

Panjo : des visites à domicile pour renforcer le lien mère-enfant

Sandie Sempé,

chargée d'expertise en promotion de la santé,
Direction de la prévention et de la promotion de la santé,
unité Petite enfance,
Santé publique France.

Qu'est-ce que Panjo et quel est son objectif ?

Panjo, c'est la Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et

de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de protection maternelle et infantile – PMI. Il s'agit d'une intervention à domicile de prévention précoce qui vise à renforcer les capacités des parents en situation de fragilité psychosociale, à répondre aux besoins fondamentaux de leur nouveau-né, en particulier au fameux « méta-besoin » de relations affectives stables avec au moins un adulte (*voir Bolter et al. du dossier*). Cette intervention est menée par les professionnelles de PMI (puéricultrices et sages-femmes).

Une intervention Panjo repose sur quatre grands principes auxquels il ne peut pas être dérogé :

- la même intervenante suit la (future) mère de la grossesse jusqu'au six mois de l'enfant *via* un minimum de six visites ;
- la professionnelle adopte une posture collaborative avec la mère, en valorisant les connaissances et les savoir-faire déjà acquis par les parents, en aidant la mère à exprimer précisément ses attentes et en apportant des conseils ou des orientations adaptés à son contexte de vie ;
- le binôme mère-intervenante consacre au moins vingt minutes par visite à l'observation du bébé et à la construction des liens d'attachement ;

- enfin, la mère est invitée régulièrement à solliciter son réseau social personnel et à avoir recours à d'autres services médico-sociaux du territoire ou de la PMI.

Pourquoi les intervenantes à domicile doivent-elles suivre une formation spécifique Panjo ?

L'expérience des intervenantes de PMI à domicile est précieuse et solide. Santé publique France a pris cette expérience comme point d'appui pour construire – avec des psychologues de PMI et l'Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiants – un dispositif de soutien à la pratique pour les intervenants Panjo. En effet, considérer que l'attachement mère-enfant est le fil rouge de l'intervention à domicile représente un changement de pratique important. Avant de se lancer, les futur.e.s intervenant.e.s Panjo bénéficient d'une formation sur l'attachement, puis d'une formation à la posture collaborative en intervention à domicile, suivie d'une journée de réflexion sur la manière d'implanter Panjo au sein de leur service. Puis, pour soutenir la qualité de l'intervention sur le long terme, les intervenantes peuvent s'appuyer sur le Classeur Panjo qui comprend un outil d'auto-évaluation des besoins de la mère et 80 fiches d'activité qui peuvent être menées avec la mère et le père en fonction des demandes exprimées. Les intervenantes sont également soutenues dans leurs pratiques grâce à des supervisions collectives mensuelles, menées par des professionnel.le.s de santé mentale.

L'ESSENTIEL

▣ En France, pour l'étude d'efficacité Panjo 2, des puéricultrices et des sages-femmes effectuent six visites à domicile pendant la grossesse et avant les six mois de l'enfant.

▣ 159 femmes en bénéficient *via* 13 équipes de protection maternelle et infantile (PMI) dans 11 départements.

▣ Les premiers résultats sont prometteurs.

▣ Le point en six questions/réponses.

Sur la base de quels constats cette intervention a-t-elle été lancée ?

En 2011, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Inpes (qui a rejoint depuis Santé publique France) a commencé à travailler sur l'élaboration de l'intervention Panjo. À l'époque, la littérature scientifique démontrait déjà sans aucune ambiguïté que les inégalités sociales de santé se construisent dès le plus jeune âge. L'Inpes souhaitait contribuer à réduire ces inégalités en construisant une intervention de prévention précoce structurée prenant en compte les enseignements de la recherche. Comme le rappelle Christine Colin (*voir son article dans ce dossier, NDLR*), plusieurs programmes de visites à domicile aux États-Unis, au Québec et au Royaume-Uni avaient montré leur efficacité pour rattraper les chances perdues par les enfants nés dans des environnements défavorables. En France, alors même que les conséquences négatives d'une

dépression pour la santé de la mère et de l'enfant étaient documentées, le champ de la promotion de la santé mentale restait peu investi. C'est la recherche CAPEDP¹ qui a apporté l'éclairage nécessaire pour nous assurer qu'une intervention à domicile précoce et intense, centrée sur l'attachement, était faisable en France et pouvait permettre de réduire l'impact négatif de la dépression maternelle sur la construction de liens mère-enfant (voir les autres articles de ce dossier). Celle-ci était cependant menée par des psychologues rattachées à un hôpital, ce qui – malgré des avantages indéniables – rendait sa pérennisation complexe. La PMI – par ses missions historiques et sa capacité à implanter durablement certaines initiatives, comme à Aubervilliers – est apparue comme le service public idéal pour porter les interventions de prévention précoce dans le droit commun, en lien avec les réseaux pluriprofessionnels des territoires.

Qu'est-ce que Panjo 1 et Panjo 2 ?

Panjo 1 est la première phase expérimentale du projet, débutée en 2014. Il s'agissait de tester l'acceptabilité des interventions Panjo auprès des professionnel.le.s des PMI et des familles bénéficiaires, et de documenter les changements potentiels de pratiques professionnelles que cela impliquait. Après que l'Inpes et ses partenaires ont élaboré une première version des outils d'intervention et de la formation Panjo, les services de PMI de Loire-Atlantique, de la Métropole de Lyon et des Hauts-de-Seine les ont testés et ont mis en place l'intervention auprès de 36 familles. Cette première étape a confirmé la très bonne acceptation du dispositif par les professionnel.le.s et par les familles, et a permis d'optimiser les outils et la formation des professionnel.le.s.

Panjo 2 est de plus grande ampleur. 13 équipes de 11 départements ont mis en place l'intervention afin d'évaluer son efficacité auprès des familles répondant à deux critères de fragilité : s'identifier comme socialement isolées et attendre leur premier enfant. Pour ce faire, Santé publique France a signé une convention de recherche et développement avec l'Agence des

nouvelles interventions sociales et de santé (Aniss). Les inclusions des femmes enceintes dans l'étude d'efficacité Panjo 2 se sont achevées en juillet 2018. 159 femmes bénéficient de l'intervention Panjo et constituent la cohorte exposée. 171 constituent la cohorte contrôle. L'évaluation de l'efficacité se fondera sur une comparaison des cohortes des enfants à 6 et à 12 mois sur les critères suivants :

- le sentiment d'efficacité parentale (critère principal) ;
- les comportements parentaux coercitifs ;
- la qualité des interactions parents-enfants ;
- le recours des familles à tous les services de PMI ;
- le recours des familles aux services d'urgence ;
- le nombre d'accidents et d'hospitalisation des enfants ;
- les indicateurs de maltraitance infantile.

Quels sont les enseignements de Panjo 2 ?

Il est trop tôt pour disposer des résultats concernant son niveau d'efficacité. Toutefois, nous avons mené avec l'Aniss et l'université du Québec à Montréal des évaluations d'implantation qui documentent la satisfaction des professionnelles impliquées, les changements de pratiques induits par Panjo et la qualité du dispositif de soutien à la pratique professionnelle. Deux articles scientifiques sont sous presse à ce sujet. La grande majorité des équipes de PMI impliquées soulignent la dynamique positive qu'apporte la mise en place de Panjo. Cela redonne du sens et de l'envie, et cela valorise les compétences préventives de la PMI. Elles décrivent des bénéfices sur les partenariats avec les maternités et les équipes de pédopsychiatrie, ainsi que sur l'image que la PMI a auprès des familles. Les contenus de formation et du classeur Panjo sont fortement appréciés et utilisés au-delà des visites à domicile. Cependant les retours très positifs des professionnel.le.s et leur souhait de généraliser Panjo ne doivent pas occulter les difficultés rencontrées. En effet, au vu des contextes budgétaires départementaux, il n'est pas toujours possible pour les sages-femmes et puéricultrices de dégager le temps

nécessaire afin de proposer l'accompagnement Panjo dans les conditions optimales à un nombre significatif de familles en situation de fragilité psychosociale. D'ailleurs les équipes de PMI qui ont le plus recruté de femmes volontaires dans Panjo 2 sont celles qui bénéficiaient d'un projet de service déjà très orienté vers la prévention et la visite à domicile.

Quelles conditions doivent être réunies pour implanter Panjo sur un territoire ?

Comme pour tout projet de promotion de la santé, l'intervention Panjo ne sera efficace que si le contexte dans lequel on l'implante est favorable, et que le maintien de la qualité sur le long terme est un objectif. Pour cela l'engagement des décideurs, et la motivation des équipes à faire encore mieux pour la population sont essentiels. Si les résultats de l'étude d'efficacité Panjo 2 sont positifs, il ne devrait pas être difficile de les convaincre, car élus et équipes de PMI sont toujours motivés pour la santé des tout-petits. Cependant, la bonne volonté ne suffit pas. Il faut des moyens suffisants pour financer certes la formation et les supervisions, mais également un accompagnement méthodologique plus global des services de PMI qui permettra de connaître plus précisément les attentes des familles, de prioriser la prévention et d'évaluer les changements. C'est pourquoi, en attendant les résultats d'efficacité de Panjo 2 (début 2020), Santé publique France travaille déjà avec deux agences régionales de santé (ARS) pilotes et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) pour identifier les modalités de partenariat qui soutiendront les départements dans la mise en place d'interventions de prévention précoces à domicile, et le maintien de leur niveau de qualité. ■

Pour en savoir plus

- voir, sur le site internet de Santé publique France, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/grossesse-et-petite-enfance/panjo.asp>

1. Le programme Compétences parentales et attachement dans la petite enfance (CAPEDP) avait pour objectif d'augmenter l'attachement entre l'enfant et sa mère, de prévenir la dépression post-natale et les troubles de comportement de l'enfant.