

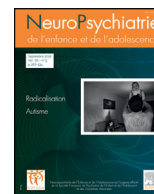


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Description du profil sociodémographique et clinique de familles suivies par une nouvelle équipe mobile d'intervention précoce en périnatalité

Clinical and socio-demographic features of families referred to a new perinatal home visit program

E. Taupinard^a, M. Guetta^a, C. Noleau^a, I.H. Legrée^a, A. Beaulieu^a, B. Marchina^a, A. Bion^a, J. Wendland^{a,b}, J. Van Der Waerden^c, D. Cohen^{a,d}, X. Benarous^{a,*,c}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne-université, 83, boulevard de l'Hôpital, 75013, Paris, France

^b Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS), institut de psychologie, université Paris Cité, Paris, France

^c Laboratoire Inserm Unité 1136, institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (iPLESP), équipe de recherche Epidémiologie Sociale, Santé Mentale et Addictions (ESSMA), Sorbonne université, Paris, France

^d CNRS UMR 7222, institut des systèmes intelligents et robotique (ISIR), Sorbonne université, Paris, France

INFO ARTICLE

Mots clés :
Interventions développementales précoces
Visites à domicile
Compétence parentale
Efficacité
Adversité sociale/social adversity

RÉSUMÉ

Introduction. – Les équipes mobiles d'intervention précoce en périnatalité (EMIPP) représentent une opportunité de fournir des interventions de soutien à la parentalité pour des familles exclues du système de soins conventionnels.

Méthode. – Cette étude observationnelle rétrospective a porté sur les dossiers des familles adressées à l'EMIPP-AMAE depuis sa création, soit 81 familles. Trente-cinq items ont été colligés pour renseigner la demande de soin, les caractéristiques sociodémographiques, médicales, et psychiatriques, les diagnostics CIM-10 et les soins prodigués. Ces caractéristiques ont été comparées aux données de l'Enquête nationale de santé périnatale (ENSP) de 2021.

Résultats. – La plupart des cas ont été adressés par les maternités, avec des visites débutant avant l'accouchement dans 33 % des cas. Les situations d'adversité sociale (c'est-à-dire liées à une insécurité dans le logement, les revenus ou l'accès à une couverture sociale) étaient surreprésentées dans les familles suivies par rapport aux données de l'ENSP (Odd-Ratios [OR]=8,2), ainsi que les contextes de violence maternelle subie pendant la grossesse (OR = 12,0). La moitié de ces familles était naïve de toute prise en charge psychologique ou psychiatrique. Le nombre moyen de visites était de $7,79 \pm 8,26$, avec la participation de différents types de professionnels (p. ex. psychologue, kinésithérapeute, éducatrice petite enfance). Les troubles psychiatriques maternels les plus fréquemment signalés étaient les troubles liés au stress et aux traumatismes, suivis des troubles dépressifs et anxieux. Sur la base de l'échelle d'impression globale clinique (ICG-amélioration, [ICG-A]), 88 % des familles ont été considérées comme s'étant améliorées à la fin de la prise en charge.

Conclusion. – Ces résultats préliminaires soulignent la faisabilité et l'efficacité relative de l'accompagnement de famille en situation de précarité sociale dans les soins du péripartum et la parentalité.

© 2025 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : xavier.benarous@aphp.fr (X. Benarous).

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2025.07.003>

0222-9617/© 2025 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

A B S T R A C T

Keywords:

Early developmental interventions
Home visiting program
Parental competence
Effectiveness
Social adversity

Introduction. – Perinatal home visit (PHV) programs represent an opportunity to provide parenting support interventions for families that might not otherwise have access to them due to multiple adversity factors.

Methods. – This retrospective study focused on 81 families referred for PHV in Paris since the program's creation in 2022. A 35-item grid was completed by the clinicians involved for each family to document the referral's context, socio-demographic, medical, and psychiatric characteristics, the ICD-10 diagnoses, and the care provided. These features were compared to the 2021 French National Survey on Perinatal Health data (NSPH).

Results. – Most cases were referred by maternities, with visits starting in the antenatal period for 33% of the families. Situations of social deprivation (i.e., related to housing, income, or social protection access) were over-represented in these families compared to data from the national survey (Odd-Ratios [OR] = 8.2), as well as the contexts of violence during pregnancy (OR = 12.0). Half of these families were naïve about any psychological or psychiatric care. The mean number of visits was 7.79 ± 8.26 , with the participation of different types of professionals (e.g., psychologist, motor therapist, childcare worker). The most common maternal psychiatric disorders were stress and trauma-related disorders, followed by depressive and anxiety disorders. Based on the Clinical Global Impression-Improvement subscale, 88% of the families were considered to have significantly improved at the end of treatment.

Conclusion. – These preliminary results show the relative notable effectiveness in providing supportive parenting care for families having multiple risks.

© 2025 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

1.1. Enjeux de santé publique autour de la santé mentale périnatale

La santé mentale périnatale est un enjeu majeur de santé publique au niveau mondial [1]. En France, l'enquête Santé Publique France a montré l'importance des problématiques de santé mentale maternelle, avec une prévalence de dépression du postpartum à 2 mois estimée à 16,7 % et des troubles anxieux à 27,6 % [2]. Le suicide est par ailleurs devenu la première cause de décès dans l'année qui suit l'accouchement [2]. Les travaux de la Commission des 1000 premiers jours ont souligné l'importance de cette période pour permettre l'émergence d'un lien parent-enfant sécurisant qui constitue un facteur déterminant sur la santé et le bien-être de l'individu tout au long de la vie [3,4].

Les femmes en situation de précarité sociale sont particulièrement à risque de présenter des problématiques de santé mentale lors du péripartum. Ces femmes présentent par exemple un risque plus élevé de symptômes dépressifs du post-partum corrélé au niveau de désavantage social [5,6]. Les situations de précarité sociale sont aussi associées à davantage de complications somatiques lors de la grossesse avec un risque qui s'accroît avec l'avancée de la grossesse [7], et ainsi plus de mortalité infantile [8] et d'accouchement prématuré [9].

Les femmes en situation de précarité sociale ont aussi tendance à moins recourir aux soins prénataux habituellement proposés [10,11]. Les données d'une cohorte française, Étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE), montrent que les femmes défavorisées bénéficient en moyenne de moins d'entretiens prénataux précoces, de consultations lors de la grossesse et des cours préparatoires anténataux [12]. Des difficultés de recours aux dispositifs de soin contribuent en retour à une aggravation des inégalités de santé [13].

1.2. Équipe mobile de psychiatrie périnatale

Les équipes mobiles ont été développées pour proposer une approche plus personnalisée des soins à des familles qui n'y auraient pas recours autrement. Les interventions des équipes mobiles se font en particulier sous forme de visites à domi-

cile (VAD). Ces interventions ont été influencées par diverses théories comme celle de l'écologie humaine de Bronfenbrenner [14], l'approche transactionnelle de Sameroff [15], les théories d'auto-efficacité de Bandura [16], ou encore dans le champ de la périnatalité par les théories psychanalytiques basées sur l'observation du bébé d'Esther Bick ou encore la théorie de l'attachement de Bowlby [17].

La mission principale des équipes mobiles de périnatalité est de proposer des interventions de soutien à la parentalité à destination à la fois des parents et de l'enfant [18,19]. L'objectif est de promouvoir les compétences parentales et les pratiques de soins utiles au développement du nourrisson, en favorisant la confiance des parents dans leur nouveau rôle [20].

Les familles ciblées présentent généralement de multiples facteurs de vulnérabilité bio-psycho-sociaux qui constituent des freins possibles à l'accès ou la poursuite des soins dans des dispositifs de soins périnataux traditionnels [19]. Certains parents peuvent décrire un manque de confiance, voire un ressentiment vis-à-vis des professionnels de santé déjà rencontrés, parfois alimenté par des séjours en maternités vécus comme traumatisants. Cette réticence aux soins peut aussi être sous-tendue par des aspects psychopathologiques (trouble anxio-dépressif, attachement insécure, symptômes psychotraumatiques). La vulnérabilité peut aussi être liée aux particularités de l'entourage avec par exemple un manque de soutien familiale avec une honte et une peur de la stigmatisation à l'idée d'aller consulter. Enfin, d'autres facteurs sont liés au contexte social plus global avec par exemple des difficultés logistiques liées au transport, au travail, à la garde d'enfant ou à la précarité sociale [21]. Les VAD permettent de proposer des soins de différentes natures :

- proposer un accompagnement psychologique ;
- encourager le lien social et travailler sur les barrières à l'accès à des structures d'aide psychologiques et sociales ;
- fournir des informations sur des sujets en lien avec la périnatalité (ex : allaitement, dépression du post-partum, prévention des risques) et donner des conseils pratiques pour l'aménagement de l'environnement du bébé ;
- proposer des interventions de stimulation au domicile (séances de jeu, activités partagées parent-enfant, stimulations sensorimotrices) ;

- proposer des interventions précoces de soutien au développement du bébé, en particulier de motricité.

Les études observationnelles ont permis de montrer que les interventions d'une équipe mobile de périnatalité avaient des bénéfices en termes de réduction de la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs maternels [22,23], d'amélioration de la qualité de l'environnement familial [24] et des compétences parentales et de la communication enfant-parent [25], avec une étude montrant un impact positif se prolongeant jusqu'à l'âge de 2 ans [26]. L'essai contrôlé randomisé de Spittle et al. [22] a évalué l'efficacité de VAD structurées dans la première année de vie de l'enfant sur son développement à 8 ans. Les auteurs ne retrouvent pas d'efficacité sur les évaluations cognitives-moteurs-langage évaluées, hormis des meilleures acquisitions au niveau des mathématiques.

1.3. Objectifs

Cette étude observationnelle rétrospective sur dossier a pour objectif principal de décrire le profil sociodémographique et clinique des familles ayant bénéficié de l'intervention d'une équipe mobile de périnatalité depuis sa création. Pour rendre compte de la spécificité de cet échantillon, et en l'absence de groupe contrôle clinique, nous avons utilisé les données de l'Enquête nationale périnatale de 2021 (ENP-2021) qui présentent une série d'indicateurs de santé comparable aux variables collectées dans cette étude [27]. Ces résultats nous permettront de réfléchir à comment adapter notre offre de soins pour mieux répondre aux besoins de la population prise en charge.

2. Méthode

2.1. Dispositifs et données utilisées

L'équipe mobile d'intervention précoce de périnatalité (EMIPP) d'AP-HP, Sorbonne université a été créée en septembre 2021, financée par un mécène privé en 2022 et réellement fonctionnelle en 2023. L'équipe s'est appelée AMAE, du nom du concept japonais (子え) désignant un lien de dépendance tendre et harmonieux entre parent et enfant. L'EMIPP-AMAE s'adresse aux familles de quatre arrondissements de l'Est parisien et des maternités Pitié-Salpêtrière, Trousseau et Tenon. L'équipe est pluridisciplinaire (infirmière puéricultrice, éducatrice petite enfance, psychologues, kinésithérapeute, pédopsychiatre). Le fonctionnement détaillé de l'équipe a été présenté dans Letot et al. [28].

Les données recueillies concernent l'ensemble des dossiers des patients depuis la création de l'équipe EMIPP-AMAE en septembre 2021 jusqu'au 1^{er} juin 2024, soit 81 familles. Les données utilisées pour chaque famille sont celles du compte-rendu systématiquement déposé sur le fichier partagé sur l'intranet du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Pitié-Salpêtrière ainsi que les données accessibles sur le logiciel Orbis de l'AP-HP. Toutes les familles ont été incluses dès qu'un compte-rendu était créé sur le fichier partagé, il n'y avait pas de critère d'exclusion.

2.2. Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une grille de recueil systématique de données. Cette grille a été créée par MG et XB en collaboration avec un groupe de travail formé par deux autres équipes mobiles de périnatalité de l'AP-HP lors de réunions de travail au cours de l'année 2024. La grille a été testée préalablement sur 5 dossiers pour reformuler certains indicateurs et ajouter 2 items. La collecte de données a été réalisée rétrospectivement sur la période du 15 mars 2024 au 1^{er} juin 2024 par le 1^{er} auteur. Le

taux de concordance entre deux cotateurs estimé sur un échantillon aléatoire de 20 dossiers était de 91 %.

La grille comporte 35 items, répartis-en différentes sections :

- contexte de la demande de soins caractérisée par la maternité d'origine, les professionnels à l'origine de la demande et la période de premier contact ;
- caractéristiques sociodémographiques définies ici par les conditions de logement, le contexte social, l'âge de la mère, le statut conjugal et le niveau socio-économique global de la famille ;
- caractéristiques obstétricales caractérisées par la gestité, la parité, les complications médicales pendant la grossesse et les soins en per et postnatal (pour la mère et le bébé) ;
- antécédents psychiatriques caractérisés par les antécédents psychiatriques en lien avec la grossesse, les autres antécédents psychiatriques et les traitements psychotropes actuels ;
- soins mis en place caractérisés par le nombre de VAD, les professionnels intervenants et les interventions proposées par l'EMIPP-AMAE ;
- évaluation multiaxiale à l'issue de la prise en charge. Celle-ci est établie sur trois axes dont les items sont définis dans la CIM-10. L'axe 1 est le(s) diagnostic(s) chez la mère, l'axe 2 qui est le contexte de vie et l'axe 3 qui sont les problèmes médicaux et/ou développementaux du nourrisson. Les diagnostics retenus correspondent aux codages réalisés par le psychiatre responsable de l'équipe de liaison de périnatalité. Les codes utilisés ont été regroupés dans 15 catégories en fonction de leur pertinence et de leur fréquence afin de limiter les catégories avec des fréquences trop faibles. Les codages diagnostiques se sont faits sur la base de l'ensemble des informations disponibles qui impliquent, entre autres, les antécédents personnels recueillis par les équipes de gynéco-obstétrique des maternités, les comptes rendus de consultation des psychiatres de liaison ayant pu être sollicités ainsi que les informations collectées au cours des visites à domicile avec le patient, son entourage et les autres professionnels sollicités. Quand les codes CIM-10 changés au cours de la prise en charge, nous n'avons utilisé que le dernier, qui correspond à la période où le clinicien bénéficie d'un maximum d'informations. Les codages diagnostiques CIM-10 attribués pour les pères quand ils étaient rencontrés ne sont pas présentés ici. Cette évaluation est complétée par la présence ou le risque de conduites auto-agressives du parent, l'échelle EPDS, le score de sévérité clinique de la situation globale (Impression clinique globale-sévérité, ICG-S), le score d'amélioration globale (Impression clinique globale-amélioration, ICG-A) à la fin de la prise en charge et les mesures de protection faites dans le contexte ;
- orientation à la fin de la prise en charge à l'aide de l'orientation vers différents partenaires.

2.3. Aspects réglementaires et statistiques

Il s'agit d'une étude sur dossier conduite à partir d'informations collectées dans le cadre de soins courants. L'étude a été enregistrée auprès de l'Unité de recherche clinique (URC) de la Pitié-Salpêtrière comme conforme à la méthodologie de référence MR-004 (N° URC-GD-DTYP-V1.0-10). Une déclaration de conformité a été transmis à la CNIL (N° 2233881v0).

Les données des familles suivies ont été pseudo-anonymisées et saisies dans le logiciel REDCap de l'AP-HP. Les analyses descriptives sont présentées sous forme de moyenne et d'écart-type ou de proportion. La comparaison des données par rapport à celle extraite de l'ENP-2021 a été réalisée avec un test z de comparaison pour les échantillons indépendants.

Tableau 1

Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des patientes adressées à l'équipe mobile périnatales et des participantes à l'ESP-2021.

	Données EMIPP-AMAE, n = 81	Rapport 2021, n = 11 081	Comparaisons Z-test pour échantillons indépendants
Âge de la mère, moyenne $\pm \sigma^a$	31,71 \pm 7,28	30,9 \pm 5,3	$z = 0,999, p = 0,318$
Statut conjugal			
En couple	43 (53 %)	10 516 (94,9 %)	$z = -16,587, p < 0,001^{**}$
Séparé, père absent	21 (26 %)	565 (5,1 %)	$z = 13,713, p < 0,001^{**}$
Séparé, père présent	11 (14 %)	NR	
Célibataire, contexte PMA	0 (0 %)	NR	
Niveau socio-économique global de la famille ^b			
Bas	38 (47 %)	1074 (9,6 %)	$z = 11,145, p < 0,001^{**}$
Moyen	16 (20 %)	7236 (65,3 %)	
Élevé	21 (26 %)	2781 (25,1 %)	
Logement			
Vit dans son propre logement	42 (52 %)	10 382 (93,7 %)	$z = -15,099, p < 0,001^{**}$
Pas de logement stable (ex : foyer d'urgence)	11 (14 %)	188 (1,7 %)	$z = -15,248, p < 0,001^{**}$
Dans un foyer de façon stable (> 6 mois)	9 (11 %)	NR	
Chez un membre de la famille de façon stable (> 6 mois)	9 (11 %)	510 (4,6 %)	$z = 2,772, p = 0,006^*$
Contexte social			
Vit avec un conjoint	36 (44 %)	10 206 (92,1 %)	$z = -15,540, p < 0,001^{**}$
Pas de revenu lié au travail (reçoit le RSA ou pas admissible)	19 (23 %)	909 (8,2 %)	$z = 4,954, p < 0,001^{**}$
Contexte de violence durant la grossesse	8 (10 %)	100 (0,9 %)	$z = 8,221, p < 0,001^{**}$
Affiliation à la sécurité sociale par CMU ou non assuré	5 (6 %)	410 (3,7 %)	$z = 1,172, p = 0,242$
Immigration récente (< 12 mois)	5 (6 %)	676 (6,1 %)	$z = 0,027, p = 0,976$

NR : non rapporté ; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,001$.

^a Parité des femmes dans le groupe EMIPP-AMAE : 0 : 41,3 % - 1 : 35,1 % - 2 : 14,7 % - 3 : 8,9 %.

^b Variable dichotomisée en deux groupes « niveau socio-économique bas » vs. « niveau socio-économique élevé ou moyen ».

3. Résultats

3.1. Demande de soins

Dans près de 3/4 des cas, la demande de soins émanait des maternités, soit directement par un professionnel (sage-femme, psychologue, médecin), soit à l'issue des staffs médico-psychosociaux. Les demandes provenaient des PMI (10 %), de structure de soin en périnatalité (4 %), du psychiatre ou psychologue traitant (2 %) ou bien du patient et de sa famille (2 %). Les demandes étaient réparties équitablement entre les maternités de l'hôpital Pitié-Salpêtrière (26 %), Tenon (26 %), et Trousseau (22 %) et plus rarement par d'autres structures de la région parisienne. Le premier contact avec l'équipe s'est fait sur la période anténatale dans 33 % des cas. La moyenne d'âge des nourrissons pour le début de l'intervention est de 22,6 jours de vie (SD : 116 jours). Dans le groupe dont le suivi a débuté en prénatale, le 1^{er} contact s'est fait en moyenne 53 jours avant la naissance (SD : 111 jours). Dans le groupe dont le suivi a débuté en postnatal, le 1^{er} contact s'est fait 71 jours après la naissance (SD : 78 jours).

3.2. Caractéristiques sociodémographiques

Le **Tableau 1** décrit les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. L'âge moyen des femmes n'était pas significativement différent des participantes à l'ENP-2021.

Les patientes adressées à notre équipe présentaient en moyenne des niveaux socio-économiques plus faibles, avec un Odd-Ratio (OR) à 8,10. Les indicateurs de déprivation sociale comme l'insécurité du logement, l'insécurité financière, ou une absence de couverture sociale étaient plus importants que dans le groupe contrôle. Enfin, les patientes rapportaient plus fréquemment une exposition à de la violence pendant la grossesse dans le groupe clinique comparé aux participantes de l'ENP-2021 (OR = 12,00). On retrouve aussi la surreprésentation manifeste des familles monoparentales dans le groupe clinique comparé aux participantes de l'ENP-2021 (OR = 13,85) (**Tableau 1**).

Le codage CIM-10 de l'axe 2 retrouvait des conflits conjugaux et autres difficultés liées à l'entourage immédiat dans 34 % des patientes adressées à l'EMIPP, un soutien familial élargi inadéquat

dans 28 %, un isolement social ou un vécu de solitude important dans 27 %, un contexte de catastrophe naturelle ou de guerre dans 16 % et dans 11 % un contexte de deuil récent. Dans 12 % des cas, les parents avaient été eux-mêmes confiés à l'Aide sociale à l'enfance, 12 % présentaient des difficultés d'éducation importantes pouvant entraver leur compréhension des soins.

3.3. Caractéristiques médicales et psychiatriques

Le **Tableau 2** décrit les caractéristiques médicales de l'échantillon. En moyenne, la gestité des patientes suivies par l'équipe était de $2,4 \pm 1,8$, et la parité de $1,53 \pm 1,13$. Les complications médicales pendant la grossesse des femmes suivies par l'EMIPP-AMAE étaient fréquentes mais dans des proportions comparables aux participantes de l'ENP-2021. Les complications en per- et postnatal étaient beaucoup plus fréquentes dans le groupe clinique comparé aux contrôles, avec 26 % de nouveau-nés ayant présenté une souffrance fœtale aiguë et 23 % adressés en hospitalisation. Les problèmes de santé les plus fréquemment rapportés chez ces mères étaient les césariennes non programmées, les complications liées à l'accouchement puis les celles liées à l'allaitement (**Tableau 2**).

Plus de la moitié des femmes suivies par l'EMIPP-AMAE présentaient des antécédents de suivi psychologique ou psychiatrique (52 % comparé à 4-13 % dans l'ENP-2021), 40 % avaient déjà reçu des psychotropes, 16 % avaient été hospitalisées en psychiatrie, 11 % avaient déjà fait une tentative de suicide et 9 % présentaient une problématique addictologique. Concernant les problèmes de santé périnatale, 11 % rapportaient des antécédents de dépression du péripartum, 11 % des troubles anxieux, et aucune des troubles psychotiques.

Les codes CIM-10 de diagnostic psychiatrique les plus retrouvés chez le(s) parent(s) étaient le trouble lié au stress et traumatisme (54 %), suivi d'un épisode dépressif caractérisé (42 %), puis d'un trouble anxieux (32 %), un trouble de la personnalité (15 %), et un trouble du neurodéveloppement (autisme-déficience intellectuelle) (13 %). L'échelle EPDS, réalisée chez 23 des 81 patientes de notre étude, retrouve un score moyen de 10,61. Des idées suicidaires étaient retrouvées chez 7 % et des automutilations dans

Tableau 2

Comparaison des caractéristiques médicales des patientes adressées à l'équipe mobile périnatales et des participantes à l'ESP-2021.

	Données EMIPP-AMAE, n = 81	Rapport 2021, n = 11 081	Comparaisons
Évènements médicaux intercurrent pendant cette grossesse			
Hospitalisations pendant la grossesse	14 (17 %)	NR	
Diabète gestationnel	10 (12 %)	7092 (16,4 %)	$z = 9,629, p < 0,001^{**}$
Découverte tardive (> 12 SA)/surveillance retardée (> 12 SA) ou incomplète	6 (8 %)	NR	
HTA gravidique/pré éclampsie	4 (5 %)	476 (4,3 %)	$z = 0,284, p = 0,779$
MAP/rupture de membrane	4 (5 %)	532 (4,8 %)	$z = 0,058, p = 0,952$
Découverte malformation – risque de handicap	4 (5 %)	NR	
RCIU	2 (2 %)	576 (5,2 %)	$z = -1,104, p = 0,271$
Parcours PMA pour cette grossesse	6 (7 %)	521 (4,7 %)	$z = -1,144, p = 0,254$
Soins en per-post-natal			
Souffrance fœtale aiguë	9 (26 %)	277 (2,5 %)	$z = 4,887, p < 0,001^{**}$
Hospitalisation en soins néo-nat/USI/Soins de réanimation	19 (23 %)	1208 (10,9 %)	$z = 3,599, p < 0,001^{**}$
Césarienne non programmée	17 (21 %)	355 (3,2 %)	$z = 8,885, p < 0,001^{**}$
Problème maternel lié à l'accouchement (hémorragie, thrombose)	12 (15 %)	1285 (11,6 %)	$z = 0,901, p = 0,368$
Prématurité (<37 SA)	7 (9 %)	776 (7 %)	$z = 0,576, p = 0,562$
Détresse respiratoire aiguë	6 (7 %)	332 (3 %)	$z = 2,308, p = 0,021^{*}$
Problème maternel lié allaitement	3 (4 %)	NR	
Infection materno-fœtale/sepsis	2 (2 %)	89 (0,8 %)	$z = 1,661, p = 0,097$

NR : non rapporté.

2 % d'entre elles. Aucune patiente n'a présenté de passage à l'acte suicidaire au cours de la prise en charge.

Les codes CIM-10 des diagnostics médicaux du nourrisson les plus fréquemment retrouvés sont les problèmes alimentaires dans 53 % (dont 15 % avec une cassure de la courbe staturo-pondérale) des problèmes de sommeil (22 %), des mouvements atypiques, stéréotypés ou troubles du tonus (22 %), une hyperactivité-hypervigilance (14 %) et un retrait relationnel (10 %).

3.4. Soins mis en place au sein de l'équipe mobile

Le nombre de VAD moyen par familles était de $7,79 \pm 8,26$, avec un minimum à 1 et un maximum à 35. Les VAD sont habituellement hebdomadaires au début de la prise en charge, voire bi-hebdomadaire en cas de difficultés parent-enfant majeurs. Les espacements progressifs se font selon l'évolution et les objectifs de soin, avec une décision d'équipe pour interrompre le suivi. Les situations où seule une VAD a pu être réalisée correspondent à des familles qui n'adhèrent pas à la prise en charge. A contrario, quand le nombre de VAD est au-delà d'une vingtaine, on retrouve fréquemment une réticence des familles à intégrer une structure d'aval. Outre le lien thérapeutique créé avec les professionnels, l'attachement au dispositif est lié à sa praticité. La réticence à mettre fin à une prise en charge peut aussi venir des soignants, qui ont aussi un attachement fort aux familles, et apprécient assister aux améliorations cliniques des bébés et des familles.

Les professionnels les plus fréquemment sollicités lors des interventions étaient : les psychologues (43 %), puis l'IDE-puéricultrice (40 %), la kinésithérapeute (36 %), le psychiatre (28 %), l'éducateur jeune enfant (27 %), et enfin l'assistante sociale (5 %). Les interventions proposées étaient les interventions centrées sur les soins du bébé (65 %), les entretiens psychologiques (54 %), les interventions éducatives/guidance (35 %), les soins corporels/kinésithérapie/psychomotricité (33 %), les entretiens familiaux (20 %), et la mise en place de synthèse pluriprofessionnelle (11 %).

Une information préoccupante a été émise dans 19 % des cas en vue d'apporter une évaluation sociale pour caractériser au mieux l'aide à apporter à ces familles afin de soutenir la parentalité. Dans 4 % des cas, pour des situations particulièrement sévères, une mesure d'ordonnance de placement provisoire du bébé a été demandée. Dans tous ces cas, l'équipe mobile a continué d'intervenir après la mise en place de ces mesures socio-éducatives.

À l'issue de la prise en charge, près de 32 % des familles ont été adressées à la PMI. Dans un cas, une hospitalisation à domicile (HAD) pédiatrique a été décidée devant des inquiétudes sur

le développement du bébé, dans deux cas un suivi une structure médico-sociale CAMSP a été décidée. Une orientation en unité d'hospitalisation mère-bébé a été réalisée dans 13 % des cas. Enfin, 7 % des familles ont été orientées vers des associations de soutien de périnatalité. Des prises en charge par un suivi psychiatrique ou psychologique ont été instaurées dans 17 % des cas pour la mère et 2 % des cas pour le père, sur le CMP ou un psychiatre ou psychologue libéral.

3.5. Sévérité clinique et amélioration globale

La Fig. 1 présente la répartition des scores ICG-S et ICG-A. Concernant la sévérité clinique, près de 50 % des familles avaient un score de 5 (*manifestement malade*), et près de 9 % des familles avaient un score de sévérité plus important. Aucune famille ne présentait un score de 1 (*normal, pas du tout malade*).

Les familles dont le score ICG-A était évocateur d'une amélioration clinique globale représentaient 88 % de l'échantillon, avec pour 64 % des familles un score de 1 (*très fortement améliorée*) ou 2 (*fortement amélioré*). Une seule famille a présenté une aggravation clinique globale au cours de la prise en charge (Fig. 1).

4. Discussion

4.1. Résumé des résultats principaux

Le premier constat de cette étude est la sur-représentation des situations de précarité sociale parmi les familles prises en charge par l'EMIPP-AMAE. Le concept de précarité sociale (ou *social deprivation* en anglais) recouvre un champ plus large que les privations économiques, faisant référence au manque de ressources ou d'opportunités pour permettre un bien-être social. Nous nous sommes appuyés sur la définition de Crequit [29] qui intègre dans son indice de déprivation sociale chez les femmes enceintes : l'insécurité du logement, des ressources financières, de la protection sociale et l'absence de conjoint. Hormis l'affiliation à la sécurité sociale, les trois autres indicateurs étaient nettement plus marqués dans le groupe clinique comparé aux données de l'ENP-2021. Ces résultats étaient globalement cohérents avec les cotations de la CIM10 sur le contexte de vie des familles qui influence la santé. Les familles suivies rapportaient une fréquence importante de problématiques conjugales, familiales, sociales et culturelles, souvent intriquées. Ce constat est comparable avec les expériences d'autres équipes mobiles de périnatalité en France [18,19] ou à l'étranger [20,30]. Compte tenu de l'impact reconnu de ces facteurs sur l'accès

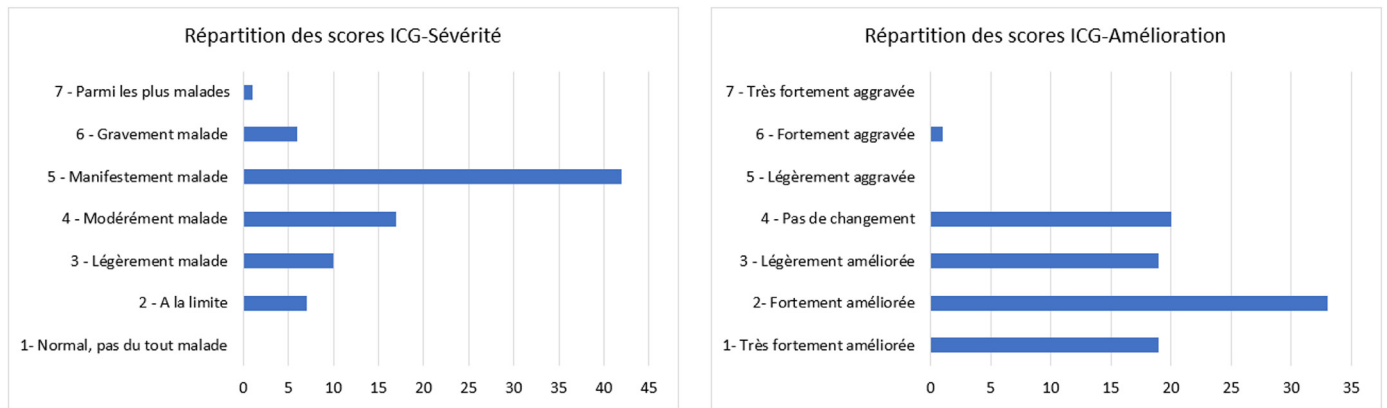


Fig. 1. Répartition des scores ICG-S et ICG-A. ICG-S : impression clinique globale-sévérité ; ICG-A : impression clinique globale-amélioration.

à des soins périnataux [10–12], on peut se demander dans quelle mesure des interventions concrètes sur ces difficultés (information sur les droits, accompagnement pour demande d'allocation ou relogement) ont des bénéfices sur la santé. L'étude de Crequit [29] a par exemple montré le bénéfice de la mise en place des staffs médico-psycho-sociaux dans les maternités en France sur le risque prématurité et de morbidité néonatale. Le fait que les configurations familiales monoparentales étaient 14 fois plus fréquentes dans le groupe clinique comparées aux familles de l'ENP-2021 est cohérent avec l'importance du soutien du conjoint comme un facteur protecteur d'une psychopathologie périnatale en général [1,4].

Un autre résultat important de cette étude est la fréquence importante des problématiques médicales liées à l'accouchement ou au nourrisson chez les familles prises en charge par l'EMIPP-AMAE comparé à l'enquête ESP-2021. Les césariennes non programmées étaient nettement plus fréquentes que dans l'ESP-2021 (OR=8,02), ainsi que les souffrances fœtales aiguës (OR=4,88), les détresses respiratoires aiguës (OR=2,59) et les hospitalisations du nourrisson (OR=2,50). Il est intéressant de noter que les problèmes de santé maternelle ayant débuté en anténatal n'étaient pas significativement plus fréquents dans le groupe clinique. Compte tenu de notre expérience clinique, nous pouvons faire l'hypothèse que l'imprévisibilité et l'accumulation d'évènements médicaux aigus (ex : signe de détresse du fœtus + césarienne en urgence + hémorragie maternelle + hospitalisation en néonatalogie et donc séparation parent-enfant) constituent des situations à haut risque d'entrave à l'émergence des liens parent-enfant [31]. La fréquence importante des troubles liés au stress et au trauma dans notre échantillon est un argument indirect pour cette hypothèse. Le fait que l'EMIPP-AMAE intervienne dans des maternités de niveau II et III contribue sûrement à la représentation importante de ces situations dans notre échantillon.

Un peu de moins de la moitié des femmes rencontrées était naïve de tout suivi psychologique ou psychiatrique. La rencontre avec l'équipe EMIPP-AMAE est donc la première rencontre avec des professionnels de santé mentale. Nous avons souvent pu constater lors de nos VAD l'importance du travail d'information et d'explication pour mettre en place une relation de confiance malgré des représentations parfois négatives. Certains auteurs dérivent les interventions d'équipes mobiles en périnatalité sous la forme d'espaces transitionnels permettant d'aider les familles à élaborer les affects contrastés et parfois amivaient inhérents à la relation de soins avec les équipes d'obstétrique, de pédiatrie, de psychiatrie ou de périnatalité [19]. Après les troubles liés au stress et au trauma, les troubles dépressifs étaient les troubles psychiatriques maternels les plus représentés. La fréquence des troubles psychiatriques sévères et chroniques (trouble bipolaire, schizophrénie) dans notre échantillon était plus faible qu'attendue. Ces résultats

sont peut-être liés aux efforts mis en place pour accompagner bien en amont les grossesses de ces patientes. On peut aussi noter que l'EMIPP-AMAE est incluse dans un service de pédopsychiatrie avec des articulations moins étroites avec les services de psychiatries adultes.

À l'issue de la prise en charge, le ICG-I traduisait une amélioration notable dans 88 % laissant supposer une intervention positive de l'EMIPP-AMAE dans la trajectoire de ces familles, avec 52 % des familles fortement ou très fortement améliorées. Une analyse des variables associées à un meilleur pronostic (c'est-à-dire un score ICG-I strictement inférieur à 3 comparé à supérieur ou égal à 3) retrouvait une première grossesse, l'intervention de psychologue, ne pas avoir de deuil périnatal, ne pas avoir de conflit conjugal ou difficultés avec l'entourage immédiat. Quel que soit le niveau d'amélioration, la grande majorité des familles ont été adressées à des structures de suivi ambulatoire généraliste (ex : CMP, psychologue ambulatoire) de périnatalité (PMI, hôpital de jour). L'objectif étant de rétablir un maillage autour des familles permettant un accompagnement adapté aux difficultés repérées.

4.2. Limites du travail

La principale limite de cette recherche est la méthode rétrospective du recueil des données qui peut favoriser les biais de sélection, de mesure et de mémorisation. Pour limiter ce premier biais, nous avons constitué une analyse exhaustive de l'ensemble des cas. Pour limiter le second l'ensemble des recueils réalisés par le premier auteur ont fait l'objet d'une relecture par les collègues impliqués dans la prise en charge. On peut regretter que certaines mesures standardisées comme l'utilisation de questionnaires n'aient été mises en place de façon systématique que plusieurs mois après l'ouverture de l'unité, ce qui explique qu'elles ne concernent qu'un sous-groupe de patients. Cela explique la discordance entre le score moyen de l'EPDS (collecté uniquement pour 23/81 patientes) et la proportion élevée d'épisode dépressif caractérisé. Par ailleurs, les diagnostics psychiatriques maternels n'ont pas été posés à l'aide d'entretiens semi-structurés, ce qui peut contribuer à des biais de mesure avec une sous-représentation de troubles psychiatriques plus difficiles à repérés par les professionnels de santé impliqués. Il est possible que ce biais explique en partie le peu de diagnostics de trouble bipolaire maternel retrouvé contrairement aux travaux soulignant le risque élevé de troubles de l'humeur périnatale dans cette population [1]. On peut aussi regretter l'absence d'évaluation systématique de la santé mentale des pères. L'interprétation des résultats concernant les types d'intervention et de professionnels présentés ici sous forme d'une moyenne doit être prudente, compte tenu des changements dans la constitution de l'équipe au fil du

temps (avec par exemple l'arrivée plus tardive d'une kinésithérapeute).

4.3. Implications

Malgré le développement de VAD dans le champ de la périnatalité depuis de nombreuses années en France [32], il existe peu de données permettant d'évaluer l'efficacité de tels dispositifs. L'étude Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) a mesuré les effets d'une intervention préventive à domicile sur le comportement de retrait relationnel prolongé des enfants à l'âge de 18 mois [33]. Sur les 440 participantes (femmes primipares de moins de 26 ans et présentant un indice de précarité sociale), 220 bénéficiaient de VAD régulières initialement hebdomadaires d'une psychologue et 220 uniquement d'un suivi habituel. Aucune différence n'était retrouvée sur le score moyen ADBB des nourrissons à 18 mois entre les deux groupes, mais des analyses en sous-groupe montraient une différence chez les participantes présentant moins de symptômes dépressifs lors du recrutement au 3^e trimestre de grossesse (soit EDPS \leq 11).

En 2016, l'intervention PANJO a été développée à partir de 11 services de PMI pour proposer à des femmes primipares qui expriment un sentiment de solitude 6 à 12 VAD depuis la grossesse jusqu'aux 12 mois de l'enfant [34]. Son efficacité a été évaluée chez 330 participantes, 159 ayant bénéficié de l'intervention et 171 sans l'intervention. Les auteurs n'ont pas retrouvé de résultat significatif sur le critère de jugement principal, à savoir le sentiment d'efficacité parentale. Pour certains groupes de femmes plus fragiles, les auteurs notent toutefois des effets favorables sur l'accès aux services de soins et de prévention : moins de passage aux urgences pour les bébés, moins de renoncement aux soins pour les mères, et une plus grande satisfaction quant au soutien reçu des PMI.

Ce travail a permis l'élaboration d'indicateurs qui pourront être partagés à d'autres équipes mobiles de périnatalité nouvellement créées de l'AP-PH. Dans le contexte de déploiement de ces dispositifs, bien décrire les caractéristiques des familles et les prises en charge est importante pour rendre compte du service rendu et identifier des pistes d'amélioration.

Par la suite, nous souhaitons réaliser une étude de devenir de ces familles. Une telle étude permettrait de documenter l'impact de l'intervention à moyen terme sur la santé des parents, le développement du nourrisson et l'émergence des liens parent-enfant. Dans ce projet, la cohorte de naissance ELFE serait utilisée pour constituer un groupe témoin, avec un appariement sur des indicateurs de précarité sociale compte tenu de leur importance dans notre population clinique et globalement dans la trajectoire de soins [12,13]. Ce projet permettrait d'examiner de nouvelles questions comme l'impact de ces interventions ultra-précoces, les facteurs associés à la meilleure réponse clinique, ou encore les facteurs de risque de difficultés de développement des liens parent-enfants.

5. Conclusion

Cette étude descriptive confirme la surreprésentation de situations de précarité sociale chez les familles adressées à l'équipe EMIPP-AMAE du fait de freins à l'accès à des dispositifs habituels de soutien en périnatalité. Parmi les freins identifiés, on retrouve une intrication de difficultés psychiatriques parentales, médicales/développementales du nourrisson, et liées au contexte social. Le niveau global d'amélioration clinique laisse penser que l'intervention de l'équipe EMIPP-AMAE a eu un impact positif sur ces familles. D'autres travaux seront utiles pour déterminer dans quelle mesure ces interventions permettent de réduire les consé-

quences à plus long-terme des difficultés précoces de la relation parent-enfant.

Financement

Aucun.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient les familles accompagnées par l'équipe EMIPP-AMAE, la fondation ERIE dont le financement a permis la création de l'équipe, les Drs Elise Drain et Sarah Tebecka pour leurs échanges stimulants et enfin, Mme Laura Wakselman de Unité de Recherche Clinique de l'hôpital Pitié-Salpêtrière pour son aide précieuse à l'utilisation de l'outil de collecte des données.

Références

- [1] Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry* 2020;19(3):313-27, <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20769>.
- [2] Doncarli A, Gorza M, Gomes E, Cardoso T, Vacheron MN, Regnault N, et al. Suicide en période périnatale : données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention. *Bull Epidemiol Hebd* 2023;3-4:68-76 [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/18/2023_18_1.html].
- [3] Leclère C, Viaux S, Avril M, Achard C, Chetouani M, Missonnier S, et al. Why synchrony matters during mother-child interactions: a systematic review. *PLoS One* 2014;9(12):e113571. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0113571>.
- [4] Panagiotou D, Wendland J, Mellier D. L'accompagnement personnalisé en réseau coordonné : le pilier des 1000 premiers jours pour les bébés des femmes avec troubles anxiodépressifs. *Perinat* 2021;13:83-9, <http://dx.doi.org/10.3166/rmp-2021-0118>.
- [5] Ban L, Tata LJ, West J, Fiaschi L, Gibson JE. Live and non-live pregnancy outcomes among women with depression and anxiety: a population-based study. *PLoS One* 2012;7(8):e43462, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0043462>.
- [6] Onyewuenyi TL, Peterman K, Zaritsky E, Ritterman Weintraub ML, Pettway BL, Quesenberry CP, et al. Neighborhood disadvantage, race and ethnicity, and postpartum depression. *JAMA Netw Open* 2023;6(11):e2342398, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.42398>.
- [7] Vos AA, Posthumus AG, Bonsel GJ, Steegers EAP, Denktaş S. Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93(8):727-40, <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12430>.
- [8] Reeske A, Kutschmann M, Razum O, Spallek J. Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011;11(1):63, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2399-11-63>.
- [9] Huynh M, Parker JD, Harper S, Pamuk E, Schoendorf KC. Contextual effect of income inequality on birth outcomes. *Int J Epidemiol* 2005;34(4):888-95, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi092>.
- [10] Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharaux C, Blondel B, Alfaïate T, Schmitz T, et al. Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):126, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1310-z>.
- [11] Herbst MA, Mercer BM, Beazley D, Meyer N, Carr T. Relationship of prenatal care and perinatal morbidity in low-birth-weight infants. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(4):930-3, [http://dx.doi.org/10.1067/s0002-9378\(03\)01055-x](http://dx.doi.org/10.1067/s0002-9378(03)01055-x).
- [12] Barandon S, Balès M, Pambrun E, Melchior M, C-Glaugeaud-Freudenthal NM, Van der Waerden J, et al. Maternal postnatal depressive symptoms at 2 months: effects of French antenatal preventive measures in the E.L.F.E. cohort. *J Affect Disord* 2021;293:238-44, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.055>.
- [13] Gray AM. Inequalities in health. The black report: a summary and comment. *Int J Health Serv* 1982;12(3):349-80, <http://dx.doi.org/10.2190/XXMM-JMQU-2A7Y-HX1E>.
- [14] Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press; 1979.
- [15] Sameroff A. The transactional model. In: *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2009.
- [16] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
- [17] Bowlby J. Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Can Ment Health Suppl* 1969;59:12.

- [18] Garez V, Devouche E, Bobin-Bègue A, Alecian M, Minjollet P, Vallerent A, et al. La liaison en « Périnatalogie » : des soins entre réseau, liaison et prise en charge mobile. [Consultation liaison during the peripartum: Network care between liaison and mobile unit]. *Encephale* 2018;44(3):239-46, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2017.03.003>.
- [19] Tordjman S, Brengard D. Pour des équipes mobiles en pspérinatalité. *Spirale* 2019;92(4):75-8.
- [20] 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;22(9):578917, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.578917>.
- [21] Cibralic S, Wu WT, Ahinkorah BO, Lam-Cassettari C, Woolfenden S, Kohlhoff J, et al. Systematic review and meta-analysis of home visiting interventions aimed at enhancing child mental health, psychosocial, and developmental outcomes in vulnerable families. *BMC Pediatr* 2025;25(1):314, <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-025-05580-1>.
- [22] Spittle AJ, Barton S, Treyvaud K, Molloy CS, Doyle LW, Anderson PJ. School-age outcomes of early intervention for preterm infants and their parents: a randomized trial. *Pediatrics* 2016;138(6):e20161363, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-1363>.
- [23] Dodge KA, Goodman WB. Universal reach at birth: family connects. *Future Child* 2019;29(1):41-60, <http://dx.doi.org/10.1353/foc.2019.0003>.
- [24] Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child* 2000;82(6):443-51, <http://dx.doi.org/10.1136/adc.82.6.443>.
- [25] Socha TJ, Stamp G. *Parents and children communicating with society: managing relationships outside of the home*. New York, US: Routledge; 2010.
- [26] Baziyants GA, Dodge KA, Bai Y, Goodman WB, O'Donnell K, Murphy RA. The effects of a universal short-term home visiting program: two-year impact on parenting behavior and parent mental health. *Child Abuse Negl* 2023;140:106140, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106140>.
- [27] Rapport 2021 de l'Enquête Nationale Périnatale. Sous la direction de Camille Le Ray et Nathalie Lelong. Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>.
- [28] Letot J, Beaulieu A, Hagbarth I, Noleau C, Marchina B, Guetta M, et al. Activités de l'équipe mobile d'intervention précoce en périnatalité "Amae." [Activities of the "Amae" mobile team for early intervention in perinatal care]. *Soins Pediatr Pueric* 2024;45(339):18-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.spp.2024.05.004>.
- [29] Crequit S, Biery G, Maria P, Bouali S, La Tour AD, Sgihouar N, et al. Use of pregnancy personalised follow-up in case of maternal social vulnerability to reduce prematurity and neonatal morbidity. *BMC Pregnancy Childbirth* 2023;23(1):289, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05604-7>.
- [30] Taylor M, Patel T, Orton E, Watson M, Hayes M, Clarke R, et al. Evaluating the effect of child home safety training upon three family support practitioner groups: a mixed-methods study. *Perspect Public Health* 2023;12, <http://dx.doi.org/10.1177/17579139231185999> [17579139231185999].
- [31] Kommers D, Oei G, Chen W, Feijs L, Bambang Oetomo S. Suboptimal bonding impairs hormonal, epigenetic and neuronal development in preterm infants, but these impairments can be reversed. *Acta Paediatr* 2016;105(7):738-51, <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13254>.
- [32] Stoléru S. *Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples*. Thèse de doctorat. Paris 5; 1989 [<https://theses.fr/1989PA05H012>].
- [33] Guedeney A, Wendland J, Dugravier R, Saïas 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* *Infancy Early Child* 2013;34(6):594-601, <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21413>.
- [34] Sempé S, Saïas T, Pedrono G, Bodard J, Bonnard A, Gorza M. Prévention précoce : résultats de l'étude d'efficacité portant sur l'intervention PANJO expérimentée par onze PMI. *Sante Publique* 2022;34(HS1):23c.