espacement des grossesses ;
- la parentalité avec plus de connaissances parentales ; un meilleur repérage et une meilleure réponse aux besoins du bébé ; plus de satisfaction et de sentiment de compétences parentales ; une meilleure capacité maternelle à créer un environnement sécuritaire et stimulant ; un meilleur engagement, une meilleure confiance et moins d'anxiété chez les pères.

Ainsi, la Feuille de route¹ 1 000 premiers jours encourage le déploiement de telles interventions auprès de familles en situation de vulnérabilité afin de soutenir la relation parent-enfant et conforter le développement de l'enfant. Il vise également à partager les connaissances scientifiques et expérientielles récentes disponibles, permettant de favoriser une implantation de qualité de nouvelles IPPAD sur de nouveaux territoires.

Pour répondre à cet objectif, trois types de connaissance sont présentés ici: celles issues d'une revue de la littérature concernant les facteurs favorisant le succès des interventions, celles du recensement en France des IPPAD soutenant la relation parent-enfant et celles d'une enquête populationnelle mesurant l'attractivité de telles interventions pour les futurs et nouveaux parents.

Les résultats de la revue de la littérature et de l'enquête populationnelle croisés aux autres connaissances scientifiques déjà publiées ont permis d'identifier treize critères qualité favorisant la qualité de l'implantation d'IPPAD soutenant le lien parent-enfant, à savoir :

1. L'intervention est construite sur la base de données probantes ;
2. Un cadrage théorique en santé publique et/ou en parentalité structure la stratégie d'intervention ;
3. Un référentiel, un manuel et des outils existent pour guider la pratique des professionnels intervenant dans le cadre de l'intervention ;
4. L'intervention prend en compte les attentes de la population ;
5. L'intervention inclut un ou plusieurs objectifs en plus de l'objectif principal de soutien à la relation parent-enfant ;
6. L'intervention est proposée à des personnes en situation de vulnérabilité ;
7. L'intervention commence en prénatal ;
8. La durée de l'intervention est d'au moins six mois ;

¹ Feuille de route 1 000 jours issue de l'Instruction N° SGMCAS/2021/74 du 1^{er} avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1 000 premiers jours de l'enfant et de ses modalités de déclinaison territoriale, ainsi qu'aux leviers supplémentaires mis à disposition des acteurs locaux.
<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-instruction-01.04.21.pdf>

9. L'intervention comprend un minimum de six visites ;
10. Les professionnels intervenant à domicile ont suivi une formation spécifique pour pouvoir délivrer l'intervention ;
11. Les professionnels intervenant bénéficient d'une supervision ou d'une analyse de pratiques pour les aider à mettre en œuvre l'intervention ;
12. Le maintien du (ou des) même(s) visiteur(s) tout au long du programme permet d'établir un lien de confiance durable avec la famille ;
13. Une évaluation régulière de l'intervention permet de savoir si les objectifs sont atteints.

Parmi les 275 interventions de prévention précoce à domicile recensées en France correspondant à la définition posée par l'instruction relative aux 1 000 premiers jours², 6,5 % remplissent l'ensemble de ces critères et 28 % des interventions actuelles et 42 % des interventions à venir remplissent au moins dix critères qualité. Ces interventions possèdent un fort potentiel d'efficacité qu'il conviendrait d'évaluer de manière scientifiquement robuste pour le confirmer, et pour en tirer des enseignements utiles à l'ensemble des opérateurs.

MOTS-CLÉS : INTERVENTIONS DE PRÉVENTION PRÉCOCE À DOMICILE,
MILLE PREMIERS JOURS, PÉRINATALITÉ, VISITES À DOMICILE, PMI

Citation suggérée : Repères pour l'implantation d'interventions de prévention précoce à domicile soutenant la relation parents-enfants. Feuille de route 1 000 premiers jours 2020-2022. Saint-Maurice : Santé publique France, novembre 2023. 103 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-3286 / ISBN-NET 979-10-289-0860-7 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION,
SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : NOVEMBRE 2023

Crédit photo de couverture : Getty Images

² L'instruction N° SGMCAS/2021/74 du 1^{er} avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1 000 premiers jours de l'enfant et de ses modalités de déclinaison territoriale, ainsi qu'aux leviers supplémentaires mis à disposition des acteurs locaux précise « Le retour à domicile et les premières semaines après l'accouchement, qui constituent des périodes sensibles tant pour la santé de l'enfant et de la mère que pour la constitution du lien d'attachement entre l'enfant et ses parents. Il s'agit là de favoriser l'accompagnement à domicile après l'accouchement par les professionnels de santé libéraux et par les PMI, en particulier après repérage des situations de vulnérabilité et de soutenir les interventions de prévention structurées précoces ». <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-instruction-01.04.21.pdf>

Abstract

Benchmarks for the implementation of home-based early prevention interventions supporting the parent-child relationship. Roadmap “1,000 First Days” 2020–2022

Home-based early prevention interventions have been developed in many countries and, depending on the study, positive effects have been demonstrated on:

- the child's psycho-affective development, with fewer attachment problems at 1 year of age, fewer behavioural problems, and better cognitive, language and motor development;
- children's health, with fewer accidents, hospital admissions and emergency department visits, more vaccinations, and less premature births and babies with low birth weight;
- the child's academic achievement;
- the mother's health, with better pregnancy and post-partum monitoring, less gestational diabetes, fewer antenatal hospital admissions, fewer caesarean sections, less stress and perinatal depression, and more space between pregnancies;
- parenthood, with more parenting knowledge, better identification of and response to baby's needs, greater satisfaction and sense of parental competence, greater maternal ability to create a safe and stimulating environment, and greater commitment, greater confidence and less anxiety among fathers.

The 1,000 First Days roadmap encourages the deployment of such services to families in vulnerable situations, in order to support the parent-child relationship and foster the child's development. It also aims to share the latest scientific and experiential knowledge available, so as to encourage the quality implementation of such interventions in new areas.

To meet this objective, three types of knowledge are presented herein: knowledge gained from a literature review on the factors favouring successful interventions; knowledge gained from a census of French home-based early prevention interventions supporting the parent-child relationship; knowledge gained from a population-based survey measuring the attractiveness of such interventions for future and new parents.

The results of the literature review and population-based survey, cross-referenced with other scientific knowledge already published, enabled us to identify 13 quality criteria that favour a high-quality implementation of home-based early prevention interventions supporting the parent-child bond, namely:

1. The intervention is evidence-based;
2. A theoretical framework in public health and/or parenting structures the intervention strategy;
3. A reference framework, manual and tools exist to guide the practice of professionals involved in interventions;
4. The intervention takes into account the expectations of the population;
5. The intervention includes one or more additional objectives to the main objective of supporting parent-child relationships;
6. The intervention is offered to people in vulnerable situations;
7. The intervention begins in the prenatal period;
8. The intervention lasts at least 6 months;
9. The intervention includes a minimum of 6 visits;
10. Professionals carrying out home visits have undergone specific training to deliver the service;
11. The professionals involved benefit from supervision or analysis of practices to help them implement the intervention;
12. The programme employs the same visitor(s) throughout to help establish a lasting bond of trust with the family;

13. Regular evaluations of the intervention are performed to see if the objectives are achieved.

Of the 275 home-based early-prevention interventions in France that correspond to the definition set out in the 1,000 First Days instruction, 6.5 % meet all 13 quality criteria; 28% of current interventions and 42 % of future interventions meet at least 10 quality criteria. These interventions have strong potential for effectiveness. This effectiveness requires scientifically robust assessment in order to confirm its extent and to draw useful lessons for all operators.

KEYWORDS: HOME-BASED EARLY PREVENTION INTERVENTION,
THOUSAND FIRST DAYS, PERINATAL CARE, HOME VISITS, PMI

Suggested citation: Benchmarks for the implementation of home-based early-prevention interventions supporting the parent-child relationship. Government instruction "1,000 First Days" 2020-2022 Saint-Maurice: Santé publique France, November 2023. 103 p. Available at: www.santepubliquefrance.fr

ISSN: 2609-3286 / ISBN-NET 979-10-289-0860-7 / PRODUCED BY THE COMMUNICATIONS DEPARTMENT, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / LEGAL DEPOSIT: NOVEMBER 2023

Auteurs

[Justine Trompette](#), chargée d'études scientifiques en santé publique, direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité périnatalité petite enfance, Santé publique France

[Sandie Sempé](#), chargée d'expertise en promotion de la santé, direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité périnatalité petite enfance, Santé publique France

Avec les contributions de...

[Justine Trompette](#), chargée d'études scientifiques en santé publique, direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité périnatalité petite enfance, Santé publique France – pour sa coordination de la revue de la littérature, sa participation à l'élaboration et à l'analyse des données de l'état des lieux des IPPAD en France et sa rédaction du guide.

[Sandie Sempé](#), chargée d'expertise en promotion de la santé, direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité périnatalité petite enfance, Santé publique France – pour sa conception et coordination de l'enquête « 1 000 parents 1 000 jours », pour sa conception et coordination de l'état des lieux des IPPAD en France, et la co-rédaction du guide.

[Christine César](#), sociologue, chargée d'expertise, direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité périnatalité petite enfance, Santé publique France – pour sa participation au recueil des données de la revue de la littérature.

[Maud Gorza](#), chargée d'études scientifiques en santé publique, direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité périnatalité petite enfance, Santé publique France – pour sa participation au recueil des données de la revue de la littérature ainsi qu'à la co-élaboration du questionnaire de l'enquête 1 000 parents 1 000 jours.

[Nathalie Houzelle](#), chargée de mission en promotion de la santé, direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité périnatalité petite enfance, Santé publique France – pour sa participation à la co-élaboration du questionnaire de l'enquête 1 000 parents 1 000 jours.

[Linda Lasbeur](#), chargée d'expertise scientifique en santé publique, direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité périnatalité petite enfance, Santé publique France – pour sa participation au recueil des données de la revue de la littérature.

[Dorothée Lamarche](#), directrice d'études BVA SANTÉ – pour le recueil et l'analyse des données du recensement des IPPAD en France et de l'enquête 1 000 parents 1 000 jours

Remerciements

Aux membres de la direction de la prévention et promotion de la santé et de l'unité périnatalité petite enfance de Santé publique France

François Beck, directeur, direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France

Pierre Arwidson, adjoint au directeur, direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France

Thierry Cardoso, responsable de l'unité périnatalité petite enfance, direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France

Emmanuelle Hamel, responsable de l'unité personnes âgées et populations vulnérables, direction de la prévention et promotion de la santé, Santé publique France

Équipe projet 1 000 jours

Mayalen Iron, directrice de projet 1000 premiers jours de l'enfant

Au bureau Santé des populations et politique vaccinale de la sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques, direction générale de la santé

Nathalie Rabier-Thoreau, médecin, périnatalité et santé des femmes

Aux parties prenantes

Jean-Laurent Clochard, responsable pôle familles, Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire – pour sa relecture du questionnaire de l'état des lieux et sa contribution dans la diffusion de celui-ci.

Corinne Martinez, responsable de projets en psychiatrie et santé mentale, Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale – pour sa relecture du questionnaire de l'état des lieux et sa contribution dans la diffusion de celui-ci.

Abréviations

HomVEE	<i>Home Visiting Evidence of Effectiveness</i>
IPPAD	Intervention de prévention précoce à domicile
MECSH	<i>Maternal Early Childhood Sustained Home Visiting Programme</i>
PANJO	Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI
PERL	Petite enfance, Recherche action en Lorraine
PMI	Protection maternelle et infantile
Prisma	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>

Listes des figures et tableaux

Figure 1. Schéma illustratif du processus du développement de l'attachement, inspiré de Bowlby (1969), Goulet *et al.* (1998) et Sonkin et Dutton (2003).

Figure 2. Diagramme Prisma.

Figure 3. Description de la connaissance de l'existence des services de PMI selon le profil de répondant.

Figure 4. Intérêt envers le service de visites à domicile proposé selon le profil de répondant.

Figure 5. Freins au recours aux interventions de prévention précoce à domicile identifiés par les répondants.

Figure 6. Freins identifiés les différences selon les différents profils sur la base des répondants ne souhaitant pas bénéficier des interventions de prévention précoce à domicile.

Figure 7. Leviers au recours aux interventions de prévention précoce à domicile identifiés par les répondants.

Figure 8. Freins identifiés les différences selon les différents profils de répondants.

Figure 9. Répartition régionale des structures répondantes.

Figure 10. Répartition du nombre d'actions de prévention précoce à domicile actuelles recensées au sein de chaque département.

Figure 11. Répartition des objectifs des interventions de prévention précoce à domicile actuelles recensées dans l'état des lieux.

Figure 12. Période à laquelle la dernière visite à domicile a lieu.

Figure 13. Facteurs de vulnérabilité des populations ciblées par les interventions de prévention précoce analysées.

Figure 14. Répartition du nombre d'actions de prévention précoce à domicile recensées au sein de chaque département à venir.

Figure 15. Répartition des objectifs des interventions de prévention précoce à domicile à venir recensées dans l'état des lieux.

Figure 16. Période à laquelle la dernière visite à domicile a lieu.

Figure 17. Facteurs de vulnérabilité des populations ciblées par les interventions de préventions précoce à venir.

Figure 18. Caractéristiques déclarées des IPPAD ayant pour objectif principal le soutien à la relation parent-enfant

Figure 19. Moyens supplémentaires prioritaires pour le développement en nombre et/ou qualité des IPPAD identifiés par les répondants

Figure 20. Probabilité de réalisation d'une IPPAD dans les deux années à venir

Tableau 1. Répartition des objectifs des IPPAD recensées dans la littérature.

Tableau 2. Période à laquelle la dernière visite à domicile a lieu.

Tableau 3. Fréquence des séances des visites à domiciles dans les IPPAD analysées.

Tableau 4. Facteurs de vulnérabilité des populations ciblées par les IPPAD analysées.

Tableau 5. Critères qualité identifiés pour le développement d'IPPAD soutenant la relation parent-enfant.

Tableau 6. Caractéristiques générales des répondants à l'enquête « 1 000 parents 1 000 jours ».

Tableau 7. Présentation des interventions de prévention précoce en cours et à venir remplissant l'ensemble des facteurs de réussite.

Sommaire

Résumé.....	2
Abstract.....	4
Auteurs.....	6
Remerciements.....	7
Abréviations.....	7
Listes des figures et tableaux.....	8
Introduction.....	11
Synthèse du guide 2023.....	14
Repères pour l'implantation d'interventions de prévention précoce à domicile soutenant la relation parents-enfant.....	14
Chapitre 1 : Définition et conceptualisation des interventions de prévention précoce à domicile.....	20
1.1 Définition des interventions de prévention précoce à domicile.....	20
1.2 Les interventions de prévention précoce centrées sur le soutien à la relation parent-enfant	21
Chapitre 2 : Les enseignements de la revue de la littérature concernant les facteurs favorisant l'efficacité des IPPAD.....	23
2.1 Contexte de la revue de la littérature.....	23
2.2 Méthodes.....	23
2.2.1 Stratégie de recherche.....	24
2.2.2 Sélection des articles.....	24
2.2.3 Extraction des données.....	24
2.2.4 Analyse des données.....	24
2.3 Résultats.....	25
2.3.1 Description générale des articles publiés.....	26
2.3.2 Caractérisation et description des éléments clés des IPPAD.....	26
2.4 Forces et limites.....	35
2.5 Conclusions : critères qualité des IPPAD « 1 000 premiers jours » soutenant la relation parent-enfant.....	35
Chapitre 3 : Les enseignements de l'enquête « 1 000 parents 1 000 jours » concernant l'acceptabilité des IPPAD par les futurs et jeunes parents en population générale.....	40
3.1 De la nécessité d'explorer l'acceptabilité et les leviers de promotion des IPPAD auprès du public bénéficiaire.....	40
3.2 Méthode.....	40
3.2.1 Échantillonnage.....	41
3.2.2 Schéma général de l'enquête.....	41
3.2.3 Extraction des données.....	41
3.2.4 Analyse des données.....	41
3.3 Résultats.....	41
3.3.1 Description générale des répondants.....	41
3.3.2 La représentation que les futurs et jeunes parents ont de la protection maternelle et infantile.....	43
3.3.3 L'intérêt des IPPAD selon les futurs et jeunes parents.....	44
3.3.4 Recours aux IPPAD, quels freins et leviers pour faire accepter l'intervention aux parents ?	45
3.4 Forces et limites.....	48
3.5 Conclusion sur l'acceptabilité et les leviers du recours aux IPPAD par les publics ciblés.....	49

Chapitre 4 : Recensement des IPPAD en France.....	50
4.1 Contexte de l'état des lieux.....	50
4.2 Méthodes	50
4.2.1 Stratégie d'identification des interventions	50
4.2.2 Sélections des interventions.....	51
4.2.3 Extraction des données.....	51
4.2.4 Analyse des données.....	51
4.3 Résultats	51
4.3.1 Description générale des structures porteuses et de l'implantation territoriale des IPPAD actuellement déployées en France	51
4.3.2 Caractéristiques des IPPAD actuellement proposées sur le territoire national.....	52
4.3.3 Caractéristiques des IPPAD en 2022 - 2023	56
4.4 Identification des IPPAD répondant aux critères qualité « 1 000 premiers jours ».....	60
4.4.1 Sélection des interventions	60
4.4.2 Présentation des interventions décrites comme répondant aux critères qualité « 1 000 premiers jours »	61
4.5 Comment soutenir le développement des IPPAD en France selon les répondants ?.....	68
4.5.1 Types de moyens attendus par les structures répondantes pour développer des IPPAD	68
4.5.2 Des attentes différentes selon les types de répondants	69
4.5.3 Les IPPAD, une priorité d'action des répondants dans les deux années à venir ?	69
4.6 Portrait type d'une IPPAD recensée	71
4.7 Forces et limites de l'état des lieux	71
4.8 Conclusions sur l'état des lieux des IPPAD mises en œuvre en France.....	71
 Chapitre 5 : Propositions pour favoriser le développement des IPPAD soutenant la relation parent-enfant	 73
5.1 Accompagner les structures souhaitant implanter ou évaluer des IPPAD	73
5.2 Capitaliser les expériences pour comprendre finement les IPPAD et les déployer.....	74
5.3 Approfondir l'évaluation coût efficacité des IPPAD en menant des recherches interventionnelles sur les IPPAD atteignant 12 et 13 critères qualité	75
 6. Conclusion : les points saillants des connaissances produites et partagées dans ce guide.	 77
 7. Références bibliographiques	 78
 8. Annexe 1. Liste des articles inclus dans la revue de la littérature	 82
 9. Annexe 2. Questionnaire de recensement des interventions de prévention à domicile existantes ou à venir	 88

INTRODUCTION

L'apport des connaissances accumulées ces dernières années en neurosciences a considérablement contribué à la compréhension du développement du cerveau du bébé et du petit enfant (1). Ces découvertes ont notamment permis de mettre en évidence : d'une part que le cerveau est construit par la combinaison de la neurogenèse, de l'influence de l'environnement sur le capital génétique du fœtus et d'autre part, que le processus de développement débute bien avant la naissance et qu'il est influencé par la santé et l'environnement de la femme enceinte. Après la naissance, le développement du cerveau se poursuit et les connexions entre les neurones s'établissent ou se modifient au fur et à mesure en réponse aux expériences, qu'elles soient positives ou négatives, vécues par l'enfant. Si les expériences positives – telles que les interactions attentives et la protection apportées par la famille, la nutrition, la stimulation sensorielle et motrice – favorisent le développement de l'enfant ; les expériences négatives – telles que la négligence, le stress, l'insécurité, l'exposition à des polluants – sont quant à elles délétères et peuvent considérablement l'entraver.

Au cours des « 1 000 premiers jours » (période allant de la grossesse aux 2 ans de l'enfant), le développement cérébral de l'enfant joue un rôle majeur dans le développement du petit enfant puisqu'il lui permet d'acquérir les compétences et les aptitudes cognitives, physiques et motrices, émotionnelles, sociales et langagières. C'est de ces compétences et aptitudes que vont dépendre la santé, les apprentissages et le bien-être de l'individu tout au long de sa vie. Afin de pouvoir les développer, l'enfant a besoin de créer une relation aux autres et plus particulièrement un lien d'attachement avec sa mère ou toute autre personne s'occupant, prenant soin de lui et répondant à ses besoins fondamentaux.

En effet, John Bowlby a montré qu'un bébé, un petit enfant a besoin, pour survivre et se développer, d'établir un lien d'attachement avec au moins une personne qui prenne soin de lui de façon cohérente, continue et prévisible pour espérer avoir un développement social émotionnel normal. Ces liens ne sont pas seulement là pour assurer l'alimentation du bébé mais visent également à favoriser une proximité, physique et psychique, entre la mère et son enfant et à satisfaire le besoin vital de l'enfant de s'attacher à un adulte sécurisant. En plus d'assurer le bon développement du bébé, les liens d'attachement développent les capacités relationnelles et de gestion des événements jusqu'à l'âge adulte.

Si donner un sourire en réponse à celui du bébé, le prendre dans ses bras pour le rassurer et l'apaiser, lui chanter des comptines..., en résumé, créer les conditions d'une interaction harmonieuse influant la construction d'un type d'attachement donné peut paraître aller de soi, en réalité cela dépend de la résultante d'une combinaison de plusieurs paramètres comme les circonstances et contexte de vie, les expériences vécues, les transmissions et croyances familiales, sociétales et culturelles... Plusieurs facteurs de vulnérabilité pouvant avoir un effet négatif sur l'établissement du lien d'attachement entre la mère et son enfant ont été identifiés tels que : la fragilité psychologique liée à la parentalité (parité extrême (1 seul ou plus de 3 enfants), antécédent de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance, événement de vie adverse durant l'enfance, épisodes dépressifs connus avant la grossesse...), le manque de soutien social (isolement, violence intrafamiliale, absence d'une autre figure parentale...) et la fragilité sociale et économique (précarité financière, logement précaire, difficultés d'accès aux droits...).

En vue de renforcer ce lien et/ou de prévenir les troubles de l'attachement, des interventions de prévention précoces à domicile (IPPAD) se sont développées dès le début des années 1980.

Plus précisément, les IPPAD, dont la notion recouvre diverses acceptions et définitions, peuvent être définies comme toute activité de prévention et de promotion de la santé physique et mentale, de développement des capacités psychosociales ou de soins, s'adressant aux familles de la grossesse aux 2 ou 3 ans de l'enfant et réalisées à domicile (2). Ces interventions ciblent prioritairement les familles qui cumulent des facteurs de risque médico-psycho-sociaux de

vulnérabilité, difficiles d'accès du fait d'une faible utilisation et d'une faible confiance dans les réseaux de soins et d'aide communautaire. Les IPPAD constituent ainsi des réponses possibles aux besoins de santé des populations vulnérables à court et moyen termes. Par exemple, une étude de suivi des effets sur quinze ans de l'IPPAD américaine, *Nurse and Family Partnership*, réalisée auprès de 400 femmes, a révélé que celles qui avaient bénéficié de l'intervention, avaient réduit de façon significative les rapports observés de violence et de négligence envers leurs enfants (3). Les auteurs d'autres études réalisées sur cette cohorte de femmes et d'enfants ont également constaté des effets protecteurs à long terme, tels que des taux plus faibles de consommation de substances psychoactives à l'adolescence, de meilleurs résultats scolaires et moins d'arrestations et de condamnations ainsi que de meilleures compétences parentales (4).

Ces programmes probants, issus de recherches, ont fait l'objet de nombreuses publications scientifiques internationales et constituent aujourd'hui un robuste socle de connaissances sur lequel il est possible de s'appuyer pour identifier les pratiques et les stratégies d'intervention des IPPAD.

Pour tenter de guider les professionnels mettant en œuvre les IPPAD sur le terrain, le ministère de la santé et des services sociaux des États-Unis ont ainsi lancé l'étude *Home Visiting Evidence of Effectiveness* (HomVEE) afin de procéder à un examen approfondi et transparent des modèles de visites à domicile pour la petite enfance. Cette étude fournit une évaluation des preuves de l'efficacité des modèles de visites à domicile pour la petite enfance qui servent les familles avec des femmes enceintes et des enfants de la naissance à l'entrée en maternelle (c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 5 ans) (5).

En France, la commission des 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant, réunissant des professionnels et des chercheurs de tous horizons, spécialistes de la prise en charge sanitaire et sociale des enfants de moins de 3 ans et de leurs familles, avait pour objectif d'inscrire les réflexions dans le cadre d'une réforme en profondeur de la politique de petite enfance du gouvernement. Ses conclusions, remises en septembre 2020, ont permis d'identifier les pratiques préventives précoces permettant de lutter contre les fragilités et les inégalités sociales et de santé qui se creusent dès la naissance. Le rapport issu de cette commission (6) propose des observations, réflexions et recommandations parmi lesquelles figure la nécessité d'investir davantage dans l'accompagnement des familles et des enfants pendant cette période cruciale de la petite enfance. Ainsi, parmi les mesures mises en œuvre pour renforcer le parcours des 1 000 premiers jours de l'enfant : l'allongement du congé paternité à vingt-huit jours ; l'accompagnement à la généralisation de l'entretien prénatal précoce ; la diffusion de messages clés pour les parents ; l'amélioration de l'accompagnement des parents après la naissance ; la généralisation et l'harmonisation du projet éducatif dans l'accueil des enfants avant 3 ans (7).

Les interventions de prévention précoce à domicile sont identifiées comme pouvant améliorer l'accompagnement des parents mais leur déploiement en France nécessite de caractériser : les différents modèles d'interventions ; les concepts théoriques sous-tendant les interventions ; les objectifs ciblés ; les profils des visiteurs ainsi que les populations ciblées...

Par ailleurs, le périmètre même de l'intervention et ses mécanismes d'action doivent être analysés : si les interventions ont en commun de mettre l'accent sur l'importance des mille premiers jours de l'enfant ; où et quand commence et termine l'intervention ? Cela signifie l'exploration des mécanismes, des processus, des conditions et des modalités du déroulement de l'intervention ainsi que l'exploration de ses retombées sur le contexte afin d'en identifier leurs facteurs clés de qualité d'implantation. Il s'agit d'ouvrir la « boîte noire » de l'intervention (8,9) pour en évaluer la fonctionnalité, la fiabilité, la qualité ainsi que les mécanismes causaux et les facteurs contextuels associés aux résultats. Cette compréhension de l'ensemble des agents contextuels humains et non humains, interdépendants dans certaines limites spatiales et temporelles (10), est d'autant plus importante à produire que l'évaluation de l'efficacité d'une même intervention a pu obtenir des niveaux de preuves allant de fort à modéré voire faible selon les contextes d'implantation (11).

À l'interface entre les mondes de la recherche, de l'action publique et des décisions politiques, une des missions de Santé publique France est de favoriser la diffusion des données probantes issues de la littérature scientifique et expérientielle (12,13). Dans le cadre des chantiers nationaux sur les

1 000 premiers jours, Santé publique France a donc été mobilisée pour élaborer un guide IPPAD proposant aux professionnels de terrain, aux financeurs et aux décideurs politiques une indication quant aux facteurs favorisant une implantation de qualité, de ce type d'intervention.

L'objectif général de ce guide est de contribuer à l'axe « Renforcer le parcours 1000 premiers jours » de l'INSTRUCTION N° SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant.

Pour ce faire, ce guide partage les enseignements issus de trois études menées par l'unité périnatalité petite enfance de Santé publique France, ayant pour but de :

- Décrire et analyser les pratiques et les critères de qualité des IPPAD dans la littérature scientifique internationale ;
- Recueillir et analyser l'attrait que pourrait avoir une IPPAD soutenant le lien parent-bébé pour les futurs et jeunes parents, lorsqu'elle est proposée par un service de PMI ;
- Recenser, décrire et analyser les IPPAD actuellement déployées en France.

Le présent guide s'articule autour de cinq parties.

- La première présente une définition des IPPAD ayant pour objectif principal de soutenir la relation parent-enfant.
- La deuxième présente les résultats de la revue narrative de la littérature réalisée à partir de la documentation scientifique publiée selon les standards académiques internationaux et fait la liste des critères qualité identifiés à utiliser pour se repérer dans la mise en place ou le développement d'IPPAD.
- La troisième illustre les représentations et l'acceptabilité des IPPAD au travers des résultats de l'enquête « 1 000 parents 1 000 jours » menée par Santé publique France.
- La quatrième développe le recensement des IPPAD réalisé auprès des professionnels de terrain français, en vue de compléter, illustrer et approfondir les données issues de la revue de la littérature.
- Enfin, la cinquième et dernière met en perspective les résultats des travaux menés et émet des propositions pour favoriser l'amélioration ou le déploiement d'interventions de prévention précoce à domicile.

SYNTHÈSE DU GUIDE 2023

Repères pour l'implantation d'interventions de prévention précoce à domicile soutenant la relation parents-enfant

INTRODUCTION

La commission 1 000 jours, ayant pour objectif d'inscrire les réflexions dans le cadre d'une réforme en profondeur de la politique de petite enfance du gouvernement, a permis d'identifier les pratiques préventives précoces permettant de lutter contre les fragilités et les inégalités sociales et de santé qui se creusent dès la naissance. Suite à la remise du rapport de la Commission des 1 000 premiers jours de l'enfant, cinq axes prioritaires d'action ont été identifiés notamment relatifs au parcours des 1 000 premiers jours de l'enfant, avec l'amélioration de l'accompagnement des parents après la naissance. Parmi les accompagnements ayant démontré leur efficacité, les Interventions de prévention précoce à domicile (IPPAD) sont reconnues comme des interventions pouvant contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

Les IPPAD sont définies comme toute activité de prévention et de promotion de la santé physique et mentale, de développement des capacités psychosociales ou de soins, s'adressant aux familles de la grossesse aux 2 ou 3 ans de l'enfant. Ces interventions ciblent prioritairement les familles qui cumulent des facteurs de risque médico-psycho-sociaux de vulnérabilité et qui sont difficiles d'accès du fait d'une faible utilisation et d'une faible confiance dans les réseaux de soins et d'aide communautaire. Les IPPAD constituent ainsi des réponses possibles aux besoins de santé des populations vulnérables à court et moyen termes.

Malgré l'intérêt porté à ces interventions, l'exploration des mécanismes, des processus, des conditions et des modalités de réalisation de l'intervention, en bref, les facteurs clés de qualité d'implantation sont à approfondir.

OBJECTIFS

- Contribuer à l'axe « *Renforcer le parcours 1000 premiers jours* » de l'INSTRUCTION N° SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant.
- Décrire et analyser les pratiques et les critères de qualité des IPPAD dans la littérature scientifique internationale ;
- Recenser, décrire et analyser les IPPAD actuellement déployées en France et celles à venir au cours des deux prochaines années.

MÉTHODOLOGIE



STRATÉGIE DE RECHERCHE

- ✓ Bases de données : PubMed, Psychinfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Scopus et Cairn
- ✓ Période : 10 ans
- ✓ Mots-clés : « (intervention) AND (home visiting OR nurse home visiting) AND (early childhood OR pregnancy OR preschool OR perinatal OR antenatal OR postnatal) AND (attachment OR parent child relationship OR mother infant relationship OR mother infant attachment OR mother baby relationship OR mother baby attachment OR parenting skills OR parenting abilities) »



ANALYSE THÉMATIQUE DE CONTENU

52 ARTICLES



ÉCHANTILLONNAGE

- ✓ Enquête nationale « 1 000 parents 1 000 jours » : France métropolitaine du 24 février au 6 mars 2020
- ✓ Échantillon : Access panel d'internautes
- ✓ Critères d'inclusion : être parent d'enfants de moins de 3 ans ou être futur parent ; résider en France métropolitaine ; être majeur



ANALYSE DES DONNÉES

- ✓ Analyses quantitatives descriptives
- ✓ Logiciel R version 4.0.3



SÉLECTION DES ARTICLES

- ✓ Rédigés en anglais ou en français
- ✓ Recherche/Évaluation, protocoles ou études de faisabilité/pilotes
- ✓ Publiés au cours des dix dernières années
- ✓ Portait sur l'évaluation d'une IPPAD proposée durant la période des 1 000 premiers jours de l'enfant et soutenant la relation parent-enfant

81 ARTICLES



EXTRACTION ET ANALYSE DES DONNÉES

- ✓ Description des articles (titre, auteur(s), pays, date, revue, type de publication, mots-clés, discipline, domaine de publication et caractéristiques de l'étude)
- ✓ Éléments descriptifs de l'intervention (cadre logique de l'intervention, population cible, intervenants, partenariats, programme)
- ✓ Éléments clés de l'intervention (facteurs clés, facteurs d'influence)
- ✓ Évaluation (méthodologie et résultats)



SCHEMA GÉNÉRAL

- ✓ Questionnaire en ligne

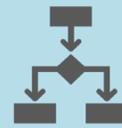


EXTRACTION DES DONNÉES

- ✓ Notoriété des PMI
- ✓ Volonté de bénéficier des IPPAD
- ✓ Freins et leviers au recours aux IPPAD

REVUE DE LA LITTÉRATURE

ENQUÊTE



STRATÉGIE D'IDENTIFICATION DES IPPAD

- ✓ Recherche des interventions à partir de l'identification des têtes de réseaux et de structures susceptibles de réaliser de telles interventions



STRATÉGIE GÉNÉRALE

- ✓ Visée descriptive et exploratoire
- ✓ Questionnaire en ligne ou par relance téléphonique



EXTRACTION DES DONNÉES

- ✓ Caractéristiques des structures répondantes
- ✓ Description des interventions
- ✓ Description des moyens nécessaires à la réalisation des IPPAD
- ✓ Remplissage des critères de qualité des IPPAD



ANALYSE DES DONNÉES

- ✓ Analyse quantitative à visée descriptive
- ✓ Logiciel R version 4.0.3

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES D'IPPAD

RÉSULTATS

L'analyse de contenu thématique des 52 articles retenus a révélé trois dimensions majeures influençant le fonctionnement et le résultat des interventions :

1. les caractéristiques des visiteurs à domicile ;
2. les composantes constitutives du programme de visites à domicile ;
3. les caractéristiques de la population cible.

Ces 3 dimensions ont permis de dégager 13 critères qualité des interventions de prévention précoces à domicile.

BASES SCIENTIFIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

L'INTERVENTION EST CONSTRUITE SUR LA BASE DE DONNÉES PROBANTES

UN CADRAGE THÉORIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE ET/OU EN PARENTALITÉ STRUCTURE LA STRATÉGIE D'INTERVENTION

UN RÉFÉRENTIEL, UN MANUEL ET DES OUTILS EXISTENT POUR GUIDER LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION

L'INTERVENTION PREND EN COMPTE LES ATTENTES DE LA POPULATION

CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION

L'INTERVENTION INCLUT UN OU PLUSIEURS OBJECTIFS EN PLUS DE L'OBJECTIF PRINCIPAL DE SOUTIEN À LA RELATION PARENT-ENFANT

L'INTERVENTION EST PROPOSÉE À DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

L'INTERVENTION COMMENCE EN PRÉNATAL

LA DURÉE DE L'INTERVENTION EST D'AU MOINS SIX MOIS

L'INTERVENTION COMPREND UN MINIMUM DE SIX VISITES

COMPÉTENCES, SOUTIEN, CONDITIONS RELATIVES AUX PROFESSIONNELS

LES PROFESSIONNELS INTERVENANT À DOMICILE ONT SUIVI UNE FORMATION SPÉCIFIQUE POUR POUVOIR DÉLIVRER L'INTERVENTION

LES PROFESSIONNELS INTERVENANT BÉNÉFICIENT D'UNE SUPERVISION OU D'UNE ANALYSE DE PRATIQUES POUR LES AIDER À METTRE EN ŒUVRE L'INTERVENTION

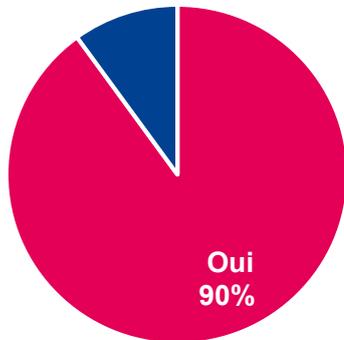
LE MAINTIEN DU (OU DES) MÊME(S) VISITEUR(S) TOUT AU LONG DU PROGRAMME PERMET D'ÉTABLIR UN LIEN DE CONFIANCE DURABLE AVEC LA FAMILLE

ÉVALUATION

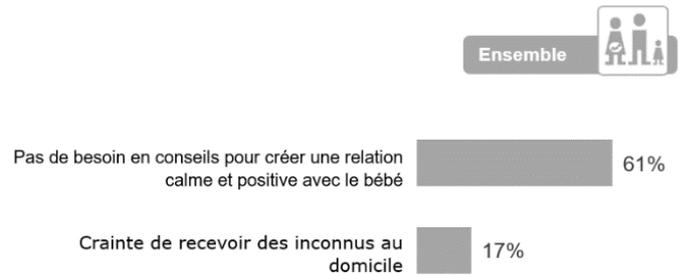
UNE ÉVALUATION RÉGULIÈRE DE L'INTERVENTION PERMET DE SAVOIR SI LES OBJECTIFS SONT ATTEINTS

L'échantillon des répondants à l'enquête « 1 000 parents 1 000 jours » est majoritairement constitué de femmes (80 %) ; âgées de plus de 30 ans (69 %) ; ayant un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat (87 %) et vivant en couple (95 %).

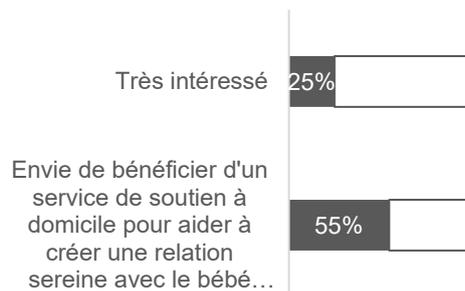
CONNAISSANCE DE LA PMI PAR LES FUTURS ET JEUNES PARENTS



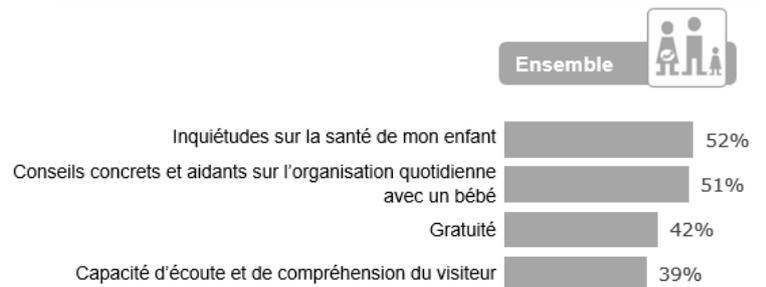
FREINS À L'INTÉRÊT PORTÉ AUX IPPAD



INTÉRÊT POUR LES IPPAD DES FUTURS ET JEUNES PARENTS



LEVIERS À L'INTÉRÊT PORTÉ AUX IPPAD



INTÉRÊT PLUS PRONONCÉ POUR :

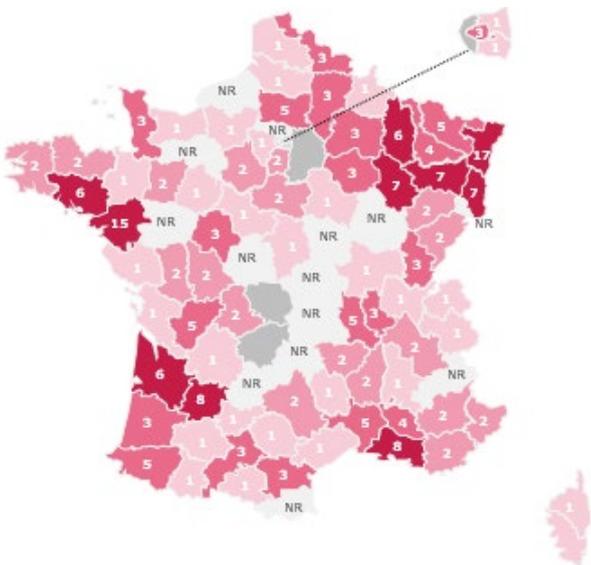
- ✓ Primipares
- ✓ Personnes ne se déclarant pas ou peu entourées
- ✓ Personnes se déclarant nerveuses ou stressées par rapport à la parentalité

INTÉRÊT MOINS PRONONCÉ POUR :

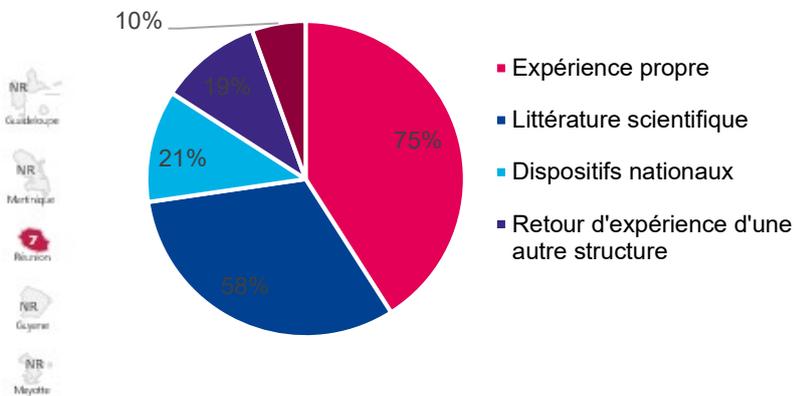
- ✓ Personnes avec un niveau inférieur au baccalauréat
- ✓ Personnes vivant en milieu rural ou petite ville

Un total de 216 interventions de prévention précoce à domicile ayant pour objectif, principal ou secondaire, de soutenir la relation parent-enfant ont été identifiées sur le territoire français et 59 interventions ont été décrites comme allant être mises en place dans les deux années à venir.

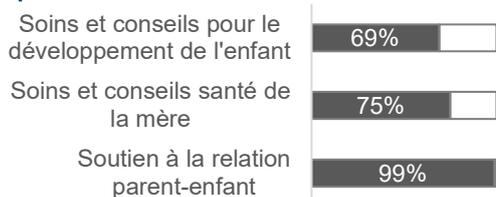
RÉPARTITION RÉGIONALE DES IPPAD ACTUELLEMENT PROPOSÉES



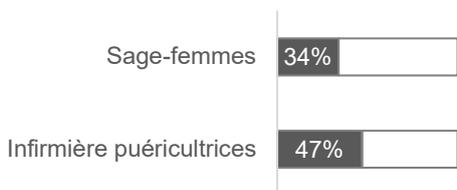
DÉVELOPPEMENT DE L'INTERVENTION SUR LA BASE DE...



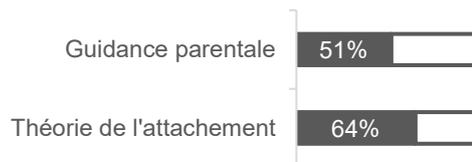
OBJECTIFS DES IPPAD



CARACTÉRISTIQUES DE VISITEURS À DOMICILE



CADRE THÉORIQUE SOUS-TENDANT L'IPPAD



TEMPORALITÉ DES IPPAD

Majoritairement, les IPPAD couvrent les périodes ante et post natale et durent en moyenne onze mois.

POPULATION CIBLÉE

Majoritairement les IPPAD ciblent des personnes en situation de vulnérabilité psychologique et socio-économique.

À FAIRE

Pour les actions remplissant entre 11 et 13 critères qualité :

- ✓ Réaliser une généalogie de l'intervention
- ✓ Construire une évaluation d'efficacité

Pour l'ensemble des IPPAD du territoire :

- ✓ Étudier plus en profondeur les interventions telles qu'elles se déploient, s'expriment, s'évaluent, évoluent et atteignent leurs objectifs.

PROPOSITIONS POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES IPPAD SOUTENANT LA RELATION PARENT-ENFANT

Accompagner les structures souhaitant implanter ou évaluer des IPPAD



- ✓ Mobiliser et créer si besoin des modalités de déploiement et de financement incluant du conseil scientifique et méthodologique
- ✓ Renforcer la coordination des interventions proposées
- ✓ Encourager l'utilisation des 13 critères qualité 1 000 premiers jours par les porteurs, les décideurs et les financeurs

Capitaliser les expériences pour comprendre finement les IPPAD et les déployer



- ✓ Améliorer la description et le reporting des IPPAD
- ✓ Développer et accompagner la démarche de capitalisation des connaissances relatives aux IPPAD en France

Approfondir l'évaluation coût efficacité des IPPAD en menant des recherches interventionnelles sur les IPPAD atteignant 12 et 13 critères qualité



- ✓ Élaboration du cadrage théorique de l'intervention avec l'identification des bases théoriques sous-tendant l'intervention et du contexte d'intervention ;
- ✓ Construction d'un questionnaire évaluatif permettant d'identifier si les interventions sont efficaces, pourquoi elles le sont et/ou si elles sont coût-efficace ;
- ✓ Mobilisation en amont du lancement de l'évaluation des connaissances scientifiques et des outils les plus adaptés pouvant améliorer les performances de l'intervention ;
- ✓ Mise en forme des résultats dans des formats mobilisables en vue de la transférabilité et de la prise de décision.

CHAPITRE 1 : DÉFINITION ET CONCEPTUALISATION DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION PRÉCOCE À DOMICILE

1.1 Définition des interventions de prévention précoce à domicile

Les interventions de prévention précoce à domicile, plus généralement nommées programmes de visites à domicile se développent et font l'objet de nombreux travaux scientifiques (5,14–17) abordant ce qu'elles sont, sur quoi elles reposent, ce qu'elles objectivent, ce qu'elles représentent comme innovation et bien entendu quelle est leur efficacité.

Les interventions de prévention précoce à domicile se sont développées dans de nombreux pays, et selon les études ont pu démontrer certains effets positifs sur :

- le développement psychoaffectif de l'enfant avec moins de problèmes d'attachement à 1 an, moins de troubles du comportement et un meilleur développement cognitif, langagier et moteur ;
- la santé de l'enfant avec moins d'accidents, d'hospitalisations et de passages aux urgences, plus de vaccination et moins de faible poids à la naissance et de prématurité ;
- la réussite scolaire de l'enfant ;
- la santé de la mère avec un meilleur suivi de grossesse et du post-partum, moins de diabète gestationnel, une réduction des hospitalisations anténatales, moins de césariennes, moins de stress et de dépression périnatale ; un espacement des grossesses ;
- la parentalité avec plus de connaissances parentales ; un meilleur repérage et une meilleure réponse aux besoins du bébé ; plus de satisfaction et de sentiment de compétences parentales ; une meilleure capacité maternelle à créer un environnement sécuritaire et stimulant ; un meilleur engagement, une meilleure confiance et moins d'anxiété chez les pères.

Aux États-Unis, après des travaux de recherche entrepris vers la fin des années 1970 (18), on note à partir de 2010 une expansion rapide des programmes de visites à domicile à la suite de l'importante allocation des fonds fédéraux *Affordable Care Act* dans le programme de visites à domicile pour les mères, les nourrissons et les jeunes enfants. En France, les visites à domicile font partie intégrante des pratiques de la PMI créée en 1945, après la seconde guerre mondiale. Initialement, leur objectif était de permettre la protection généralisée des femmes enceintes, des jeunes mères venant d'accoucher et des jeunes enfants en instaurant les visites ante et postnatales, la surveillance des enfants et l'éducation des mères.

Les définitions actuelles de visites à domicile pour la petite enfance indiquent qu'il s'agit d'une intervention de visiteurs à domicile :

- formés et pouvant être des professionnels de disciplines spécifiques (psychologie, santé, social ou petite enfance), des équipes interdisciplinaires de professionnels, des professionnels médico-sociaux et non-soignants (professionnels de la petite enfance...) ou encore des pairs ;
- rencontrant à plusieurs reprises au cours de la période des 1 000 premiers jours, les futurs parents ou les familles pour leur offrir un ensemble de services de prévention primaire, secondaire, de soins, d'accompagnement psychosocial ou de soutien à la parentalité interconnectés.

Ces programmes sont des interventions, basées sur le volontariat des familles, conçues ou adaptées et testées pour être dispensées à domicile. Pendant les rencontres, les visiteurs à domicile tendent à établir des relations solides et positives, à offrir des possibilités de soutien et de participation des parents et des familles afin de renforcer les compétences des enfants et des familles.

Pragmatiquement, les services peuvent être dispensés selon un calendrier défini ou être adaptés pour répondre aux besoins des familles et être axés sur les jeunes enfants, les enfants ayant des besoins particuliers en matière de soins de santé, les parents de jeunes enfants ou la relation entre les enfants et les parents. Ils peuvent utiliser une stratégie bigénérationnelle – parents et grands-parents – pour relever simultanément les défis sociaux et économiques des parents et de la famille.

La fidélité, conformité au processus de l'intervention telle qu'évaluée en condition expérimentale doit être suivie. Il est nécessaire de décrire la façon dont elle est mise en œuvre ; de faire bénéficier les intervenants d'une formation spécialisée ainsi que d'une supervision continue et être un programme axé sur des questions spécifiques à l'enfant et à la famille (17,19,20).

Il est important de distinguer les IPPAD d'autres soutiens apportés par les services de la petite enfance comme l'aide au développement psychomoteur. Ces services ne sont généralement pas développés dans la perspective de l'écologie de l'enfant et de la famille, c'est-à-dire considérant l'enfant et sa famille dans leur globalité mais également dans ses interrelations avec son environnement. Le développement des relations n'est pas une composante essentielle des soutiens spécifiques à certaines compétences ciblées – comme le développement psychomoteur –, alors qu'il est considéré comme capital dans la plupart des programmes complets de visites à domicile.

Une IPPAD est définie comme une activité de services de prévention précoce, primaire, secondaire, de soins, d'accompagnement psychosocial ou de soutien à la parentalité au cours de la période des 1 000 premiers jours de l'enfant. L'intervention est constituée d'un contenu défini et est réalisée au cours de visites à domicile répétées chez des futurs et jeunes parents par des professionnels formés à cette intervention de façon spécifique.

1.2 Les interventions de prévention précoce à domicile centrées sur le soutien à la relation parent-enfant

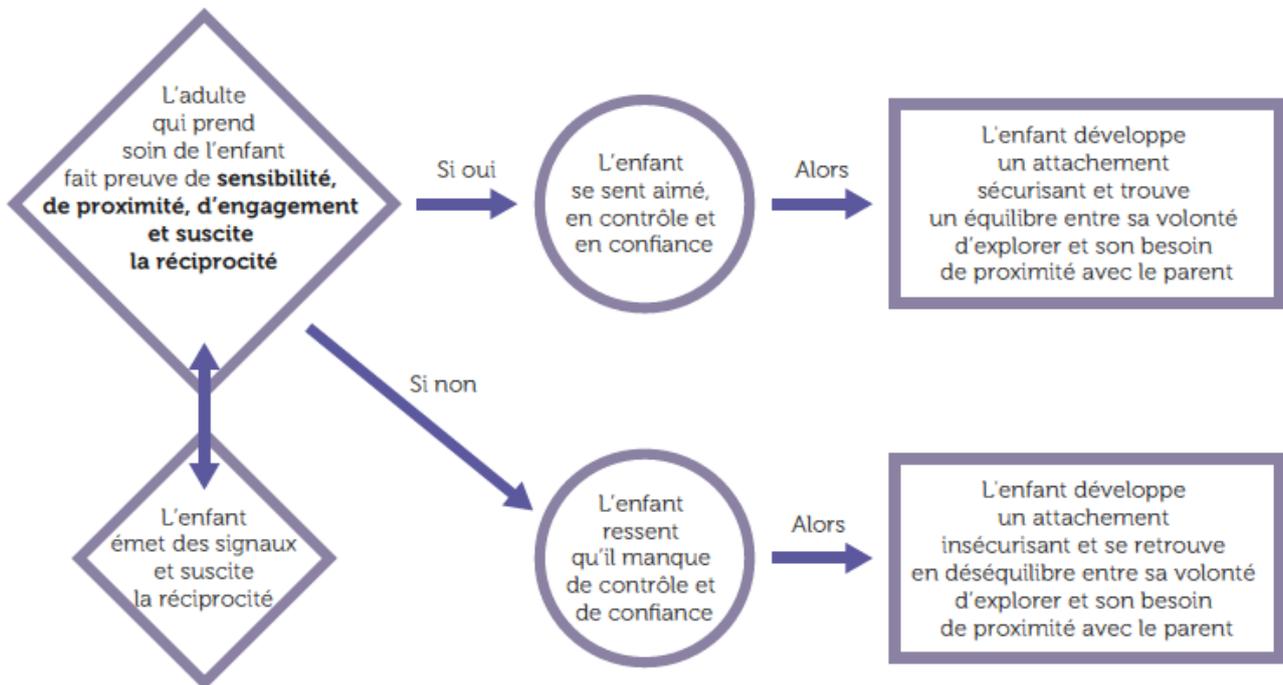
Comme évoqué dans la section précédente, les objectifs ciblés par les IPPAD peuvent être variés au regard des professionnels qui les pratiquent, des populations ciblées, des contextes d'intervention. **Dans le présent guide, seront comprises comme IPPAD les interventions ayant pour objectif principal de soutenir la relation parent-enfant à domicile.**

La relation parent-enfant réside dans le lien particulier et sélectif que l'enfant établit au début de sa vie, soit durant ses trois premières années, avec son parent. Il existe une pluralité de cadrages théoriques pour appréhender cette relation, une des principales étant la théorie de l'attachement. L'attachement est un lien affectif durable d'un enfant envers un adulte qui en prend soin (généralement le parent), et qui se manifeste notamment par divers comportements permettant à l'enfant d'interagir avec cet adulte, surtout dans les moments de détresse (21). Le développement d'un attachement précoce « sécurisant » à « sa figure de soins », permet à l'enfant d'explorer son environnement avec confiance, contribue à la mise en place d'un large éventail de compétences par exemple : le goût pour l'apprentissage, l'estime de soi, des compétences sociales affirmées, des relations interpersonnelles durables, voire de solides compétences cognitives.

Lorsque les parents, par leur disponibilité psychique et émotionnelle, parviennent à répondre aux besoins de l'enfant, ce dernier peut alors facilement développer un sentiment de sécurité et de confiance en ses parents, témoignant d'un attachement dit « sécurisé ». Dans cette perspective, l'attachement d'un enfant envers son parent démontre qu'il a l'assurance que celui-ci peut le protéger, le reconforter ou le consoler. L'attachement d'un enfant sera qualifié d'« insécurisé » si les réponses de l'entourage à ses besoins d'attachement sont insuffisamment régulières, prévisibles ou adéquates pour la construction de sa base de sécurité.

Les différences individuelles constatées dans les styles d'attachement des enfants dépendent principalement de l'histoire de la qualité des soins quotidiens (le « *parental caregiving* ») reçus par les enfants. Ceci implique que le parent ait la volonté et la capacité d'être sensible aux signaux de l'enfant, de répondre à ses besoins de façon adaptée, de lui proposer une proximité physique et émotionnelle réconfortante, de veiller en permanence à sa sécurité et à son bien-être, d'adapter ses interactions en fonction des préférences et caractéristiques du bébé (figure 2). Cela suppose que le parent ait la capacité de réfléchir sur ses propres expériences mentales ainsi que sur celles de son enfant et leur influence (fonction réflexive parentale), fonction cruciale durant la période de la petite enfance où les comportements sont les modes d'expression principaux (22).

Figure 1. Schéma illustratif du processus du développement de l'attachement, inspiré de Bowlby (1969), Goulet et al. (1998) et Sonkin et Dutton (2003) (23)



CHAPITRE 2 : LES ENSEIGNEMENTS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE CONCERNANT LES FACTEURS FAVORISANT L'EFFICACITÉ DES IPPAD

Si les IPPAD sont au cœur des réflexions actuelles, elles posent encore de nombreux défis dans la production de données probantes et de transférabilité. Afin d'identifier ce qui selon les chercheurs fait l'efficacité de leurs interventions, qu'ils s'agissent d'éléments contextuels, interventionnels ou individuels, nous avons réalisé une revue narrative¹ de la littérature scientifique internationale. Le présent chapitre précisera dans un premier temps l'intérêt de l'utilisation d'une revue de littérature pour l'identification des éléments précédemment cités. Il présentera ensuite les résultats de cette revue. Enfin, il conclura sur les apports et les limites de cette dernière.

2.1 Contexte de la revue de la littérature

Nous avons vu en introduction que le sujet des IPPAD et la reconnaissance de l'intérêt de celles-ci ont connu une forte croissance au cours des années 2000 avec la publication de nombreuses études. L'exploration du fonctionnement, des conditions et des modalités de réalisation de telles interventions ainsi que l'exploration de leurs facteurs clés de réussite semblent utiles dans la perspective d'un déploiement efficient en France.

Partant du constat que les approches innovantes se multiplient, nous nous sommes interrogés sur les **stratégies d'intervention** développées et appliquées ainsi que sur les **facteurs de réussite** de ces interventions. L'identification des éléments clés devant être conservés et des éléments devant être adaptés au regard du contexte d'intervention est en effet encore peu recherchée et demande à être explorée. L'enjeu consiste en l'explicitation de « Comment ces interventions fonctionnent-elles ? », « Auprès de quelle(s) populations(s) ? » et « Pourquoi ? ». Répondre à ces questions doit permettre non seulement de concevoir et d'élaborer des interventions adaptées aux contextes de vie et d'action, agissant au mieux sur les déterminants de santé ciblés par l'intervention, mais également d'envisager les effets de ces interventions dans des contextes différents. Cette analyse a été menée à partir d'une revue narrative³ de la littérature, permettant l'exploration qualitative de la documentation disponible sur les IPPAD visant à renforcer la relation parent-enfant pour en faire ressortir les pratiques et les facteurs d'influence des IPPAD.

2.2 Méthodes

Une revue narrative de la littérature scientifique évaluant des IPPAD centrées sur le soutien à la qualité de la relation parents-enfant a été réalisée. Cette revue avait pour objectif d'identifier les éléments probants et les critères de qualité des IPPAD permettant aux décideurs et aux porteurs de sélectionner et/ou de mettre en pratique une intervention efficace sur leur territoire. Plus précisément, il s'agissait :

1. de décrire le contexte de publication ;
2. d'identifier et analyser les stratégies d'intervention mobilisées ou développées ;
3. d'identifier et analyser les facteurs clés assurant l'efficacité de ces interventions.

Ce guide présente les résultats de l'analyse qualitative de cette revue. La stratégie de recherche a été conçue pour identifier les articles écrits par des auteurs qui évaluent des IPPAD ayant pour objet

³ La revue narrative correspond à l'évaluation, dans la littérature scientifique, de ce qui est déjà connu sur une question de politique ou de pratique, en utilisant les méthodes de revue systématique pour faire la recherche et l'évaluation critique de la recherche existante.

principal la relation d'attachement parent-enfant. Pour ce faire, nous avons utilisé la check-list *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Prisma) (24).

2.2.1 Stratégie de recherche

La recherche a été effectuée dans les bases de données PubMed, Psychinfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Scopus et Cairn. La recherche a été effectuée sur une période de dix ans (du 1^{er} janvier 2001 au 17 juin 2021) selon les mots-clés « (intervention) AND (home visiting OR nurse home visiting) AND (early childhood OR pregnancy OR preschool OR perinatal OR antenatal OR postnatal) AND (attachment OR parent child relationship OR mother infant relationship OR mother infant attachment OR mother baby relationship OR mother baby attachment OR parenting skills OR parenting abilities) » présents dans le titre, le résumé et/ou le corps de l'article.

2.2.2 Sélection des articles

Les articles inclus répondaient aux critères suivants :

1. les articles étaient rédigés en anglais ou en français ;
2. il s'agissait d'articles de recherche/évaluation, de protocoles ou d'études de faisabilité/pilotes (les revues/méta-analyses, les articles méthodologiques, les résumés, les chapitres de livres, les commentaires/lettres, les documents de conférence et autres présentations orales et les articles examinant les cadres conceptuels ont été exclus) ;
3. publiés au cours des dix dernières années (du 31 décembre 2009 au 31 mai 2021) ;
4. le sujet de l'article portait sur l'évaluation d'une IPPAD proposée durant la période des 1 000 premiers jours de l'enfant et soutenant la relation parent-enfant.

Une première sélection des articles sur lecture des titres et des résumés a été effectuée par quatre examinatrices travaillant indépendamment. Une sélection détaillée sur le texte intégral des articles restants a ensuite été réalisée. Les désaccords éventuels ont été résolus par une discussion entre l'investigatrice principale et les examinatrices.

2.2.3 Extraction des données

Tous les articles inclus ont fait l'objet d'une lecture complète. Les données ont été extraites à l'aide d'une grille de recueil comprenant les éléments suivants : 1. Description des articles (titre, auteur(s), pays, date, revue, type de publication, mots-clés, discipline, domaine de publication et caractéristiques de l'étude) ; 2. Éléments descriptifs de l'intervention (cadre logique de l'intervention, population cible, intervenants, partenariats, programme) ; 3. Éléments clés de l'intervention (facteurs clés, facteurs d'influence) ; 4. Évaluation (méthodologie et résultats).

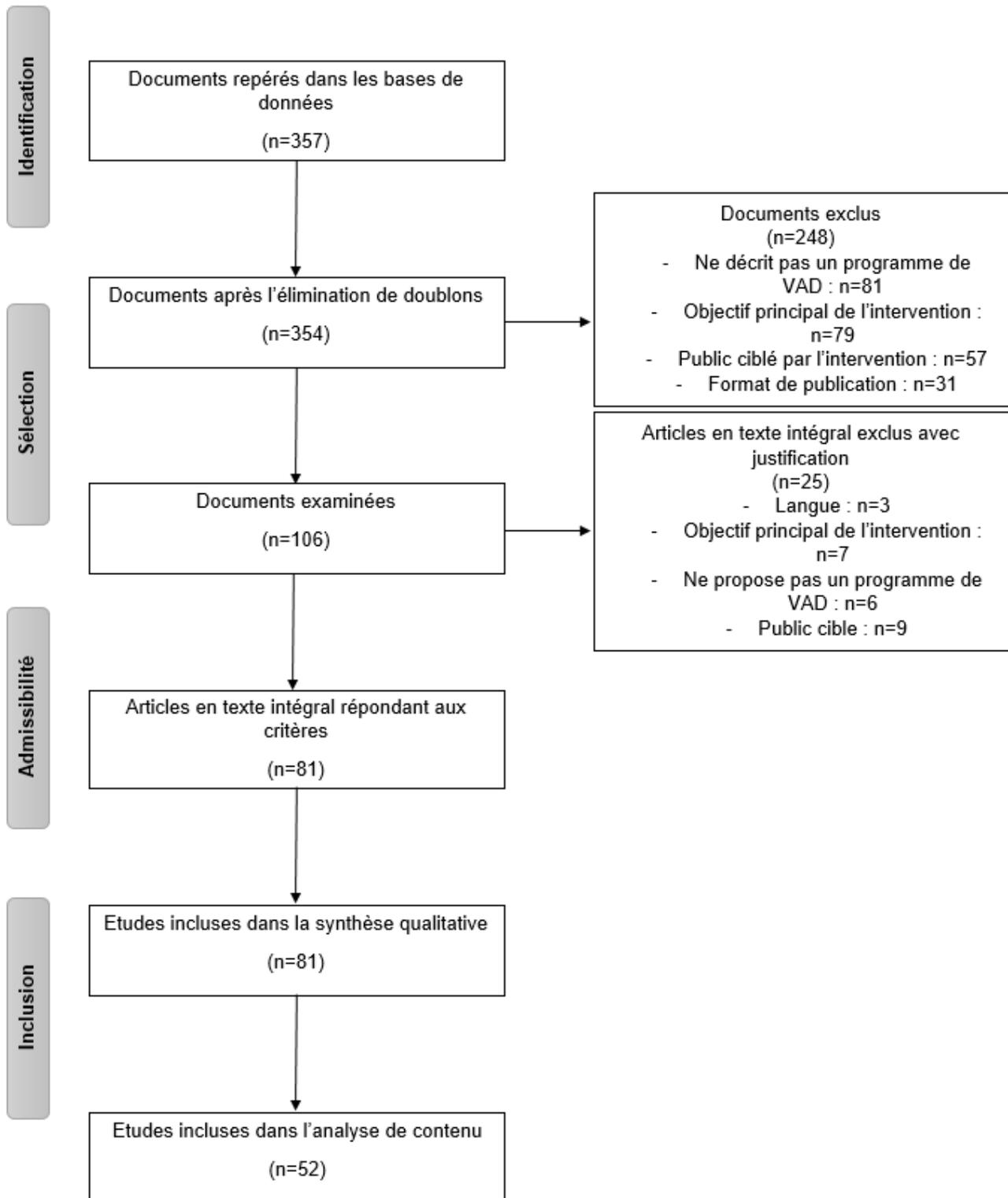
2.2.4 Analyse des données

Les articles extraits ont été soumis à une analyse en deux étapes. La première était une analyse descriptive qui identifiait toutes les références faisant état d'IPPAD proposée durant la période des 1 000 premiers jours de l'enfant et ayant pour objet principal la relation parent-enfant. La seconde consistait en une analyse de contenu explorant les dimensions de l'intervention, de sa mise en œuvre et de sa transférabilité, les facteurs concourants au succès ou à l'échec de l'intervention identifiés par les auteurs. Quatre examinatrices ont effectué ces analyses et ont échangé leurs informations sur la description des résultats majeurs de leurs analyses respectives.

2.3 Résultats

Un total de 357 articles a été identifié. Parmi ces 357 articles, 81 répondaient aux critères d'inclusion (Figure 2).

Figure 2. Diagramme Prisma



2.3.1 Description générale des articles publiés

Sur les 81 articles inclus dans l'étude, 83 % étaient des études d'évaluation, 13 % des protocoles d'études et 4 % des études pilotes ou de faisabilité. La majorité des articles provenaient de pays anglo-saxons. L'évolution du nombre des publications sur le sujet des interventions ciblant l'attachement parents-enfants est assez stable depuis 2013. Les disciplines les plus fréquemment représentées étaient la santé publique (32 %) ; la psychologie (23 %) ; les soins infirmiers (16 %) et la médecine (16 %).

Une analyse descriptive plus approfondie et thématique de contenu a été réalisée. Les protocoles, n'ont pas été analysés car ils apportaient peu d'éléments quant au fonctionnement des interventions. Un regroupement des articles qui portaient sur une même étude développée en contexte unique a été réalisé. Ainsi, parmi les 81 articles, 52 articles ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Parmi ces 52 articles, 33 faisaient état d'un effet positif ou négatif de l'intervention sur la population cible, les 19 articles restants faisaient quant à eux état d'une évaluation qualitative venant expliquer les résultats quantitatifs ou les mécanismes et processus des interventions. Lorsque cela fut pertinent, une sous-analyse portant sur les 33 articles, décrivant eux-mêmes 25 interventions différentes, présentant au moins un effet positif a été réalisée.

2.3.2 Caractérisation et description des éléments clés des IPPAD

L'analyse de contenu thématique des 52 articles retenus a révélé trois dimensions majeures influençant le fonctionnement et le résultat des interventions :

1. les caractéristiques des visiteurs à domicile ;
2. les composantes constitutives du programme de visites à domicile ;
3. les caractéristiques de la population cible.

Dans cette section, nous proposons une caractérisation et une description des dimensions influençant le résultat des IPPAD. Nous nous efforçons de mettre en évidence les éléments les plus précis et concrets possibles qui sont communs aux IPPAD ayant démontré des preuves d'efficacité.

2.3.2.1 Les caractéristiques des visiteurs à domicile

Les caractéristiques individuelles des visiteurs à domicile constituent un élément majeur des IPPAD. Elles reflètent le climat de confiance entre les visiteurs à domicile et les bénéficiaires de l'intervention et son effet potentiel en matière de participation et de maintien dans l'intervention mais aussi les connaissances et compétences des visiteurs.

Le **climat de confiance**, fonction clé dans la participation des bénéficiaires à l'intervention, est dépendant d'une part des compétences du visiteur dans l'élaboration d'une stratégie communicative et relationnelle et d'autre part de la connaissance mutuelle acquise au cours du temps.

Plus précisément, afin de développer une relation de confiance essentielle à l'inscription, au maintien et à la motivation des bénéficiaires à participer au programme pendant une longue période, les visiteurs doivent disposer de compétences pour aborder et communiquer avec eux.

« Le développement d'une relation chaleureuse et professionnelle était considéré comme la clé pour retenir et motiver les participants à faire confiance et à apprendre du programme pendant la longue période d'intervention » (25).

La relation établie au cours du temps va avoir une influence sur la réalisation d'un accompagnement efficace et adapté aux besoins des bénéficiaires ; les bénéficiaires identifiant alors le visiteur comme un système de soutien et ce, même dans les gestions de crises ou dans les cas de placement des enfants par les services sociaux.

« L'établissement d'une relation de confiance avec la mère adolescente est un élément fondamental du programme. Grâce à cette relation de confiance, il est plus probable que la mère adolescente continue de considérer le visiteur comme faisant partie de son système de soutien, même lorsque le visiteur doit prendre des décisions pour une surveillance accrue de la mère adolescente et de l'enfant, comme un renvoi à la protection de l'enfance. Les visiteuses s'efforcent d'être honnêtes dans leurs interactions avec les mères adolescentes, d'une manière qui montre qu'elles se soucient de la mère adolescente et de l'enfant. » (26).

Le climat de confiance entre le visiteur et le bénéficiaire apparaît donc comme un élément central, constitutif et guidant des programmes de visites à domicile pouvant être entretenu entre les séances par des messages ou appels téléphoniques. Cette revue narrative montre par ailleurs le caractère mouvant de la relation entre le visiteur et le bénéficiaire, c'est-à-dire que le climat de confiance relève de l'interaction des parties prenantes dans une temporalité plus ou moins longue. Il doit être compris comme un système évolutif dans lequel les expériences antérieures du visiteur et des bénéficiaires, la connaissance mutuelle acquise au cours du temps, les évolutions personnelles... sont autant d'éléments induisant le climat de confiance. Ainsi, le manque de confiance en l'intervenant et le changement d'intervenant au cours du programme pouvaient être une cause d'abandon.

Les **connaissances et compétences des visiteurs**, ingrédients actifs pouvant influencer positivement ou négativement l'intervention, sont variées dans les articles analysés.

En effet, dans les 52 articles analysés, 48 précisaient le type d'intervenant. Les visiteurs à domicile étaient, de façon non exclusive, des professionnels du domaine de la santé (sages-femmes, infirmières, infirmières de puériculture notamment) (75 %), des professionnels médico-sociaux et non-soignants (6 %) (éducateur en santé, agent de santé communautaire) ou de la petite enfance, ou encore des travailleurs sociaux (19 %) ou des personnes issues de la communauté (10 %).

Si de plus amples informations concernant le type et le volume de formation spécifique du visiteur à domicile sont nécessaires, cette formation doit préparer le visiteur à établir une relation productive et respectueuse avec le bénéficiaire du programme et à comprendre et connaître le programme et ses fondements théoriques.

2.3.2.2 Les composantes constitutives des programmes de visites à domicile

Identifier les caractéristiques du programme ayant une influence sur l'effet de celui-ci nécessite d'évaluer l'exhaustivité de ces modalités et de ces conditions d'application. Si parmi les 52 articles analysés, peu présentent de manière approfondie ces éléments, cinq caractéristiques ressortent de cette étude : le concept théorique sous-tendant l'intervention ; le(s) objectif(s) de l'intervention ; le contenu défini des visites ; la formation des visiteurs ainsi que la supervision des visiteurs à domicile.

- Le développement d'intervention basée sur un modèle théorique

Développer une compréhension théorique du processus de changement probable, en s'appuyant sur les preuves et la théorie existantes, constitue un préalable pour la construction des interventions de prévention et pour leur évaluation. Trente-trois des articles analysés précisaient le concept théorique sous-tendant l'intervention. Deux concepts sont majoritairement mobilisés pour le développement d'IPPAD à même de faire évoluer favorablement la relation parent-enfant : la théorie de l'attachement (45 %) et l'approche écologique de Bronfenbrenner (36 %). Parmi les interventions ayant eu un effet positif, ces deux concepts restent prédominants (33 % et 18 %). Si parmi les huit interventions ayant des effets négatifs, cinq présentaient un cadrage théorique, deux interventions s'appuyaient sur le concept théorique écologique de Bronfenbrenner et une sur celui de l'attachement. Par ailleurs, sur les 25 interventions ayant un effet positif sur la relation parent-enfant, 9 reposaient sur l'utilisation d'une combinaison de 3 à 4 concepts théoriques.

- Les objectifs interventionnels

Hormis le soutien à la relation parent-enfant qui était un critère de sélection des interventions, les objectifs principaux des interventions décrites étaient, de façon non exclusive, relatifs : aux soins et conseils de santé de la mère ; aux soins et conseils pour le développement de l'enfant ; au soutien social des parents ; aux conditions de vie et à la maltraitance. Le tableau ci-dessous illustre la distribution de chacun de ces objectifs.

Tableau 1. Répartition des objectifs des IPPAD recensés dans la littérature

Objectif d'intervention	Pourcentage d'articles inclus dans l'analyse (n=52)	Pourcentage d'articles concluant à un effet positif (n=25)	Pourcentage d'articles concluant à un effet négatif (n=8)
Soutenir la relation parent-enfant	100 %	100 %	100 %
Prodiguer des soins et conseils de santé de la mère	40 %	40 %	50 %
Prodiguer des soins et conseils pour le développement de l'enfant	65 %	68 %	38 %
Apporter du soutien social aux parents	14 %	3 %	13 %
Agir sur les conditions de vie	14 %	3 %	38 %
Prévenir la maltraitance des enfants	7 %	1 %	0 %

Parmi les 52 articles analysés, 46 présentaient une intervention correspondant à une combinaison de 2 à 4 objectifs. Ainsi, 32 articles avaient au moins pour objectifs de soutenir la relation parent-enfant et de prodiguer des soins et conseils pour le développement de l'enfant. Parmi ces 32 interventions, 13 (52 %) avaient un effet positif. Comparativement, seulement 5 (20 %) interventions avaient un effet positif parmi ceux ne reposant pas, a minima, sur cette dyade d'objectifs.

Par ailleurs, parmi les 7 interventions ayant pour objectifs de soutenir la relation parent-enfant et de prodiguer des soins et conseils de santé de la mère, associés ou non à d'autres objectifs hormis celui relatif au développement de l'enfant, seule une obtient un effet positif.

Enfin, sur les 8 interventions ayant des effets négatifs, 5 n'incluaient pas d'objectif relatif aux soins et conseils pour le développement de l'enfant.

Ainsi, il semblerait qu'inclure un objectif de soins et de conseils pour le développement de l'enfant associé à un objectif de soutien à la relation parent-enfant soit un élément clé dans le résultat positif des interventions de prévention précoce à domicile.

- Les modalités d'intervention

Quel(s) que soi(en)t le ou les objectif(s) ciblé(s) par l'intervention, les programmes de visites à domicile prenaient diverses modalités. Sont présentés ici les éléments relatifs : à la période de couverture du programme, à la dose d'intervention, aux outils de déploiement et à la supervision des visiteurs.

Parmi les 52 articles analysés, 40 précisaient la période de couverture de l'intervention. Ainsi, 70 % des interventions couvraient les périodes ante et postnatales, 28 % uniquement la période postnatale et 3 % uniquement la période anténatale. Sur les 25 interventions ayant un effet positif, 19 articles précisaient la période de couverture de l'intervention. Aussi, 15 interventions (74 %) couvraient les périodes ante et postnatale et 5 interventions (27 %) uniquement la période postnatale.

Le fait de débiter l'intervention en période anténatale était indiqué dans certains articles comme un élément clé de l'intervention car d'une part c'est lors de cette période que les premiers liens affectifs entre la mère et leur bébé se nouent ; et d'autre part parce qu'elle permet de créer la relation de confiance entre le visiteur et la mère, nécessaire au succès de l'intervention.

Dans les pays anglo-saxons, « Le modèle de la doula⁴ communautaire commence plus tôt que la plupart des programmes parentaux, toujours pendant la grossesse et parfois au début de celle-ci, ce qui permet à la relation entre la doula et la mère de se développer avant la naissance du bébé et à être avec la mère lorsque ses premières idées sur son bébé et sur elle-même en tant que mère se forment. La doula peut avoir des avantages par rapport aux autres visiteurs à domicile en s'engageant dans une relation avec la mère pendant la grossesse » (27).

Quel que soit le degré d'efficacité de l'intervention, la durée des programmes était en moyenne de 24,8 mois avec un minimum de 2,5 mois pour une intervention délivrée en postnatal uniquement et un maximum de 69 mois pour une intervention délivrée en ante et postnatal. Ces durées maximum et minimum ont toutes deux obtenu un effet positif, cependant certains articles soulignaient que la durée trop longue de l'intervention pouvait être une cause d'abandon du programme par les bénéficiaires.

« L'abandon précoce et la durée d'inscription au programme sont fortement corrélés l'un à l'autre dans une direction négative ($r = -0,78, p < 0,001$) » (28).

« De nombreuses infirmières pensent que l'attrition doit être comprise dans le contexte des réalisations des bénéficiaires et de l'atteinte d'un point de saturation personnel qui se produit souvent bien avant le deuxième anniversaire de l'enfant. Il a été reconnu que les succès des clients se produisent bien avant ce moment, inspirés par les "graines" de connaissances plantées par les infirmières du programme NFP⁵. » (29).

Sur les 35 articles précisant le démarrage du programme, les premières visites à domicile étaient principalement réalisées lors du premier (50 %) ou du troisième trimestre de grossesse (42 %) en anténatal et principalement au cours du premier mois de l'enfant (73 %) lorsque l'intervention débutait en postnatal. Hormis une, les interventions se poursuivaient au minimum jusqu'au cinquième mois de l'enfant et pour les plus longues au-delà du 25^e mois de l'enfant. Le tableau ci-dessous présente cette répartition.

Tableau 2. Période à laquelle la dernière visite à domicile a lieu

Dernière visite à domicile	Pourcentage d'articles inclus dans l'analyse (n=37)	Pourcentage d'articles concluant à un effet positif (n=18)	Pourcentage d'articles concluant à un effet négatif (n=6)
1 ^{er} mois de l'enfant	0 %	0 %	0 %
2 ^e ou 3 ^e mois de l'enfant	3 %	0 %	0 %
4 ^e au 6 ^e mois de l'enfant	16 %	33 %	33 %
7 ^e au 12 ^e mois de l'enfant	8 %	0	17 %
13 ^e au 18 ^e mois de l'enfant	11 %	11 %	17 %
19 ^e au 24 ^e mois de l'enfant	38 %	39 %	33 %
25 ^e mois de l'enfant ou plus	24 %	28 %	0 %

L'analyse des articles présentant une intervention ayant eu un effet positif permet de mettre en évidence deux tendances majoritaires quant au moment de la dernière visite à domicile : jusqu'au

⁴ Le mot « doula », du grec ancien, est utilisé aujourd'hui dans le domaine de la périnatalité, pour nommer une femme qui a pour vocation d'aider une autre femme et son entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, grâce à son expérience et à sa formation. Elle incarne la figure féminine qui se tenait autrefois auprès de la femme qui met au monde son bébé, aux côtés de la sage-femme. **La profession de doula n'est, à ce jour, pas reconnue en France.**

⁵ NFP : Nurse Family Partnership.

6^e ou jusqu'aux 19^e à plus de 25^e mois de l'enfant. Parmi les 14 interventions s'achevant au 6^e mois de l'enfant, 66,7 % avaient un effet positif et 52,7 % des interventions s'achevant après le 24^e mois de l'enfant avaient un résultat positif.

Le nombre de séances des visites à domicile proposé dans les programmes variait de 3 à 147. Les analyses sur les interventions ayant ou n'ayant pas d'effet ne permettent pas de définir la dose d'intervention nécessaire à son efficacité. En moyenne, 21,5 % des visites des programmes étant proposées pendant la période anténatale.

S'agissant de l'intensité à laquelle les visites doivent être proposées pour être efficaces, là encore, les éléments issus de la revue sont variés allant de la visite hebdomadaire à la visite semestrielle. Parmi les 25 articles présentant des interventions ayant des effets positifs, 14 décrivaient la régularité à laquelle les visites à domiciles étaient proposées.

Le tableau ci-dessous reprend cette répartition, les fréquences n'étant pas exclusives les unes des autres au sein d'un même programme.

Tableau 3. Fréquence des séances des visites à domiciles dans les IPPAD analysés

Fréquence/régularité des visites	Pourcentage d'articles inclus dans l'analyse (n=25)	Pourcentage d'articles concluant à un effet positif (n=14)	Pourcentage d'articles concluant à un effet négatif (n=1)
Hebdomadaire	64 %	64 %	100 %
Bihebdomadaire	4 %	7 %	100 %
Bimensuelle	40 %	43 %	100 %
Toutes les 3 semaines	4 %	0 %	0 %
Mensuelle	40 %	43 %	100 %
Bimestrielle	4 %	7 %	0 %
Trimestrielle	8 %	14 %	0 %
Semestrielle	4 %	7 %	0 %
À la demande	8 %	14 %	0 %

Bien qu'aucune étude n'ait été réalisée pour définir le nombre minimum de visites à domicile nécessaires avant qu'un changement dans la qualité de la relation parent-enfant ne se produise, une tendance à une délivrance intensive, soit a minima une fois par mois dans les premiers mois de l'enfant, de l'intervention les premiers mois de l'enfant, a été observée. Aussi, une combinaison de fréquence des visites a été constatée dans plusieurs interventions proposant un programme dont l'intensité diminue au cours du temps, passant d'une visite par semaine en période périnatale puis bimensuelle et mensuelle en fonction des étapes de développement de l'enfant.

- Les outils de réalisation et de suivi

Parmi les 52 articles analysés, 23 précisaient (dont 15 des 25 interventions ayant un effet positif) que les étapes de réalisation de l'intervention reposaient sur l'utilisation d'une démarche structurée. Ces interventions disposaient en effet de guides méthodologiques recensant les recommandations, de façon plus ou moins détaillées et strictes, de déploiement des visites.

Ces guides étaient conçus pour assurer la construction et le suivi du déroulement de l'intervention, allant du contenu devant être abordé dans chacune des visites au contenu scientifique relatif aux étapes de développement de l'enfant ou aux soins, mais proposaient aussi des outils plus opérationnels d'observation du nourrisson ou des supports d'échanges avec les parents. Parmi les outils d'observations mobilisés dans les IPPAD, la revue a permis de repérer la pratique de la vidéo

*feedback*⁶ permettant la conscientisation des parents de leurs comportements et de leur relation avec leur enfant. Ces extraits illustrent les différentes formes que pouvaient prendre ces guides.

« L'outil propose une séquence d'activités de routine pour chaque session ; il montre aux prestataires comment organiser leurs interventions dans le cadre d'un traitement au fil du temps » (25).

« L'outil comprend :

- 6 DVD comprenant des courts-métrages sur la grossesse, les soins aux enfants et le développement de l'enfant. Ces DVD ont été utilisés par les psychologues en visite à domicile pour faciliter la formation d'une alliance de travail avec chaque famille, en particulier pendant la période prénatale.

- un document complet, élaboré par l'équipe de recherche, sur la promotion du développement émotionnel du nourrisson et la qualité de l'attachement mère-enfant.

- des films de courtes séquences d'interactions quotidiennes entre les mères et leurs enfants : bain, repas, jeux, changement de couches, etc. Lors de la visite suivante, les mères regardaient la vidéo et discutaient de ce qu'elles voyaient avec la psychologue chargée de la visite à domicile » (30).

« L'outil guide les intervenants et propose des outils pour offrir des réponses aux parents, informer et proposer les soins appropriés aux différentes périodes couvertes par le programme » (31).

« L'outil guide aide à commenter les réponses du nourrisson ; à modéliser un processus de création d'un espace mental pour le nourrisson en dépit des considérations contextuelles préoccupantes ; présente les lignes directrices et les sujets à couvrir à chaque séance » (32).

Ces guides présentent l'avantage d'une part de centrer les visites sur le nourrisson qui fait alors obligatoirement partie de la visite et permet au visiteur de bien centrer son intervention sur la dyade parent-enfant et non sur le parent uniquement, et d'autre part de s'assurer de la fidélité au programme.

- La formation des intervenants

Parmi les articles analysés, aucune étude ne fournit de comparaison directe de l'efficacité des visiteurs professionnels de santé par rapport aux visiteurs professionnels médico-sociaux et non-soignants. Il est important de noter que le fait que les intervenants aient bénéficié d'une formation spécifique à l'application du programme est un élément clé des IPPAD. Parmi les 52 articles analysés, 35 précisent que les visiteurs avaient reçu une formation spécifique allant de huit heures à neuf mois pouvant être dispensée sous divers formats. De façon non exclusive, ces formations avaient pour objectifs : de présenter et de former les visiteurs au contenu du programme (52 %) ; d'apporter du contenu scientifique relatif aux éléments du programme (23 %) ; de travailler la posture du visiteur lors des visites à domicile (21 %) ; de se familiariser à l'utilisation des outils du programme (6 %).

- La supervision des intervenants

Si la mise en pratique de l'intervention peut être guidée par des outils spécifiques, les intervenants, quelles que soient leurs caractéristiques, bénéficiaient également, dans 25 (dont 17 des 25 interventions ayant un effet positif) des 52 articles analysés, d'une guidance spécifique : la supervision.

Partie intégrante de la visite à domicile (17,19,20), la supervision repose sur trois caractéristiques essentielles : la réflexion, la collaboration et la régularité. Les supervisions décrites dans les articles analysés sont variées.

⁶ Le *feedback* est une forme de communication interpersonnelle qui consiste à exprimer un retour à son interlocuteur sur ses actes. Le but est d'obtenir une modification ou un renforcement de ses actions. Il s'agit dans ce cadre du visionnage avec les parents et le visiteur à domicile de vidéos illustrant des interactions parents-enfant.

Aussi, la supervision peut cibler différents objectifs. Elle pouvait prendre la forme d'une réflexion sur le nourrisson, le parent, la relation parent-enfant en développement précoce ainsi que sur le visiteur lui-même, sur ses réponses émotionnelles, sa perspicacité, sa syntonie (c'est-à-dire sa parfaite harmonie avec son environnement et ses sentiments) et sa curiosité à l'égard de son travail.

« Les supervisions avaient pour objectif de renforcer la disponibilité des visiteurs pour accueillir émotionnellement les demandes et s'aligner avec. »

Les dialogues réflexifs entre le superviseur et le supervisé pouvaient être réalisés afin d'influencer ce qu'il était possible de l'être pour l'évolution professionnelle à travers la supervision. Cette réflexion permet d'approfondir le développement au cours des premières années de la vie, les complexités de l'attachement et de la parentalité précoce, et les stratégies d'évaluation et d'intervention efficaces en cas de vulnérabilité qui placent le nourrisson et le(s) parent(s) dans une situation de risque élevé.

« Les séances de coaching avaient pour objectif de soutenir la formation initiale et promouvoir l'utilisation efficace et intentionnelle des stratégies de consultation triadiques et collaboratives dans les visites à domicile avec les familles. »

« La supervision avait pour objectif de réfléchir sur les pratiques et offrir des conseils sur les éléments de l'intervention et soutenir l'intervenant dans son travail avec les familles vulnérables. »

La supervision était envisagée comme une réelle collaboration entre le superviseur et le supervisé et offrait un espace respectueux et réfléchi où les observations, les émotions et le stress engendré par les visites pouvaient être explorés.

« Les superviseurs font preuve d'empathie, sont compréhensifs et attentifs ; ils n'ont pas d'attitudes de jugement concernant les choix des visiteurs à domicile ; et ils prennent en compte les questions transférentielles et contre-transférentielles. De même, concernant l'organisation des sessions de supervision, la présente étude souligne l'importance d'établir une relation sûre et confidentielle entre le superviseur et le supervisé, avec un minimum de distractions pendant les sessions de supervision. »

La supervision fournissait alors un contexte de confiance dans lequel le visiteur était capable de réfléchir aux réalités du travail avec les nourrissons, les très jeunes enfants et les familles, ainsi qu'à lui-même et sa posture.

« L'équipe de gestion du projet était extrêmement consciente du niveau de besoin, de traumatisme et de détresse auquel les visiteurs à domicile seraient exposés quotidiennement. Bien que très compétents, il est important de garder à l'esprit que les visiteurs à domicile ne sont pas des thérapeutes qualifiés. [...] une structure de supervision a été mise en place pour contenir et gérer la détresse et l'anxiété que les visiteurs à domicile ressentent inévitablement dans leur travail. La supervision était également considérée comme un espace d'enseignement continu. »

La supervision mise en place dans les IPPAD peut également avoir pour objectifs d'améliorer de manière itérative la qualité de l'intervention ; de fournir un soutien méthodologique à la mise en œuvre du programme et de ses séances constitutives ; de recueillir les besoins en formation sur des aspects spécifiques du programme ou encore de s'assurer de la fidélité au programme et au suivi du déploiement.

« La supervision avait pour objectif de passer en revue la mise en œuvre des stratégies Dads Matter, fournissant une supervision clinique de l'intervention dans le contexte de chaque cas. Un soutien et des conseils ont été donnés pour les questions générales et spécifiques liées à l'engagement des pères, à la coparentalité, aux modules et activités spécifiques aux pères.

Elle a permis la vérification de l'engagement du père dans le service, des questions sur la coparentalité et la résolution de problèmes liés à la mise en œuvre de l'intervention. »

Les modalités des séances de supervision étaient elles aussi diversifiées. Prenant la forme de séances individuelles ou collectives, la régularité des séances pouvait varier d'hebdomadaire à trimestrielle. Parmi les 52 articles analysés, 22 (dont 15 présentant une intervention ayant un effet positif) présentaient la régularité à laquelle les séances de supervisions étaient proposées. Ainsi, près de la moitié proposait une séance hebdomadaire et/ou mensuelle. Plus précisément, 13 articles proposaient un détail des modalités de pratique des séances de supervision. Parmi ces 13 interventions, 8 proposaient une supervision basée sur une combinaison de séances individuelles hebdomadaires et collectives mensuelles ; 4 proposaient uniquement des séances individuelles hebdomadaires (n=1), bimensuelle (n=2) et trimestrielle (n=1) ; et une proposait uniquement des séances collectives hebdomadaires. La régularité des séances de supervision permettait de réduire l'épuisement et le roulement des professionnels identifiés comme causes d'abandon des bénéficiaires du programme.

Quel que soit le format de supervision adopté dans les interventions, les auteurs s'accordent sur le fait qu'elle devait être dispensée par des superviseurs seniors, notamment des professionnels de santé mentale, décrits comme ayant un haut niveau de formation et/ou une grande expérience des pratiques de visites à domicile et du programme ; soit par des professionnels spécifiquement formés aux pratiques de supervision dans le cadre spécifique du programme.

2.3.2.3 Les caractéristiques de la population cible

L'analyse des articles a mis en évidence une tendance à privilégier une approche ciblée des IPPAD plutôt qu'une approche universelle. À l'instar des éléments précédents, la population ciblée par les IPPAD est variée. En effet, parmi les 52 articles inclus dans l'analyse, seulement 2 interventions étaient proposées à l'ensemble de la population. Les autres interventions l'étaient à des populations prioritaires en fonction d'au moins un critère de vulnérabilité.

Le tableau 4 présente, de façon non exclusive, les différents critères de vulnérabilité des publics retenus dans le cadre des interventions proposées.

Tableau 4. Facteurs de vulnérabilité des populations ciblées par les IPPAD analysées

Facteur de vulnérabilité	Pourcentage d'articles inclus dans l'analyse (n=52)	Pourcentage d'articles concluant à un effet positif (n=25)	Pourcentage d'articles concluant à un effet négatif (n=8)
Précarité économique de la famille	56 %	60 %	38 %
Mère de 21 ans ou moins	27 %	32 %	63 %
Mère isolée socialement	27 %	28 %	38 %
Violences au sein du couple de parents ou de la famille	23 %	28 %	13 %
Résidence de la famille dans une zone prioritaire	23 %	24 %	13 %
Fragilité psychologique de la mère	19 %	32 %	0 %
Grossesse à risque	19 %	16 %	13 %
Faible niveau d'éducation	17 %	24 %	13 %
Parité extrême	15 %	24 %	13 %
Antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance	7 %	12 %	0 %
Troubles repérés dans la relation mère-enfant	8 %	12 %	13 %
Pathologie psychiatrique connue d'un des parents	8 %	4 %	0 %
Prématurité, handicap ou maladie grave de l'enfant	6 %	4 %	0 %
Phase aiguë de dépression chez la mère	6 %	0 %	25 %
Difficultés de mobilité vers les services de soins	4 %	4 %	0 %
Grossesse non désirée à ce moment	4 %	4 %	13 %
Mère née à l'étranger en situation de migration récente	4 %	0 %	13 %

Ce tableau montre que les cinq critères de vulnérabilité le plus souvent ciblés sont la précarité économique de la famille, le jeune âge de la mère, l'isolement social de la mère, la violence au sein du couple ou de la famille et la résidence de la famille en zone prioritaire.

Parmi les 52 interventions analysées, 32 ciblent un public cumulant de 2 à 7 facteurs de vulnérabilité. Sur les 25 interventions ayant un effet positif, seules 6 étaient adressées à un public sous le prisme d'un seul critère de vulnérabilité. Cependant l'hétérogénéité des critères ciblés ne permet de conclure quant à la relative importance de chacun des critères considérés de façon isolée ou combinée. En effet, si de nombreuses interventions ciblant un public cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité semblent plus efficaces que lorsque ces mêmes interventions étaient délivrées en population générale, certains auteurs soulignent la difficulté à développer ces interventions chez des populations cumulant trop de facteurs de vulnérabilité, l'intervention passant en second plan par rapport aux difficultés quotidiennes de la vie, ou ayant une culture trop éloignée du programme.

« Le programme MECSH a été adapté afin de fournir une intervention culturellement appropriée aux familles autochtones. En 2008, une évaluation de l'impact sur la santé (EIS) a été entreprise en consultation avec la communauté autochtone locale, le service médical autochtone et le service de santé communautaire, afin d'identifier et d'atténuer tout aspect de l'intervention MECSH susceptible d'avoir un impact négatif sur les familles autochtones. [...] La documentation du programme (procès-verbaux des réunions du personnel, procédures et protocoles, formation) a été continuellement examinée afin d'identifier : les obstacles et les facilitateurs à l'adoption et au maintien du programme d'intervention, l'adaptation culturelle [...] »(11)

Il est à noter que les fragilités de la population sont décrites dans les articles à la fois comme des critères d'inclusion dans les IPPAD pour en assurer la faisabilité et l'efficacité, et comme des freins à la réussite de ces mêmes interventions, car elles sont souvent la cause de l'abandon. En effet, l'état de santé des bénéficiaires ; les caractéristiques sociodémographiques, cognitives, culturelles et éducatives (précarité économique, faible niveau d'éducation, instabilité du logement, déménagement, retour à l'emploi, parent/enfant étranger, insécurité d'attachement importante) ; l'expérience personnelle antérieure (antécédent d'avortement) ; l'acceptabilité de l'intervention (peur du placement de l'enfant) ; la perception leur besoin (autres problématiques plus prioritaires selon elles) ; la perception de l'utilité de l'intervention (inadéquation entre le programme et les besoins perçus) ainsi que l'intérêt et la motivation induite par les proches, notamment par le coparent ou la grand-mère maternelle de l'enfant, à participer à l'intervention ont été cités comme des éléments majeurs influençant le maintien dans ou l'abandon du programme par les bénéficiaires.

2.4 Forces et limites

Les IPPAD peuvent être classées de différentes manières. Nous avons choisi une classification de visites à domicile ayant pour objectif de soutenir la relation parent-enfant durant les 1 000 premiers jours de l'enfant. Celle-ci était appropriée car elle reflétait les préoccupations pratiques du présent guide.

Nous n'avons vraisemblablement pas pu réaliser une analyse exhaustive des travaux utiles sur les IPPAD. En effet, le mot-clé « visites à domicile » n'a permis de retrouver que les interventions décrites comme telles par leurs auteurs. Les bases de données interrogées référencent des articles de domaines divers, mais une recherche plus approfondie dans les domaines des sciences sociales aurait pu compléter les éléments identifiés. Cependant, nous avons avant tout souhaité donner un aperçu des pratiques et des critères qualité des IPPAD visant à soutenir la relation parent-enfant développées et pratiquées par les chercheurs qui s'identifient eux-mêmes comme travaillant sur ce sujet.

2.5 Conclusions : critères qualité des IPPAD « 1 000 premiers jours » soutenant la relation parent-enfant

Ce travail de revue de littérature, associé aux éléments identifiés dans d'autres travaux (15–17,33,34) ou guides méthodologiques de santé publique, permet d'identifier **13 critères de qualité (complétant les critères qualité usuels relatifs aux actions ciblant les 1 000 premiers jours [35,36]) des IPPAD ayant pour objectif principal de soutenir la relation parent-enfant auprès de familles en situation de vulnérabilité** conformément aux mesures de la feuille de route 1 000 premiers jours, dont la liste est établie ci-dessous.

Tableau 5. Critères qualité identifiés pour le développement d'IPPAD soutenant la relation parent-enfant

BASE SCIENTIFIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE



L'INTERVENTION EST CONSTRUITE SUR LA BASE DE DONNÉES PROBANTES

L'utilisation de données probantes selon le principe de l'*evidence-based*. L'*evidence-based public health*, est définie comme étant l'utilisation consciencieuse, judicieuse, explicite des meilleures preuves actuellement disponibles dans la prise de décision en santé publique (12). Cette démarche peut ainsi être considérée comme l'intégration de la preuve scientifique à l'expérience des professionnels, aux préférences des populations et aux caractéristiques du contexte pour éclairer et améliorer la décision et la pratique dans le développement, la réalisation et l'évaluation des programmes et des politiques de santé (37).



UN CADRAGE THÉORIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE ET/OU EN PARENTALITÉ STRUCTURE LA STRATÉGIE D'INTERVENTION

L'identification d'une ou plusieurs théorie(s) interventionnelle(s) existante(s) et/ou leur développement par de nouvelles recherches est nécessaire afin de développer une compréhension théorique du processus probable des changements attendus par l'intervention, que celle-ci soit déjà réalisée ou qu'elle soit à venir.

Le cadrage se doit :

- d'expliciter les objectifs et stratégies d'intervention ;
- d'identifier et de définir les mécanismes qui sous-tendent le fonctionnement et les résultats de l'intervention ;
- respecter les principes éthiques.

Cette compréhension théorique de la manière dont l'intervention provoque le changement est nécessaire afin de pouvoir conserver l'efficacité de l'intervention en contexte (9).



UN RÉFÉRENTIEL, UN MANUEL ET DES OUTILS EXISTENT POUR GUIDER LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LE CADRE DE L'INTERVENTION

Les référentiels, manuels méthodologiques ou autres outils recensant les recommandations d'exécution de l'intervention doivent être élaborés afin d'assurer la construction et l'implantation fidèle de l'intervention à ce qui était initialement prévu et reconnu comme efficace.

Le contenu des outils peut être relatif tant au comportement à adopter qu'aux stratégies et techniques d'intervention.

Ils ont aussi pour but d'anticiper et de corriger les problèmes ou difficultés identifiés lors de la mise en œuvre de l'intervention.

Par ailleurs, ces guides sont des outils essentiels de la transférabilité de l'intervention.



L'INTERVENTION PREND EN COMPTE LES ATTENTES DE LA POPULATION

- Pour que les publics ciblés aient recours aux IPPAD, les acceptent et y adhèrent suffisamment longtemps pour en tirer les bénéfices de santé, celles-ci doivent être en adéquation avec les attentes des bénéficiaires.
- La forme et le contenu de l'intervention doivent être adaptés aux besoins ressentis des participants à chaque visite afin qu'ils la perçoivent comme utile.

CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION



L'INTERVENTION INCLUT UN OU PLUSIEURS OBJECTIFS EN PLUS DE L'OBJECTIF PRINCIPAL DE SOUTIEN À LA RELATION PARENT-ENFANT

Combiner un ou plusieurs objectifs d'intervention, notamment un objectif de soins et de conseils sur le développement de l'enfant, à l'objectif de soutien à la relation parent-enfant est un élément clé dans le résultat positif de l'intervention de prévention précoce à domicile.



L'INTERVENTION EST PROPOSÉE À DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Il est précisé dans le projet 1 000 premiers jours que ces interventions doivent s'adresser à des familles vulnérables. La littérature ne permet pas de trancher sur les critères de vulnérabilité à privilégier dans les IPPAD pour avoir des effets sur la relation parent-enfant. Ce type d'intervention est quasi systématiquement proposé à des populations prioritaires en fonction d'au moins un critère de vulnérabilité. Celles-ci semblent plus efficaces lorsqu'elles s'adressent à des familles cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité ; cependant, lorsque les familles cumulent trop de facteurs de vulnérabilité, l'intervention risque d'être inefficace. Le choix des critères de vulnérabilité du public à cibler est à réfléchir en fonction des besoins et des priorités de santé du territoire.



L'INTERVENTION COMMENCE EN PRÉNATAL

Débuter l'intervention en période anténatale est important car les premiers liens affectifs et interactions de la mère avec son bébé ; les premières représentations de la mère de son enfant et de son rôle de mère, commencent à se former pendant la grossesse (38–40). Lors de la grossesse, les futurs parents sont plus vulnérables, émotionnellement et physiquement ouverts à la possibilité de nouvelles façons de penser et d'agir et acceptent plus volontiers un soutien notamment à domicile (41,42). Encourager les parents dès avant la naissance favorise la santé de la mère et de l'enfant. Cela permet aussi à la relation intervenant-parent de se développer dans un climat de confiance.

A noter qu'une grande majorité des interventions ayant démontré leur efficacité débutent pendant la grossesse (3,43).



LA DURÉE DE L'INTERVENTION EST D'AU MOINS SIX MOIS

Des articles sur l'efficacité d'intervention publiés au cours des dernières années ne se dégagent pas de durée minimum de l'intervention. Cependant, MacLeod & Nelson (44) ont constaté des tailles d'effet importantes dans les interventions d'une durée de six mois ou plus. De plus, cette durée des six mois de l'enfant correspond à la période minimale nécessaire à l'enfant pour qu'il adopte une figure d'attachement principale.



L'INTERVENTION COMPREND UN MINIMUM DE SIX VISITES

Les données concernant le dosage et l'intensité du dispositif sont divergentes. Cependant, plusieurs auteurs ont constaté que les interventions intensives étaient les plus efficaces (44,45). Le soutien intensif facilite davantage l'engagement, la cohérence, le renforcement positif et les conseils étant plus facilement accessibles aux familles au cours de l'intervention. Les éléments de la revue – identifiant que 88 % des interventions avaient une fréquence *a minima* mensuelle – croisés à la nécessité d'une durée minimale de six mois de l'intervention, indique qu'au moins 6 visites seraient nécessaires pour obtenir des effets positifs.

COMPÉTENCES, SOUTIEN, CONDITIONS RELATIVES AUX PROFESSIONNELS



LES PROFESSIONNELS INTERVENANT À DOMICILE ONT SUIVI UNE FORMATION SPÉCIFIQUE POUR POUVOIR DÉLIVRER L'INTERVENTION

Ce critère émane de la définition même de la visite à domicile (17,19,20). Les visiteurs à domicile formés sont l'incarnation du programme pour les familles ; ils attirent les familles vers le programme et ils le dispensent. Les visiteurs à domicile doivent avoir les compétences :

- personnelles nécessaires pour établir une relation avec les familles ;
- techniques afin d'assurer la bonne maîtrise du contenu et des outils du programme ;
- organisationnelles pour dispenser le programme de visites à domicile tout en répondant aux crises familiales qui peuvent survenir ;
- en matière de résolution de problèmes pour résoudre les problèmes que les familles présentent au moment où ils se présentent.



LES PROFESSIONNELS INTERVENANT BÉNÉFICIENT D'UNE SUPERVISION OU D'UNE ANALYSE DE PRATIQUES POUR LES AIDER À METTRE EN ŒUVRE L'INTERVENTION

Quel que soit leur niveau de compétence, une supervision étroite est nécessaire pour aider les visiteurs à domicile à faire face au stress émotionnel du travail et à maintenir leur objectivité, à prévenir les dérives par rapport aux protocoles du programme et à fournir des services de soutien efficaces aux familles. La supervision est réalisée soit par un superviseur senior (haut niveau de formation et/ou grande expérience des pratiques de VAD et du programme), soit par un professionnel spécifiquement formé aux pratiques de supervision dans le cadre précis de l'intervention.

La supervision prend généralement un format individuel hebdomadaire parfois accompagné d'un format collectif plutôt à un rythme mensuel.



LE MAINTIEN DU (OU DES) MÊME(S) VISITEUR(S) TOUT AU LONG DU PROGRAMME PERMET D'ÉTABLIR UN LIEN DE CONFIANCE DURABLE AVEC LA FAMILLE

Dans la majorité des dispositifs étudiés, les visites à domicile sont menées par un unique intervenant. La confiance et une alliance de travail positive sont identifiées comme étant déterminant pour l'efficacité de l'intervention car elles facilitent une adhésion dans la durée des bénéficiaires. Il apparaît nécessaire de maintenir un intervenant ou un groupe d'intervenants identique tout le long de l'intervention afin d'assurer l'établissement de la relation de confiance ainsi que le maintien des bénéficiaires dans le programme.

ÉVALUATION



UNE ÉVALUATION RÉGULIÈRE DE L'INTERVENTION PERMET DE SAVOIR SI LES OBJECTIFS SONT ATTEINTS

L'évaluation régulière de l'intervention est nécessaire afin de porter un jugement sur celle-ci et de la réajuster si nécessaire. Elle permet de rechercher la pertinence et la cohérence de l'intervention au regard des bénéficiaires et de leurs objectifs, du contexte... ; de comparer les plans opérationnels réalisés par rapport à ceux prévus ; de comparer les indicateurs de résultats aux objectifs et aux résultats à atteindre et de rechercher des effets non prévus pendant ou après l'intervention et de proposer des adaptations.

Ces critères n'ont pas vocation à être exhaustifs ni à se substituer aux démarches usuelles de planification des IPPAD mais ils constituent des points de vigilance à analyser lors du développement, de l'ajustement, du transfert d'une IPPAD ou bien lors de son évaluation. Ces critères peuvent également servir de repères aux décideurs politiques s'ils souhaitent développer les IPPAD tant au niveau national que local.

Si nous retrouvons dans les composantes identifiées comme influentes, plusieurs éléments dans les articles analysés, ils sont souvent abordés succinctement ou partiellement et ne permettent pas une vision précise sur la manière dont ces éléments ont influencé l'intervention et les effets de celle-ci. Des descriptions théoriques et pratiques détaillées des IPPAD faciliteraient pourtant leur évaluation et leur reproduction sur d'autres territoires.

CHAPITRE 3 : LES ENSEIGNEMENTS DE L'ENQUÊTE « 1 000 PARENTS 1 000 JOURS » CONCERNANT L'ACCEPTABILITÉ DES IPPAD PAR LES FUTURS ET JEUNES PARENTS EN POPULATION GÉNÉRALE

Dans ce chapitre, nous justifierons dans un premier temps la nécessité d'explorer l'acceptabilité des IPPAD auprès du potentiel public bénéficiaire. Nous présenterons ensuite la méthodologie sélectionnée pour l'exploration de cette acceptabilité ainsi que les résultats.

3.1 De la nécessité d'explorer l'acceptabilité et les leviers de promotion des IPPAD auprès du public bénéficiaire

Si l'intérêt de développer des IPPAD dans le but de favoriser la relation parent-bébé est démontré, elles ne peuvent être pertinentes que si la population ciblée par celles-ci y a accès, peut en bénéficier dans sa totalité ou dans une proportion suffisante pour avoir un effet et si elle la juge pertinente et acceptable. Aussi, nous nous sommes interrogés sur le degré d'acceptabilité de l'intervention, sur le positionnement de la population générale quant à l'utilité de l'intervention, ainsi que sur leur perception de leurs besoins.

Ainsi, afin de compléter les réponses apportées par la revue quant à l'identification et à la caractérisation de l'acceptabilité et des leviers pour motiver le recours aux IPPAD, nous avons souhaité réaliser une enquête populationnelle dans le contexte français. Cette enquête avait pour objectif d'explorer l'intérêt suscité par les services de visites à domicile proposées par les services de protection maternelle et infantile (PMI) qui sont les services de santé publique français qui proposent le plus systématiquement des visites à domicile aux familles.

3.2 Méthode

Une enquête populationnelle nommée « 1 000 parents 1 000 jours » a été réalisée afin d'évaluer d'une part les types de contenus informatifs les plus attractifs pour les parents et les futurs parents ; et d'autre part l'intérêt suscité par les services de visites à domicile proposées par les PMI. Cette enquête avait pour objectif d'identifier les éléments pouvant influencer l'acceptabilité et l'usage des IPPAD sur le territoire français. Plus précisément, il s'agissait : 1) d'identifier les sources d'information actuelles concernant le développement des enfants et le rôle de parent ; 2) d'appréhender le ressenti des parents sur leur rôle de parents ; 3) de déterminer les thèmes qui incitent les futurs parents ou jeunes parents à consulter l'information ; 4) d'identifier les formats d'informations les plus plébiscités ; 5) d'apprécier la représentation que les futurs et jeunes parents se font de la PMI ; 6) d'estimer l'intérêt pour les visites à domicile réalisées par un professionnel de santé de la petite enfance mais aussi l'intérêt de ce service proposé par la PMI ; 7) de mesurer les obstacles et les atouts au recours aux IPPAD ; 8. d'identifier les vecteurs d'informations pour faire connaître les services proposés par la PMI.

Ce guide présente uniquement les résultats de l'analyse portant sur la partie de l'enquête relative aux IPPAD.

3.2.1 Échantillonnage

Les sujets ont été recrutés dans le cadre de l'enquête nationale « 1 000 parents 1 000 jours » menée en France métropolitaine du 24 février au 6 mars 2020. L'échantillon est issu d'un *Access panel*⁷ d'internautes.

Les critères d'inclusion dans l'enquête étaient les suivants : être parent d'enfants de moins de 3 ans ou être futur parent ; résider en France métropolitaine ; être majeur.

La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : âge du parent inférieur à 35 ans et supérieur ou égal à 35 ans ; catégorie socioprofessionnelle de la personne référente du ménage ; région ; catégorie d'agglomération ; parent primipare ou multipare et attente d'un enfant ou non.

Le quota sur le sexe n'a pas pu être respecté faute de personnes de sexe masculin volontaire pour répondre à cette enquête.

Les résultats ont été redressés de sorte à être représentatifs des parents de jeunes enfants.

3.2.2 Schéma général de l'enquête

Les parents et futurs parents inclus dans l'enquête « 1 000 parents 1 000 jours » ont complété un questionnaire mis en ligne par BVA. Ce mode de recueil a paru particulièrement pertinent en période pandémique où le recours à l'information sur internet était particulièrement usité.

3.2.3 Extraction des données

L'ensemble des questionnaires complétés a fait l'objet d'une analyse. Les données ont été extraites puis codées à l'aide d'une grille de recueil comprenant les éléments suivants : 1) notoriété des PMI ; 2) volonté de bénéficier des IPPAD ; 3) freins et leviers au recours aux IPPAD.

3.2.4 Analyse des données

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse quantitative à visée descriptive – pourcentage, effectifs, tris à plat, tris croisés – à l'aide du logiciel R version 4.0.3.

3.3 Résultats

Un total de 1 000 parents et futurs parents résidant en France métropolitaine ont répondu à l'enquête. Plus précisément, l'échantillon comprenait 775 parents d'enfant de 24 mois ou moins et 225 futurs parents (grossesse en cours).

3.3.1 Description générale des répondants

L'échantillon des répondants à l'enquête est majoritairement constitué de femmes (80 %) ; âgées de plus de 30 ans (69 %) ; ayant un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat (87 %) et vivant en couple (95 %). Le tableau 5 ci-dessous propose une description détaillée de l'échantillon selon les variables précédemment citées.

⁷ Panel présélectionné par une société de sondages, caractérisé par sa disponibilité pour répondre aux études. Un *access panel* est donc une base de données de personnes volontaires inscrites à une plateforme acceptant d'être sollicitées pour répondre à des sondages.

Tableau 6. Caractéristiques générales des répondants à l'enquête « 1 000 parents 1 000 jours »

	Ensemble	Futurs parents	Parents d'enfant de 24 mois ou moins
	1 000	225	775
Sexe du parent			
Homme	20 %	18 %	21 %
Femme	80 %	82 %	79 %
Âge du parent*			
Moins de 30 ans	31 %	44 %	27 %
Plus de 30 ans	69 %	56 %	73 %
Région*			
Région parisienne	22 %	20 %	23 %
Bassin parisien ouest	9 %	7 %	9 %
Bassin parisien est	7 %	6 %	7 %
Nord	7 %	8 %	7 %
Est	8 %	9 %	8 %
Ouest	13 %	16 %	12 %
Sud-Ouest	10 %	9 %	10 %
Sud-Est/Centre-Est	13 %	12 %	13 %
Méditerranée	11 %	13 %	11 %
Catégorie d'agglomération*			
Rural et petite ville	38 %	36 %	38 %
Rural	22 %	21 %	22 %
Moins de 20 000 habitants	16 %	15 %	16 %
Moyenne et grande ville	42 %	45 %	42 %
20 000 à 99 999 habitants	12 %	10 %	13 %
100 000 habitants et plus	30 %	35 %	29 %
Agglomération parisienne	20 %	19 %	20 %
Profession du répondant			
CSP+	41%	39%	42%
Indépendant, chef d'entreprise	2 %	4 %	2 %
Cadre et profession intellectuelle supérieure	21 %	17 %	23 %
Profession intermédiaire	18 %	18 %	17 %
CSP-	46 %	48 %	45 %
Employé	43 %	45 %	42 %
Ouvrier	3 %	3 %	3 %
Inactif	13 %	13 %	13 %
Élève, étudiant	<1%	<1%	<1%
Autre inactif	12 %	12 %	13 %
Profession de la personne référente du ménage*			
CSP+	48%	45%	49%
Indépendant, chef d'entreprise	5 %	5 %	5 %
Cadre et profession intellectuelle supérieure	26 %	22 %	27 %
Profession intermédiaire	17 %	18 %	17 %
CSP-	47 %	51 %	46 %
Employé	35 %	39 %	34 %
Ouvrier	12 %	12 %	12 %
Inactif	5 %	4 %	5 %
Élève, étudiant	1 %	1 %	1 %
Autre inactif	4 %	3 %	4 %

Primipare/Multipare*			
Primipare	42 %	45 %	41 %
Multipare	58 %	55 %	59 %
Niveau de diplôme			
Diplôme < au bac	13 %	16 %	13 %
Aucun diplôme/Certificat d'études primaires	1 %	2 %	1 %
BEPC – Brevet des collèges	2 %	3 %	2 %
CAP/BEP	10 %	11 %	10 %
Diplôme ≥ au bac	87 %	84 %	87 %
Bac/Brevet professionnel/Brevet de technicien	22 %	23 %	22 %
Bac +2 ou plus	64 %	61 %	65 %
Situation familiale du foyer			
Foyer avec 2 parents	95 %	94 %	95 %
Foyer avec les 2 parents légaux de l'enfant	86 %	86 %	86 %
Foyer recomposé avec un des parents légaux et un beau-parent	9 %	8 %	9 %
Foyer monoparental, uniquement un des parents légaux de l'enfant	5 %	6 %	5 %

3.3.2 La représentation que les futurs et jeunes parents ont de la protection maternelle et infantile

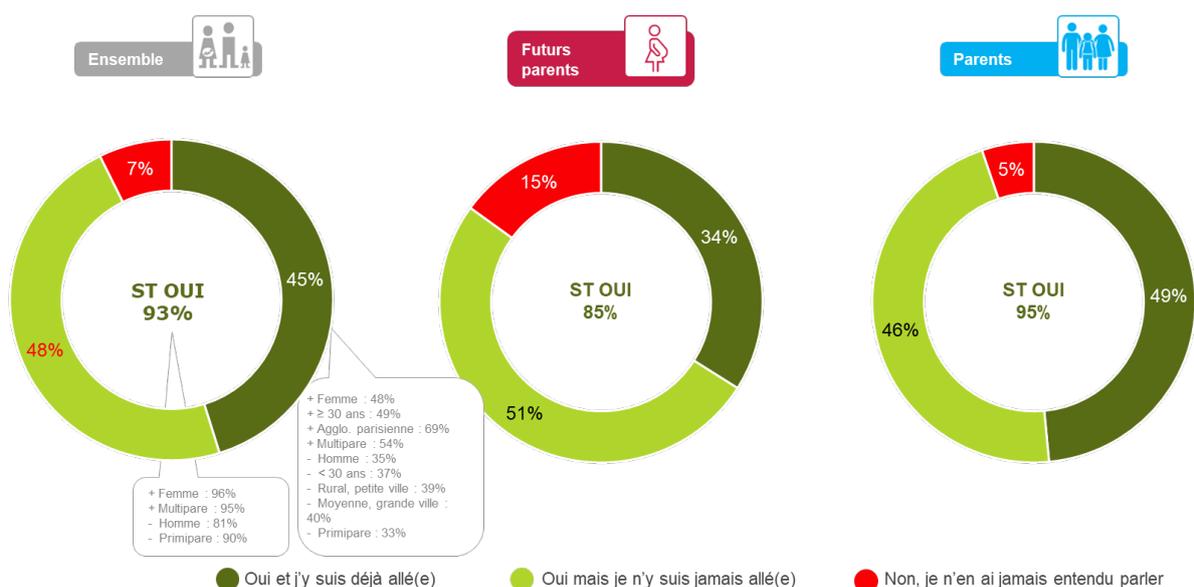
Les services de protection maternelle et infantile (PMI) sont bien connus des futurs et jeunes parents, cependant leur fréquentation était plus limitée. En effet, si plus de 9 parents sur 10 indiquaient connaître les centres de PMI, seule la moitié des parents avaient déjà consulté les services qui y sont proposés.

Les répondants ayant le plus connaissance des services de PMI étaient les femmes : 96 % contre 81 % des hommes – d'autant plus lorsqu'elles étaient multipares, 95 % contre 90 % pour les primipares.

La figure 3 ci-dessous propose une description de la connaissance de l'existence des services de PMI selon le profil de répondant.

Figure 3. Description de la connaissance de l'existence des services de PMI selon le profil de répondant

Avez-vous déjà entendu parler des centres de protection maternelle et infantile (PMI), ne serait-ce que de nom ?
Base : A tous (1 000 Ensemble / 225 Futurs parents / 775 Parents)



De la même façon, les femmes – 48 % contre 35 % des hommes ; les parents multipares – 54 % contre 33 % des primipares, et les personnes résidentes en agglomération parisienne – 69 % contre 39 % hors agglomération parisienne, avaient davantage fréquenté les centres de PMI.

Dans un quart des cas, la fréquentation de la PMI peut être limitée par les difficultés rencontrées par certains parents ou futurs parents pour s’y rendre du fait des horaires peu compatibles avec leurs horaires de travail ou de la distance.

3.3.3 L’intérêt des IPPAD selon les futurs et jeunes parents

Si les services proposés par et au sein de la PMI étaient décrits comme peu utilisés par les parents et futurs parents, un intérêt des IPPAD a pu être identifié notamment chez les futurs parents et les parents manquant de soutien social.

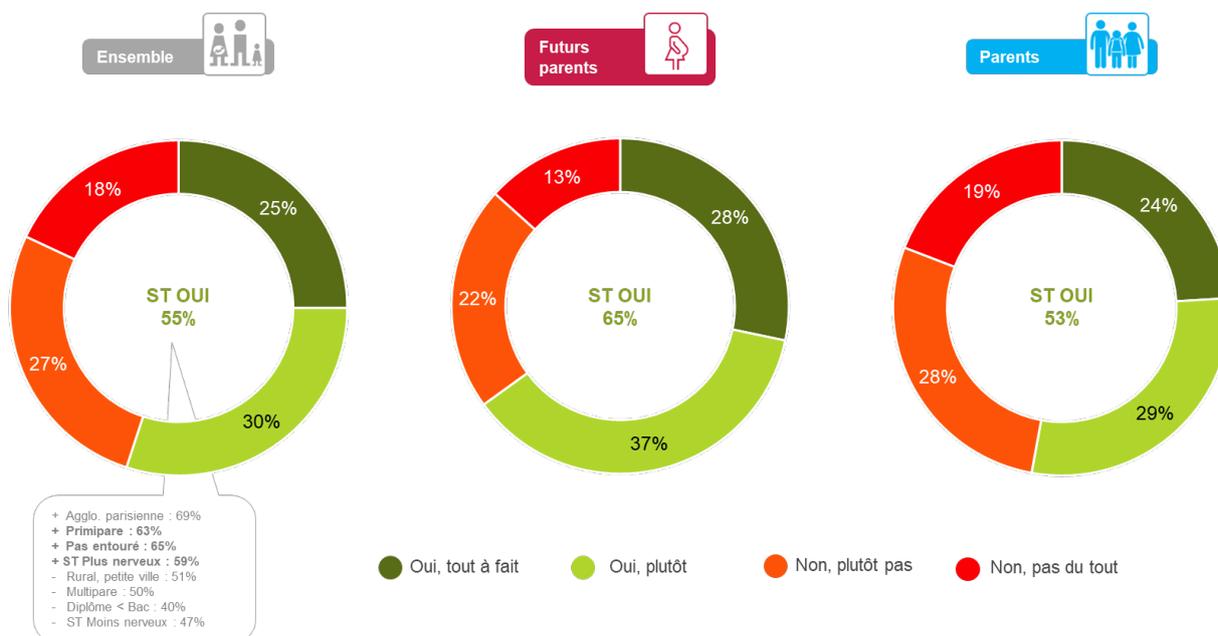
Plus précisément, le questionnaire proposait une description des services de visites à domicile envisagés par le ministère de la Santé tels que décrits dans le rapport de la Commission 1 000 jours, à savoir : « *Un nouveau service de soutien à domicile pour aider les parents à créer une relation sereine avec leur bébé et veiller à son développement en bonne santé. Ce service serait composé de 6 visites d’environ une heure au domicile des parents. Une infirmière puéricultrice de la PMI serait chargée d’écouter les parents, de les soutenir moralement, de les conseiller sur des gestes ou activités qui favorisent la mise en place d’une relation calme et positive avec l’enfant. Les visites débuteraient en fin de grossesse et se poursuivraient jusqu’aux 6 mois de l’enfant.* »

À cette description, 53 % des parents d’enfant de moins de deux ans et 65 % des futurs parents déclaraient avoir envie d’en bénéficier ; dont un quart se montrant très intéressé. La figure ci-dessous représente l’intérêt envers le service de visites à domicile proposé selon le profil de répondant.

Figure 4. Intérêt envers le service de visites à domicile proposé selon le profil de répondant

Pour votre enfant (à venir/le plus jeune), auriez-vous (eu) envie de bénéficier de ce service de la PMI ?

Base : A tous (1 000 Ensemble / 225 Futurs parents / 775 Parents)



L'intérêt pour ce service était plus prononcé lorsqu'il s'agissait du premier enfant (63 %) ou lorsque les parents ou futurs parents résidaient en agglomération parisienne (69 %). À l'inverse, les parents les moins diplômés (40 %) et ceux qui résidaient en zone plutôt rurale (51 %) étaient les moins enclins à bénéficier de ce service.

3.3.4 Recours aux IPPAD, quels freins et leviers pour faire accepter l'intervention aux parents ?

Si les services de visites proposés à domicile semblaient intéresser les parents et futurs parents, il est essentiel d'identifier les raisons qui pourraient les amener, ou au contraire les retenir, à avoir recours à ces services. Aussi, deux principales raisons ont été identifiées comme réticences à l'utilisation des IPPAD. La première raison citée par les parents et futurs parents (61 %) était qu'ils estimaient ne pas avoir besoin de conseils pour créer une relation calme et positive avec leur bébé. La seconde était la crainte de recevoir des inconnus à leur domicile (17 %) surtout par les futurs parents (27 %) et les parents de moins de 30 ans (25 %).

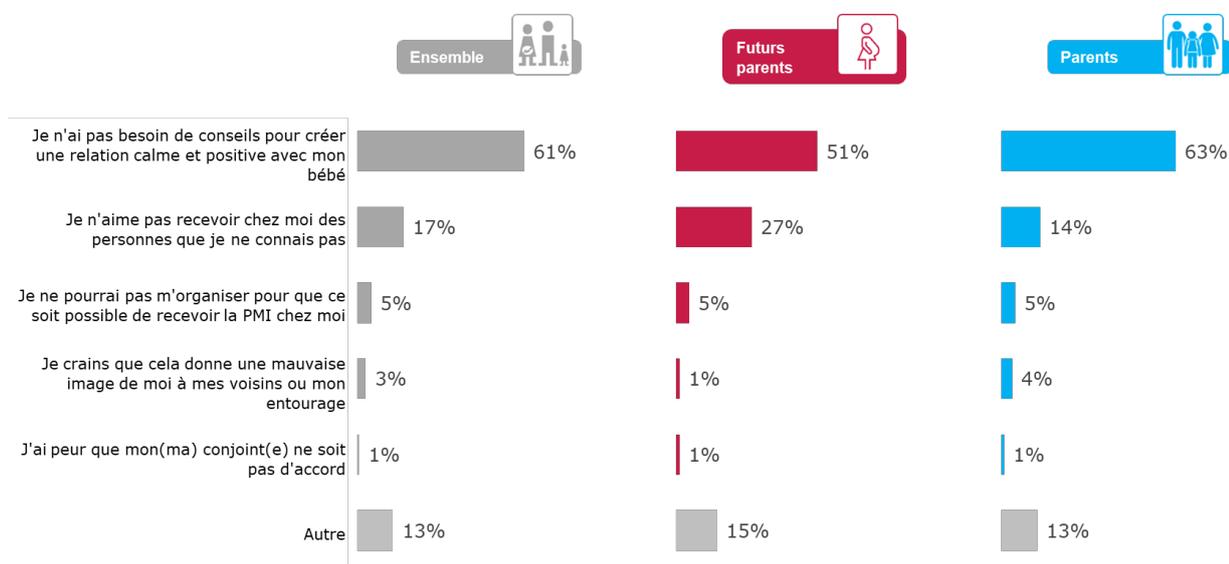
La figure ci-après présente plus précisément les freins au recours aux IPPAD choisis par les répondants.

Figure 5. Freins au recours aux IPPAD identifiés par les répondants

Quelle est la principale raison pour laquelle vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service ?

Une seule réponse – Item Autre sans détail

Base : À ceux ne souhaitant pas bénéficier de l'aide (441 ensemble / 78 futurs parents / 363 parents)



Encore une fois, les parents non entourés étaient davantage en attente d'être accompagnés notamment par le biais de ces services. En effet, 65 % d'entre eux souhaiteraient recourir à ces visites à domicile et ils sont moins nombreux à ne pas avoir besoin de conseils pour améliorer la relation avec leur bébé – 48 % contre 61 % de l'ensemble des répondants.

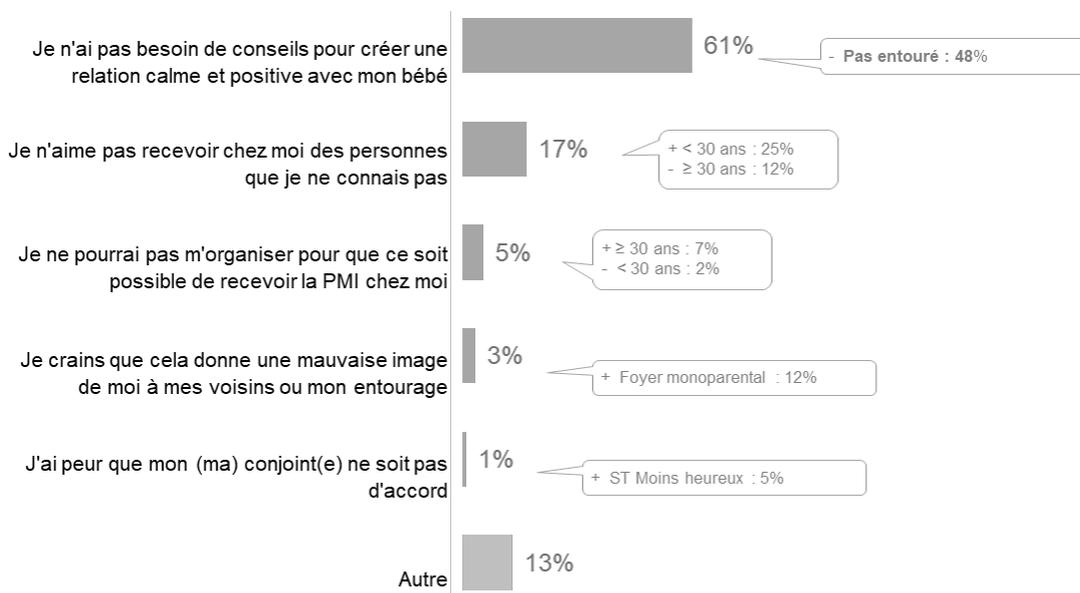
La figure ci-dessous illustre, pour chacun des freins identifiés les différences significatives entre les différents profils sur la base des répondants ne souhaitant pas bénéficier des IPPAD (soit 363 parents et 78 futurs parents).

Figure 6. Freins identifiés les différences selon les différents profils sur la base des répondants ne souhaitant pas bénéficier des IPPAD

Quelle est la principale raison pour laquelle vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service ?

Une seule réponse – Item Autre sans détail

Base : A ceux ne souhaitant pas bénéficier de l'aide (441 ensemble / 78 futurs parents / 363 parents)



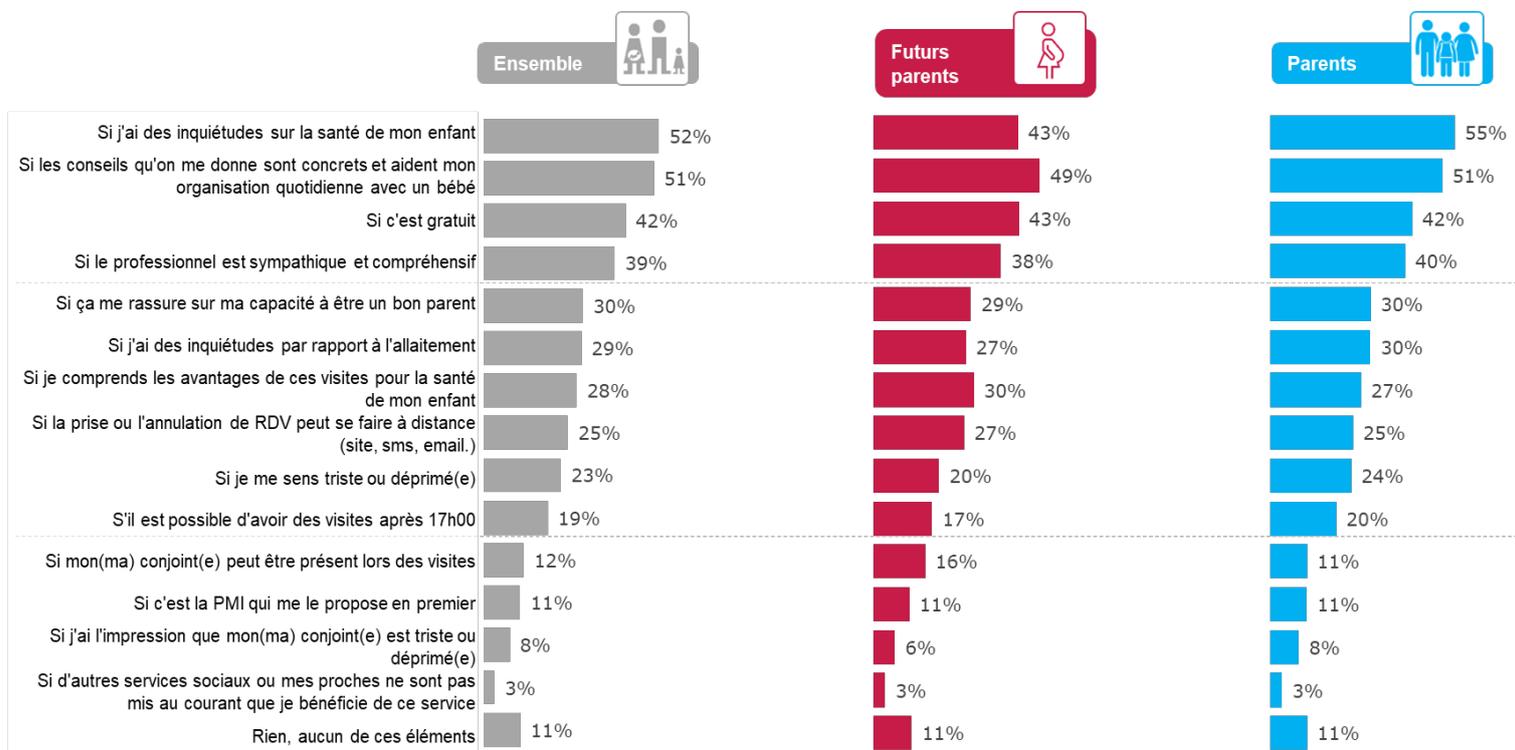
A contrario, quatre principaux facteurs ont été identifiés comme levier au recours aux IPPAD. Ainsi, le besoin d'informations et de conseils liés à la santé et au développement de l'enfant, notamment après sa naissance a été identifié comme premier levier. En effet, 52 % des parents seraient incités à se tourner vers les IPPAD s'ils avaient des inquiétudes sur la santé de leur bébé – 55 % quand l'enfant est déjà né et 43 % pour les futurs parents, et 28 % si les avantages sur la santé de l'enfant étaient plus explicites. Le deuxième levier cité à 50 % est relatif au caractère concret des conseils donnés pour aider les parents dans leur organisation quotidienne avec l'enfant. Viennent ensuite la gratuité du service et les compétences de l'intervenant en matière de capacité d'écoute et de compréhension, identifiés par 40 % des répondants.

La figure ci-après représente le descriptif des leviers au recours aux IPPAD identifiés par les répondants.

Figure 7. Leviers au recours aux IPPAD identifiés par les répondants

Parmi celles proposées, quelles sont les 5 conditions qui vous inciteraient le plus à recourir à ce service de la PMI lors de votre grossesse en cours ?

Total supérieur à 100 % car 5 réponses possibles Base : A tous (1 000 Ensemble/ 225 Futurs parents / 775 Parents)



De manière plus secondaire, d'autres éléments ont également été identifiés comme pouvant influencer positivement l'attrait des parents pour ce service, que ce soit en matière de contenu ou de mise en pratique de l'offre.

Ainsi ont été identifiés, d'une part, les messages informatifs positifs visant à rassurer les parents et futurs parents sur leur capacité à être un bon parent – cité par 30 % des répondants ; et d'autre part l'apport d'un soutien psychologique en cas de baisse de moral ou de déprime (23 %) d'autant plus pour les familles monoparentales. Bénéficier de conseils concernant l'allaitement est quant à lui un atout évoqué par 29 % des parents.

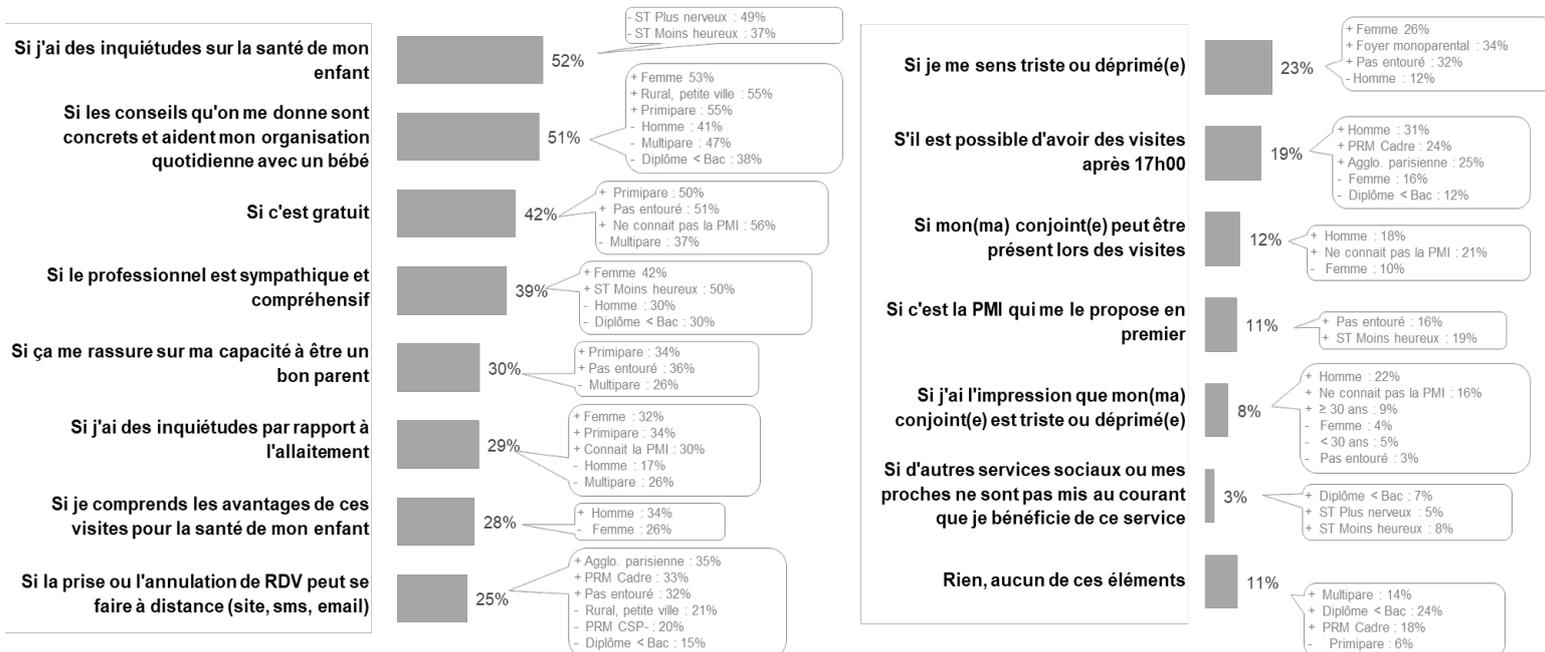
Enfin, d'un point de vue pratique, la facilité d'organisation des rendez-vous au sein du domicile – avoir une prise de rendez-vous ou d'annulation à distance et des horaires de visite après 17 heures, notamment pour les catégories socioprofessionnelles supérieures est appréciée par respectivement 25 % et 19 % des répondants.

La figure ci-après illustre, pour chacun des leviers identifiés, les différences significatives entre les différents profils psycho-sociaux de répondants.

Figure 8. Leviers identifiés selon les différents profils de répondants

Parmi celles proposées, quelles sont les 5 conditions qui vous inciteraient le plus à recourir de ce service de la PMI lors de votre grossesse en cours ?

Total supérieur à 100 % car 5 réponses possibles
Base : A tous (1 000 Ensemble/ 225 Futurs parents / 775 Parents)



3.4 Forces et limites

L'enquête « 1 000 parents 1 000 jours » a été réalisée en ligne. Cette méthodologie était appropriée car la période de pandémie ne permettait pas de rencontrer les parents pour une passation de questionnaire ou pour la réalisation d'entretien en face-à-face. Cependant, le recueil par Internet comprend plusieurs limites. Premièrement, il ne permet pas de toucher les personnes ne disposant pas du matériel nécessaire au remplissage du questionnaire. Deuxièmement, il implique une maîtrise de la lecture et de l'écriture du français ainsi qu'un niveau de littératie en santé relativement élevé. Ainsi, cette enquête ne peut garantir la représentativité des populations les plus vulnérables et donc les plus susceptibles d'être visées et d'avoir besoin des services proposés par les IPPAD. La participation à un *Access panel* et à des enquêtes en contrepartie des points cadeaux peut aussi correspondre à des dispositions particulières de l'échantillon des personnes sondées.

De plus, comme toute enquête déclarative de ce type, un biais de mémoire a pu affecter les réponses des personnes déjà parents en ce qui concerne les questions relatives à leur ressenti et leur vécu de la grossesse. Cependant, même si les hommes sont sous-représentés dans l'échantillon et que l'enquête ne comportait qu'un petit chapitre sur la question des IPPAD, elle permet tout de même d'apporter quelques éléments importants quant à la perception et à l'acceptabilité de ce type d'intervention. Une étude qualitative plus approfondie permettrait de mieux explorer ces éléments.

3.5 Conclusion sur l'acceptabilité et les leviers du recours aux IPPAD par les publics ciblés

L'enquête « 1 000 parents 1 000 jours » nous apprend que les répondants percevant un manque de soutien social (« pas entouré »), se sentant stressés (« plus nerveux ou stressé pendant la grossesse »), ou allant devenir parent pour la première fois (primiparité), sont plus enclins à recourir à cette action préventive.

L'acceptabilité pour les interventions préventives précoces à domicile est bonne. Mais elle varie suivant les groupes sociaux ou territoriaux. Or, ce n'est pas toujours les groupes qui déclarent le plus d'intérêt qui ont le plus besoin de ces interventions.

Les services qui souhaitent proposer des IPPAD et notamment les PMI auront donc à adapter leurs stratégies de promotion de l'intervention en fonction des résultats de l'enquête pour atteindre et convaincre les personnes qui en bénéficieront le plus afin de ne pas risquer d'accroître les inégalités.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête montrent que certains arguments motivent plus que d'autres les futurs et jeunes parents à recourir à ce type d'intervention. Aussi, en mettant en avant l'effet favorable sur la santé de bébé, la gratuité du service proposé et l'accès à des conseils concrets, les PMI pourraient augmenter leurs chances de convaincre tous les publics ciblés et contribueraient ainsi à ne pas accroître les inégalités sociales et territoriales d'accès à la prévention précoce.

En complément de cette enquête populationnelle, il est essentiel de recueillir les perceptions et attentes de la population ayant bénéficié d'une IPPAD avant, pendant ou après l'intervention (46,47), pour savoir comment la présenter de façon acceptable, et comment l'adapter dans la manière de la délivrer pour qu'il y ait un minimum de frein au recours et à l'adhésion des bénéficiaires dans la durée.

CHAPITRE 4 : RECENSEMENT DES IPPAD EN FRANCE

Nous avons préalablement souligné l'importance de développer des IPPAD pour soutenir la relation parent-enfant. Pour être efficaces, celles-ci doivent intégrer certains facteurs favorisant. Dans ce chapitre, nous justifierons dans un premier temps la nécessité d'explorer le terrain. Nous présenterons ensuite la méthodologie sélectionnée pour l'exploration du terrain, ainsi que les pratiques des opérateurs.

4.1 Contexte de l'état des lieux

Comme nous avons pu l'identifier dans le chapitre précédent, l'analyse de la littérature scientifique portant sur les IPPAD nous apporte des éclairages sur l'identification de certains critères qualité de ces interventions. Cependant, qu'en est-il de l'intégration de ces éléments dans le cadre de développement et de mise en œuvre de l'intervention sur le terrain ? Quelle est l'appropriation des recommandations existantes depuis l'élaboration jusqu'à la transférabilité des interventions en conditions de vie réelle ?

La revue de la littérature ne reflète qu'une fraction des pratiques des chercheurs, qui plus est dans un contexte qui n'est que rarement similaire à celui de la France, et *a fortiori* des professionnels de terrain. En effet, la revue a été réalisée à partir de bases de données scientifiques recensant principalement de la documentation anglophone, les articles ne reflètent que peu la pratique, des professionnels de terrain publiant rarement dans les revues internationales.

Ainsi, afin de compléter les réponses apportées par la revue de littérature quant au développement et à la pratique des IPPAD par les professionnels de terrain, nous avons souhaité réaliser un état des lieux des interventions de prévention précoce, primaire, secondaire, de soins, d'accompagnement psychosocial ou de soutien à la parentalité ; développées au cours de la période des 1 000 premiers jours ; constituées d'un contenu défini ; et réalisées au cours de visites à domicile répétées chez des futurs ou jeunes parents par des professionnels du secteur public ou privé formés à cette intervention de façon spécifique en France.

4.2 Méthodes

Un état des lieux des IPPAD proposées en France a été réalisé. Cet état des lieux avait pour objectif de recenser les interventions de prévention actuellement réalisées à domicile en période périnatale – c'est-à-dire du premier mois de grossesse aux deux ans de l'enfant, ou prévues dans les deux années à venir. Plus précisément, il s'agissait : 1) de réaliser une photographie de l'existant à mi-2021 ; 2) de décrire la répartition territoriale des IPPAD en cours et à venir en France ; 3) d'établir une première description des pratiques d'IPPAD des professionnels de terrain et d'analyser dans quelle mesure ces pratiques répondent *a priori* à un standard minimum de qualité ; 4) d'identifier la nature, les attentes de soutien des territoires et des opérateurs voulant mettre en place des IPPAD dans les années à venir.

In fine, cet état des lieux permettra de faire connaître et de valoriser les interventions existantes à l'échelle des départements, d'identifier les interventions potentiellement efficaces et inspirantes pour d'autres territoires et de répertorier les territoires et les opérateurs ayant pour projet de renforcer ou de mettre en place ce type d'intervention dans les deux années à venir.

4.2.1 Stratégie d'identification des interventions

Dans cet état des lieux à visée descriptive et exploratoire, plusieurs interventions sont investiguées afin d'obtenir une diversité de pratiques.

En l'absence de base de données nationale recensant les IPPAD soutenant la relation parent-enfant, la recherche des interventions a été réalisée à partir de l'identification des têtes de réseaux et de structures susceptibles de réaliser de telles interventions et – pour une question de faisabilité – susceptibles de répondre directement à l'enquête et de transmettre celle-ci à son réseau et/ou à d'autres structures.

4.2.2 Sélections des interventions

Pour chacune des structures porteuses identifiées, il a été demandé de renseigner les données relatives aux IPPAD qu'elles pratiquent déjà ou ont prévu de réaliser. Ces éléments ont été recueillis à partir d'un questionnaire en ligne (annexe 2) ou par relance téléphonique – uniquement auprès des PMI – lorsque les structures destinataires n'avaient pas répondu. Le questionnaire administré comprenait 48 questions permettant d'identifier : 1) la structure et le répondant ; 2) la description de l'intervention ; 3) les projets d'implémentation d'intervention à venir ; 4) la description de l'intervention à venir ; 5) les moyens supplémentaires nécessaires au développement des IPPAD ; 6) la volonté d'approfondir la description des interventions. Toutes les interventions faisant état d'un questionnaire complet et dont le répondant était le porteur principal ont été incluses dans l'état des lieux et les doublons ont été systématiquement supprimés.

4.2.3 Extraction des données

Tous les questionnaires inclus ont fait l'objet d'une lecture complète. Les données ont été extraites puis codées à l'aide d'une grille de recueil Excel comprenant les éléments suivants : 1) caractéristiques des structures répondantes ; 2) description des interventions ; 3) description des moyens nécessaires à la réalisation des IPPAD ; 4) remplissage des critères de qualité des IPPAD présentés dans le chapitre précédent.

4.2.4 Analyse des données

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse quantitative à visée descriptive – pourcentage, effectifs, tris à plat, tris croisés – à l'aide du logiciel R version 4.0.3.

4.3 Résultats

Un total de 181 structures ou services pratiquant des IPPAD ont ainsi été identifiées, recensant 216 interventions en cours – une structure pouvant réaliser plusieurs IPPAD répondant à des objectifs, populations cibles ou stratégies différentes – et 59 interventions à venir dans les deux ans.

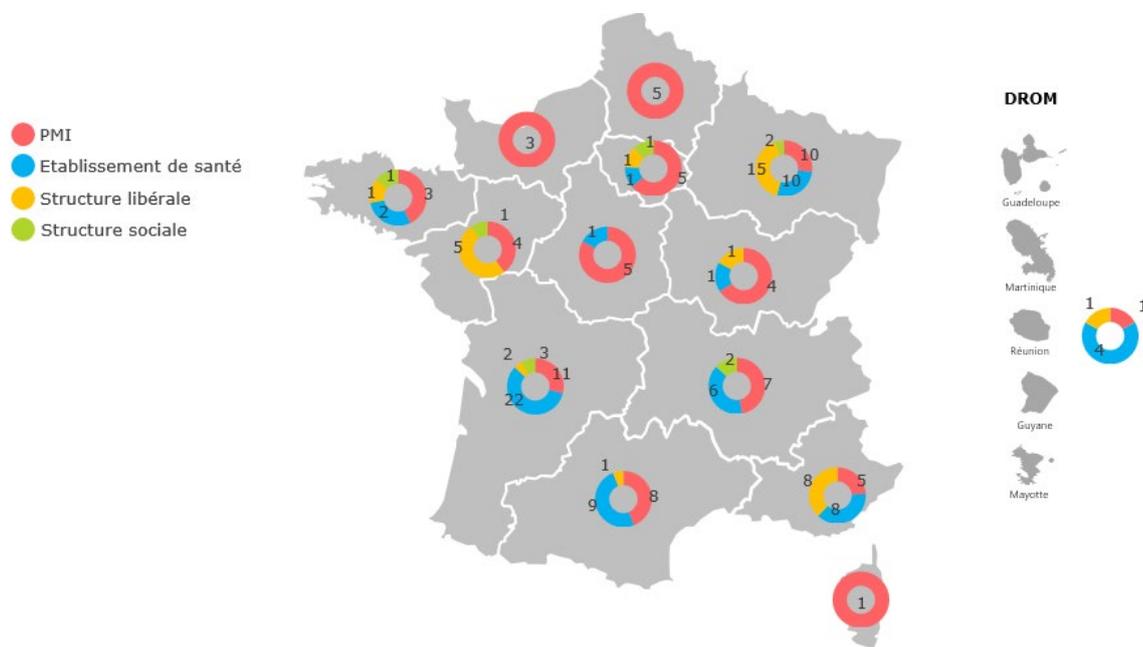
4.3.1 Description générale des structures porteuses et de l'implantation territoriale des IPPAD actuellement déployées en France

Parmi les 181 répondants, la majorité était issue de structures médico-sociales et 86 % des structures étaient issues du secteur public ou privé à but non lucratif ou remplissant une mission de service public.

Plus précisément, 40 % des IPPAD recensées étaient proposées par des services de PMI ; 35 % par des établissements de santé et 5 % par des établissements sociaux. Vingt pour cent des interventions étaient quant à elles proposées par des professionnels libéraux. Les régions les plus dotées en IPPAD étaient la Nouvelle-Aquitaine et le Grand Est recensant respectivement 21 et 20 % des interventions ; suivies de la Provence-Alpes-Côte d'Azur (12 %), de l'Occitanie (10 %) et de l'Auvergne-Rhône-Alpes (8 %).

Hormis le Grand Est, les Pays de la Loire et la Provence-Alpes-Côtes d'Azur où les IPPAD étaient fortement, voire majoritairement, proposées par les professionnels libéraux, elles respectaient sur l'ensemble du territoire la représentativité présentée ci-dessous (figure 10).

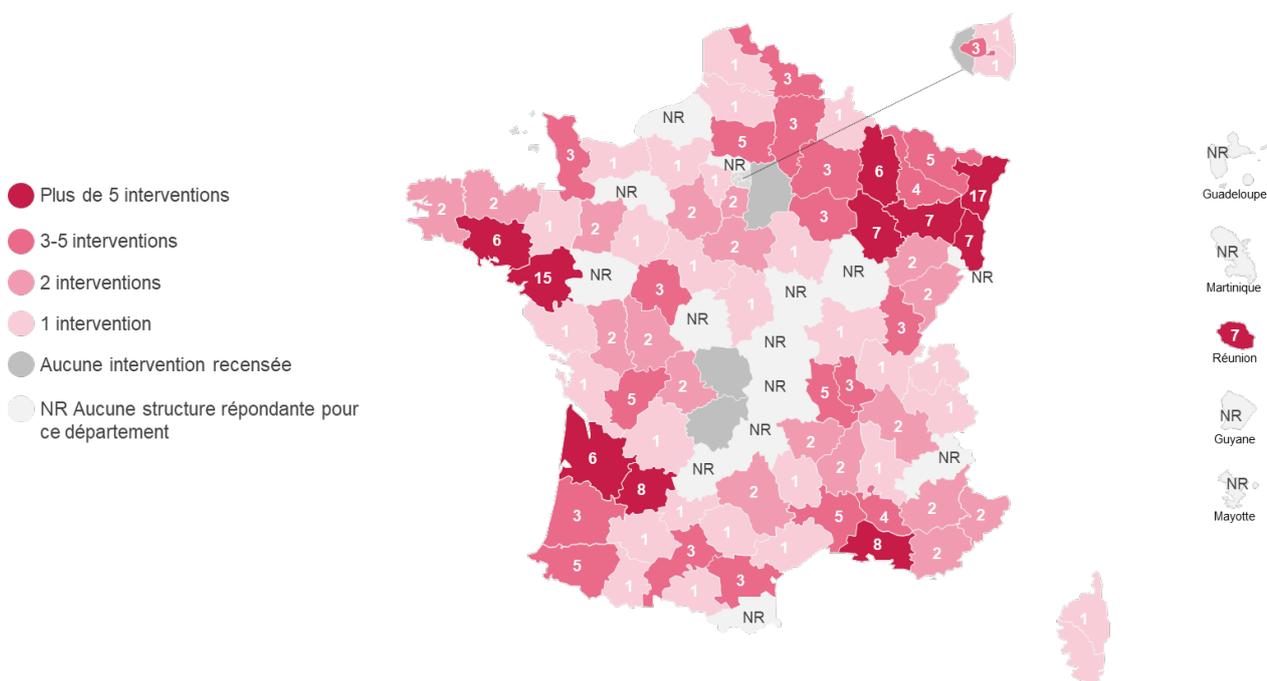
Figure 9. Répartition régionale et type de structures répondantes



4.3.2 Caractéristiques des IPPAD actuellement proposées sur le territoire national

En 2021, 216 interventions de prévention précoce à domicile ayant pour objectif, principal ou secondaire, de soutenir la relation parent-enfant ont été identifiées sur le territoire français. Ces interventions sont principalement proposées au sein des régions du Grand Est (26 %) et de la Nouvelle-Aquitaine (15 %). La figure 11 ci-dessous présente la répartition des actions sur l'ensemble du territoire français.

Figure 10. Recensement du nombre d'interventions de prévention précoce à domicile structurées actuellement proposées au sein de chaque département



4.3.2.1 Les caractéristiques des visiteurs à domicile

Les IPPAD actuellement proposées sur le territoire national sont majoritairement dispensées par des infirmières puéricultrices (47 %) provenant majoritairement des services de PMI (62 %) et des sages-femmes (34 %) majoritairement issues du milieu libéral (70 %). Parmi l'ensemble des professionnels intervenant à domicile, 83 % avaient suivi une formation spécifique pour pouvoir délivrer l'intervention proposée.

4.3.2.2 Les caractéristiques des programmes de visites à domicile

Les caractéristiques constitutives du programme relatives au concept théorique sous-tendant l'intervention ; au(x) objectif(s) de l'intervention ; aux contenus définis de l'intervention ainsi que la supervision des visiteurs à domicile ont été analysés et sont présentés ci-dessous.

- Le développement de l'intervention

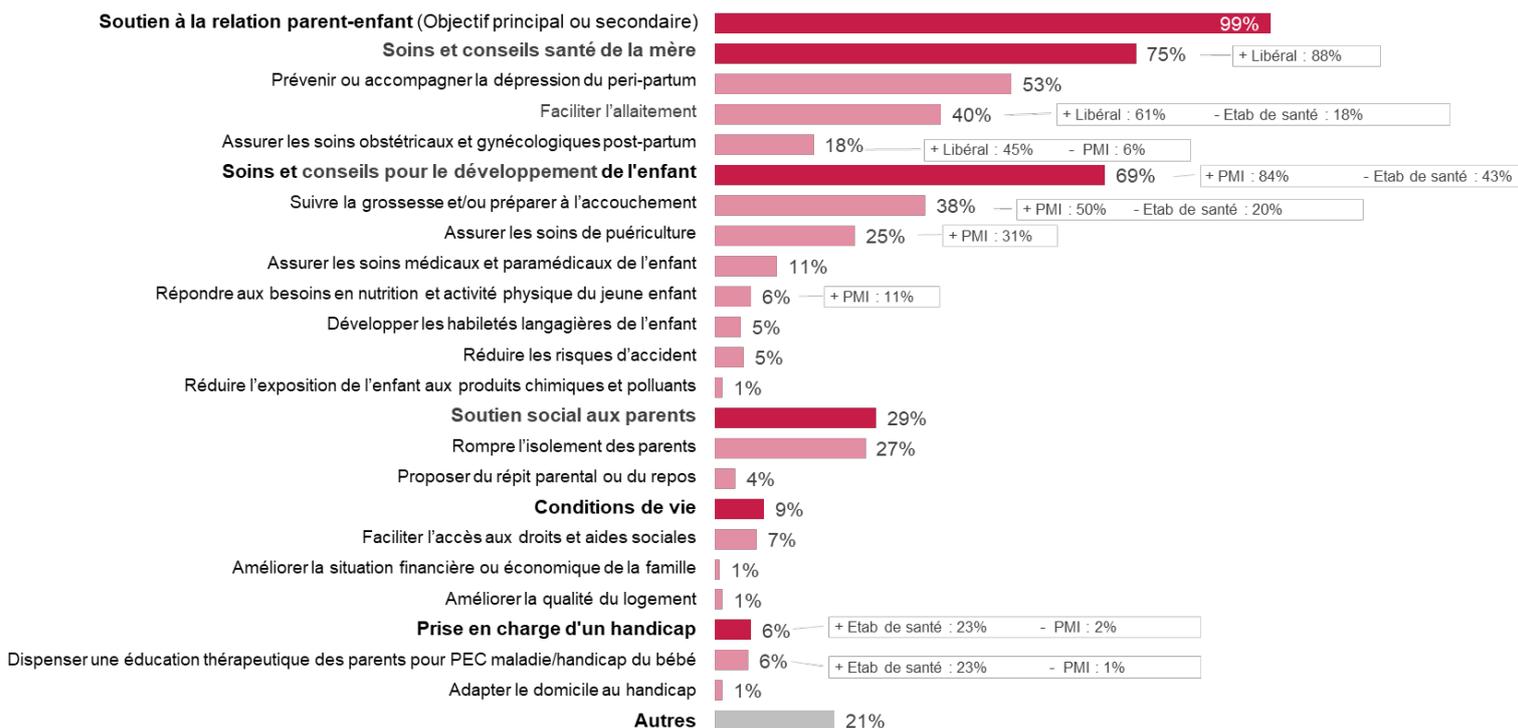
L'analyse des 275 interventions recensées sur le territoire français nous a permis d'identifier qu'elles sont essentiellement construites sur la base de l'expérience propre du porteur principal ou de sa structure (75 %), plus ou moins couplées à l'utilisation de données issues de la littérature scientifique (58 %). Viennent ensuite les constructions basées sur les dispositifs de santé publique nationaux (21 %), sur un retour d'expérience provenant d'une autre structure (19 %) et sur l'utilisation d'une démarche qualité (10 %).

À l'instar des pratiques analysées dans la revue, le cadre théorique majoritaire sous-tendant l'intervention était la théorie de l'attachement (64 %) non exclusivement suivi de la guidance parentale (51 %). Ont été ensuite cités les concepts de soutien social et soutien par les pairs (15 %), d'observation d'Esther Bick (13 %) et de psychothérapie (7 %).

- Les objectifs interventionnels

Parmi ces 275 interventions recensées, 216 interventions de prévention précoce précisaient leurs objectifs ; 72 % affichant pour objectif principal de soutenir la relation parent-enfant. Hormis cet objectif – unique dans un pourcent des interventions recensées –, les objectifs principaux des interventions décrites étaient, de façon non exclusive, relatifs : aux soins et conseils de santé de la mère ; aux soins et conseils pour le développement de l'enfant ; au soutien social des parents ; aux conditions de vie et à la prise en charge du handicap. La figure ci-dessous illustre la représentativité de chacun de ces objectifs.

Figure 11. Répartition des objectifs des IPPAD actuelles recensées dans l'état des lieux



Les soins et conseils de santé prodigués à la mère correspondait à 88 % à un objectif ciblé par les interventions portées par des professionnels libéraux, tandis que les soins et conseils pour le développement de l'enfant étaient ciblés dans 84 % des interventions proposées par les PMI et dans 43 % de celles des établissements de santé.

Par ailleurs, si depuis les années 50, le soutien à la relation parent-enfant est un objectif prioritaire et constant des actions proposées par les PMI, nous pouvons constater une baisse significative des interventions ayant pour objectif les soins et conseils pour le développement de l'enfant – selon les déclarations faites par les PMI dans cet état des lieux – 100 % des IPPAD avaient cet objectif de 1950 à 1974 contre 55 % depuis 2004. Les autres objectifs sont ciblés de façon constante dans le temps, voir connaissent une légère augmentation en ce qui concerne le soutien social aux parents et la prise en charge d'un handicap.

- Les modalités d'intervention

Quel(s) que soi(en)t le ou les objectifs ciblé(s) par l'intervention, les programmes de visites à domicile prennent diverses modalités. Sont présentés ici les éléments relatifs : à la période de couverture du programme, à la dose d'intervention, aux outils de déploiement et à la supervision des visiteurs.

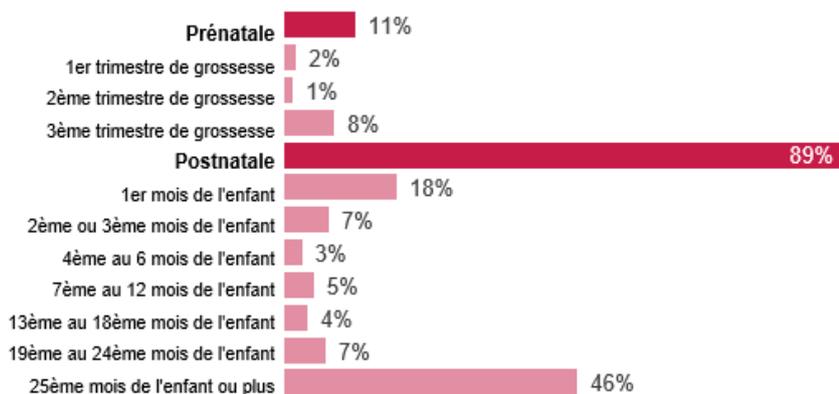
Parmi les 215 interventions analysées, 58 % couvraient les périodes ante et postnatales, 31 % la période postnatale uniquement et 11 % la période prénatale.

Quelle que soit la période d'initiation de l'intervention, la durée des programmes était en moyenne de onze mois avec un minimum d'un mois, 80 % des interventions ayant cours au moins jusqu'aux 6 mois de l'enfant – dans 90 % des IPPAD portées par les PMI et dans 62 % des IPPAD portées par les professionnels libéraux.

Les premières visites à domicile sont principalement réalisées lors du premier trimestre de grossesse (69 %) en anténatal et principalement au cours du premier mois de l'enfant (31 %) lorsque l'intervention débute en postnatal. Les interventions se poursuivent à 89 % en postnatal jusqu'au premier mois de l'enfant dans 18 % des cas et pour les plus longues se poursuivent au-delà du 25^e mois de l'enfant (46 %). La figure ci-dessous présente cette répartition.

Figure 12. Période à laquelle la dernière visite à domicile a lieu

La dernière visite/rencontre au domicile d'une femme/famille peut s'effectuer jusqu'au :



Le nombre de séances des visites à domicile proposé dans les programmes varie d'une à 100, avec une moyenne de 8 visites. Plus précisément, 60 % des interventions délivrées (dont 78 % proposées par les professionnels libéraux) proposent moins de 6 visites et 16 % plus de 10 visites. Parmi les visites proposées, en moyenne, 4 le sont en période anténatale et six sont délivrées en période postnatale. Les professionnels libéraux proposaient à 48 % une seule visite anténatale et à 40 % 2 visites en période postnatale.

- Les outils de pratique et de suivi

Si le recensement, du fait de son format, ne nous apporte que peu de détails sur les pratiques de suivi et sur le déroulement concret des interventions décrites, nous avons identifié que parmi les 215 interventions analysées, les répondants précisent pour 206 d'entre elles, les étapes de réalisation et de suivi de l'intervention. De ces 206 interventions, 62 % – dont 75 % des interventions proposées par les professionnels libéraux – reposent sur l'utilisation d'une démarche structurée. Ces interventions disposent en effet de référentiels, de manuels et/ou d'outils ayant pour objectif de guider la pratique des intervenants à domicile dans le cadre spécifique de l'IPPAD ; et elles font dans 70 % des cas – dont 85 % des interventions proposées par les établissements de santé - l'objet d'une évaluation régulière afin d'identifier le degré d'atteinte des objectifs interventionnels.

Si l'intervention est majoritairement guidée par des outils spécifiquement conçus, les intervenants, quelles que soient leurs caractéristiques, bénéficiaient également d'une supervision dans 51 % des interventions analysées.

4.3.2.3 Les caractéristiques de la population cible

À l'instar des éléments précédents, la population visée par les IPPAD est variée. L'analyse des interventions a mis en évidence une tendance à privilégier une approche ciblée des IPPAD par rapport aux approches universelles. En effet, parmi les 209 interventions précisant le public visé, 65 % sont proposées à des populations prioritaires en fonction d'au moins un critère de vulnérabilité. Plus précisément, 83 % des interventions proposées par les établissements de santé ; 80 % des interventions proposées par les PMI ; et 16 % des celles proposées par les professionnels libéraux privilégient un public prioritaire. Parmi les 135 interventions proposées à un public prioritaire, 81 % visent un public cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité et 13 % sont adressées à un public sous le prisme du seul critère de vulnérabilité psychologique. La figure ci-dessous présente, de façon non exclusive, les différents critères de vulnérabilité des publics retenus dans le cadre des interventions proposées.

Figure 13. Facteurs de vulnérabilité des populations ciblées par les IPPAD analysées

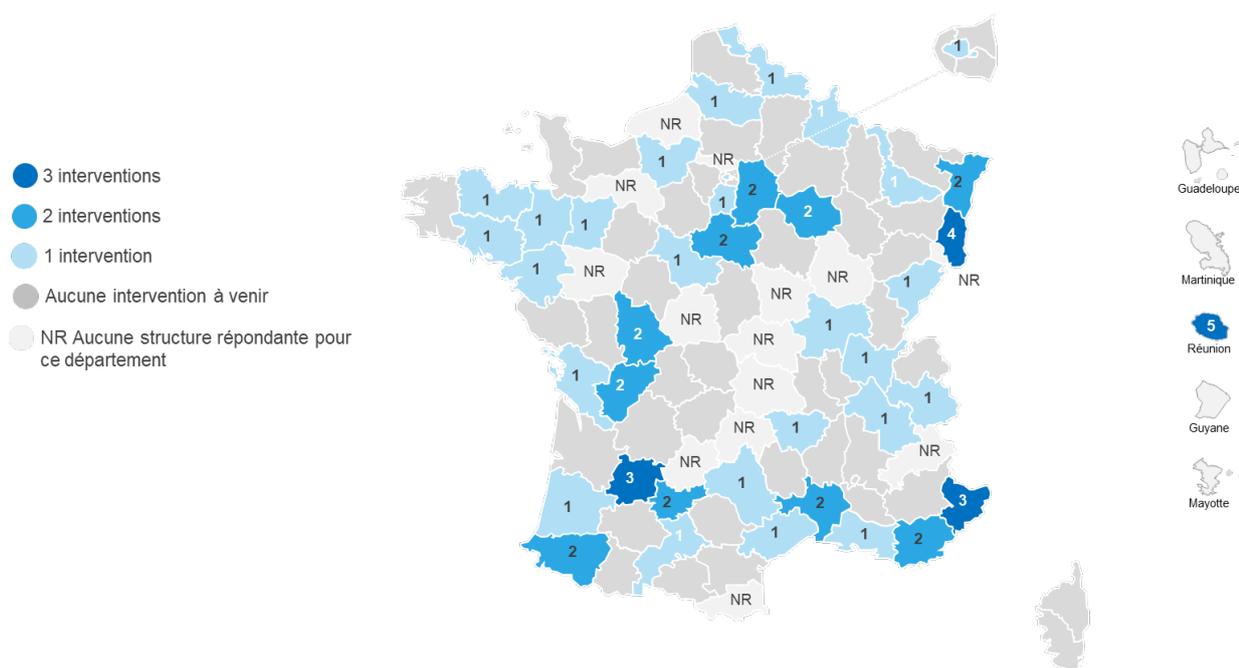


La priorisation des populations visées par les interventions dépend de la nature de la structure. Ainsi, les établissements de santé ciblent principalement les mères avec des fragilités psychologiques repérées ou exprimées ; les dyades mère-enfant avec troubles de la relation repérés ; les parents souffrant d'une pathologie psychiatrique connue ; les mères en phase aiguë de dépression périnatale. Les PMI quant à elles, privilégient prioritairement les familles avec des antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance ainsi que les familles ayant des facteurs socio-économiques défavorables en agissant notamment auprès des mères de 21 ans ou moins et/ou ayant une parité extrême. Enfin, les professionnels libéraux proposent quant à eux leurs interventions principalement aux familles avec des facteurs de vulnérabilité psychologique.

4.3.3 Caractéristiques des IPPAD prévues en 2022 - 2023

Au cours de 2022 et 2023, il y a en moyenne 72 % de chance que la structure répondante développe une IPPAD de façon prioritaire. Parmi les répondants, 59 IPPAD ayant pour objectif, principal ou secondaire, de soutenir la relation parent-enfant sont actuellement planifiées sur le territoire français. Ces interventions seront principalement proposées au sein des régions de la Nouvelle-Aquitaine (19 %) du Grand Est (17 %) et de l'Occitanie (12 %). La figure 15 ci-dessous présente la répartition des actions sur l'ensemble du territoire français.

Figure 14. Répartition du nombre d'actions de prévention précoce à domicile à venir recensées au sein de chaque département



4.3.3.1 Les caractéristiques des visiteurs à domicile

Les IPPAD à venir sur le territoire national seront, à l'image des IPPAD actuellement proposées, majoritairement dispensées par des infirmières puéricultrices (58 %) et des sages-femmes (18 %). Il est à noter que la proportion d'interventions censées être délivrées par des sages-femmes est quasiment diminuée de moitié en comparaison aux pratiques actuelles. Parmi l'ensemble des professionnels qui interviendront à domicile, 78 % devraient avoir suivi une formation spécifique pour pouvoir délivrer l'intervention qui sera proposée.

4.3.3.2 Les caractéristiques des programmes de visites à domicile

Les caractéristiques constitutives du programme relatives au concept théorique sous-tendant l'intervention ; au(x) objectif(s) de l'intervention ; aux contenus définis de l'intervention ainsi que la supervision des visiteurs à domicile ont été analysés et sont présentés ci-dessous.

- Le développement de l'intervention

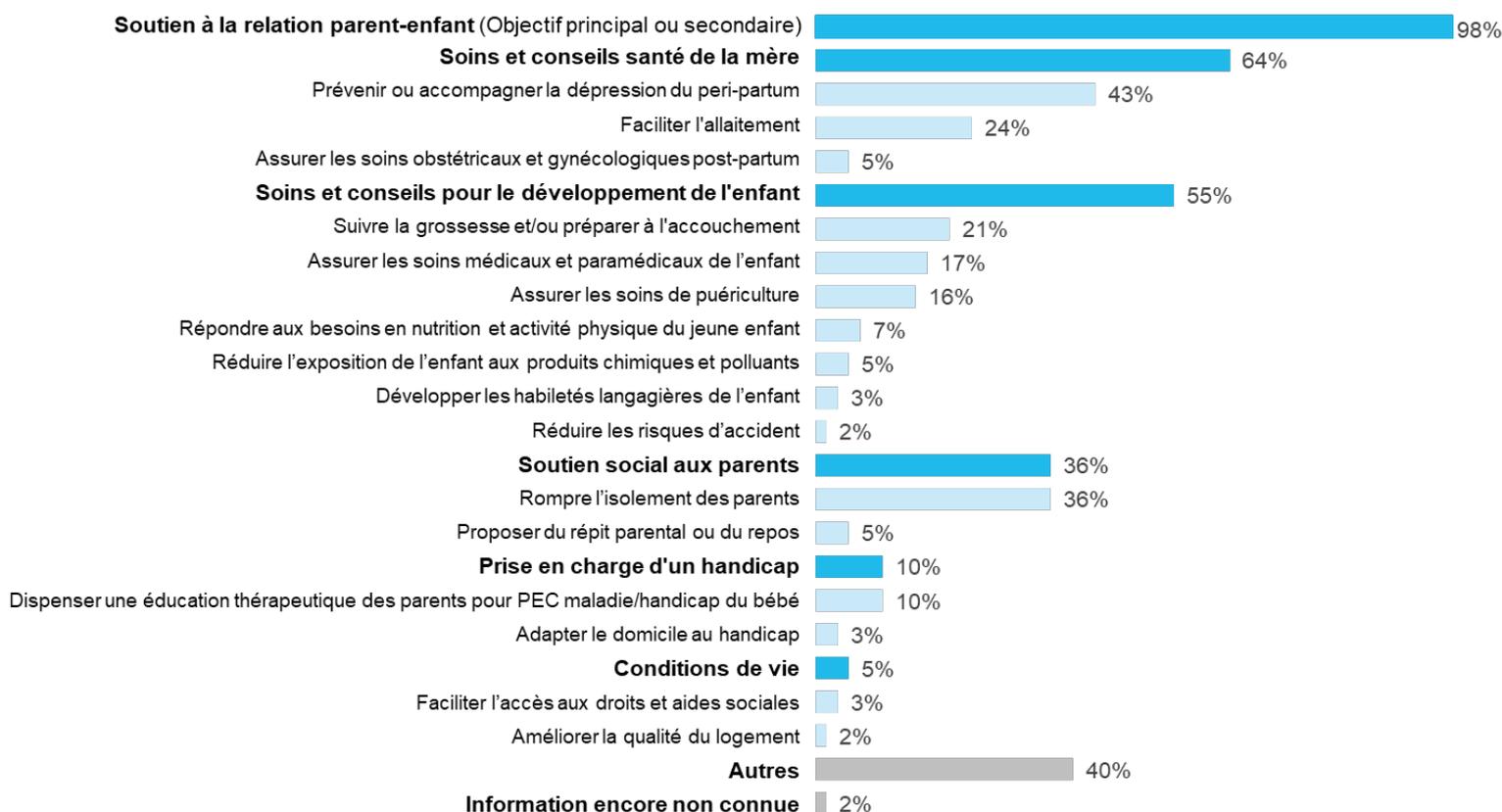
L'analyse des 59 interventions recensées comme à venir nous permet d'identifier une évolution des pratiques de développement des interventions vers une démarche probante. En effet, les interventions qui seront proposées seront essentiellement construites sur l'utilisation de données issues de la littérature scientifique (69 %) plus ou moins couplée à l'utilisation de l'expérience propre du porteur principal ou de sa structure (66 %). Viennent ensuite les constructions basées sur un retour d'expérience provenant d'une autre structure (47 %) et sur l'utilisation d'une démarche qualité (24 %).

Les pratiques relatives au cadrage théorique de l'intervention demeurent dans la même lignée que les interventions actuelles à savoir ; la théorie de l'attachement (76 %) non exclusivement suivi de la guidance parentale (55 %). Ont été ensuite cités les concepts de parentalité positive (22 %), de thérapie psychologique d'un ou des deux parents (19 %), d'observation d'Esther Bick (19 %) et de soutien social et soutien par les pairs (14 %).

- Les objectifs interventionnels

Parmi les 59 interventions existantes recensées, 83 % auront pour objectif principal de soutenir la relation parent-enfant. Hormis cet objectif – unique dans 2 % des interventions recensées, les objectifs principaux des interventions décrites seront, de façon non exclusive, relatifs : aux soins et conseils de santé à la mère ; aux soins et conseils pour le développement de l'enfant ; au soutien social des parents ; à la prise en charge du handicap et aux conditions de vie. La figure ci-dessous illustre la répartition de chacun de ces objectifs.

Figure 15. Répartition des objectifs des IPPAD à venir recensées dans l'état des lieux



Si les proportions des interventions ayant pour objectif les soins et conseils de santé à la mère, les soins et conseils pour le développement de l'enfant demeureront les objectifs principaux des IPPAD qui seront proposées dans les deux années à venir, l'objectif de prise en charge d'un handicap tend à être davantage intégré dans les interventions tandis que celui d'agir sur les conditions de vie tend à l'être moins.

- Les modalités d'intervention

Sont présentés ici les éléments relatifs : à la période de couverture du programme, à la dose d'intervention, aux outils de déploiement et à la supervision des visiteurs.

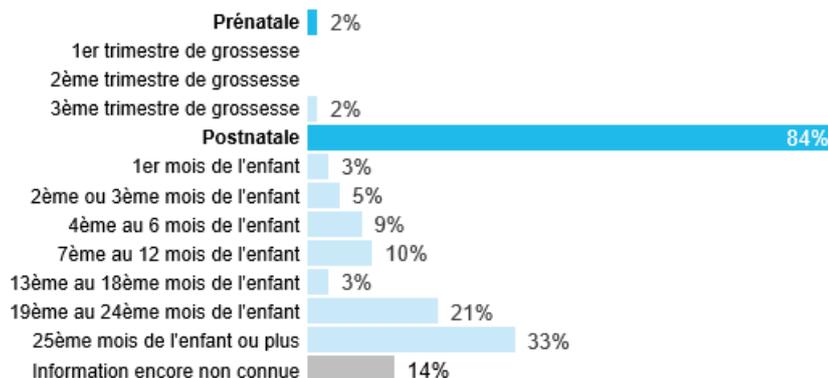
Parmi les 58 interventions analysées, 58 % devraient couvrir les périodes ante et postnatales.

Quelle que soit la période d'initiation de l'intervention, la durée des programmes devrait, en moyenne, être de dix-neuf mois – soit huit mois de plus que les interventions actuelles – avec un minimum d'un mois et 96 % - soit 16 % de plus que les interventions actuelles – des interventions auront cours au moins jusqu'aux 6 mois de l'enfants.

Les premières visites à domicile devraient principalement être réalisées lors du premier ou second trimestre de grossesse (34 et 28 %) en anténatale et principalement au cours du premier mois de l'enfant (17 %) lorsqu'il est prévu que l'intervention débute en postnatal. Il est prévu que ces interventions se poursuivent à 84 % en *postnatal* jusqu'au premier mois de l'enfant dans 3 % des cas – soit 15 % de moins que les interventions actuelles – et pour les plus longues se poursuivraient au-delà du 25^e mois de l'enfant (33 % soit 13 % de moins que les interventions actuelles). La figure ci-dessous présente cette répartition.

Figure 16. Période à laquelle la dernière visite à domicile a lieu

La dernière visite/rencontre au domicile d'une famille pourra s'effectuer jusqu'au :



Le nombre de séances des visites à domicile proposé dans les programmes variait d'une à 18 avec une moyenne de 8 visites. Plus précisément, 73 % des interventions – soit 13 % de plus que les interventions actuelles – qui seront délivrées proposeront au moins de 6 visites et 27 % – soit 11 % de plus que les interventions actuelles – plus de 10 visites. Parmi les visites qui seront proposées, il est prévu en moyenne, que 3 visites soient proposées en période anténatale et 6 en période postnatale.

- Les outils de mise en œuvre et de suivi

À l'instar des interventions actuelles, nous ne disposons que de peu de détails sur les pratiques de suivi et de réalisation des interventions décrites, cependant, nous avons identifié que parmi les 58 interventions analysées, 72 % – soit 10 % de plus que les interventions actuelles – reposeront sur l'utilisation d'une démarche structurée. Ces interventions disposeront en effet de référentiels, de manuels et/ou d'outils ayant pour objectif de guider la pratique des intervenants à domicile dans le cadre spécifique de l'IPPAD. Il est prévu que ces interventions fassent l'objet d'une évaluation régulière afin d'identifier le degré d'atteinte des objectifs interventionnels dans 83 % et qu'une supervision spécifique des intervenants à domicile soit effectuée dans 74 % - soit 23 % de plus que dans les interventions actuelles – des cas.

4.3.2.3 Les caractéristiques de la population cible

Parmi les 59 interventions à venir, 64 % seront proposées à des populations prioritaires en fonction d'au moins un critère de vulnérabilité. Plus précisément, 81 % des interventions seront proposées à des publics en situation de vulnérabilité psychologique, 65 % à des publics en situation de vulnérabilité socio-économiques et 35 % à des publics en situation de vulnérabilité médicale. Parmi les 37 interventions proposées à un public prioritaire, 31 % ont prévu d'agir vers un public cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité – soit 50 % de moins que les interventions actuelles – et 33 % seront adressées à un public sous le prisme du seul critère de vulnérabilité (majoritairement psychologique) – soit 20 % de plus que les interventions actuelles. La figure ci-dessous présente, de façon non exclusive, les différents critères de vulnérabilité des publics retenus dans le cadre des interventions proposées.

Figure 17. Facteurs de vulnérabilité des populations ciblées par les IPPAD à venir



4.4 Identification des IPPAD répondant aux critères qualité « 1 000 premiers jours »

Cette partie aborde la technique et les critères de sélection employés avant de proposer une brève description de ces interventions.

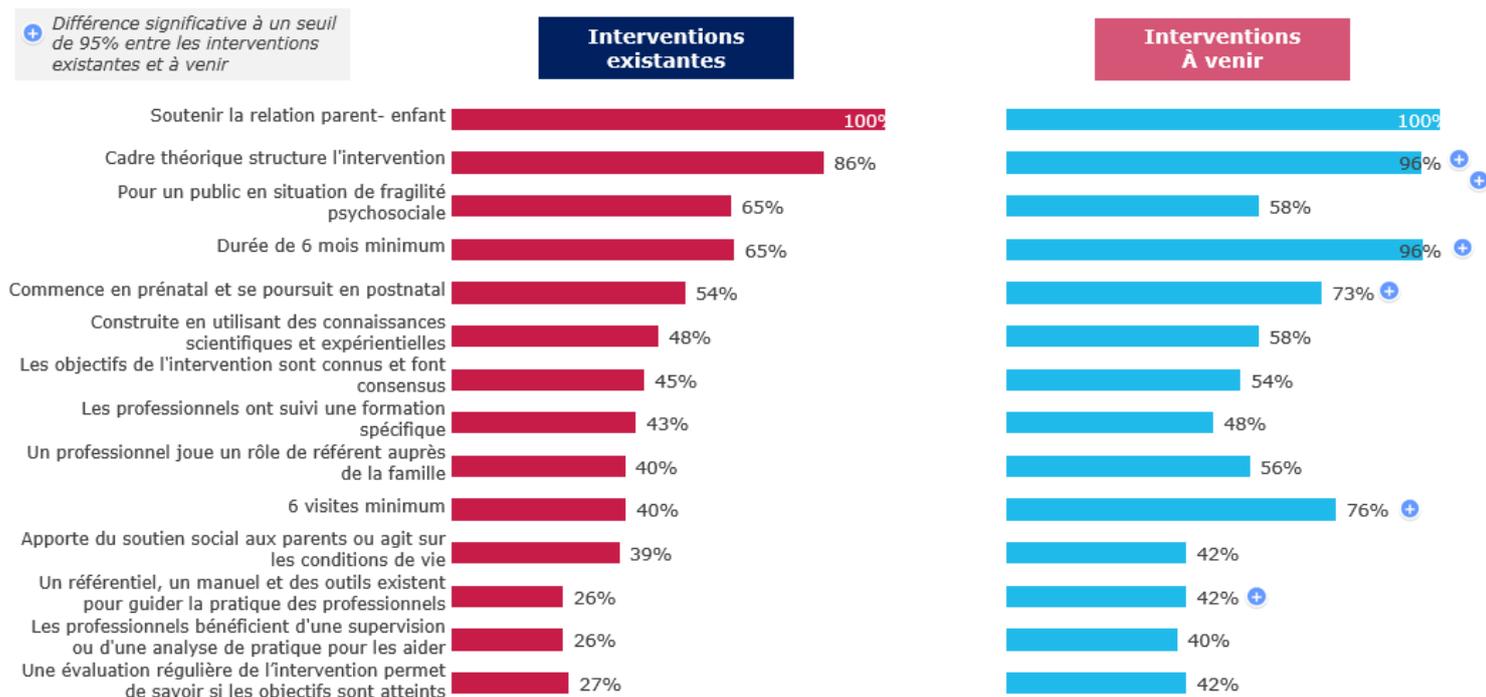
4.4.1 Sélection des interventions

La sélection des IPPAD répondant aux critères de qualité de l'intervention ainsi qu'à la priorisation des actions à destination des populations les plus vulnérables telles que décrites l'INSTRUCTION N° SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant a été réalisée sur l'ensemble des actions recensées, qu'elles soient en cours ou à venir, sur le territoire français. Ont d'emblée été exclues les interventions n'ayant pas pour objectif principal de soutenir la relation parent-enfant.

Au total, 155 IPPAD en cours et 48 à venir ayant pour objectif principal de soutenir la relation parent-enfant ont ainsi été retenues pour être analysées.

La définition ainsi que les 13 critères qualité des IPPAD 1 000 premiers jours préalablement définis (voir page partie 4 du guide) ont ensuite été appliqués pour identifier les IPPAD décrites par les répondants comme correspondant le mieux aux critères qualité.

Figure 18. Caractéristiques déclarées des IPPAD ayant pour objectif principal le soutien à la relation parent-enfant



4.4.2 Présentation des interventions décrites comme répondant aux critères qualité « 1 000 premiers jours »

Parmi les 155 interventions en cours ou à venir identifiées :

- 6 % des interventions actuelles et 10 % des interventions à venir remplissent moins de 5 critères qualité ;
- 66 % des interventions actuelles et 48 % des interventions à venir remplissent entre 5 et 9 critères qualité ;
- 28 % des interventions actuelles et 42 % des interventions à venir remplissent au moins 10 critères qualité. Les critères les moins fréquemment remplis sont ceux relatifs à la méthodologie de mise en œuvre et de suivi et plus précisément, les critères relatifs à l'existence de référentiel, de manuel et d'outils pour guider la pratique des professionnels intervenant dans le cadre de l'intervention ; à l'existence d'une supervision des intervenants et à l'évaluation régulière de l'intervention ;
- Au final, 18 interventions (7 en cours et 11 à venir) remplissaient l'ensemble des critères précédemment déterminés.

Le tableau ci-dessous propose une brève description des interventions décrites par les répondants, comme remplissant l'ensemble des critères qualité.

NB : Ont été incluses les interventions à venir remplissant l'ensemble de critères mais qui n'avaient pas encore déterminé le nombre de visites proposées dans leur programme car les réflexions pouvaient encore être en cours lors du recensement.

Tableau 7. Présentation des interventions de prévention précoce en cours et à venir déclarées comme remplissant l'ensemble des critères qualité

RÉGION	STRUCTURE PORTEUSE / NOM DE L'IPPAD	OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	PUBLIC CIBLÉ PAR L'INTERVENTION – FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ	BASE DE CONSTRUCTION DE L'INTERVENTION	CADRAGE THÉORIQUE SOUS-TENDANT L'INTERVENTION	PÉRIODE D'INTERVENTION À DOMICILE	NOMBRE DE VISITES À DOMICILE PRÉVUES	INTERVENANT PRINCIPAL
INTERVENTIONS ACTUELLEMENT DÉPLOYÉES								
Auvergne-Rhône-Alpes	Service de maternité, gynécologie ou obstétrique/ Équipe mobile de périnatalité	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Faciliter l'accès aux droits et aides sociales - Rompre l'isolement des parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents - Antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance au sein de la famille - Violences au sein du couple de parents ou de la famille - Mère isolée socialement 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie d'un ou des deux parents, ou de la famille - Attachement - Soutien social et le soutien par les pairs 	1 ^{er} trimestre de grossesse au 19 ^e au 24 ^e mois de l'enfant	7	Sage-femme
Auvergne-Rhône-Alpes	Service de PMI/ Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Faciliter l'allaitement - Répondre aux besoins en nutrition et activité physique du jeune enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Mère isolée socialement - Prématurité, handicap ou maladie grave de l'enfant - Allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement - Guidance parentale - Parentalité positive 	3 ^e trimestre de grossesse au 25 ^e mois de l'enfant ou plus	11	Infirmier.e puéricultrice
Bretagne	Service de pédopsychiatrie/ Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents - Troubles repérés dans la relation mère-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie d'un ou des deux parents, ou de la famille - Attachement - Observation des bébés selon Esther Bick 	1 ^{er} trimestre de grossesse au 13 ^e au 18 ^e mois de l'enfant	10	Infirmier.e
Réunion	Service de PMI/ Dispositif TISF périnatalité PMI	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Améliorer la situation financière ou économique de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - Parité extrême (primiparité ou plus de 4 enfants) 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement 	2 ^e trimestre de grossesse au 19 ^e au 24 ^e mois de l'enfant	30	Technicien.ne de l'intervention sociale et familiale

RÉGION	STRUCTURE PORTEUSE / NOM DE L'IPPAD	OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	PUBLIC CIBLÉ PAR L'INTERVENTION – FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ	BASE DE CONSTRUCTION DE L'INTERVENTION	CADRAGE THÉORIQUE SOUS-TENDANT L'INTERVENTION	PÉRIODE D'INTERVENTION À DOMICILE	NOMBRE DE VISITES À DOMICILE PRÉVUES	INTERVENANT PRINCIPAL
		<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité du logement - Faciliter l'accès aux droits et aides sociales 						
Grand Est	Service de pédopsychiatrie/ Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Rompre l'isolement des parents - Autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents - Troubles repérés dans la relation mère-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement - Observation des bébés selon Esther Bick - Autre 	1 ^{er} trimestre de grossesse au 13 ^e au 18 ^e mois de l'enfant	10	Infirmier.e
Grand Est	Service de PMI/ Visites naissance à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Rompre l'isolement des parents - Répondre aux besoins en nutrition et activité physique du jeune enfant - Réduire les risques d'accident 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance au sein de la famille - Mère née à l'étranger en situation de migration récente - Violences au sein du couple de parents ou de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement - Guidance parentale - Parentalité positive 	3 ^e trimestre de grossesse au 25 ^e mois de l'enfant ou plus	6	Infirmier.e puéricultrice
Hauts-de-France	Service de PMI/ Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance au sein de la famille - Grossesse non désirée à ce moment - Mère isolée socialement 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie d'un ou des deux parents, ou de la famille - Attachement 	1 ^{er} trimestre de grossesse au 13 ^e au 18 ^e mois de l'enfant	38	Psychologue

INTERVENTIONS À VENIR DANS LES DEUX PROCHAINES ANNÉES

RÉGION	STRUCTURE PORTEUSE / NOM DE L'IPPAD	OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	PUBLIC CIBLÉ PAR L'INTERVENTION – FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ	BASE DE CONSTRUCTION DE L'INTERVENTION	CADRAGE THÉORIQUE SOUS-TENDANT L'INTERVENTION	PÉRIODE D'INTERVENTION À DOMICILE	NOMBRE DE VISITES À DOMICILE PRÉVUES	INTERVENANT PRINCIPAL
Réunion	Centre médico psychologique ou CMPP/ Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Mère de 21 ans ou moins - Mère isolée socialement 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie psychologique d'un ou des deux parents, ou de la famille - Attachement - Observation des bébés selon Esther Bick 	1 ^{er} trimestre de grossesse au 25 ^e mois de l'enfant ou plus	12	Infirmier.e puériculteur.t rice
Grand Est	Service de néonatalogie ou pédiatrie/ Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Développer les habiletés langagières de l'enfant - Proposer du répit parental ou du repos - Rompre l'isolement des parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Grossesse non désirée à ce moment 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience propre ou de celle de votre structure - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement - Guidance parentale - Parentalité positive 	2 ^e trimestre de grossesse au 7 ^e au 12 ^e mois de l'enfant	NC	Infirmier.e puériculteur.t rice
Occitanie	Service de pédopsychiatrie/ Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation - parent-enfant - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Rompre l'isolement des parents Autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Difficultés de mobilité vers les services de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention démarche qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie psychologique d'un ou des deux parents, ou de la famille - Attachement - Observation des bébés selon Esther Bick 	2 ^e trimestre de grossesse au 7 ^e au 12 ^e mois de l'enfant	NC	Psychologue

RÉGION	STRUCTURE PORTEUSE / NOM DE L'IPPAD	OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	PUBLIC CIBLÉ PAR L'INTERVENTION – FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ	BASE DE CONSTRUCTION DE L'INTERVENTION	CADRAGE THÉORIQUE SOUS-TENDANT L'INTERVENTION	PÉRIODE D'INTERVENTION À DOMICILE	NOMBRE DE VISITES À DOMICILE PRÉVUES	INTERVENANT PRINCIPAL
Occitanie	Service de pédopsychiatrie/ Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Dispenser une éducation thérapeutique des parents pour prise en charge maladie/handicap du bébé - Rompre l'isolement des parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Difficultés de mobilité vers les services de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement - Guidance parentale 	1 ^{er} trimestre de grossesse au 19 ^e au 24 ^e mois de l'enfant	NC	Infirmier.e puériculteur.t rice
Bretagne	Service de pédopsychiatrie/ NC	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents - Troubles repérés dans la relation mère-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie psychologique d'un ou des deux parents, ou de la famille - Attachement - Observation des bébés selon Esther Bick 	1 ^{er} trimestre de grossesse au 13 ^e au 18 ^e mois de l'enfant	10	Infirmier.e
Nouvelle-Aquitaine	Service de pédopsychiatrie/ Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Suivre la grossesse et/ou préparer à l'accouchement - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents - Troubles repérés dans la relation mère-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie psychologique d'un ou des deux parents, ou de la famille - Attachement - Guidance parentale 	1 ^{er} trimestre de grossesse au 25 ^e au 30 ^e mois de l'enfant ou plus	NC	Infirmier.e
Provence-Alpes-Côte-d'Azur *	Service de PMI/ PANJO	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Suivre la grossesse et/ou préparer à l'accouchement - Prévenir ou accompagner la dépression du péri-partum - Rompre l'isolement des parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère - Pathologie psychiatrique connue d'un des parents 	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement - Guidance parentale - Parentalité positive *** 	2 ^e trimestre de grossesse au 19 ^e au 24 ^e mois de l'enfant ***	NC ***	Infirmier.e puériculteur.t rice

RÉGION	STRUCTURE PORTEUSE / NOM DE L'IPPAD	OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	PUBLIC CIBLÉ PAR L'INTERVENTION – FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ	BASE DE CONSTRUCTION DE L'INTERVENTION	CADRAGE THÉORIQUE SOUS-TENDANT L'INTERVENTION	PÉRIODE D'INTERVENTION À DOMICILE	NOMBRE DE VISITES À DOMICILE PRÉVUES	INTERVENANT PRINCIPAL
		**	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance au sein de la famille** 	<ul style="list-style-type: none"> - Démarche qualité 				
Grand Est*	Service de PMI/PANJO	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Faciliter l'allaitement - Assurer les soins de puériculture - Répondre aux besoins en nutrition et activité physique du jeune enfant **	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance au sein de la famille - Précarité de logement de la famille - Violences au sein du couple de parents ou de la famille - Prématurité, handicap ou maladie grave de l'enfant **	<ul style="list-style-type: none"> - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement - Guidance parentale - Observation des bébés selon Esther Bick ***	2 ^e trimestre de grossesse au 19 ^e au 24 ^e mois de l'enfant	6***	Infirmier.e puériculteur.t rice
Bretagne*	Service de PMI/PANJO	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant **	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Troubles repérés dans la relation mère-enfant - Antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance au sein de la famille - Violences au sein du couple de parents ou de la famille - Mère isolée socialement **	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement ***	1 ^{er} trimestre de grossesse au 19 ^e au 24 ^e mois de l'enfant	6***	Infirmier.e puériculteur.t rice
Normandie*	Service de PMI/PANJO	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Rompre l'isolement des parents - Réduire les risques d'accident **	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Précarité économique de la famille - Mère née à l'étranger en situation de migration récente - Mère isolée socialement - Mère de 21 ans ou moins **	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Expérience propre ou de celle de la structure - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement - Guidance parentale - Théories du changement de comportement ***	3 ^e trimestre de grossesse au 7 ^e au 12 ^e mois de l'enfant 4 ^e au 6 ^e mois de l'enfant	10**	Infirmier.e puériculteur.t rice

RÉGION	STRUCTURE PORTEUSE / NOM DE L'IPAD	OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	PUBLIC CIBLÉ PAR L'INTERVENTION – FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ	BASE DE CONSTRUCTION DE L'INTERVENTION	CADRAGE THÉORIQUE SOUS-TENDANT L'INTERVENTION	PÉRIODE D'INTERVENTION À DOMICILE	NOMBRE DE VISITES À DOMICILE PRÉVUES	INTERVENANT PRINCIPAL
				même type d'intervention				
Nouvelle-Aquitaine *	Service de PMI/ PANJO	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Suivre la grossesse et/ou préparer à l'accouchement - Assurer les soins médicaux et paramédicaux de l'enfant - Assurer les soins de puériculture **	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Précarité économique de la famille - Mère née à l'étranger en situation de migration récente - Mère isolée socialement - Mère de 21 ans ou moins **	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement - Guidance parentale ***	1 ^{er} trimestre de grossesse au 4 ^e au 6 ^e mois de l'enfant	8 ***	Infirmier.e puériculteur.t rice
Bretagne *	Service de PMI/ PANJO	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Autre **	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels - Précarité économique de la famille - Mère isolée socialement - Grossesse à risque - Parité extrême (primiparité ou plus de 4 enfants) **	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique - Retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement ***	3 ^e trimestre de grossesse au 4 ^e au 6 ^e mois de l'enfant	6 ***	Infirmier.e puériculteur.t rice
Réunion *	Service de PMI/ PANJO	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relation parent-enfant - Rompre l'isolement des parents **	<ul style="list-style-type: none"> - Mère isolée socialement **	<ul style="list-style-type: none"> - Littérature scientifique 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachement ***	1 ^{er} trimestre de grossesse au 7 ^e au 12 ^e mois de l'enfant**	6 ***	Sage-femme

Note de lecture :

* Ces différentes déclarations d'interventions correspondent à une même action déployée sur différent département, à savoir le programme PANJO (Promotion de la santé et de l'attachement des nouveaux-nés et de leurs Jeunes parents).

** Les critères de vulnérabilité de la population cible et les objectifs peuvent être différents selon les départements car ils sont contexte-dépendants.

*** Le cadrage théorique et les caractéristiques du programme sont identiques sur l'ensemble des territoires mais les répondants n'étant pas tous au même stade d'implantation du programme (volonté d'implantation à formation déjà en cours), des descriptions divergentes ont pu être proposées.

Parmi les 256 interventions restantes ne déclarant pas remplir 100 % des critères qualité, 24 remplissent tout de même 12 des 13 critères.

Le critère non rempli est relatif : à l'absence de critères de vulnérabilité de la population ciblée (n=6) – pour exemple : « Petits pas Grands pas » et « Petite enfance : Recherche action dans le Lunévillois » ; à l'absence de référentiel pour guider le déploiement de l'intervention (n=4) ; à un nombre insuffisant de visites (n=3) ; à l'absence de supervision des intervenants (n=3) ; à une dispensation uniquement en *post natale* (n=3) ; à l'absence de mobilisation de données probantes dans la construction de l'intervention (n=2) ; à l'absence de formation spécifique au programme des intervenants (n=1) ; à une durée d'intervention n'allant pas jusqu'aux 6 mois de l'enfant (n=1) ; à l'absence d'évaluation régulière de l'intervention (n=1).

Ces 24 interventions sont également à considérer comme ayant un fort potentiel d'efficacité et pourraient être pertinentes à soutenir pour mettre en place une évaluation d'efficacité, si ce n'est pas encore une démarche entreprise par les porteurs de projet.

4.5 Comment soutenir le développement des IPPAD en France selon les répondants ?

Cette partie présente dans un premier temps les moyens supplémentaires nécessaires aux structures pour développer les IPPAD en France. Sont ensuite abordées les perspectives de déploiement des IPPAD par les structures ayant répondu à l'état des lieux.

4.5.1 Types de moyens attendus par les structures répondantes pour développer des IPPAD

Cent soixante-huit structures ont répondu à la question relative aux moyens supplémentaires nécessaires pour développer en nombre et/ou qualité des IPPAD dans les deux années à venir. Parmi les moyens supplémentaires nécessaires cités, ont principalement été identifiés : les besoins en matière de moyens humains et/ou de formation (86 %) ; l'amélioration de la qualité des partenariats entrepris dans le cadre des IPPAD (61 %) ; et les outils à mobiliser pour réaliser des IPPAD (60 %).

Plus précisément, parmi les moyens humains, ont été identifiés : d'une part, la nécessité de disposer d'intervenants à domicile supplémentaires et d'autre part, d'un coordinateur chargé de la mise en place du dispositif. Lorsqu'il s'agit de besoin en formation, les attentes des intervenants sont relatives à l'amélioration de leurs compétences en soutien à la relation parent-enfant.

En ce qui concerne les partenariats à développer et à mobiliser pour implanter des IPPAD, les répondants ont identifié la nécessité de disposer de partenariats plus efficaces. Ceci, tant en amont de l'intervention, afin d'identifier et ainsi de proposer l'intervention à davantage de familles en situation de vulnérabilité ; qu'en aval de l'intervention afin d'assurer une meilleure prise en charge des familles en proposant un relais spécifique.

Concernant les outils, les répondants ont principalement précisé la nécessité de disposer d'outils de communication supplémentaires afin d'informer le public visé de l'existence des interventions proposées. De façon moins importante, les outils relatifs à la méthodologie et à l'évaluation des IPPAD – tels que des guides de bonnes pratiques ou des outils pratiques pour atteindre les objectifs de l'intervention – ont été cités.

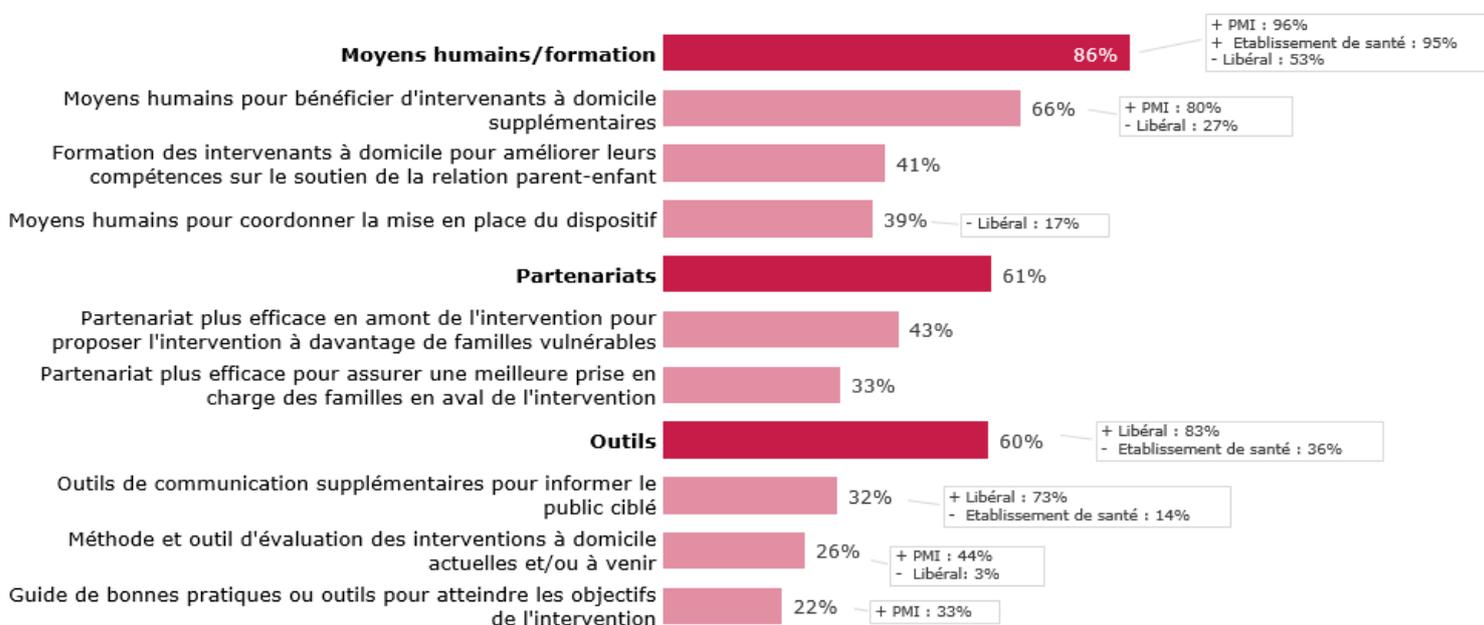
4.5.2 Des attentes différentes selon les types de répondants

Si les structures se rejoignent globalement quant aux moyens nécessaires pour développer des IPPAD, les attentes quant à ces moyens sont plus ou moins importantes selon les types de structures répondantes.

Ainsi, les attentes en termes de moyens humains pour bénéficier de professionnels supplémentaires et pour coordonner l'intervention ainsi que les moyens relatifs aux méthodes et outils d'évaluation sont plus importantes pour les PMI et les établissements de santé que pour les professionnels libéraux. A contrario, les professionnels libéraux sont plus dans l'attente d'outils pratiques et notamment d'outils de communication supplémentaires pour informer le public à privilégier pour leurs interventions.

La nécessité d'un guide de bonnes pratiques ou d'un outil pour atteindre les objectifs de l'intervention n'a été identifiée que dans 22 % des réponses et de façon plus importante par les PMI.

Figure 19. Moyens supplémentaires prioritaires pour le développement en nombre et/ou qualité des IPPAD identifiés par les répondants

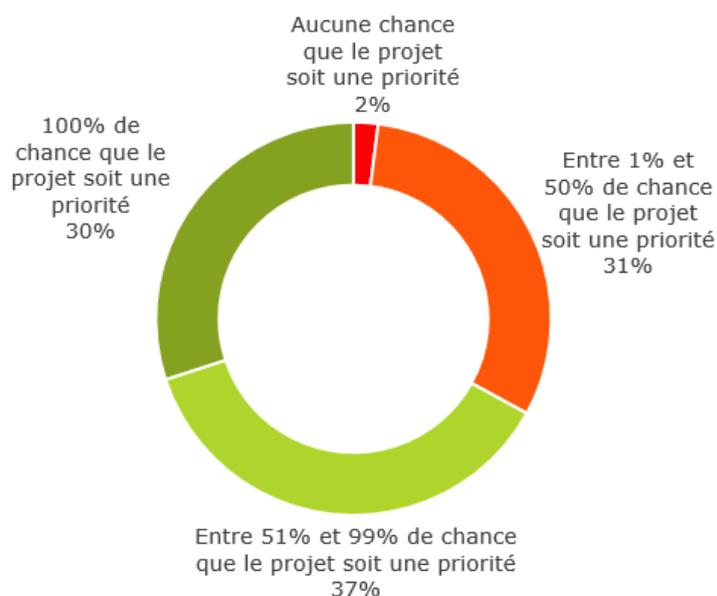


4.5.3 Les IPPAD, une priorité d'action des répondants dans les deux années à venir ?

Si des moyens supplémentaires quant aux ressources humaines et à la formation ; aux partenariats ; et aux outils sont alloués aux structures, 72 % des 159 répondants déclarent que le projet de développement d'une intervention de prévention précoce à domicile est une priorité pour la structure au cours des deux années à venir. Ce pourcentage est encore plus important chez les professionnels libéraux qui déclarent, à 85 %, que le développement de telles interventions est une de leurs priorités pour les deux prochaines années.

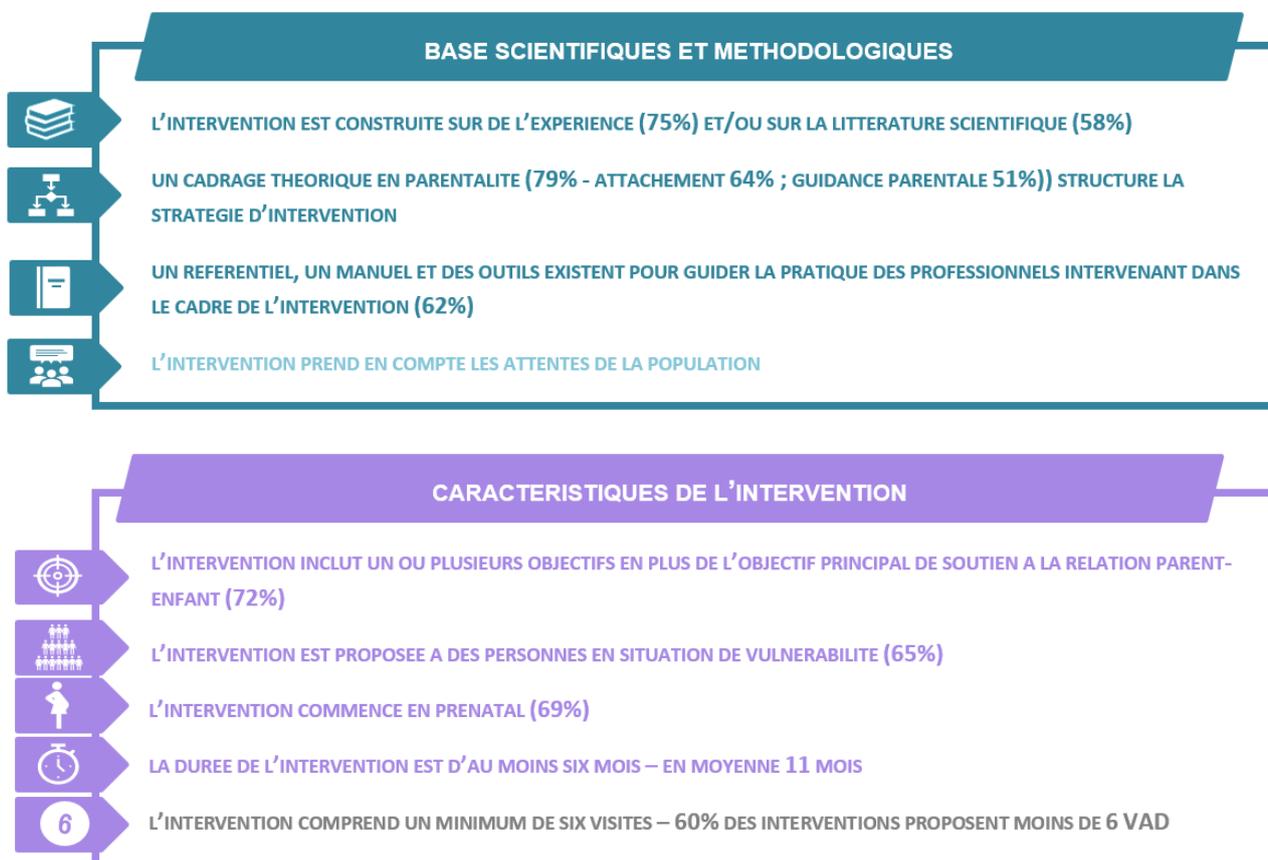
La figure ci-dessous présente, par tranche, la probabilité de réalisation d'un projet d'IPPAD dans les deux années à venir.

Figure 20. Probabilité de réalisation d'une IPPAD dans les deux années à venir



Ces interventions répondent ainsi à la volonté des répondants et des plans actuels quant à la préoccupation d'être en situation de proximité avec les familles. L'intention des structures couplée à la mobilisation des fonds de prévention et de la feuille de route 1 000 jours permet d'envisager avec optimisme le déploiement de ce type d'interventions.

4.6 Portrait type d'une IPPAD recensée



COMPETENCES, SOUTIEN, CONDITIONS RELATIVES AUX PROFESSIONNELS



LES PROFESSIONNELS INTERVENANT A DOMICILE ONT SUIVI UNE FORMATION SPECIFIQUE POUR POUVOIR DELIVRER L'INTERVENTION (83%)



LES PROFESSIONNELS INTERVENANT BENEFICIENT D'UNE SUPERVISION OU D'UNE ANALYSE DE PRATIQUES POUR LES AIDER A METTRE EN ŒUVRE L'INTERVENTION (51%)



LE MAINTIEN DU (OU DES) MEME(S) VISITEUR(S) TOUT AU LONG DU PROGRAMME PERMET D'ETABLIR UN LIEN DE CONFIANCE DURABLE AVEC LA FAMILLE

EVALUATION



UNE EVALUATION REGULIERE DE L'INTERVENTION PERMET DE SAVOIR SI LES OBJECTIFS SONT ATTEINTS (70%)

4.7 Forces et limites de l'état des lieux

Les IPPAD peuvent être développées et pratiquées par une diversité importante de professionnels. Elles sont essentiellement proposées par les PMI dont ce type d'interventions fait partie intégrante des missions. Nous avons ainsi fait le choix, pour des raisons de faisabilité, de ne relancer téléphoniquement que les PMI pour le remplissage du questionnaire.

Nous n'avons probablement pas recensé toutes les IPPAD mises en place sur le territoire français car nous avons sollicité les réseaux dont nous avons connaissance. Si les pratiques des PMI, services hospitaliers ont bien répondu à cette enquête, nous ne disposons que de peu d'éléments sur les pratiques des professionnels libéraux.

Par ailleurs, les données recueillies étant déclaratives et quantitatives, elles nous donnent un aperçu des pratiques mais il serait nécessaire de pouvoir compléter ces éléments par des entretiens auprès des structures porteuses afin de disposer d'une description plus exhaustive des interventions, de leurs méthodologies et de leurs déroulements sur le terrain.

4.8 Conclusions sur l'état des lieux des IPPAD installées en France

Ce chapitre décrit la répartition territoriale des interventions, existantes ou à venir, en France. Il permet d'établir une première description des pratiques d'IPPAD des professionnels de terrain et analyse dans quelle mesure ces pratiques répondent à un standard minimum de qualité.

De façon générale, les interventions sont décrites par les répondants à la question de l'état des lieux comme basées sur l'utilisation des données issues de la littérature scientifique, des expériences antérieures et retours d'expériences, ou encore de démarches qualité. Les interventions identifiées dans ce recensement ont le plus souvent pour objectif principal de soutenir la relation parent-enfant couplé à un ou plusieurs autres objectifs relatifs aux soins et conseils de santé de la mère ; aux soins et conseils pour le développement de l'enfant ; au soutien social des parents ; aux conditions de vie et à la prise en charge du handicap.

Ces interventions sont principalement dispensées par des infirmières puéricultrices et des sages-femmes ayant bénéficié d'une formation spécifique pour pouvoir délivrer l'intervention proposée. Majoritairement elles couvrent les périodes ante et postnatales, durent en moyenne onze mois et

s'intéressent majoritairement à des publics vulnérables (principalement sur des critères psychologiques et socioéconomiques).

Les répondants déclarent généralement mobiliser des outils pour les étapes de réalisation, de suivi et d'évaluation de l'intervention mais l'état des lieux ne permet pas d'en qualifier la nature et l'utilité. Aussi, il serait intéressant pour les actions déclarant remplir entre 12 et 13 des 13 critères qualité, de réaliser une généalogie de l'intervention (telle que définie par Bisset et Potvin [48]), et de construire une évaluation d'efficacité robuste sur cette base. En effet, pour bénéficier à l'ensemble des IPPAD menées sur le territoire français, il apparaît important d'étudier plus en profondeur ces interventions telles qu'elles se déploient, s'expérimentent, s'évaluent, évoluent... et atteignent leurs objectifs.

Cet état des lieux n'est certes pas exhaustif mais il a permis d'identifier pour la première fois en France un grand nombre d'interventions de prévention précoce à domicile. Il s'agit d'une première photographie des pratiques de terrain, qui servira de base à l'évaluation du développement attendu de ces interventions.

CHAPITRE 5 : PROPOSITIONS POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES IPPAD SOUTENANT LA RELATION PARENT-ENFANT

Ce dernier chapitre propose une mise en perspective des connaissances partagées dans les chapitres précédents.

5.1 Accompagner les structures souhaitant implanter ou évaluer des IPPAD

Le paysage de la promotion de la santé et des IPPAD a fortement évolué au cours de ces dernières décennies avec d'importantes transformations dans la façon de concevoir, de développer et d'évaluer ces interventions. Cependant, il n'y a pas de méthodologie unique pour y parvenir et les professionnels se trouvent face à un éventail de propositions qui peut rendre difficile leurs choix.

1) Mobiliser et créer si besoin des modalités de déploiement et de financement incluant du conseil scientifique et méthodologique

L'identification des méthodes les plus appropriées pour le développement, la pratique et l'évaluation des IPPAD peut représenter un réel défi pour les professionnels de terrain qui ont souvent de nombreuses missions à mener. Un accompagnement des structures portant la réalisation des IPPAD permettrait d'envisager plus pragmatiquement le développement en nombre et en qualité de ce type d'intervention, tel que souhaité dans le cadre de l'INSTRUCTION N° SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant.

En effet, le recensement a fait apparaître des pratiques variées et de nombreuses interventions dont l'efficacité n'est que rarement connue. L'évaluation est une démarche longue qui débute dès l'élaboration du projet et se poursuit au-delà de celui-ci pour en appréhender les résultats à moyen ou long termes. Les manques de moyens, de temps, de connaissances et de compétences sont autant d'entraves à la construction d'indicateurs d'évaluation réalistes et accessibles. L'évaluation de processus, dont la satisfaction est encore souvent confondue avec un indicateur de résultat, est systématiquement réalisée. Les effets de l'action sont quant à eux moins souvent recherchés. Néanmoins il est nécessaire de s'assurer que les pratiques implantées rejoignent le mieux possible les pratiques ayant démontré leur efficacité... À ce titre, un accompagnement méthodologique robuste, proposé par des structures qualifiées, pourrait être proposé aux structures déployant des IPPAD.

Par ailleurs, les moyens alloués à une action ont des retombées directes sur la qualité de celle-ci et sur les possibilités des professionnels de les développer. La fragilité des modèles économiques des interventions recensées freine leur caractère reproductible, d'implantation à grande échelle et d'évaluation. Lorsque la structure porteuse de l'IPPAD est une PMI, la contractualisation État-ARS-département dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention en protection de l'enfance crée un cadre favorable pour répondre à ces besoins.

2) Renforcer la coordination des interventions proposées

La coordination se révèle être un facteur d'impact majeur dans le déploiement des IPPAD. Mobiliser les partenaires ; créer une culture commune autour de l'intervention ; fédérer, suivre, porter l'action auprès du public visé, des partenaires... ; identifier et prendre en compte les réticences et les

craintes des professionnels à faire l'intervention ; communiquer sur l'intervention ; l'évaluer... sont autant de tâches allouées à la coordination pour que l'action puisse atteindre ses objectifs.

Une coordination efficace suppose que la personne chargée de celle-ci :

- soit clairement identifiée et que ses missions soient reconnues au sein de la structure ;
- dispose de compétences en gestion de projet ;
- dispose de compétences et de connaissances sur le sujet des IPPAD et du lien parent-enfant ;
- ait un temps spécifique alloué à cette coordination.

3) Encourager l'utilisation des 13 critères qualité 1 000 premiers jours par les porteurs, les décideurs et les financeurs

Si une démarche d'accompagnement au déploiement des IPPAD demande à être construite, les 13 critères qualité présentés plus haut peuvent d'ores et déjà permettre aux professionnels et aux décideurs d'identifier les dimensions de l'intervention qui peuvent être à améliorer ou à mettre en place pour proposer au public visé une intervention à fort potentiel d'efficacité. De même les financeurs peuvent s'appuyer sur ces critères pour prendre des décisions quant au soutien de la mise en place ou au transfert de nouvelles IPPAD, ou pour repérer les dimensions à consolider dans les interventions déjà financées.

5.2 Capitaliser les expériences pour comprendre finement les IPPAD et les déployer

L'état des lieux a permis de faire une première description des pratiques existantes qu'il convient d'approfondir. Accompagner les porteurs dans la capitalisation de leurs IPPAD est nécessaire pour obtenir la description la plus précise possible de chaque dimension de l'intervention. Cette analyse, consiste en une réelle réflexion sur la nature des éléments constitutifs et le dynamisme de l'IPPAD. Une mise en perspective des données recueillies auprès du porteur via la référence à des données probantes sur la thématique et sur les stratégies d'intervention mobilisées peut ensuite être réalisée. Ces informations recueillies peuvent ensuite être diffusées afin de valoriser l'expérience et ainsi alimenter les travaux de recherche ou être utiles à l'action, à la décision ou encore au plaidoyer.

1) Améliorer la description et le *reporting* des IPPAD

La compréhension de l'intervention et de son fonctionnement, de ses mécanismes – ce qui fonctionne, comment cela fonctionne, dans quelles conditions, auprès de qui – ne peut être possible qu'en « décortiquant » l'intervention. Cette description sera d'autant plus précise qu'elle sera réalisée par les personnes qui sont au cœur de l'intervention (intervenants, formateurs, superviseurs, bénéficiaires...). De nombreux outils de *reporting*⁸ sont à disposition des chercheurs et des professionnels de terrain afin de leur permettre de décrire leurs interventions d'une manière très opérationnelle et catégorielle. Cette démarche permettrait, en identifiant un outil commun pertinent au *reporting* des IPPAD, d'améliorer les connaissances sur les pratiques sur le terrain et de préciser les critères qualité des interventions.

2) Développer et accompagner la démarche de capitalisation des connaissances relatives aux IPPAD en France

⁸ Le *reporting* est l'expression anglophone de la communication de données. Il correspond à la description exhaustive des caractéristiques de l'intervention et des interactions possibles entre la population, l'intervention et le contexte. Cette description permet alors de proposer des recommandations quant à l'implantation de chaque intervention, nécessaires à l'obtention d'une intervention efficace. Un des piliers de cette description consiste ainsi à rendre visible au travers des rapports, des articles... les activités et les résultats d'une intervention.

Cette volonté de mieux comprendre les mécanismes et les facteurs clés des interventions n'est pas propre aux IPPAD. En effet, une dynamique nationale et internationale portant sur les questions de production, de diffusion, de partage, de transférabilité des données probantes et de définitions de leurs fonctions clés s'est construite ces dernières années. Le partage et l'application des connaissances correspondent à l'ensemble des fonctions et des processus visant à améliorer la manière par laquelle la connaissance est partagée et appliquée pour apporter des changements efficaces et durables. Dans cette optique, la création d'espaces partagés où se rencontrent chercheurs et professionnels, la diffusion des données probantes, avec notamment la création du portail de données probantes porté par Santé publique France (49), ou encore la capitalisation d'expériences en promotion de la santé ont vu le jour. Le portail de données probantes constitue une plateforme permettant l'articulation et la diffusion des innovations entre la recherche et les pratiques de terrains. Il est le registre français d'interventions validées ou prometteuses et propose en ce sens un catalogue d'interventions les plus pertinentes, d'abord dans le contexte français, ensuite en l'élargissant aux interventions étrangères. Il rend compte du contenu et des conditions de réalisation de ces interventions dans le but d'aider les décideurs et les acteurs locaux à choisir des interventions adaptées à leurs besoins.

La capitalisation des connaissances vise à transformer le savoir expérientiel en connaissance partageable. Cette démarche, inscrite dans l'initiative Inspire-ID pilotée par la Direction générale de la Santé, permet d'élaborer une connaissance expérientielle en promotion de la santé et s'appuie sur la valeur des savoirs issus du terrain.

Aussi, la capitalisation s'inscrit dans un modèle dynamique, itératif et continu de production et de partage des connaissances entre des chercheurs, des politiques et des professionnels et poursuit quatre finalités : 1) la finalité informative ; 2) la finalité stratégique et politique ; 3) la finalité scientifique et 4) la finalité pédagogique. Pour ce faire, la démarche de capitalisation comprend la diffusion des connaissances relatives aux interventions, la formation des professionnels, l'évaluation ou l'accompagnement à l'évaluation des interventions, la création du lien avec la recherche et l'animation de la communauté chercheurs – politiques – professionnels.

5.3 Approfondir l'évaluation coût efficacité des IPPAD en menant des recherches interventionnelles sur les IPPAD atteignant 12 et 13 critères qualité

Les IPPAD décrites, tant dans la littérature que dans l'état des lieux, montrent une diversité de pratiques ne permettant pas de conclure précisément sur le dosage (nombre, durée, fréquence) idéal. En effet, le nombre de visites proposées – allant de deux à une centaine – ; la durée du programme – allant de quelques semaines à plus de vingt-quatre mois ; la régularité des visites – allant d'hebdomadaire à semestrielle – sont autant d'éléments du dosage nécessaires à analyser. Si une évaluation spécifique est indispensable pour disposer de davantage de preuves, une description précise de ces éléments – avec comparaisons des effets des interventions selon différents dosages – permettrait au moins d'identifier dans le contexte spécifique de l'intervention son efficacité et son potentiel de transférabilité.

Au total, 18 IPPAD ont été décrites par les participants à l'état des lieux comme répondant aux critères de qualité et 24 interventions sont décrites comme remplissant au moins 12 critères sur 13. Ces 42 IPPAD ont un fort potentiel d'efficacité. Cependant, le simple fait de répondre à un ensemble de critères ne peut préjuger de la réelle efficacité de l'intervention ; seule une évaluation robuste le pourrait. Sur le terrain, les évaluations d'interventions réalisées reposent essentiellement sur une démarche qualité avec la mobilisation d'outils quantitatifs servant avant tout à mesurer l'adéquation de ce qui a été fait à ce qui était prévu. Dans leurs évaluations, les professionnels ne mesurent que rarement les effets à court ou long termes de leur intervention et n'identifient que rarement les mécanismes et les fonctions clés de leurs interventions.

Pour autant, le savoir expérientiel doit être reconnu et intégré dans la production de la preuve (12). En effet, la planification des interventions ne peut plus reposer uniquement sur une science des problèmes mais doit également intégrer une science des solutions ou de l'action (50, 51) : la recherche interventionnelle. La recherche interventionnelle ayant pour but de démontrer l'efficacité des interventions, mais aussi d'analyser les conditions et les modalités de mise en œuvre à mobiliser, la reproductibilité et la durabilité des interventions (52). Elle permet également d'étudier d'autres critères de jugement d'une intervention tels que son acceptabilité, son appropriation par les intervenants, sa faisabilité, sa pertinence, la fidélité de sa réalisation, sa pérennité, son coût d'implantation et son degré de couverture particulièrement considérés dans le champ de l'*implementation science* (53). Une des conditions de la recherche interventionnelle est d'impliquer des partenaires « non chercheurs » mais « professionnels de terrain ». Cette démarche permet ainsi de faire d'une connaissance expérientielle, une connaissance généralisable du fait de sa robustesse méthodologique et évaluative.

Plus précisément, l'accompagnement des IPPAD à fort potentiel d'efficacité par des équipes de recherche pourrait porter sur : 1) l'élaboration du cadrage théorique de l'intervention avec l'identification des bases théoriques sous-tendant l'intervention et du contexte d'intervention ; 2) la construction d'un questionnement évaluatif permettant d'identifier si les interventions sont efficaces, pourquoi elles le sont et/ou si elles sont coût-efficace ; 3) la mobilisation en amont du lancement de l'évaluation des connaissances scientifiques et des outils les plus adaptés pouvant améliorer les performances de l'intervention ; 4) la mise en forme des résultats dans des formats mobilisables en vue de la transférabilité et de la prise de décision.

Il semble nécessaire que des équipes universitaires de recherche, Santé publique France, des agences régionales de santé et des promoteurs s'associent dans un projet ambitieux pour parvenir à ces fins.

6. CONCLUSION : LES POINTS SAILLANTS DES CONNAISSANCES PRODUITES ET PARTAGÉES DANS CE GUIDE

L'objectif de ce guide est d'étudier les pratiques et les critères de qualité des IPPAD. La manière d'appréhender et de piloter les IPPAD étant variable selon les types d'opérateur portant l'intervention et les métiers des intervenants à domicile. Nous avons exposé l'apport et l'importance des IPPAD visant à soutenir la relation parent-enfant sur les déterminants de la santé de l'enfant, sur les expériences négatives de l'enfance ainsi que la reconnaissance de leur bénéfice par les politiques nationales.

Dans cette perspective, nous avons exploré comment les chercheurs et les professionnels de terrain appréhendent et « vivent » la pratique des IPPAD. Ainsi, nous avons identifié ce qui constitue les IPPAD et ce qui est favorable à leur succès ainsi que l'attractivité de ces interventions par les potentiels bénéficiaires.

L'état des lieux s'est construit autour de trois temps : une revue narrative de la littérature ; un recensement des pratiques d'IPPAD en France ; une enquête d'acceptabilité des IPPAD par les bénéficiaires potentiels.

De l'analyse de l'ensemble des connaissances collectées et partagées dans ce guide, nous avons pu rédiger :

- 13 critères de qualité des IPPAD soutenant le lien parent-enfant (voir pages 36-38).
- 3 propositions pour favoriser le développement de la qualité et de la couverture territoriale des IPPAD en France.

7. Références bibliographiques

1. Santé publique France. Développement de l'enfant : l'apport des neurosciences. [Internet]. [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/developpement-de-l-enfant-l-apport-des-neurosciences>
2. Hyndrak-Fabrizio M, Welniarz B. Supervision clinique des intervenants au domicile dans le champ de la périnatalité : revue de la littérature. *Devenir*. 29 déc 2017;Vol. 29(4):293-306.
3. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, *et al*. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*. 27 août 1997;278(8):637-43.
4. Jones CM, Merrick MT, Houry DE. Identifying and Preventing Adverse Childhood Experiences: Implications for Clinical Practice. *JAMA*. 7 janv 2020;323(1):25-6.
5. What is Home Visiting Evidence of Effectiveness? | Home Visiting Evidence of Effectiveness [Internet]. [cité 28 avr 2022]. Disponible sur: <https://homvee.acf.hhs.gov/>
6. Une commission d'experts pour établir le rapport des 1000 premiers jours - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est/article/une-commission-d-experts-pour-etablir-le-rapport-des-1000-premiers-jours>
7. Les 5 axes d'action du projet national des 1000 premiers jours de l'enfant - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est/article/les-5-axes-d-action-du-projet-national-des-1000-premiers-jours-de-l-enfant>
8. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, *et al*. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*. 3 mars 2007;334(7591):455-9.
9. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, *et al*. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 19 mars 2015;350:h1258.
10. Bilodeau A, Potvin L. Unpacking complexity in public health interventions with the Actor-Network Theory. *Health Promot Int*. 1 févr 2018;33(1):173-81.
11. Sawyer AC, Kaim AL, Mittinity MN, Jeffs D, Lynch JW, Sawyer MG. Effectiveness of a 2-year post-natal nurse home-visiting programme when children are aged 5 years: Results from a natural experiment. *J Paediatr Child Health*. sept 2019;55(9):1091-8.
12. Jenicek M. Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *J Epidemiol*. déc 1997;7(4):187-97.
13. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2009;30:175-201.
14. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. *Future Child*. Spring-Summer 1999;9(1):4-26, 195-223.

15. Gomby DS. The promise and limitations of home visiting: implementing effective programs. *Child Abuse Negl.* août 2007;31(8):793-9.
16. Kahn J, Moore KA. What works for home visiting programs: Lessons from experimental evaluations of programs and interventions. 2010;
17. Finello KM, Terteryan A, Riewerts RJ. Home Visiting Programs: What the Primary Care Clinician Should Know. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 1 avr 2016;46(4):101-25.
18. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics.* juill 1986;78(1):65-78.
19. Frequently Asked Questions | Home Visiting Evidence of Effectiveness [Internet]. [cité 28 avr 2022]. Disponible sur: <https://homvee.acf.hhs.gov/about-us/Frequently%20Asked%20Questions#FAQ-models-maternalinfanthealt>
20. Duffee JH, Mendelsohn AL, Kuo AA, Legano LA, Earls MF, COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS, *et al.* Early Childhood Home Visiting. *Pediatrics.* sept 2017;140(3):e20172150.
21. Bowlby J. *Attachment and Loss.* Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969. 462 p.
22. Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Dev.* 1991;62(5):891-905.
23. Desjardins N, Dumont J, Laverdure J, Poissant J. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an. [Internet]. Gouvernement du Québec; 2005 p. 184. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-836-01.pdf>
24. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* Prisma 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 29 mars 2021;n160.
25. Rotheram-Fuller E, Swendeman D, Becker K, Daleiden E, Chorpita B, Youssef MK, *et al.* Adapting Current Strategies to Implement Evidence-Based Prevention Programs for Paraprofessional Home Visiting. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* juill 2017;18(5):590-9.
26. Schaffer MA, Goodhue A, Stennes K, Lanigan C. Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. *Public Health Nurs Boston Mass.* juin 2012;29(3):218-31.
27. Hans SL, Thullen M, Henson LG, Lee H, Edwards RC, Bernstein VJ. Promoting Positive Mother-Infant Relationships: A Randomized Trial of Community Doula Support For Young Mothers. *Infant Ment Health J.* 9 oct 2013;34(5):446-57.
28. Jeon S, Choi JY, Horm DM, Castle S. Early Head Start dosage: The role of parent-caregiver relationships and family involvement. *Child Youth Serv Rev.* 2018;93:291-300.
29. Hernández D, Topping A, Hutchinson CL, Martin A, Brooks-Gunn J, Petitclerc A. Client attrition in the Nurse-Family Partnership® : Revisiting metrics of impact in a home visitation program in the United States. *Health Soc Care Community.* juill 2019;27(4):e483-93.

30. Saïas T, Greacen T, Tubach F, Dugravier R, Marcault E, Tereno S, *et al.* Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Glob Health Promot.* juin 2013;20(2 Suppl):66-70.
31. Slade A, Holland ML, Ordway MR, Carlson EA, Jeon S, Close N, *et al.* Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Dev Psychopathol.* févr 2020;32(1):123-37.
32. Bain K, Dawson N, Esterhuizen M, Frost K, Pininski D. 'Abazali abazamayo' (parents who keep on trying): mothers' responses to the Ububele Mother-Baby Home Visiting Programme. *Early Child Dev Care.* 2017;187(1):13-34.
33. Mountain G, Cahill J, Thorpe H. Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behav Dev.* févr 2017;46:14-32.
34. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull.* mars 2003;129(2):195-215.
35. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Internet]. [cité 20 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241549912>
36. Poissant J. Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : état des connaissances. :49.
37. Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 août 2010;58(4):277-83.
38. Leifer M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genet Psychol Monogr.* févr 1977;95(1):55-96.
39. Leifer M. Psychological Effects of Motherhood: A Study of First Pregnancy. In 1980.
40. Rubin R. MATERNAL IDENTITY AND THE MATERNAL EXPERIENCE. *AJN Am J Nurs.* déc 1984;84(12):1480.
41. Je S, Mayes LC, Leckman JF. Endogenous and Exogenous Opiates Modulate the Development of Parent-Infant Attachment. *Behav Brain Sci.* 2005;28(3).
42. Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S, Strathearn L. Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48(0):262-87.
43. Mckelvey L, Schiffman RF, Brophy-Herb HE, Bocknek EL, Fitzgerald HE, Reischl TM, *et al.* Examining long-term effects of an infant mental health home-based early head start program on family strengths and resilience. *Infant Ment Health J.* août 2015;36(4):353-65.
44. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl.* sept 2000;24(9):1127-49.

45. Nievar MA, Van Egeren LA, Pollard S. A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant Ment Health J.* sept 2010;31(5):499-520.
46. Craig P, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: reflections on the 2008 MRC guidance. *Int J Nurs Stud.* mai 2013;50(5):585-7.
47. Saunders RP, Evans AE, Kenison K, Workman L, Dowda M, Chu YH. Conceptualizing, implementing, and monitoring a structural health promotion intervention in an organizational setting. *Health Promot Pract.* mai 2013;14(3):343-53.
48. Bisset S, Potvin L. Expanding our conceptualization of program implementation: lessons from the genealogy of a school-based nutrition program. *Health Educ Res.* oct 2007;22(5):737-46.
49. Interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé [Internet]. [cité 29 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
50. Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller J. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *Santé En Action.* 2013;(425):6-13.
51. Ferron C. Recherche interventionnelle en promotion de la santé. In: *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* [Internet]. Presses de l'EUESP. Presses de l'EUESP; 2020 [cité 29 avr 2022]. p. 443-55. Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/>
52. Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Sante Publique (Bucur).* 24 août 2015;27(3):303-4.
53. Minary L, Claudot F, Alla F. La recherche interventionnelle en santé publique. Aspects méthodologiques et juridiques des interventions à caractère collectif. *EM-Consulte* [Internet]. 2014 [cité 5 mai 2022];43(9). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/922205>

8. ANNEXE 1. LISTE DES ARTICLES INCLUS DANS LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

- Bain K, Dawson N, Esterhuizen M, Frost K, Pininski D. 'Abazali abazamayo' (parents who keep on trying): mothers' responses to the Ububele Mother-Baby Home Visiting Programme. *Early Child Dev Care*. 2017 ;187(1):13-34.
- van Grieken A, Horrevorts EMB, Mieloo CL, Bannink R, Bouwmeester-Landweer MBR, Hafkamp-de Groen E, *et al.* A Controlled Trial in Community Pediatrics to Empower Parents Who Are at Risk for Parenting Stress: The Supportive Parenting Intervention. *Int J Environ Res Public Health*. 15 nov 2019 ;16(22).
- Tubach F, Greacen T, Saïas T, Dugravier R, Guedeney N, Ravaud P, *et al.* A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. *BMC Public Health*. 13 août 2012 ;12:648.
- Firk C, Dahmen B, Lehmann C, Niessen A, Koslowski J, Rauch G, *et al.* A mother-child intervention program in adolescent mothers and their children to improve maternal sensitivity, child responsiveness and child development (the TeeMo study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 27 mai 2015 ;16:230.
- Tereno S, Madigan S, Lyons-Ruth K, Plamondon A, Atkinson L, Guedeney N, *et al.* Assessing a change mechanism in a randomized home-visiting trial: Reducing disrupted maternal communication decreases infant disorganization. *Dev Psychopathol*. mai 2017 ;29(2):637-49.
- Paine AL, Cannings-John R, Channon S, Lugg-Widger F, Waters CS, Robling M. Assessing the impact of a family nurse-led intervention on young mothers' references to internal states. *Infant Ment Health J*. juill 2020 ;41(4):463-76.
- Brownell MD, Nickel NC, Enns JE, Chartier M, Campbell R, Phillips-Beck W, *et al.* Association between home visiting interventions and First Nations families' health and social outcomes in Manitoba, Canada: protocol for a study of linked population-based administrative data. *BMJ Open*. 10 oct 2017 ;7(10):e017626.
- Cooper PJ, De Pascalis L, Woolgar M, Romaniuk H, Murray L. Attempting to prevent postnatal depression by targeting the mother-infant relationship: a randomised controlled trial. *Prim Health Care Res Dev*. juill 2015 ;16(4):383-97.
- Kuklinski MR, Oxford ML, Spieker SJ, Lohr MJ, Fleming CB. Benefit-cost analysis of Promoting First Relationships®: Implications of victim benefits assumptions for return on investment. *Child Abuse Negl*. août 2020 ;106:104515.
- Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, *et al.* Benefits of psychosocial intervention and continuity of care by child and family health nurses in the pre- and postnatal period: process evaluation. *J Adv Nurs*. août 2013 ;69(8):1850-61.
- Greacen T, Welniarz B, Purper-ouakil D, Wendland J, Dugravier R, Saïas T, *et al.* Best practice in individual supervision of psychologists working in the French CAPEDP preventive perinatal home-visiting program: Results of a Delphi consensus process. *Infant Ment Health J*. mars 2017 ;38(2):267-75.
- Hernández D, Topping A, Hutchinson CL, Martin A, Brooks-Gunn J, Petitclerc A. Client attrition in the Nurse-Family Partnership® : Revisiting metrics of impact in a home visitation program in the United States. *Health Soc Care Community*. juill 2019 ;27(4):e483-93.
- Rosenblum KL, Muzik M, Jester JM, Huth-Bocks A, Erickson N, Ludtke M, *et al.* Community-delivered infant-parent psychotherapy improves maternal sensitive caregiving: Évaluation of the Michigan model of infant mental health home visiting. *Infant Ment Health J*. mars 2020 ;41(2):178-90.

- Mills A, Schmied V, Taylor C, Dahlen H, Schuiringa W, Hudson ME. Connecting, learning, leaving: Supporting young parents in the community. *Health Soc Care Community*. nov 2012 ;20(6):663-72.
- Jeon S, Choi JY, Horn DM, Castle S. Early Head Start dosage: The role of parent-caregiver relationships and family involvement. *Child Youth Serv Rev*. 2018 ;93:291-300.
- Elicker J, Wen X, Kwon KA, Sprague JB. Early Head Start relationships: Association with program outcomes. *Early Educ Dev*. mai 2013 ;24(4):491-516.
- Rotheram-Fuller E, Swendeman D, Becker K, Daleiden E, Chorpita B, Youssef MK, *et al*. Adapting Current Strategies to Implement Evidence-Based Prevention Programs for Paraprofessional Home Visiting. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. juill 2017 ;18(5):590-9.
- Barlow A, Mullany B, Neault N, Compton S, Carter A, Hastings R, *et al*. Effect of a paraprofessional home-visiting intervention on American Indian teen mothers' and infants' behavioral risks: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. janv 2013 ;170(1):83-93.
- Sawyer AC, Kaim AL, Mittinity MN, Jeffs D, Lynch JW, Sawyer MG. Effectiveness of a 2-year post-natal nurse home-visiting programme when children are aged 5 years: Results from a natural experiment. *J Paediatr Child Health*. sept 2019 ;55(9):1091-8.
- Tereno S, Guedeney N, Dugravier R, Greacen T, Saïas T, Tubach F, *et al*. Sécurité de l'attachement des jeunes enfants dans une population française vulnérable = Infants' attachment security in a vulnerable French sample. *Encéphale Rev Psychiatr Clin Biol Thérapeutique*. avr 2017 ;43(2):99-103.
- Matos I, Tereno S, Wendland J, Guédeney N, Panaccione E, Fuentealba L, *et al*. La sensibilité maternelle et la sécurité de l'attachement dans un projet d'intervention précoce = Maternal sensitivity and attachment security in an early intervention project. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juin 2017 ;65(4):219-24.
- Hans SL, Thullen M, Henson LG, Lee H, Edwards RC, Bernstein VJ. Promoting Positive Mother-Infant Relationships: A Randomized Trial of Community Doula Support For Young Mothers. *Infant Ment Health J*. 9 oct 2013 ;34(5):446-57.
- Barnes J, Ball M, Niven L. Providing the family-nurse partnership programme through interpreters in England. *Health Soc Care Community*. juill 2011 ;19(4):382-91.
- Murray L, Cooper P, Arteché A, Stein A, Tomlinson M. Randomized controlled trial of a home-visiting intervention on infant cognitive development in peri-urban South Africa. *Dev Med Child Neurol*. mars 2016 ;58(3):270-6.
- Booth-LaForce C, Oxford ML, Barbosa-Leiker C, Burduli E, Buchwald DS. Randomized Controlled Trial of the Promoting First Relationships® Preventive Intervention for Primary Caregivers and Toddlers in an American Indian Community. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. janv 2020 ;21(1):98-108.
- Macdonald G, Alderdice F, Clarke M, Perra O, Lynn F, McShane T, *et al*. Right from the start: protocol for a pilot study for a randomised trial of the New Baby Programme for improving outcomes for children born to socially vulnerable mothers. *Pilot Feasibility Stud*. 2018 ;4:44.
- Saïas T, Greacen T, Tubach F, Dugravier R, Marcault E, Tereno S, *et al*. Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Glob Health Promot*. juin 2013 ;20(2 Suppl):66-70.
- Kemp L, Grace R, Comino E, Jackson Pulver L, McMahon C, Harris E, *et al*. The effectiveness of a sustained nurse home visiting intervention for Aboriginal infants compared with non-Aboriginal infants and with Aboriginal infants receiving usual child health care: a quasi-experimental trial - the Bulundidi Gudaga study. *BMC Health Serv Res*. 3 août 2018 ;18(1):599.
- Doyle O. The first 2,000 days and child skills. *J Polit Econ*. 2020 ;128(6):2067-122.
- Valades J, Murray L, Bozicevic L, De Pascalis L, Barindelli F, Meglioli A, *et al*. The impact of a mother-infant intervention on parenting and infant response to challenge: A pilot randomized

controlled trial with adolescent mothers in el salvador. *Infant Ment Health J* [Internet]. 11 avr 2021 ; Disponible sur:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=psych&AN=2021-35985-001&lang=fr&site=ehost-live>

- Longhi E, Murray L, Hunter R, Wellsted D, Taylor-Colls S, MacKenzie K, *et al.* The NSPCC UK Minding the Baby® (MTB) home-visiting programme, supporting young mothers (aged 14-25) in the first 2 years of their baby's life: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 7 oct 2016 ;17(1):486.
- Peterson CA, Hughes-Belding K, Rowe N, Fan L, Walter M, Dooley L, *et al.* Triadic Interactions in MIECHV: Relations to Home Visit Quality. *Matern Child Health J*. oct 2018 ;22(Suppl 1):3-12.
- Chazan-Cohen R, Raikes HH, Vogel C. V. Program Subgroups: Patterns of impacts for home-based, center-based, and mixed-approach programs. *Monogr Soc Res Child Dev*. févr 2013 ;78(1):93-109.
- Kristensen IH, Simonsen M, Trillingsgaard T, Kronborg H. Video feedback promotes relations between infants and vulnerable first-time mothers: a quasi-experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15 nov 2017 ;17(1):379.
- Nygren P, Green B, Winters K, Rockhill A. What's Happening During Home Visits? Exploring the Relationship of Home Visiting Content and Dosage to Parenting Outcomes. *Matern Child Health J*. oct 2018 ;22(Suppl 1):52-61.
- Holland ML, Christensen JJ, Shone LP, Kearney MH, Kitzman HJ. Women's reasons for attrition from a nurse home visiting program. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. févr 2014 ;43(1):61-70.
- Bennetts SK, Mensah FK, Green J, Hackworth NJ, Westrupp EM, Reilly S. Mothers' experiences of parent-reported and video-recorded observational assessments. *J Child Fam Stud*. déc 2017 ;26(12):3312-26.
- Carroll LN, Smith SA, Thomson NR. Parents as Teachers Health Literacy Demonstration project: integrating an empowerment model of health literacy promotion into home-based parent education. *Health Promot Pract*. mars 2015 ;16(2):282-90.
- Zapart S, Knight J, Kemp L. 'It was easier because I had help': Mothers' reflections on the long-term impact of sustained nurse home visiting. *Matern Child Health J*. janv 2016 ;20(1):196-204.
- Flemington T, Fraser JA. Maternal involvement in a nurse home visiting programme to prevent child maltreatment. *J Child Serv*. 2016 ;11(2):124-40.
- Slade A, Holland ML, Ordway MR, Carlson EA, Jeon S, Close N, *et al.* Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Dev Psychopathol*. févr 2020 ;32(1):123-37.
- Londono Tobon A, Condon E, Sadler LS, Holland ML, Mayes LC, Slade A. School age effects of minding the baby - an attachment-based home-visiting intervention - on parenting and child behaviors. *Dev Psychopathol* [Internet]. 10 sept 2020 ; Disponible sur : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=psych&AN=2020-68635-001&lang=fr&site=ehost-live>
- Rossiter C, Fowler C, McMahon C, Kowalenko N. Supporting depressed mothers at home: Their views on an innovative relationship-based intervention. *Contemp Nurse*. avr 2012 ;41(1):90-100.
- Guterman NB, Bellamy JL, Banman A. Promoting father involvement in early home visiting services for vulnerable families: Findings from a pilot study of « Dads Matter ». *Child Abuse Negl*. févr 2018 ;76:261-72.
- Alarcão FSP, Shephard E, Fatori D, Amável R, Chiesa A, Fraccolli L, *et al.* Promoting mother-infant relationships and underlying neural correlates: Results from a randomized controlled trial of a home-visiting program for adolescent mothers in brazil. *Dev Sci* [Internet]. 12 avr 2021 ;

Disponible sur:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=psych&AN=2021-36513-001&lang=fr&site=ehost-live>

- Dugravier R, Tubach F, Saias T, Guedeney N, Pasquet B, Purper-Ouakil D, *et al.* Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial. *PloS One.* 2013 ;8(8):e72216.
- Orri M, Côté SM, Tremblay RE, Doyle O. Impact of an early childhood intervention on the home environment, and subsequent effects on child cognitive and emotional development: A secondary analysis. *PloS One.* 2019 ;14(7):e0219133.
- Arruabarrena I, de Paul J, Cañas M. Implementation of an early preventive intervention programme for child neglect: SafeCare. *Psicothema.* 2019 ;31(4):443-9.
- Sawyer MG, Frost L, Bowering K, Lynch J. Effectiveness of nurse home-visiting for disadvantaged families: results of a natural experiment. *BMJ Open.* 2013 ;3(4).
- Sierau S, Dähne V, Brand T, Kurtz V, Klitzing K, Jungmann T. Effects of home visitation on maternal competencies, family environment, and child development: A randomized controlled trial. *Prev Sci.* janv 2016 ;17(1):40-51.
- Schaub S, Ramseier E, Neuhauser A, Burkhardt SCA, Lanfranchi A. Effects of home-based early intervention on child outcomes: A randomized controlled trial of Parents as Teachers in Switzerland. *Early Child Res Q.* 2019 ;48:173-85.
- Saias T, Lerner E, Greacen T, Simon-Vernier E, Emer A, Pintaux E, *et al.* Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PloS One.* 2012 ;7(5):e36915.
- Schaffer MA, Goodhue A, Stennes K, Lanigan C. Évaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. *Public Health Nurs Boston Mass.* juin 2012 ;29(3):218-31.
- Mckelvey L, Schiffman RF, Brophy-Herb HE, Bocknek EL, Fitzgerald HE, Reischl TM, *et al.* Examining Long-Term Effects of on Infant Mental Health Home-Based Early Head Start Program on Family Strengths and Resilience. *Infant Ment Health J.* août 2015 ;36(4):353-65.
- Kliem S, Sandner M, Lohmann A, Sierau S, Dähne V, Klein AM, *et al.* Follow-up study regarding the medium-term effectiveness of the home-visiting program « Pro Kind » at age 7 years: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 20 juin 2018 ;19(1):323.
- Knoche LL, Sheridan SM, Clarke BL, Edwards CP, Marvin CA, Cline KD, *et al.* Getting ready: Results of a randomized trial of a relationship-focused intervention on the parent-infant relationship in rural early head start. *Infant Ment Health J.* 2012 ;33(5):439-58.
- Shenk CE, Ammerman RT, Teeters AR, Bensman HE, Allen EK, Putnam FW, *et al.* History of Maltreatment in Childhood and Subsequent Parenting Stress in At-Risk, First-Time Mothers: Identifying Points of Intervention During Home Visiting. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* avr 2017 ;18(3):361-70.
- Christodoulou J, Rotheram-Borus MJ, Bradley AK, Tomlinson M. Home Visiting and Antenatal Depression Affect the Quality of Mother and Child Interactions in South Africa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* déc 2019 ;58(12):1165-74.
- Ferguson J, Vanderpool R. Impact of a Kentucky Maternal, Infant, and Early Childhood Home-Visitation Program on Parental Risk Factors. *J Child Fam Stud.* mai 2013 ;22(4):551-8.
- Zief S, Deke J, Burkander P, Langan A, Asheer S. Impacts of a Home Visiting Program Enhanced with Content on Healthy Birth Spacing. *Matern Child Health J.* sept 2020 ;24(Suppl 2):105-18.
- Tereno S, Guedeney N, Dugravier R, Greacen T, Saias T, Tubach F, *et al.* Implementation and assessment of an early home-based intervention on infant attachment organisation: the CAPEDP attachment study in France. *Glob Health Promot.* juin 2013 ;20(2 Suppl):71-5.

- Mobley SC, Thomas SD, Sutherland DE, Hudgins J, Ange BL, Johnson MH. Maternal health literacy progression among rural perinatal women. *Matern Child Health J.* oct 2014 ;18(8):1881-92.
- Edwards RC, Vieyra Y, Hans SL. Maternal support for infant learning: Findings from a randomized controlled trial of doula home visiting services for young mothers. *Early Child Res Q.* 2020 ;51:26-38.
- Burrell L, Crowne S, Ojo K, Snead R, O'Neill K, Cluxton-Keller F, *et al.* Mother and home visitor emotional well-being and alignment on goals for home visiting as factors for program engagement. *Matern Child Health J.* oct 2018 ;22(Suppl 1):43-51.
- Sadler LS, Slade A, Close N, Webb DL, Simpson T, Fennie K, *et al.* Minding the baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home-visiting program. *Infant Ment Health J.* sept 2013 ;34(5):391-405.
- Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN.* juin 2013 ;42(3):287-300.
- McFarlane E, Burrell L, Duggan A, Tandon D. Outcomes of a Randomized Trial of a Cognitive Behavioral Enhancement to Address Maternal Distress in Home Visited Mothers. *Matern Child Health J.* mars 2017 ;21(3):475-84.
- Saías T, Lerner E, Greacen T, Emer A, Guédeney A, Dugravier R, *et al.* Parent-provider relationship in home visiting interventions. *Child Youth Serv Rev.* oct 2016 ;69:106-15.
- Bäckström C, Thorstensson S, Pihlblad J, Forsman AC, Larsson M. Parents' Experiences of Receiving Professional Support Through Extended Home Visits During Pregnancy and Early Childhood-A Phenomenographic Study. *Front Public Health.* 2021 ;9:578917.
- Tandon SD, Ward EA, Hamil JL, Jimenez C, Carter M. Perinatal depression prevention through home visitation: a cluster randomized trial of mothers and babies 1-on-1. *J Behav Med.* oct 2018 ;41(5):641-52.
- Ingalls A, Barlow A, Kushman E, Leonard A, Martin L, Team PFSS, *et al.* Precision Family Spirit: a pilot randomized implementation trial of a precision home visiting approach with families in Michigan-trial rationale and study protocol. *Pilot Feasibility Stud.* 6 janv 2021 ;7(1):8.
- Kaitz M, Chriki M, Tessler N, Levy J. Predictors of self-reported gains in a relationship-based home-visiting project for mothers after childbirth. *Infant Ment Health J.* mars 2018 ;39(2):123-33.
- Foulon S, Greacen T, Pasquet B, Dugravier R, Saías T, Guedeney N, *et al.* Predictors of study attrition in a randomized controlled trial evaluating a perinatal home- visiting program with mothers with psychosocial vulnerabilities. *PLoS ONE [Internet].* 10 nov 2015 ;10(11).
Disponible sur:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=psyh&AN=2016-08008-001&lang=fr&site=ehost-live>
- Guedeney A, Wendland J, Dugravier R, Saías T, Tubach F, Welniarz B, *et al.* Impact of a randomized home-visiting trial on infant social withdrawal in the CAPEDP Prevention Study. *Infant Ment Health J.* nov 2013 ;34(6):594-601.
- Stacks AM, Barron CC, Wong K. Infant mental health home visiting in the context of an infant—toddler court team: Changes in parental responsiveness and reflective functioning. *Infant Ment Health J.* juill 2019 ;40(4):523-40.
- Heymann P, Heflin BH, Baralt M, Bagner DM. Infant-directed language following a brief behavioral parenting intervention: The importance of language quality. *Infant Behav Dev [Internet].* 2020 ;58. Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85077651897&doi=10.1016%2fj.infbeh.2019.101419&partnerID=40&md5=830e0c0f062bdf69cc6a41850e38372e>

- McKelvey LM, Fitzgerald S, Conners Edge NA, Whiteside-Mansell L. Keeping Our Eyes on the Prize: Focusing on Parenting Supports Depressed Parents' Involvement in Home Visiting Services. *Matern Child Health J.* oct 2018 ;22(Suppl 1):33-42.
- Smithbattle L, Lorenz R, Leander S. Listening with care: using narrative methods to cultivate nurses' responsive relationships in a home visiting intervention with teen mothers. *Nurs Inq.* sept 2013 ;20(3):188-98.
- Thomas SD, Mobley SC, Hudgins JL, Sutherland DE, Inglett SB, Ange BL. Conditions and Dynamics That Impact Maternal Health Literacy among High Risk Prenatal-Interconceptional Women. *Int J Environ Res Public Health.* 2 juill 2018 ;15(7).
- McFarlane E, Burrell L, Crowne S, Cluxton-Keller F, Fuddy L, Leaf PJ, *et al.* Maternal relationship security as a moderator of home visiting impacts on maternal psychosocial functioning. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* févr 2013 ;14(1):25-39.
- Barlow A, Mullany B, Neault N, Goklish N, Billy T, Hastings R, *et al.* Paraprofessional-delivered home-visiting intervention for American Indian teen mothers and children: 3-year outcomes from a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 1 févr 2015 ;172(2):154-62.

9. ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE DE RECENSEMENT DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION À DOMICILE EXISTANTES OU À VENIR

Intervenir à domicile en période périnatale afin de soutenir la relation parent-bébé et conforter le développement de l'enfant

Recensement des interventions de prévention à domicile existantes ou à venir



Santé publique France et le ministère des Solidarités et de la Santé souhaitent recenser, à l'échelle de chaque département, les interventions de prévention structurées réalisées à domicile en période périnatale. Ce recensement s'inscrit dans le cadre du chantier interministériel des 1 000 premiers jours, engagé à la suite de la remise du rapport de la Commission des 1 000 jours et plus précisément en lien avec une mesure visant à encourager l'accompagnement à domicile afin de conforter le développement en santé des jeunes enfants.

Pourquoi répondre à ce questionnaire ?

Cet état des lieux permettra de faire connaître et de valoriser les interventions existantes à l'échelle des départements, d'identifier les interventions potentiellement transférables à d'autres territoires et de répertorier les territoires et les opérateurs ayant pour projet de renforcer ou mettre en place ce type d'intervention dans les deux ans à venir.

Votre retour en tant que professionnels agissant en faveur de la prévention précoce est précieux pour disposer du panorama le plus complet possible de l'ensemble des actions menées sur le territoire français.

Le questionnaire est en ligne jusqu'au 9 juillet 2021

Certaines questions peuvent nécessiter de consulter des documents ou de recueillir des informations auprès de collègues. Pour préparer le remplissage, vous pouvez consulter et télécharger le questionnaire disponible [ici](#).

Quelles sont les interventions concernées par ce recensement ?

La notion de « période périnatale » est entendue ici dans son acception large de la grossesse aux 2 ans de l'enfant.

Dans ce questionnaire, le terme « **intervention** » désigne un dispositif ou un ensemble structuré et organisé de visites/rencontres au domicile réalisées soit auprès de femmes enceintes, soit auprès des parents de bébé ou jeune enfant, soit les deux, dans le but de conforter le développement de l'enfant par le soutien à la relation parent-enfant.

Elles peuvent être menées par des structures de prévention, de promotion de la santé, des structures médico-sociales, des professionnels libéraux ou des établissements de soins.

Les interventions à recenser sont :

- Des interventions déjà existantes dont les visites à domicile ont déjà débuté ;
- Des interventions en cours d'implantation ou avec un projet de mise en œuvre dans les 2 ans

Qui peut répondre à ce questionnaire ?

Tout professionnel **d'une structure qui met en œuvre et coordonne des interventions structurées de prévention périnatales à domicile.**

Les responsables de projets, directeurs ou chefs de services, coordinateurs ou professionnels de santé connaissant suffisamment bien les interventions à domicile réalisées par sa structure pour pouvoir en décrire les caractéristiques. Nous cherchons à décrire précisément l'offre au niveau départemental. Ainsi, pour éviter les doublons ou les oublis, quand cela est possible, il serait préférable que le responsable d'intervention ou de programme au niveau départemental complète le questionnaire.

Comment compléter le questionnaire ?

Ce questionnaire **prend dix minutes environ** et doit être complété en **une seule fois**. **Si vous fermez le site du questionnaire ou votre navigateur avant d'avoir terminé de répondre au questionnaire, vous devrez recommencer depuis le début.**

Les informations recueillies

Santé publique France est responsable du traitement de données effectué dans le cadre de ce recensement. Le traitement effectué par Santé publique France est fondé sur l'exécution d'une mission d'intérêt public qui vise à décrire et mieux connaître la réalisation d'interventions structurées de prévention précoce périnatales à domicile.

Les données collectées seront traitées par Santé publique France, ainsi que par l'institut de sondage BVA, missionné par Santé publique France pour leur collecte et traitement statistique.

Ces traitements de données à caractère personnel sont soumis aux dispositions de la loi n° 7817 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'au Règlement général européen sur la protection des données (RGPD).

L'enquête porte sur le recensement et la description des interventions de prévention structurées réalisées à domicile en période périnatale, mises en œuvre ou prochainement mise en œuvre par votre structure.

Les données collectées par BVA seront mises à disposition des agents compétents de Santé publique France.

Le traitement statistique se fait sous la responsabilité de BVA et de Santé Publique France. Santé publique France aura accès :

- aux données du questionnaire : type de service/structure et son département, votre fonction ;
- aux coordonnées du répondant (nom, fonction, nom de la structure, adresse mail professionnelle) collectées à la fin du questionnaire si vous avez accepté de les indiquer. Vous disposez d'un droit d'opposition et de limitation du traitement de vos données à caractère personnel (nom, prénom, civilité, adresse mail, fonction, structure) ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation de vos données en vous adressant à dpo@santepubliquefrance.fr (en indiquant : recensement lppad).

Santé publique France conservera les données collectées pendant cinq ans.

BVA détruira de son côté les données collectées dans les quatre mois suivant la fin de leur collecte.

Sous réserve de votre consentement, Santé publique France pourra transmettre vos données à caractère personnel, à votre Agence régionale de santé afin que cette dernière les traite dans le cadre de sa mission de service public de soutien aux interventions de prévention structurées réalisées à domicile en période périnatale.

Toutes les mentions légales sont indiquées sur le site <https://1000j-ippad.enquetes.bva.fr>

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Vous et votre structure

Q1. Pour quel type de structure menant des interventions à domicile allez-vous compléter le questionnaire ?

- Service de Protection Maternelle et Infantile
- Service de l'Aide sociale à l'enfance
- Caisse d'Allocation Familiale
- Caisse primaire d'assurance maladie
- À mon propre compte en libéral
- Association de prévention, promotion de la santé ou réduction des risques
- Association de professionnels libéraux, centre ou maison de santé
- Centre d'hébergement d'urgence
- Centre social
- Service d'une collectivité territoriale dédiée à l'enfance, la petite enfance ou la famille o Centre médico psychologique ou CMPP
- Service de maternité, gynécologie ou obstétrique
- Service de néonatalogie ou pédiatrie
- Service de psychiatrie adulte (équipe mobile ou non)
- Service de pédo-psychiatrie (équipe mobile ou non)
- Service d'aide et d'accompagnement à domicile aux familles (SAAD Familles)
- Autre, préciser : _____

Q2. Cette structure est de droit...

- privé à but lucratif
- privé à but non lucratif ou remplissant une mission de service public o public

Q3. Dans quel département se situe le siège social de votre service/structure ?

/_____/

Q4. Quelle fonction occupez-vous au sein de votre service/structure ?

- Chef de service ou directeur
- Cadre ou chef d'équipe
- Coordinateur
- Professionnel libéral, autoentrepreneur
- Autre, préciser : _____

Si vous avez indiqué une autre profession en Q4

Le questionnaire peut être complété par un professionnel dont la structure porte ou va porter d'ici 2 ans une ou des interventions de prévention précoce à domicile.

Il est nécessaire de bien connaître ces interventions d'un point de vue structurel et organisationnel pour pouvoir répondre à la suite de ce questionnaire.

Q5. Confirmez-vous que vous souhaitez poursuivre le questionnaire ?

- Oui
- Non

À tous

Q6. Votre structure met-elle en œuvre actuellement une intervention de prévention précoce se déroulant à domicile et en période périnatale (dont les visites des familles ont déjà débuté) ?

Le terme « intervention » désigne un dispositif ou un ensemble structuré de visites/rencontres au domicile soit de femmes enceintes, soit des parents de bébé ou jeune enfant, soit les deux

- Oui
- Non

Pour chaque intervention existante

Description de l'intervention existante

Si votre structure met actuellement en œuvre plusieurs interventions de prévention précoce à domicile en période périnatale (dont les visites des familles ont déjà débuté), nous vous demanderons de les décrire les unes après les autres.

Q7. Quel est le nom ou le titre de l'intervention ?

- _____
- L'intervention n'a pas de nom spécifique

Q8. Votre structure est-elle le porteur principal de cette intervention ?

- Oui
- Non, partenaire ou prestataire de l'intervention o Non, financeur de l'intervention

Si vous avez indiqué ne pas être le porteur principal de cette intervention

Compte tenu de la précision des informations demandées, il est préférable que le questionnaire soit complété par le porteur principal de l'intervention, et qu'un seul formulaire par intervention soit complété. Assurez-vous que le porteur principal n'ait pas déjà renseigné le recensement et que vous disposez de l'ensemble des informations nécessaires pour aller plus loin. Merci.

À tous

Q9. Dans quel(s) département(s) cette intervention est-elle déployée ?

Plusieurs réponses possibles

/_____/

Q10. Est-ce que cette intervention est déployée...

- Sur la totalité du ou des départements indiqués
- Uniquement sur certains secteurs du ou des départements indiqués (intradépartemental ou local)

Q11. En quelle année ont débuté les premières visites/rencontres à domicile des familles pour cette intervention ?

/__/__/__/

Q12. Soutenir la relation parent-enfant est-il l'objectif principal de cette intervention ?

- Oui, c'est l'objectif principal o Non, c'est un des objectifs secondaires
- Non, ce n'est pas un des objectifs de l'intervention

Q13. Quels sont les autres principaux objectifs de cette intervention ?

3 réponses maximum

- Assurer les soins obstétricaux et gynécologiques post-partum
- Suivre la grossesse et/ou préparer à l'accouchement
- Prévenir ou accompagner la dépression du peri-partum
- Faciliter l'allaitement
- Assurer les soins médicaux et paramédicaux de l'enfant
- Adapter le domicile au handicap
- Assurer les soins de puériculture
- Dispenser une éducation thérapeutique des parents pour prise en charge maladie/handicap du bébé
- Développer les habiletés langagières de l'enfant
- Améliorer la situation financière ou économique de la famille
- Améliorer la qualité du logement
- Faciliter l'accès aux droits et aides sociales
- Proposer du répit parental ou du repos
- Rompre l'isolement des parents
- Réduire l'exposition de l'enfant aux produits chimiques et polluants
- Répondre aux besoins en nutrition et activité physique du jeune enfant
- Réduire les risques d'accident
- Autre, précisez : _____
- Pas d'autre objectif

Q14. Cette intervention a été construite sur la base...

Plusieurs réponses possibles

- De l'utilisation des données issues de la littérature scientifique
- De votre expérience propre ou de celle de votre structure
- D'un retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention
- L'utilisation d'une démarche qualité
- Autre, précisez : _____

Q15. Sur quelle(s) approche(s) ou cadre(s) théorique(s) repose la stratégie de soutien à la relation parent-enfant mise en œuvre dans le cadre de cette intervention ?

3 réponses maximum

- La psychothérapie d'un ou des deux parents, ou de la famille
- L'attachement : cercle de sécurité, sensibilité, proximité, engagement, réciprocité...
- La guidance parentale
- L'observation des bébés selon Esther Bick
- La parentalité positive
- Le soutien social et le soutien par les pairs
- La méditation de pleine conscience
- L'haptonomie
- L'approche écologique de Bronfenbrenner
- Les théories des systèmes familiaux de Bowen
- Les théories du changement de comportement (ex : auto-efficacité de Bandura)
- Autre cadre théorique, précisez : _____
- Pas de cadrage théorique particulier

Q16. Au maximum, sur quelle période les visites/rencontres à domicile de cette intervention peuvent-elles s'étendre ?

	La 1 ^{re} visite/rencontre au domicile d'une famille peut commencer à partir de :	La dernière visite/rencontre au domicile d'une famille peut s'effectuer jusqu'au :
1 ^{er} trimestre de grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ^e trimestre de grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 ^e trimestre de grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 ^{er} mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ^e ou 3 ^e mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ^e au 6 mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 ^e au 12 mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 ^e au 18 ^e mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 ^e au 24 ^e mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 ^e mois de l'enfant ou plus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q17. Dans le cadre de cette intervention, en moyenne, combien de visites/rencontres sont réalisées au domicile d'une famille ?

- a) En prénatal /_/_/_/
- b) En post-natal /_/_/_/

Q18. Quels types de professionnels peuvent se rendre au domicile des femmes/familles dans le cadre de cette intervention ?

Plusieurs réponses possibles par colonne

	Professionnel de ma structure	Professionnel d'une structure partenaire de l'intervention
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier.e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier.e puéricultrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sage-femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistant.e sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur.se social.e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technicien.ne de l'intervention sociale et familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseiller.ère conjugal.e et familial.e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseiller.ère prévention santé, éducateur.trice pour la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educateur.trice jeunes enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotricien.ne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q19. Parmi ces intervenants, quel est le principal intervenant auprès des femmes/familles ?

- Médecin
- Infirmier.e
- Infirmier.e puéricultrice
- Sage-femme o Psychologue o Assistant.e sociale
- Travailleur.se social.e
- Technicien.ne de l'intervention sociale et familiale

- Conseiller.ère conjugal.e et familial.e
- Conseiller.ère prévention santé, éducateur.trice pour la santé
- Éducateur.trice jeunes enfants
- Psychomotricien.ne
- Ergothérapeute
- Autre, précisez : _____

Q20. L'intervention est-elle proposée à un public prioritaire en fonction de critères de vulnérabilité ? Oui

- Non

Q21. Quel(s) facteur(s) de vulnérabilité sont prioritairement pris en compte pour proposer cette intervention aux femmes/familles ? 5 réponses maximum

- Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels
- Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère
- Pathologie psychiatrique connue d'un des parents
- Troubles repérés dans la relation mère-enfant
- Antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance au sein de la famille
- Grossesse non désirée à ce moment
- Précarité économique de la famille (minima sociaux, sans revenu, chômage, mère peu diplômée...)
- Mère née à l'étranger en situation de migration récente
- Précarité de logement de la famille (SDF, habite chez un tiers, gens du voyage, hébergement d'urgence...)
- La famille habite dans une zone prioritaire (zone urbaine, zone rurale, quartier à faible IDH...)
- Mère célibataire
- Violences au sein du couple de parents ou de la famille
- Mère isolée socialement (se sent seule, peu ou pas de proches...)
- Mère de 21 ans ou moins
- Difficultés de mobilité vers les services de soins (éloignement, sans moyen de transport...)
- Handicap d'au moins un parent
- Prématurité, handicap ou maladie grave de l'enfant
- Grossesse à risque (âge avancé, consommation d'alcool, tabac, diabète, gémellité...)
- Parité extrême (primiparité ou plus de 4 enfants)
- Allaitement (désir d'allaitement, problème d'allaitement...)

Q22. Quelle(s) stratégie(s) ou quel(s) partenaire(s) vous permet(tent) de rentrer en contact avec les femmes enceintes ou les familles pour leur proposer cette intervention ? Plusieurs réponses possibles

- Prise de contact (téléphone, lettre) à l'initiative de ma structure suite à la lecture des déclarations de grossesse
- Orientation par la CPAM
- Orientation par un professionnel de santé libéral / de ville
- Orientation par le système judiciaire ou la police
- Orientation par les services sociaux
- Orientation par l'Aide sociale à l'enfance
- Orientation par les services d'obstétrique ou de maternité
- Orientation par les services de psychiatrie ou pédopsychiatrie
- Orientation par la PMI
- Orientation par la CAF
- Maraudes, *outreach*
- Demande de participation réalisée par la femme enceinte (connaissance par bouche-à-oreille ou communication)
- Autre, précisez : _____

Q23. Dans quelle mesure les affirmations suivantes correspondent aux caractéristiques de cette intervention ?

	Correspond très bien	Correspond plutôt bien	Correspond plutôt mal	Correspond très mal
Les objectifs de l'intervention sont connus et font consensus au sein des encadrants et des professionnels intervenant à domicile				
Les professionnels intervenant à domicile ont suivi une formation spécifique pour pouvoir délivrer cette intervention				
Un référentiel, un manuel et des outils existent pour guider la pratique des professionnels dans le cadre de cette intervention				
Parmi les intervenants au domicile, un professionnel joue un rôle de référent ou de pivot auprès de la famille				
Les professionnels intervenant à domicile bénéficient d'une supervision ou d'une analyse de pratique pour les aider à mettre en œuvre cette intervention				
Une évaluation régulière de l'intervention permet de savoir si les objectifs sont atteints				

Q24. Votre structure met-elle en œuvre actuellement une AUTRE intervention de prévention précoce se déroulant à domicile et en période périnatale (dont les visites des familles ont déjà débuté) ?

Le terme « intervention » désigne un dispositif ou un ensemble structuré et organisé de visites au domicile soit de femmes enceintes, soit des parents de bébé ou jeune enfant, soit les deux

- Oui → **Description de cette autre intervention existante**
- Non

À tous

Projet de mise en œuvre d'intervention à venir

- **Votre structure va-t-elle mettre en œuvre une intervention de prévention précoce se déroulant à domicile et en période périnatale dans les deux ans à venir (intervention avec un projet de mise en œuvre dans les deux ans ou en cours d'implantation mais dont les visites des familles n'ont pas encore débuté) ?**

Le terme « intervention » désigne un dispositif ou un ensemble structuré et organisé de visites au domicile soit de femmes enceintes, soit des parents de bébé ou jeune enfant, soit les deux Oui Non

Pour chaque intervention à venir

Description de l'intervention à venir

Si votre structure va mettre en œuvre plusieurs interventions, nous vous demanderons de les décrire les unes après les autres.

Commençons par la première.

Q26. **Quel est le nom ou le titre de l'intervention ?**

L'intervention n'a pas de nom spécifique

Q27. **Votre structure sera-t-elle le porteur principal de cette intervention ?**

- Oui
- Non, partenaire ou prestataire de l'intervention Non, financeur de l'intervention
- Information encore non connue

Si vous avez indiqué ne pas être le porteur principal de cette intervention

Compte tenu de la précision des informations demandées, il est préférable que le questionnaire soit complété par le porteur principal de l'intervention, et qu'un seul formulaire par intervention soit complété. Assurez-vous que le porteur principal n'ait pas déjà renseigné le recensement et que vous disposez de l'ensemble des informations nécessaires pour aller plus loin

À tous

Q28. **Dans quel(s) département(s) cette intervention sera-t-elle déployée ?**

Plusieurs réponses possibles

/_____/ou Information encore non connue

Q29. **Est-ce que cette intervention sera déployée...**

- Sur la totalité du ou des départements indiqués
- Uniquement sur certains secteurs du ou des départements indiqués (intradépartemental ou local)
- Information encore non connue

Q30. **En quelle année débiteront les premières visites/rencontres à domicile des familles pour cette intervention ?**

/__/__/__/__/__/ ou Information encore non connue

Q31. **Soutenir la relation parent-enfant sera-t-il l'objectif principal de cette intervention ?**

Oui, c'est l'objectif principal Non, c'est un des objectifs secondaires Non, ce n'est pas un des objectifs de l'intervention

- Information encore non connue

Q32. **Quels seront les autres principaux objectifs de cette intervention ?**

3 réponses maximum

- Assurer les soins obstétricaux et gynécologiques post-partum
- Suivre la grossesse et/ou préparer à l'accouchement
- Prévenir ou accompagner la dépression du peri-partum
- Faciliter l'allaitement
- Assurer les soins médicaux et paramédicaux de l'enfant
- Adapter le domicile au handicap
- Assurer les soins de puériculture
- Dispenser une éducation thérapeutique des parents pour prise en charge maladie/handicap du bébé

- Développer les habiletés langagières de l'enfant
- Améliorer la situation financière ou économique de la famille
- Améliorer la qualité du logement
- Faciliter l'accès aux droits et aides sociales
- Proposer du répit parental ou du repos
- Rompre l'isolement des parents
- Réduire l'exposition de l'enfant aux produits chimiques et polluants
- Répondre aux besoins en nutrition et activité physique du jeune enfant
- Réduire les risques d'accident
- Autre, précisez : _____
- Pas d'autre objectif

Q33. Cette intervention est construite sur la base...

Plusieurs réponses possibles

- De l'utilisation des données issues de la littérature scientifique
- De votre expérience propre ou de celle de votre structure
- D'un retour d'expérience d'une autre structure ayant implanté le même type d'intervention
- L'utilisation d'une démarche qualité
- Autre, précisez : _____
- Information encore non connue

Q34. Sur quelle(s) approche(s) ou cadre(s) théorique(s) reposera la stratégie de soutien à la relation parent-enfant mise en œuvre dans le cadre de cette intervention ?

3 réponses maximum

- La psychothérapie d'un ou des deux parents, ou de la famille
- L'attachement : cercle de sécurité, sensibilité, proximité, engagement, réciprocité...
- La guidance parentale
- L'observation des bébés selon Esther Bick
- La parentalité positive
- Le soutien social et le soutien par les pairs
- La méditation de pleine conscience
- L'haptonomie
- L'approche écologique de Bronfenbrenner
- Les théories des systèmes familiaux de Bowen
- Les théories du changement de comportement (ex : auto-efficacité de Bandura)
- Autre cadre théorique, précisez : _____
- Pas de cadrage théorique particulier

Q35. Au maximum, sur quelle période les visites/rencontres à domicile de cette intervention pourront-elles s'étendre ?

	La 1 ^{re} visite/rencontre au domicile d'une famille pourra commencer à partir de :	La dernière visite/rencontre au domicile d'une famille pourra s'effectuer jusqu'au :
1 ^{er} trimestre de grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ^e trimestre de grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 ^e trimestre de grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 ^{er} mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ^e ou 3 ^e mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ^e au 6 mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 ^e au 12 mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 ^e au 18 ^e mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 ^e au 24 ^e mois de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 ^e mois de l'enfant ou plus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Information encore non connue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q36. Dans le cadre de cette intervention, en moyenne, combien de visites/rencontres seront réalisées au domicile d'une famille ?

- a) En prénatal /_/_/_/ ou Information encore non connu
 b) En post-natal /_/_/_/ ou Information encore non connu

Q37. Quels types de professionnels pourront se rendre au domicile des femmes/familles dans le cadre de cette intervention ?

Plusieurs réponses possibles par colonne

	Professionnel de ma structure	Professionnel d'une structure partenaire de l'intervention
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier(e) puéricultrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sage-femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistant(e) sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur(euse) social(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseiller(ère) conjugal(e) et familial(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseiller(ère) prévention santé, éducateur(trice) pour la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éducateur(trice) jeunes enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotricien(ienne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun		<input type="checkbox"/>
Information encore non connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

○ Q38. **Parmi ces intervenants, quel sera le principal intervenant auprès des femmes/familles ?**

- Médecin
- Infirmier.e
- Infirmier.e puéricultrice
- Sage-femme
- Psychologue
- Assistant.e sociale
- Travailleur.se social.e
- Technicien.ne de l'intervention sociale et familiale
- Conseiller.ère conjugal.e et familial.e
- Conseiller.ère prévention santé, éducateur.trice pour la santé
- Éducateur.trice jeunes enfants
- Psychomotricien.ne
- Ergothérapeute
- Autre, précisez : _____

Q39. **L'intervention sera-t-elle proposée à un public prioritaire en fonction de critères de vulnérabilité ?**

- Oui
- Non
- Information encore non connue

Q40. **Quel(s) facteur(s) de vulnérabilité seront prioritairement pris en compte pour proposer cette intervention aux femmes/familles ? 5 réponses maximum**

- Fragilité psychologique de la mère exprimée ou repérée par des professionnels
- Phase aiguë de dépression périnatale chez la mère
- Pathologie psychiatrique connue d'un des parents
- Troubles repérés dans la relation mère-enfant
- Antécédents de mesures éducatives en protection de l'enfance au sein de la famille
- Grossesse non désirée à ce moment
- Précarité économique de la famille (minima sociaux, sans revenu, chômage, mère peu diplômée...)
- Mère née à l'étranger en situation de migration récente
- Précarité de logement de la famille (SDF, habite chez un tiers, gens du voyage, hébergement d'urgence...)
- La famille habite dans une zone prioritaire (zone urbaine, zone rurale, quartier à faible IDH...)
- Mère célibataire
- Violences au sein du couple de parents ou de la famille
- Mère isolée socialement (se sent seule, peu ou pas de proches...)
- Mère de 21 ans ou moins
- Difficultés de mobilité vers les services de soins (éloignement, sans moyen de transport...)
- Handicap d'au moins un parent
- Prématurité, handicap ou maladie grave de l'enfant
- Grossesse à risque (âge avancé, consommation d'alcool, tabac, diabète, gémellité...)
- Parité extrême (primiparité ou plus de 4 enfants)
- Allaitement (désir d'allaitement, problème d'allaitement...)
- Information encore non connue

Q41. Quelle(s) stratégie(s) ou quel(s) partenaire(s) vous permettra(ont) de rentrer en contact avec les femmes enceintes ou les familles pour leur proposer cette intervention ? Plusieurs réponses possibles

- Prise de contact (téléphone, lettre) à l'initiative de ma structure suite à la lecture des déclarations de grossesse
- Orientation par la CPAM
- Orientation par un professionnel de santé libéral / de ville
- Orientation par le système judiciaire ou la police
- Orientation par les services sociaux
- Orientation par l'Aide sociale à l'enfance
- Orientation par les services d'obstétrique ou de maternité
- Orientation par les services de psychiatrie ou pédopsychiatrie
- Orientation par la PMI
- Orientation par la CAF
- Maraudes, outreach
- Demande de participation réalisée par la femme enceinte (connaissance par bouche-à-oreille ou communication)
- Autre, précisez : _____
- Information encore non connue

Q42. Dans quelle mesure les affirmations suivantes correspondent aux caractéristiques de cette intervention ?

	Correspond très bien	Correspond plutôt bien	Correspond plutôt mal	Correspond très mal
Les objectifs de l'intervention sont connus et font consensus au sein des encadrants et des professionnels intervenant à domicile				
Les professionnels intervenant à domicile ont suivi une formation spécifique pour pouvoir délivrer cette intervention				
Un référentiel, un manuel et des outils existent pour guider la pratique des professionnels dans le cadre de cette intervention				
Parmi les intervenants au domicile, un professionnel joue un rôle de référent ou de pivot auprès de la famille				
Les professionnels intervenant à domicile bénéficient d'une supervision ou d'une analyse de pratique pour les aider à mettre en œuvre cette intervention				
Une évaluation régulière de l'intervention permet de savoir si les objectifs sont atteints				

Q43. Votre structure va-t-elle mettre en œuvre une AUTRE intervention de prévention précoce se déroulant à domicile et en période périnatale dans les deux ans à venir (intervention avec un projet de mise en œuvre dans les 2 ans ou en cours d'implantation mais dont les visites des familles n'ont pas encore débuté) ?

Le terme « intervention » désigne un dispositif ou un ensemble structuré et organisé de visites au domicile soit de femmes enceintes, soit des parents de bébé ou jeune enfant, soit les deux

1. Oui
2. Non

Développement des interventions de prévention précoce à domicile pour soutenir le lien parent-enfant

Q44. Si on demandait à votre structure de développer en nombre et qualité des interventions de prévention précoce centrées sur le soutien parent-enfant dans les 2 ans à venir, à quoi faudrait-il consacrer les moyens supplémentaires en priorité ?

3 réponses maximum

- Moyens humains pour bénéficier d'intervenants à domicile supplémentaires
- Moyens humains pour coordonner la mise en place du dispositif
- Formation des intervenants à domicile pour améliorer leurs compétences sur le soutien de la relation parent-enfant
- Outils de communication supplémentaires pour informer le public ciblé
- Guide de bonnes pratiques ou outils pour atteindre les objectifs de l'intervention
- Méthode et outil d'évaluation des interventions à domicile actuelles et/ou à venir
- Partenariat plus efficace en amont de l'intervention pour pouvoir proposer l'intervention à davantage de familles vulnérables
- Partenariat plus efficace pour assurer une meilleure prise en charge des familles en aval de l'intervention

Q45. Si des moyens supplémentaires sont donnés pour les priorités que vous venez d'indiquer, selon vous, quelle est la probabilité que les dirigeants de votre structure acceptent de faire de ce projet de développement d'une intervention périnatale à domicile, une priorité pour les deux ans à venir ?

Indiquez un % compris entre 0 et 100 sachant que 0 % = aucune chance qu'ils acceptent et 100 % = absolument sûr qu'ils acceptent

/ ___ / ___ / ___ / %

Dernières informations

Dans le cadre de ce recensement, Santé publique France souhaite éventuellement pouvoir vous recontacter pour avoir des précisions complémentaires sur les informations recueillies et les attentes des différentes structures participantes.

Q46. Acceptez-vous d'être recontacté par Santé publique France dans le cadre de ce recensement ?

Si vous acceptez, vous devrez préciser sur la page suivante votre nom, votre fonction, le nom de votre structure d'exercice et votre adresse mail professionnelle.

Ces informations ne seront utilisées que par Santé publique France pour vous recontacter dans le cadre de ce recensement. Elles seront reliées aux autres informations indiquées dans ce questionnaire.

Votre participation est volontaire et vous pourrez à tout moment retirer votre consentement à participer à cette étude et cela quelles que soient vos raisons et sans supporter aucune responsabilité

- Oui
- Non

Q47. Vos coordonnées de contact

a) Civilité :

- Madame
- Monsieur

- b) Votre nom / _____ /
- c) Votre fonction / _____ /
- d) Le nom de votre structure / _____ /
- e) Votre adresse mail professionnelle / _____ /

Dans le cadre des mesures nationales 1 000 premiers jours, les agences régionales de santé (ARS) sont invitées à soutenir les interventions de prévention précoces réalisées à domicile.

Q48. Afin de faciliter les échanges sur ce sujet entre votre structure et l'ARS, souhaitez-vous que Santé publique France transmette vos réponses à ce questionnaire, y compris vos coordonnées de contact si vous les avez indiquées, à l'Agence Régionale de Santé de votre territoire ?

- Oui
- Non

Fin du questionnaire