

A young child with dark skin and short hair is shown in profile, looking towards the right. An adult's hands are visible, one near the child's ear and another near their chest. A large brown teddy bear is positioned to the right of the child. The background is bright and out of focus, suggesting an indoor setting with a window.

**Les Equipes Mobiles de
Psychiatrie Périnatale
Rapport d'évaluation d'impact**

Octobre 2025



CONTEXTE	3
LE DISPOSITIF DES EQUIPES MOBILES DE PSYCHIATRIE PERINATALE	4
LES ENJEUX DE L'EVALUATION	4
LE PERIMETRE DE L'EVALUATION	4
METHODOLOGIE	6
LA METHODOLOGIE RETENUE	7
LE CADRAGE DE LA MISSION	7
LA COLLECTE	8
LES LIMITES DE L'ETUDE ET PRECAUTIONS D'INTERPRETATION	9
RESULTATS DE L'ETUDE	10
1. CARACTERISATION DES FAMILLES ACCOMPAGNEES : DES VULNERABILITES MULTIPLES ET CUMULATIVES	11
2. RESSOURCES, COORDINATION ET BESOINS IDENTIFIES DES EQUIPES MOBILES	13
RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES	13
UTILISATION DES RESSOURCES ET COORDINATION INTERNE	13
FOCUS SUR : LES OUTILS ET EVALUATIONS DES EQUIPES MOBILES	14
BESOINS RELEVES PAR LES EQUIPES MOBILES	15
3. LA PERTINENCE : L'ADEQUATION DU DISPOSITIF DES EQUIPES MOBILES AUX BESOINS DES FAMILLES	16
DIFFICULTES ET OBSTACLES AU SOIN RENCONTRES PAR LES FAMILLES	16
L'ALLER-VERS : LES EQUIPES MOBILES RENDENT LES SOINS ACCESSIBLES ET ACCEPTABLES	17
4. L'EFFICACITE DES EQUIPES MOBILES : REDUIRE LES DELAIS ET PERMETTRE L'ACCES AU SOIN	22
L'ADRESSAGE DES PATIENTES : PRESENTATION, DEROULE ET PREMIERE RENCONTRE	22
DES DELAIS D'ADRESSAGE, DE TRAITEMENT DES DEMANDES D'ADRESSAGE ET D'INTERVENTION RAPIDES	25
5. ADHESION, QUALITE ET SATISFACTION PERÇUES DES BENEFICIAIRES	27
UNE ADHESION AUX SOINS QUI SE CONSTRUIT DANS LE TEMPS	27
DES RUPTURES DE PRISE EN CHARGE FREQUENTES	27
LA SATISFACTION EXPRIMEE PAR LES FAMILLES	28
6. LA COHERENCE DU DISPOSITIF DES EQUIPES MOBILES	29
UNE PORTE D'ENTREE VERS LE SOIN POUR DES FAMILLES QUI N'AURAIENT PAS BENEFICIE DE PRISE EN CHARGE SANS L'EQUIPE MOBILE	29
ARTICULATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DU RESEAU PERINATAL, COMPLEMENTARITE PERÇUE	30
CONNAISSANCE AU SEIN DE L'ECOSYSTEME ET PERCEPTION DES PARTENAIRES	32
7. IMPACTS DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DURABILITE DU RETOUR VERS LE SOIN	36
LE SENTIMENT D'ETRE SOUTENU LORS DE LA PRISE EN CHARGE	36
ACQUISITION DE CONNAISSANCES EN LIEN AVEC LA PARENTALITE	37
EFFETS SUR L'ETAT PSYCHIQUE ET LE BIEN-ETRE PARENTAL	38
AMELIORATION DE LA RELATION PARENT-ENFANT	40
LES EQUIPES MOBILES FACILITENT UN MEILLEUR DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT	41
LA DURABILITE DU RETOUR VERS LE SOIN	43
CONCLUSIONS	49
RECOMMANDATIONS	51
ANNEXES	57

Contexte

Le dispositif des Equipes Mobiles de Psychiatrie Périnatale

Les équipes mobiles de psychiatrie périnatale interviennent auprès des **parents, futurs parents et bébés en situation de vulnérabilité**, dès la conception et jusqu'aux deux ans de l'enfant, pour **prévenir et prendre en charge la souffrance psychique périnatale**, en assurant **un accès précoce, adapté, suivi et coordonné aux soins**.

Leurs objectifs centraux sont de **soutenir la parentalité et l'état de santé du parent, protéger le développement physique et affectif de l'enfant, soutenir les relations parents-enfants, et favoriser l'accès aux soins psychiques dans des situations de vulnérabilité**.

Ces équipes ont 3 missions clés :

- **la prévention** : à travers le soutien aux parents en situation complexe (maladies, isolement, précarité...), la prévention des maltraitances et/ou de la négligence, et du repli parental ;
- **l'évaluation** : via le repérage des troubles précoces (comme le retrait relationnel, la dépression, ou encore l'autisme...), l'observation du lien parent-enfant et du développement psychoaffectif ;
- **l'accès aux soins** : par des interventions auprès de familles éloignées des structures classiques, des consultations à domicile ou encore dans des lieux relais (pouponnières, centres, hébergements, squares...).

Elles s'inscrivent dans une logique **d'intervention précoce**, et visent à déployer une **continuité dans la prise en charge** afin de renforcer la prévention et faciliter le soin.

L'action des EMPP repose sur :

- **des équipes pluridisciplinaires** : pédopsychiatre, psychologue, psychomotricien.ne, maïeuticien.ne puériculteur.rice, infirmière, éducateur.rice, assistant.e social.e, cadre de santé, secrétaire ;
- des **modalités d'intervention souples** ;
- un **maillage territorial fort** avec les professionnels du soin et du social pour offrir un accompagnement suivi et global.

Les enjeux de l'évaluation

Cette évaluation a pour enjeu d'objectiver et de valoriser les impacts des **équipes mobiles en psychiatrie périnatale** sur ses bénéficiaires. Elle vise également à nourrir le dialogue avec l'ARS en prévision de la réponse à un appel d'offre.

Une meilleure **compréhension des points forts et des points d'amélioration** permettra aussi aux EMPP d'améliorer leur accompagnement et l'efficacité du dispositif. Enfin, cette première évaluation sera aussi l'occasion pour les EMPP de pouvoir porter un **plaidoyer**, visant à pérenniser les programmes.

Le périmètre de l'évaluation

Deux parties prenantes cibles ont été priorisées pour cette étude. Ainsi, **l'évaluation porte sur :**

- **les équipes mobiles de psychiatrie périnatale** : Amae (équipe multisite rattachée aux hôpitaux Tenon, Trousseau et de La Pitié Salpêtrière), Louis Mourier et Jean Verdier ;
- **les structures prescriptrices ou de soin d'aval** qui travaillent avec les équipes mobiles.

Des **données d'activité et de suivi des bénéficiaires ont également été analysées**. Pour les données d'activité, les données individuelles analysées portent sur l'année (calendaire) 2024.

L'évaluateur : Improve

Improve est une entreprise sociale créée en 2009 et qui s'est donnée pour **mission d'éclairer et d'aiguiller les acteurs qui œuvrent pour une société plus juste, solidaire et durable.**

Quels que soient le stade de développement ou le dimensionnement d'un projet à vocation sociale, Improve accompagne les organisations dans l'atteinte de leur mission sociale en apportant son **expertise de l'évaluation de l'impact.** Les méthodologies mobilisées sont les méthodologies d'évaluation quantitative, qualitative et l'analyse des coûts évités (ou dite analyse coûts-bénéfices).

À travers le conseil mais aussi la formation et le coaching, notre expertise démarre dès la conception de votre stratégie d'impact jusqu'à l'évaluation de l'impact de vos activités.

Parmi plus de **250 structures accompagnées** depuis sa création, Improve compte des fonds d'investissement, des fondations d'entreprises, des entreprises, des associations portant des projets d'innovation sociétale.

Méthodologie

La méthodologie retenue

La **démarche d'évaluation des équipes mobiles de psychiatrie périnatale repose sur une approche méthodologique mixte** : une combinaison de différentes méthodes visant à donner une plus grande validité, cohérence et profondeur aux résultats de l'étude.

Une méthodologie qualitative

Afin d'évaluer l'impact des actions menées par les équipes mobiles sur les patients, une **méthodologie qualitative** a été retenue. Celle-ci permet d'interroger les équipes mobiles et leurs partenaires de manière approfondie, et laisse libre cours aux remarques additionnelles. Des entretiens téléphoniques semi-directifs ont ainsi été réalisés avec 6 membres des équipes mobiles et 5 membres de structures partenaires prescriptrices et/ou de soin.

L'étude ici réalisée est **ex-post** et relève de l'auto-évaluation. En effet, l'appréciation de l'impact repose sur les changements perçus par les répondants eux-mêmes, tout comme l'attribution de ces évolutions aux équipes mobiles de psychiatrie périnatale.

Associée à une analyse des données d'activité des équipes mobiles

Cette étude à dominante qualitative a été complétée par une analyse de plusieurs données d'activité collectées par les équipes mobiles. La liste des données transmises, par équipe mobile, est disponible en Annexe 1. **Les données individuelles transmises communes aux trois équipes sont les suivantes**, et portent sur les patient.es accompagné.es en 2024 :

- Nombre de visites à domicile (VAD)
- Délai de prise en charge
- Durée de prise en charge
- Professionnels intervenants
- Informations préoccupantes (IP)
- Ordonnance de placement provisoire (OPP)

Le cadrage de la mission

Quelle que soit la méthodologie déployée, des étapes de cadrage sont essentielles pour garantir la pertinence des outils élaborés et informations collectées.

Immersion

L'immersion bibliographique a consisté en une lecture de divers documents transmis par les équipes mobiles, afin de mieux comprendre les actions déployées et le contexte dans lequel elles s'inscrivent.

Quatre **entretiens semi-directifs exploratoires** ont été menés avec les médecins coordinateurs de chaque équipe mobile, afin de compléter les connaissances acquises et de préparer au mieux les entretiens de collecte avec les équipes et les partenaires.

La Théorie du Changement

Le cadrage est poursuivi avec l'élaboration de la « **Théorie du Changement** » ou ToC (*Theory of Change*).

La théorie du changement

Notre expertise s'appuie en premier lieu sur la « **théorie du changement** » (TOC). La TOC est un outil stratégique qui décrit graphiquement le processus de changement social attendu selon le point de vue d'une partie prenante spécifique jusqu'à l'objectif que l'on cherche à atteindre à travers les activités qui ont été mises en place.

Finalisée, la carte offre une **photographie claire de l'ensemble des impacts recensés** et potentiellement mesurables induits par les Equipes Mobiles de Psychiatrie Périnatale sur les bénéficiaires (familles, parents et bébés)..

Cette cartographie retrace le chemin de notre raisonnement figé à un temps précis, par conséquent celle-ci peut être ajustée selon le périmètre de l'étude et selon l'évolution du programme. Des hypothèses d'impacts ont été construites à partir des phases de cadrage et d'immersion selon les objectifs poursuivis par le dispositif.

Cette théorie du changement (annexe 2) a été réalisée en chambre par Improve, puis présentée aux médecins coordinateurs des trois équipes mobiles, lors d'un échange en visioconférence pour s'assurer qu'elle corresponde au plus près des actions et impacts supposés des trois équipes mobiles.

Elle a par la suite fait l'objet d'une priorisation avec le financeur de l'étude et la coordinatrice de l'étude, pour **sélectionner les indicateurs approfondis dans le cadre de l'évaluation d'impact**.

Les questions évaluatives

En parallèle de la théorie du changement, différentes questions évaluatives ont été formalisées, et priorisées. Ces questions évaluatives, qui permettent de couvrir des domaines qui ne figurent pas dans la Théorie du Changement, tels que la pertinence, la réponse au besoin, l'efficacité ou encore l'efficience, sont détaillées en Annexe 3, qui recense également les impacts priorisés.

La collecte

Les entretiens ont été réalisés par téléphone, après mise en relation par les équipes mobiles.

Les outils de collecte

Deux guides d'entretiens ont été créés par Improve et validés par les EMPP : **un guide pour les membres des équipes mobiles de psychiatrie périnatale et un guide pour les structures d'adressage et de soin**. Ces guides, reposant sur les indicateurs priorisés sur la Théorie du Changement par les équipes mobiles, ont constitué une trame d'entretien. Ils sont disponibles en Annexe et en Annexe . Au cours de l'entretien, les membres des équipes mobiles et des structures partenaires ont également été incités à ajouter tout élément qui leur semblait pertinent : ce principe d'entretien semi-directif a permis de faire ressortir certains impacts qui n'avaient pas été priorisés.

L'échantillon final

Afin de sélectionner les membres des équipes mobiles et les membres des structures d'adressage/ de soin, différents critères ont été sélectionnés.

- Pour les **membres des équipes mobiles**, le **choix a été fait d'interroger deux membres de chaque équipe** : un médecin coordinateur et un autre membre de l'équipe mobile en

sélectionnant des professions variées afin de disposer d'une multiplicité de points de vue (puériculteur.ice, pédopsychiatre, psychiatre, psychologue, interne en psychiatrie).

- **Pour les membres des structures d'adressage et/ou de soin, le critère retenu portait sur la typologie de la structure.** Aucun tirage au sort n'a pu être réalisé par manque de retours et de disponibilité des équipes. Des entretiens ont donc été réalisés avec les personnes ayant accepté de participer, c'est-à-dire deux membres de la maternité de Tenon, un membre de l'UPEP Vivaldi, et deux membres de la Maternité de Jean Verdier. Les professions représentées sont les suivantes : un.e sage-femme, un.e psychologue, un.e gynécologue, un.e psychiatre et un.e pédopsychiatre.

Les limites de l'étude et précautions d'interprétation

Toute étude d'impact comprend inévitablement des limites méthodologiques. Il convient de les prendre en compte dans l'ensemble des conclusions effectuées.

Une représentativité qualitative à nuancer

L'étude repose largement sur des entretiens qualitatifs et des verbatims, qui reflètent la perception des membres des équipes et des adresseurs. Les échantillons étant très petits, le choix des membres répondants a nécessairement pu faire varier les réponses et ne peut permettre d'exclure un biais de sélection dans les répondants. Concernant les adresseurs et structures de soin d'aval, ceux ayant accepté de répondre sont également ceux qui connaissent bien les équipes mobiles. De plus, ce sont des membres de structures d'adressage uniquement (à l'exception de l'UPEP Vivaldi) les résultats peuvent donc surestimer la connaissance des équipes mobiles, et sont majoritairement centrés sur l'adressage. Enfin, les retours des partenaires ne portent ici que sur ceux des équipes mobiles Amae et de Jean Verdier.

Disponibilité et hétérogénéité des données quantitatives

Les indicateurs fournis par les différentes équipes mobiles sont parfois partiels, et non-homogènes, ce qui limite les comparaisons systématiques entre équipes.

Impossibilité de disposer de retours des familles

En raison du secret médical et de la difficulté anticipée à recontacter les familles dont la prise en charge par les équipes mobile est achevée, les retours des familles elles-mêmes n'ont pas pu être observés. L'analyse repose donc majoritairement sur les points de vue des professionnels, avec un risque de surévaluer ou de sous-évaluer certains impacts.

La subjectivité de l'interviewer

Comme toute étude reposant sur des données qualitatives, les analyses sont intrinsèquement liées à la perception des analystes.

Ces limites sont réelles et doivent être prises en considération. Elles restent cependant assez communes et n'empêchent pas de tirer des conclusions robustes et des recommandations pertinentes pour l'amélioration des activités.

Résultats de l'étude

Cette section rend compte des résultats de l'étude, à travers la réponse aux questions évaluatives, en s'attachant à caractériser les publics accompagnés et les réponses apportées par les équipes mobiles. Elle examine les moyens mobilisés, la pertinence et l'efficacité des interventions, ainsi que la manière dont les équipes contribuent à lever les freins d'accès aux soins. Elle présente également les impacts observés sur les familles par les équipes et les adresseurs, et les leviers identifiés pour renforcer l'impact du dispositif.

Au fil de l'analyse, des similitudes et des différences apparaissent entre les équipes ; lorsque l'accent est mis sur un aspect propre à une unité dans ce rapport, il ne préjuge pas du fait que cet aspect n'est pas important pour les autres unités, il s'agit ici de rendre compte de spécificités mises en avant dans chaque équipe.

1. Caractérisation des familles accompagnées : des vulnérabilités multiples et cumulatives

Si les profils des familles accompagnées sont **hétérogènes** et diffèrent selon les unités, toutes présentent des **vulnérabilités, qui relèvent le plus souvent d'une combinaison de facteurs sociaux, psychiques et relationnels, qui sont cumulatifs**.

Plusieurs typologies de situations sont citées par les adresseurs et par les équipes mobiles :

- Une **précarité sociale et relationnelle** : isolement relationnel et/ou familial, migration récente, instabilité du logement, parfois dans des conditions matérielles très dégradées ;
- Une **vulnérabilité psychologique antérieure**, avec des antécédents de maladie psychiatrique déclarée, reconnue, et stabilisée ;
- Des familles qui n'avaient pas eu de relation avec des soins, dont les équipes médicales identifient des **signes de dépression du post-partum** (décelés par un EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale - ou par un entretien précoce), d'une **anxiété maternelle forte ou d'un sentiment de vulnérabilité** ;
- Des familles qui n'avaient pas eu de relation avec des soins, pour lesquelles les équipes médicales identifient un **lien parent-bébé fragilisé** (dès la grossesse ou après la naissance) ;
- Des familles dont les **précédents enfants** présentaient des troubles du développement ou avec des antécédents de protection de l'enfance.

Ces situations **se traduisent de manière variable**, soit par une souffrance parentale avec un enfant en bonne santé, soit par des difficultés de création du lien affectant le développement de l'enfant malgré des parents relativement stables, soit enfin par la combinaison d'une souffrance parentale et d'un risque de développement chez l'enfant.

Différentes études mettent en avant les **facteurs de risques contextuels qui contribuent à la relation entre dépression maternelle et trouble du comportement de l'enfant**. Parmi eux, les conflits conjugaux¹, les événements stressants de la vie², le fait de disposer d'un soutien social limité³, la pauvreté⁴, et une classe sociale plus précaire⁵. Les mères déjà vulnérables à la dépression sont également particulièrement fragiles pendant les premiers mois suivant l'accouchement.

¹Downey G, Coyne JC. (1990) *Children of depressed parents: An integrative review*. Psychol Bull.;108:50-76.

²O'Hara MW. (1997) *The nature of postpartum depressive disorders*. In: Murray L, Cooper P, editors. Postpartum Depression and Child Development New York. New York: Guilford Press; pp. 3-27.

³ibid

⁴Lyons-Ruth K, Connell D, Grunebaum H, Botein S. (1990) *Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment*. Child Dev. ; 61:85-98.

⁵Murray L. (1992) *The impact of postnatal depression on infant development*. J Child Psychol Psychiatry. ; 33:543-61.

Les équipes mobiles Amae et Jean Verdier ont transmis différentes données socio-démographiques et de vulnérabilité, **permettant de dresser un profil des patientes accompagnées par ces deux structures.**

Ainsi, les familles accompagnées sont **nombreuses à être précaires**: 39% des familles suivies par l'équipe mobile de Jean Verdier vivent dans la grande précarité, tandis que 23% des patientes d'Amae ne déclarent pas de revenus, et 36% des familles ont un niveau socioéconomique global faible. Elles vivent dans un logement inadéquat pour une minorité d'entre-elles (10% Amae et 38% pour Jean Verdier). Concernant la **migration récente**, 40% des patientes de l'équipe mobile Jean Verdier sont en France depuis moins de 3 ans, et 5% des patientes de l'équipe mobile Amae vivent en France depuis moins de 12 mois. De plus, 29% des patientes de Jean Verdier ont vécu un parcours migratoire traumatique. Les **patientes sont souvent seules et/ou isolées**, ; l'isolement social a été recensé dans 24 % des cas au sein de l'équipe mobile Amae et dans 49 % des cas pour les patientes de Jean Verdier. Une partie d'entre elles a aussi vécu des deuils récents (10% Amae et 17% Jean Verdier).

Environ 1/3 des patientes ont vécu un **antécédent de dépression** (31% pour Amae et Jean Verdier). Les patientes de l'équipe Amae souffrent pour 15% d'entre elles d'une anxiété généralisée, les données de Jean Verdier ont, quant à elles, relevé que les patientes souffrent fréquemment de troubles anxieux (55%). Elles ont aussi pu faire des tentatives de suicide (10% AMAE et 7% Jean Verdier)

Enfin, beaucoup de patientes ont eu des **complications pendant leur grossesse**, 55% d'entre elles pour Amae et 42% pour Jean Verdier. Après la grossesse c'est le **nourrisson qui a pu souffrir de pathologies médicales**, c'est le cas de 17% des bébés suivis par Jean Verdier. Les problèmes médicaux et/ou développementaux du nourrisson apparaissent dans 49% des cas chez Amae (les variables ne sont pas renseignées de la même manière selon les deux unités ce qui peut expliquer ces écarts).

Au-delà de cette typologie, des différences apparaissent selon les équipes mobiles :

- **Au sein de l'équipe mobile Louis Mourier**, la majorité des patientes souffrent de pathologies psychiatriques, en raison du rattachement à la psychiatrie adulte de l'unité. Les dépressions du post-partum sont fréquentes, mais l'équipe mobile est également sollicitée pour d'autres motifs (création de lien, difficulté liée à la mise en place de l'allaitement), sans pathologies psychiatriques associées.
Comparativement aux femmes accompagnées en psychiatrie périnatale, celles accompagnées au sein de l'équipe mobile sont plus précaires, souvent issues de l'immigration, et disposant de peu de ressources économiques.
- **Au sein de l'équipe mobile de Jean Verdier**, la majorité des situations portent sur des situations de vulnérabilité psychosociale, avec des patientes vivant dans une grande précarité, en lien avec les caractéristiques du territoire, plus défavorisé que les territoires couverts par les autres équipes mobile. La migration récente y constitue un facteur récurrent de fragilité.
- **L'équipe mobile Amae** rencontre une forte hétérogénéité des situations allant des vulnérabilités psychosociales aux pathologies psychiatriques, en lien avec la particularité de l'équipe mobile d'être multisite.

En résumé, les données quantitatives confirment les résultats qualitatifs : les familles cumulent plusieurs facteurs de risque contextuels, en cohérence avec les travaux de référence. Cette accumulation accroît la vulnérabilité parentale et peut contribuer à aggraver la dépression, les difficultés d'ajustement et les risques pour le développement de l'enfant.

2. Ressources, coordination et besoins identifiés des équipes mobiles

Ressources humaines et matérielles

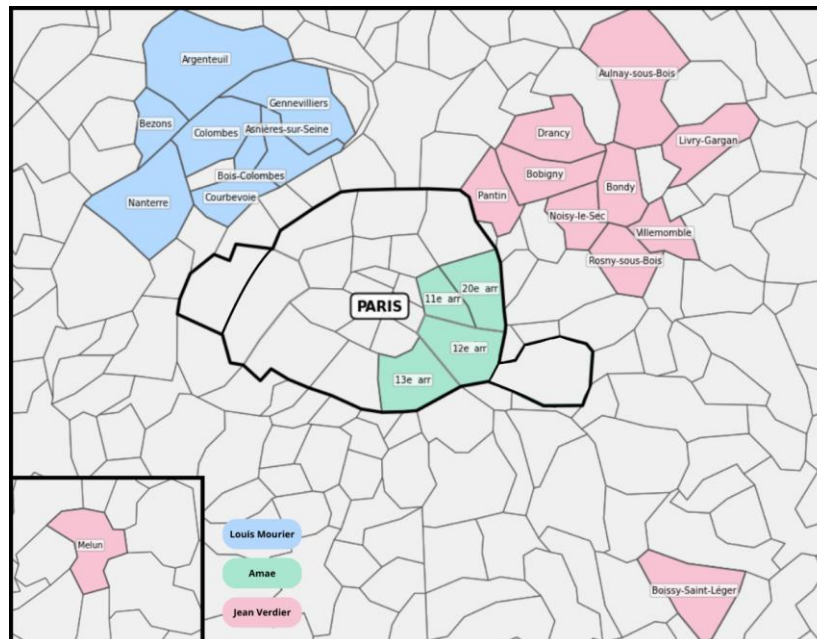
Toutes les équipes mobiles disposent d'ordinateurs et de téléphones, fixes pour certaines, portables pour d'autres. Des bureaux sont également disponibles pour l'ensemble des équipes mobiles. L'accès et le recours à une voiture diffère également, selon la localisation des équipes mobiles, et sont présentés dans le tableau suivant :

Ressources	Équipe mobile Amae	Équipe mobile Jean Verdier	Équipe mobile Louis Mourier
Localisation	Maternité Tenon	Hôpital de Jean Verdier	Maternité (rez-de-chaussée, deux bureaux, salle de réunion)
Téléphones	Moitié des membres avec téléphone portable	Un téléphone fixe dans le bureau, et un téléphone interne à l'hôpital	Un téléphone portable et un fixe
Informatique	3 ordinateurs fixes 2 ordinateurs portables commandés mais non reçus - usage d'ordinateurs personnels	2 ordinateurs fixes	<i>Non précisé</i>
Véhicules	Pas de voiture (transports en commun privilégiés)	Voiture mise à disposition par l'Unité Parents-Bébés	Voiture mise à disposition par l'hôpital (<i>demande en cours pour un véhicule dédié ARS</i>)
Difficultés matérielles identifiées	Manque d'ordinateurs portables et pertes de temps liées à la retranscription des notes des Staffs	Absence de téléphones portables Dépendance à l'Unité Parents-Bébés concernant le véhicule	Besoin de véhicule dédié à l'équipe mobile
Ressources humaines (ETP)	0,5 pédopsychiatre 1 psychologue 1 infirmier-e puériculteur-riche 1 éducateur-riche jeunes enfants 1 kinésithérapeute 0,5 secrétaire médical-e	0,2 pédopsychiatre 0,5 interne 1 psychologue 1 infirmier-e puériculteur-riche 1 psychomotricien-ne – <i>en arrêt de longue durée</i> 0,5 agent-e administratif-ve	1 pédopsychiatre 0,5 interne 1 infirmier-e puériculteur-riche 0,5 psychologue 0,4 psychomotricien-ne 0,5 assistant-e social-e 1 éducateur-riche jeunes enfants (poste non pourvu)

Utilisation des ressources et coordination interne

Les familles suivies sont domiciliées dans des arrondissements et villes différentes (Figure 1), l'accompagnement étant basé sur un principe de proximité de bassin de vie. Afin de garantir l'accessibilité et la régularité du suivi, des règles de fonctionnement sont fixées dans chaque équipe, avec un temps de transport qui ne doit pas excéder 30 minutes. Toutefois, dans certaines situations exceptionnelles, des membres des équipes mobiles ont témoigné avoir réalisé jusqu'à une heure de trajet.

Figure 1. Domiciliation des familles accompagnées, par équipe mobile



Toutes les **équipes mobiles se coordonnent pour optimiser leurs déplacements, en planifiant les trajets, mutualisant les voitures, ou en se répartissant les familles suivies selon leur domiciliation.** Les **réunions hebdomadaires** entre les membres de chaque équipe et à **l'échelle des équipes** sont identifiées comme facilitatrices pour l'organisation, permettant une communication fluide entre ses membres.

Les **outils numériques sont utilisés de façon hétérogène** entre les différentes équipes, et parfois compensés par des outils personnels (voitures, ordinateurs, téléphones).

En particulier, pour l'équipe Amae

- Les membres de l'équipe interrogés n'identifient pas de problématique de coordination, notamment en raison des jours de travail différents des membres de l'équipe.

Pour l'équipe mobile de Jean Verdier

- Les plannings sont sur des agendas papier, car les membres de cette équipe n'ont pas de téléphone portable de travail. Cette organisation limite la souplesse, car elle nécessite que les membres se croisent pour échanger sur leurs agendas.
- Le groupe WhatsApp de l'équipe est utilisé notamment pour l'organisation autour de la voiture, ce qui les oblige parfois à utiliser des voitures personnelles lorsque deux rendez-vous ont été pris en même temps.

Pour l'équipe mobile de Louis Mourier

- Les membres utilisent l'agenda partagé de l'hôpital (Orbis), la coordination est identifiée comme plutôt fluide par les répondantes
- L'organisation est perçue comme facilitée par l'ancrage en maternité

Focus sur : les outils et évaluations des équipes mobiles

Les équipes mobiles ont recours à des pratiques d'évaluation variées, allant de l'utilisation d'outils standardisés à des observations cliniques plus souples, selon les besoins identifiés. L'objectif commun des équipes mobiles reste de repérer les vulnérabilités parentales et infantiles, et d'évaluer la qualité des interactions. Chaque équipe adapte ses méthodes selon sa composition, son organisation et sa conception du soin, ce qui se traduit par des approches parfois très différentes.

Pour l'équipe Amae, l'évaluation repose sur des outils standardisés mobilisés de manière systématique. L'EPDS est passé dès la première visite (ou à minima dans les 3 premières visites), accompagné d'une évaluation de la santé mentale et physique des parents, ainsi que de l'état du bébé (poids, éveil, interactions). L'ADBB (Alarme Détresse Bébé) est parfois utilisé, sans procédure de formalisation stricte.

L'équipe mobile de Jean Verdier ne recourt pas systématiquement à des outils standardisés. L'évaluation repose principalement sur l'**observation clinique** de la psychopathologie parentale, des compétences du bébé et de la qualité des interactions parent-bébé. L'équipe utilise régulièrement l'**échelle de Brazelton** et l'**observation des mouvements généraux** pour mettre en valeur les compétences du bébé et renforcer le lien avec ses parents. La traçabilité des évaluations n'est pas systématique.

« On a l'évaluation du bébé, et cela on y est très attachés, il y a des bébés plus fragiles que d'autres, Certains arrivent avec des vulnérabilités dans leur fonctionnement, on utilise le Brazelton avec l'idée de voir les compétences de ce bébé, et de voir comment le parent se positionne pendant le Brazelton, voir comment il est quand on tient son bébé... cela favorise le lien entre l'équipe et les parents. On étudie les mouvements généraux : les mouvements du bébé libre. » - Jean Verdier

Au sein de l'équipe mobile de Louis Mourier, l'EPDS est passée en amont de la prise en charge par l'équipe mobile, il n'existe pas de traçabilité des évaluations réalisées.

Les **données collectées et suivies par les équipes mobiles diffèrent également**, cette étude n'a pas permis d'en réaliser une cartographie exhaustive. Une homogénéisation des données recueillies dans les différents systèmes d'information des équipes mobiles est en cours.

Besoins relevés par les équipes mobiles

Les besoins matériels relevés sont :

- La possibilité pour les membres de toutes les équipes mobiles de disposer de téléphones portables ; à la fois pour permettre une gestion plus efficace des agendas ; mais également pour se servir d'outils de traduction en ligne et pour appeler les patientes en VAD ;
- Une voiture à disposition des équipes mobiles, pour la mobilité des équipes qui en expriment le besoin (Jean Verdier et Louis Mourier) ; pour lesquelles la mutualisation d'un véhicule ne permet pas d'être suffisamment adaptables et réactifs ;
- La possibilité de disposer d'ordinateurs portables.

Des **manques transversaux aux différentes équipes ont été relevés sur les ressources humaines** : arrêts longs non remplacés, postes non pourvus, contrats précaires, le plus souvent sur des mi-temps qui limitent le recrutement de profils qualifiés et expérimentés. Pour pallier à ces manques, les équipes mobiles font fréquemment appel à des membres des autres unités (ex : Unité Parents-bébés pour l'équipe mobile de Jean Verdier).

Des besoins différents ont également été exprimés par unité :

Pour l'équipe mobile Amae : les besoins mentionnés portent sur une assistante sociale, une secrétaire (un recrutement était en cours au moment des entretiens), et enfin une personne qui s'occupe des réseaux pour faire de la prévention, et diffuser à plus large échelle les actions de l'équipe mobile.

« Quelqu'un qui s'occupe des réseaux. On voulait créer une page Instagram, mais cela nous prend beaucoup de temps, publier fréquemment, faire de la prévention » - Amae

Pour l'équipe mobile de Jean Verdier, les ressources humaines sont réduites : la psychomotricienne est en arrêt de longue durée. Les équipes identifient un besoin de disposer d'un médiateur en santé, et d'un.e professionnel.le non psy (IDE puéricultrice et/ou sage-femme). Un membre de l'équipe témoigne ne pas pouvoir prendre beaucoup de patient.es supplémentaires, en raison de la taille de l'équipe. Les retours d'un.e adresseur vont également dans ce sens :

*« Pour l'instant ils ont toujours pu répondre dans des délais raisonnables. Mais plus ils sont connus plus il y a de demandes. Et il y a aussi des situations très lourdes qui sont prises en charge sur le temps long. **La question est d'avoir plus de personnel pour prendre les consultations moins lourdes et alléger les prises en charge.** » - Maternité Jean Verdier*

Pour l'équipe mobile de Louis Mourier, lors de l'entretien le recrutement d'une secrétaire était en cours, ce poste étant jugé indispensable pour soulager l'équipe. Un.e professionnel.le souligne en effet le temps considérable consacré aux appels, rappels des patients et à la gestion des rendez-vous, au détriment d'autres missions cliniques. Par ailleurs, un besoin de pérennisation des postes a été exprimé, en particulier pour les professionnel.les intervenant exclusivement au sein de l'équipe mobile.

3. La pertinence : l'adéquation du dispositif des équipes mobiles aux besoins des familles

Difficultés et obstacles au soin rencontrés par les familles

L'ensemble des équipes mobiles souligne que les patient.es pris.es en charge **sont souvent éloigné.es du soin**, malgré une différence selon les profils et unités. Les points communs relevés entre les différentes équipes mobiles sur les freins au soin sont :

Un frein logistique

- Des difficultés de mobilité liées à la grossesse avancée, au post-partum, à la présence d'un bébé ou de plusieurs enfants, qui complexifient les déplacements en raison d'une fatigue élevée, de contraintes matérielles comme des poussettes, de difficulté d'utiliser les transports en commun avec un ou plusieurs enfants en bas-âge.

Des freins liés à la précarité des patientes

- Absence de droits sociaux ou de couverture sociale, parfois refus de soins faute de possibilité de financement.
- Conditions de logement précaires et surpeuplées, isolement social, difficultés linguistiques ou méconnaissance du système de santé.

Des freins psychologiques et culturels

- Des représentations idéalisées de la maternité, qui génèrent une culpabilité de ne pas correspondre à cette image et empêchent la reconnaissance de difficultés psychiques.
- Une stigmatisation importante des troubles psychiques, notamment la peur d'être considérée comme « folle » en devenant mère, ou au contraire la banalisation des troubles psychiques en post-partum, souvent minimisés par l'entourage.

Des freins relationnels et familiaux :

- Des pères, coparents ou proches peu impliqués, parfois opposés au soin ou eux-mêmes en souffrance, compliquant l'accès aux patientes.
- Un manque de relais ou d'aide au quotidien pour se rendre aux rendez-vous

- La peur du jugement familial, avec parfois une perception que demander de l'aide est une faiblesse.

Des freins liés aux soins eux-mêmes

- Une méfiance vis-à-vis du système de santé ou des antécédents de mauvais contacts avec le soin
- Des séjours en maternité qui sont parfois vécus comme traumatisants, générant une réticence à revenir dans les structures hospitalières.
- Des refus de traitements psychiatriques par peur ou manque de consentement éclairé.
- Une symptomatologie subtile, plus spécifiquement sur les soins concernant les bébés : « parfois on n'arrive pas à amener les parents à consulter car on n'arrive pas à les convaincre que ce que l'on voit nécessite des soins » - Amae
- Une crainte des signalements et de la protection de l'enfance.

Les **équipes mobiles de Jean Verdier** insistent sur la précarité sociale et linguistique chez les patientes adressées.

Les **équipes mobiles de Louis Mourier** évoquent davantage la prégnance de la stigmatisation des troubles psychiatriques et la peur du recours à la psychiatrie en particulier.

Les **équipes mobiles d'Amae** mettent l'accent sur la rupture de soins et les parcours discontinus (patients connus mais en décrochage, profils traumatiques), et les situations multifactorielles :

« Un exemple de lundi dernier, que j'ai rencontrée en maternité le jour où elle devait accoucher. Elle était très angoissée, et je me suis rendue compte qu'elle avait des antécédents psychiatriques assez importants, avec hospitalisation. Elle est dans une situation de grande précarité puisqu'elle n'a pas de droits. Elle a 4 enfants, et il se trouve que sa fille a un problème, elle a une jambe plus haute que l'autre, ce problème a été identifié à la crèche. Elle a eu un examen gynécologique qui dit qu'elle a un problème au niveau du col de l'utérus et il faudrait qu'elle se fasse opérer. Or, elle n'a pas de droit social et donc ce qu'elle a dit l'autre fois lors d'une visite à domicile avec ma collègue c'est « Je n'ai pas de droit social tant pis, je ne vais pas me faire opérer, et puis mon enfant pour l'instant, je ne peux pas lui faire les radios donc j'arrête tout » devant sa fille de 10 ans. Tout cela dans un fond de grande dépression, parce qu'elle est seule, elle élève 4 enfants dans 15 mètres carrés. C'est une femme qui a un trouble psychiatrique connu, elle a en général des mauvais rapports avec le soin, elle fait peu confiance dans les soins comme dans sa vie. » - Amae

L'aller-vers : les équipes mobiles rendent les soins accessibles et acceptables

Rendre les soins accessibles

L'accessibilité constitue un des objectifs majeurs des équipes mobiles de psychiatrie périnatale. Face à la multiplicité des freins au soin que rencontrent les familles, mentionnés plus tôt, **les équipes mobiles développent des modalités d'intervention souples et adaptées, basées sur l'aller-vers pour rendre les soins accessibles aux familles.**

Un levier central du fonctionnement des équipes mobiles repose sur la **souplesse des modalités de consultation**, selon les membres des différentes équipes mobiles et structures prescriptrices. Les équipes mobiles s'ajustent au rythme et besoins des familles, via :

1 - Des consultations à domicile, qui permettent de réduire l'effort mental et organisationnel des parents, en particulier pour les mères fatiguées ou anxieuses à l'idée de se déplacer, ou dans un lieu tiers, selon des modalités qui conviennent le mieux à la patiente.

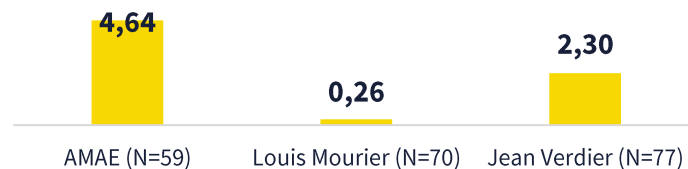
« Déjà, le fait que l'on puisse faire des visites à domicile c'est important, **les mamans sont très fatiguées, elles n'ont pas le temps ni la disponibilité mentale d'aller aux consultations.** Elles ont peur que leurs bébés pleurent dans les transports, cela leur demande une énorme organisation » - Louis Mourier

« Il n'y a pas la barrière de devoir venir en consultation tel jour à tel heure avec les contraintes de la vie. Il y a des soignants qui se mettent à disposition et qui viennent au moment où c'est favorable pour la maman et son bébé. Cela permet vraiment du sur-mesure qui favorise l'alliance thérapeutique. - Maternité Jean Verdier

2 – Un accompagnement réalisé dans le cadre des visites à domicile qui ne se limite pas à l'espace domestique : les professionnels relèvent la possibilité de consultations en maternité, en hôpital, ou dans d'autres lieux d'accueil quand le domicile n'est pas adapté (dans des cas de violence conjugale, contraintes géographiques, ou encore si une autre équipe est déjà présente) et/ou que les familles deviennent aptes à se déplacer à l'hôpital. Dans ce dernier cas de figure, les consultations peuvent avoir lieu en présentiel à l'hôpital, ou sur la base d'une alternance entre présentiel et visites à domicile, selon les besoins de la patiente. L'accompagnement inclut également le fait d'accompagner la famille vers d'autres structures, comme les CMP, les PMI ou encore les accueils parents-enfants, afin de faciliter l'accès des patient.es. Enfin, un suivi téléphonique peut compléter ces modalités, offrant une souplesse supplémentaire pour maintenir le lien et répondre aux besoins ponctuels des patient.es.

La **répartition des consultations entre visites à domicile et consultation en service varie également selon les équipes mobiles.** Ainsi, Louis Mourier réalise en moyenne 11,84 consultations par famille en service (N=70) pour 0,26 consultations à domicile, tandis que Jean Verdier réalise en moyenne 4,79 consultations (N=77), et 2,3 visites à domicile, cette répartition n'est pas disponible pour l'équipe Amae.

Figure 2. Nombre de Visites à Domicile moyen (VAD) par unité



3 - Un rythme flexible de consultation, que ce soit au travers de la durée des consultations, la fréquence des suivis ou encore la durée d'accompagnement (avec la possibilité de prolonger l'accompagnement, de revenir autant de fois que nécessaire et de laisser aux familles le temps d'entrer dans la démarche de soin). Cette souplesse s'incarne également dans des pratiques concrètes, comme le rappel téléphonique, ou l'envoi de SMS la veille du rendez-vous, l'absence de « sanction » en cas de rendez-vous manqué et la possibilité de reprogrammer rapidement.

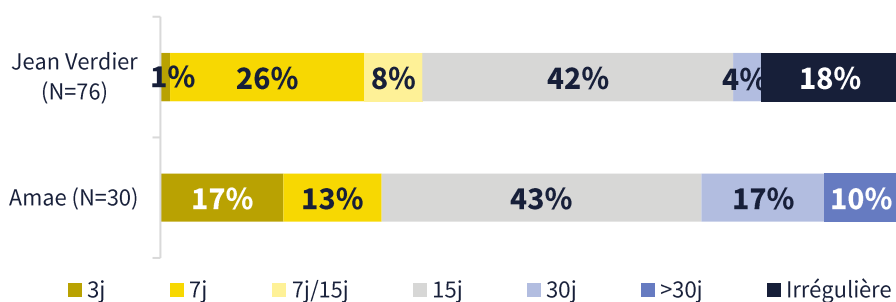
« Le fait que l'on ait du temps, qu'on prenne le temps d'accompagner les familles, qu'on n'ait pas de contraintes temporelles trop élevées, et qu'on soit malléables, en revenant autant de fois que la famille aura besoin, permet de lever certains freins. On est présents : s'il y a besoin qu'on vienne on vient, et si la famille a besoin de plus de temps on l'accepte aussi. » - Amae

Plus précisément, les **consultations durent 45 minutes à 1h, leur durée pouvant varier selon les besoins des familles.**

La **fréquence des suivis est également très modulable, d'un suivi mensuel à bi-hebdomadaire, selon les besoins de la famille.** La Figure 3 présente les fréquences de consultation des équipes Amae

et Jean Verdier.

Figure 3. Fréquence de consultation, équipes mobiles Amae et Jean Verdier



« Je dirais qu'elles ont une consultation à peu près une fois par mois. Cela peut être plus souvent quand il y a besoin d'une psychomotricienne, peut-être toutes les deux semaines. Si on sent que la personne a besoin d'être étayée sur l'allaitement, la nutrition, le sommeil, on va aussi pouvoir le faire plus souvent, et si la patiente est très angoissée on peut faire des consultations toutes les semaines, des consultations téléphoniques aussi. » - Louis Mourier

La durée d'accompagnement par les équipes mobiles varie selon les besoins des familles, le moment de la première rencontre et l'existence de relais dans le parcours de soin. **Elle peut débuter dès la grossesse** lorsque la vulnérabilité est repérée précocement, et **rarement au-delà des premiers mois de vie du bébé** : avant six mois pour l'équipe Amae et de Louis Mourier, et rarement après quatre mois pour l'équipe de Jean Verdier. Pour les enfants orientés plus tardivement, les professionnels répondants soulignent que les équipes mobiles n'ont pas vocation à assurer un suivi au long cours, mais plutôt à intervenir comme un **soutien ponctuel et intensif** dans une période charnière, avant de passer le relais à d'autres acteurs en mesure d'assurer une prise en charge durable.

En moyenne, **l'accompagnement s'étend sur deux mois à trois mois et demi**, comme indiqué sur la Figure 4, mais les durées sont très variables, pouvant aller de moins d'un mois à plus d'un an (14 mois au maximum). L'accompagnement peut en effet se limiter à une seule visite, lorsque l'adressage est inadapté ou qu'il s'agit pour l'équipe mobile, de faire le lien avec une autre structure, et il peut se prolonger jusqu'aux dix-huit mois (voire deux ans selon les structures) de l'enfant lorsque les difficultés persistent ou qu'un relai par une autre structure n'est pas immédiatement disponible. La durée d'accompagnement moyenne est plus rapide pour Amae comparativement aux deux autres structures⁶.

Figure 4. Durée moyenne de prise en charge en mois, pour les PEC terminées, par unité



4 - Une réactivité importante dans la prise de rendez-vous et la prise en charge, parfois dès la maternité, qui permet d'offrir aux patientes un soutien immédiat, ce que ne permettent pas les structures classiques.

⁶ Différence significative au seuil de 5%, test du Khi Deux

5 - Enfin, d'autres leviers permettent de renforcer cette accessibilité des soins, ils ont notamment été cités par les professionnels de l'équipe mobile de Jean Verdier : la possibilité d'avoir recours à des interprètes, des temps d'accueils en groupes collectifs, et le fait de proposer une aide matérielle (couches, vêtements) joue aussi un rôle d'accroche.

A noter que les **consultations sont majoritairement triadiques ou dyadiques** : avec le coparent (quand il y en a un), la mère, et le bébé. Les mères peuvent être reçues seules, lors des entretiens, et lors des consultations à l'hôpital si elles ont lieu (pour Louis Mourier en particulier). Il arrive également que d'autres membres de la famille assistent et/ou participent aux consultations, dans le cadre des visites à domicile

« Sur les entretiens en général on reçoit la mère, mais on peut recevoir les deux parents s'il y en a plusieurs, et on essaye d'inclure les éléments familiaux quand c'est possible, cela nous arrive d'avoir des grands parents ou les frères et sœurs » - Amae

Rendre les soins acceptables

L'entrée dans le soin en périnatalité ne se limite pas à un enjeu d'accessibilité logistique. Pour que les familles s'engagent dans un suivi, il est nécessaire que le soin soit perçu comme acceptable par les familles. Les équipes mobiles de psychiatrie périnatale travaillent donc à réduire les résistances psychiques et symboliques liées à la psychiatrie. Elles s'efforcent de **créer les conditions d'une adhésion au soin, en proposant une entrée non stigmatisante, en cultivant un regard non-jugeant et en accompagnant les familles à l'émergence d'une demande de soin.**

« Il faut réussir à se rencontrer, comprendre comment on peut cheminer ensemble, en prenant en compte l'aspect des représentations autour du soin de l'enfant, les aspects culturels, ... » - Jean Verdier

Un levier privilégié par les équipes mobiles est **d'aborder le soin par le biais du bébé ou du lien mère-enfant, plutôt que directement par la psychiatrie.** Les équipes insistent sur le fait que présenter l'intervention comme un soutien au bien-être ou à la parentalité permet de contourner les résistances, de même que la présentation collective sous l'étiquette « équipe mobile » plutôt qu'individuelle (« psychiatre ») diminue les freins et les refus, inscrivant l'intervention dans une logique de soutien global. Le **choix des premiers professionnels intervenant.es** joue également un rôle déterminant : grâce à la pluridisciplinarité de l'équipe, l'entrée dans le soin peut se faire en proposant d'abord une rencontre avec la profession identifiée comme la plus rassurante pour la famille.

« Souvent on dit qu'on est là pour aider au bien-être des parents, des mamans et des bébés. On propose de faciliter ce bien-être là et leur apporter un soutien. Parfois c'est moi [IDE puéricultrice] qui vais les rencontrer en premier, j'utilise que je suis formée au soin du bébé, cela permet de les approcher sans parler de psy, et que ma collègue intervienne, une fois qu'on a eu une rencontre satisfaisante, cela passera mieux après. » - Jean Verdier

Les membres des équipes mobiles soulignent **aussi l'importance d'adopter un regard non-jugeant et non-normalisant.** L'objectif n'est pas de vérifier une « bonne parentalité », mais de comprendre le fonctionnement de chaque famille, d'identifier les points de blocage et d'aider à y remédier. Ce positionnement contribue à créer un climat de confiance, indispensable pour lever les résistances initiales.

« Notre travail c'est de ne pas être dans un regard jugeant, normalisant. Il ne s'agit pas de cocher des cases de la bonne parentalité, mais de voir comment la famille fonctionne, et

quand ça dysfonctionne : voir où cela dysfonctionne pour remettre de la vie et du plaisir à devenir parent. » - Amae

Un autre enjeu central réside dans la **construction progressive d'une demande de soin**. L'équipe s'appuie sur la plainte exprimée par la patiente, même si elle est différente du motif initial (par exemple un trouble du sommeil ou une inquiétude pour le conjoint). **Partir de ce qui fait sens pour la famille, permet de trouver un terrain d'accord et d'entrer progressivement dans le soin. C'est ce travail d'ajustement qui rend possible la rencontre et l'alliance thérapeutique.**

Les professionnels identifient en particulier que les premiers entretiens, le premier appel jouent un rôle clé : ils permettent de poser le cadre, de rappeler les conditions de l'adressage et surtout **d'insister sur l'absence de contrainte**, afin de dissiper la crainte d'un contrôle ou d'une assimilation aux services sociaux. Ce moment permet également de répondre aux premières interrogations de la famille, et vise à leur redonner du pouvoir d'agir : ce sont les patients.es qui sont aux commandes des soins.

Ces premiers temps conditionnent la suite du suivi selon les membres des équipes mobiles : une incompréhension initiale peut en effet conduire à un retrait rapide des familles (annulations, actes manqués).

En particulier, la **présentation en co-entretien avec l'adresseur** favorise la confiance initiale de la famille (lorsque celle-ci a confiance en son adresseur) :

« On se présente en présence de la personne qui nous adresse, ce qui permet à la famille de nous repérer, que la famille puisse rediscuter avec l'adresseur de notre intervention. » - Amae

Pour conclure, en plus de l'aller-vers, aborder le soin implique de rassurer et déstigmatiser pour faciliter l'accès, en travaillant l'alliance et l'émergence d'une demande. Le tableau ci-dessous présente les réponses apportées par les équipes mobiles aux freins d'accessibilité et d'acceptabilité rencontrés par les familles. Si ces réponses sont ici distinguées par grandes catégories, elles s'appliquent le plus souvent à plusieurs freins concomitants, traduisant la complexité des situations rencontrées. Ce tableau met néanmoins en évidence l'accompagnement sur mesure, qualitatif et adapté, des équipes mobiles :

Frein	Réponses / stratégies des équipes mobiles
Freins logistiques	<ul style="list-style-type: none">• Consultations à domicile ou en lieu-tiers• Souplesse dans la planification : horaires adaptés, absence de sanction en cas d'absence, reprogrammation rapide• Rappels téléphoniques ou SMS avant rendez-vous• Réactivité dès la maternité
Freins liés à la précarité	<ul style="list-style-type: none">• Intervention au domicile ou en lieu-tiers• Possibilité d'interprète• Soutien matériel ponctuel (couches, vêtements)• Coordination avec partenaires sociaux• Rythme de suivi adaptable selon la situation
Freins psychologiques et culturels	<ul style="list-style-type: none">• Présentation non stigmatisante : centrée sur le bien-être parent-bébé plutôt que sur la psychiatrie• Utilisation du cadre « équipe mobile » plutôt que « psychiatrie »• Positionnement bienveillant et non-jugeant• Construction progressive d'une alliance à partir des plaintes exprimées
Freins relationnels et familiaux	<ul style="list-style-type: none">• Prise en compte de la dynamique familiale• Utilisation du terme « équipe mobile » plutôt que « psychiatrie »• Travail avec la mère et la famille

Freins liés au soin lui-même

- Première rencontre par un professionnel perçu comme rassurant (ex. puéricultrice)
- Présentation en co-entretien avec le professionnel adresseur
- Respect du consentement, explications claires
- Démarche non intrusive vis-à-vis de la protection de l'enfance.
- Suivi flexible pour éviter les ruptures

4. L'efficacité des équipes mobiles : réduire les délais et permettre l'accès au soin

L'adressage des patientes : présentation, déroulé et première rencontre

La **majorité des adressages sont réalisés en interne**, par les maternités, services de néonatalogie, et peuvent l'être via les activités de psychiatrie périnatales au sein des services, *non-ambulatoires*.

Des **structures externes adressent également des patientes aux différentes unités** : des maternités environnantes, des PMI, des praticiens libéraux⁷, des centres de psychiatrie, des hôpitaux de jour pédiatriques, ou encore des Unités mères-bébés. Les patientes peuvent également être directement demandeuses d'un suivi par l'équipe mobile.

Les adresseurs mobilisent les équipes mobiles lorsque le suivi classique (PMI, consultations hospitalières, libéraux) s'avère insuffisant ou inadapté, lorsque les patientes ne sont pas en capacité de se déplacer et/ou lorsqu'une équipe pluriprofessionnelle est jugée nécessaire pour répondre aux besoins de la famille. Cette mobilisation des équipes mobiles se fait également dans certains cas de doutes sur la protection de l'enfance, ou de suspicion de troubles du neurodéveloppement, afin de mieux comprendre les problématiques, le vécu des familles dans leur environnement quotidien.

*« On oriente vers l'équipe mobile **quand on pense que toutes seules en entretien postnatal ça sera insuffisant, qu'il faut une équipe plus large**, et aussi qu'il faut aller à domicile pour accompagner la jeune mère avec le bébé. » - Maternité Jean Verdier*

« Le fait que l'équipe mobile vienne à la maison nous permet d'avoir des informations sur comment ça se passe à la maison, c'est plus simple que ça passe par eux que par l'ASE ou des structures qui sont plus stigmatisées. » - Maternité de Tenon (Amae)

Déroulé de l'adressage des autres unités/structures aux équipes mobiles

Dans les trois structures, l'adressage passe soit par :

- **Un temps d'échange inter-équipes** (staff ou réunion auxquelles vont participer les équipes mobiles (dont la fréquence peut varier entre un staff par semaine et un staff par mois). La formalisation varie selon les unités.
- **Un adressage par mail, par téléphone ou de visu**, peut également être réalisé par les professionnels de santé à l'équipe mobile en cas de situations plus urgentes qui ne peuvent attendre un staff.

Les modalités d'adressage diffèrent selon les structures :

- Ainsi **pour l'équipe mobile Amae**, les équipes (externes à l'équipe mobile) remontent leurs inquiétudes lors des différents staffs auxquels participent l'équipe Amae ou par mail, l'adressage se fait ensuite via un formulaire d'adressage, par le médecin référent, et les demandes sont enfin étudiées par le staff hebdomadaire de l'équipe Amae. La fiche d'adressage

⁷Médecins généralistes, pédiatres, sage-femmes, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues

permet notamment de clarifier les responsabilités, et de garantir la continuité du suivi de la patiente, indépendamment de l'équipe mobile.

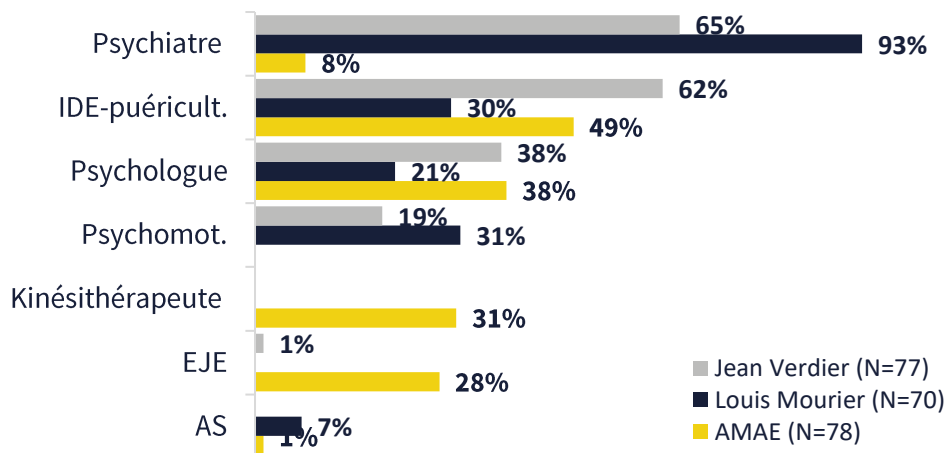
- Pour **l'équipe mobile de Jean Verdier**, les adressages sont réalisés via des transmissions quotidiennes (en suite de couches) auxquelles l'équipe assiste tous les jours, par mail, ou encore lors du staff médico-psychosocial mensuel, qui reste un lieu central de signalement.
- Pour **l'équipe mobile de Louis Mourier**, les adressages sont majoritairement réalisés en interne, directement et de façon informelle ce qui est expliqué par la proximité de l'équipe de psychiatrie périnatale aussi appelée la « grande équipe » ; tandis que le staff hebdomadaire (qui a lieu le lundi) permet de traiter les demandes externes.

Malgré ces différences organisationnelles, un principe commun ressort : **l'adressage n'est jamais perçu comme un simple transfert**. Un adresseur de l'équipe Amae insiste en particulier sur la nécessité d'une **référence en dehors de l'équipe mobile**, condition pour éviter le désengagement des soignants qui prennent en charge la famille.

« Ce qui est important dans cette fiche, c'est qu'on s'assure qu'il y ait une personne référente en dehors de l'équipe mobile. » - UPEP Vivaldi (Amae)

Le **choix du binôme qui va intervenir** se fait après une évaluation des besoins des familles, le profil de la famille (réfractaire ou non aux soins pys notamment), la disponibilité des membres de l'équipe, et la domiciliation de la famille. Il arrive également que la famille exprime un souhait d'accompagnement spécifique lors de la rencontre, qui pourra dès lors modifier le binôme de départ. La répartition des professionnels intervenants en 2024 auprès des familles dans les trois équipes mobiles, est présentée en Figure 5, illustrant la pluridisciplinarité des équipes.

Figure 5. Répartition des professionnels intervenants



Premier contact et première rencontre

Lorsque l'accompagnement de la famille débute en anténatal ou très tôt en suite de couche, un premier contact peut avoir lieu à la maternité, en néonatalogie, ou au détour d'un rendez-vous médical (sage-femme ou obstétricien.ne, assistant.e social.e ...). Ce mode de contact est rassurant pour les patientes : le professionnel de santé qui suit la patiente présente directement l'équipe à la maternité. Sinon, le **premier contact se fait par voie téléphonique** et est **suivi par une visite à domicile** (pour Jean Verdier et Amae) ou par un premier rendez-vous à l'hôpital pour l'équipe mobile de Louis Mourier.

La **première visite à domicile** est toujours réalisée en binôme dans les trois unités. Selon les professionnels interrogés, cette **modalité permet de disposer de regards croisés de professionnels de santé différents, et d'une complémentarité dans l'analyse des besoins de la famille**.

« Etre à deux permet une complémentarité, une sécurité, de porter attention au bébé et à la maman » - Jean Verdier

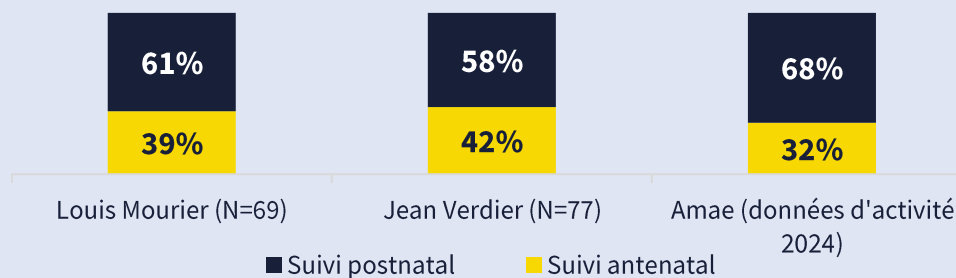
Pour **les visites à domicile suivantes**, le maintien du binôme est fréquent, mais certaines structures (Amae) permettent des suivis en monôme, afin de réaliser davantage d'interventions, selon les contextes et la complexité perçue de l'accompagnement de la famille.

- Pour **l'équipe mobile Amae**, 2/3 des suivis se font en monôme et 1/3 se font en binôme, selon la complexité des situations et le sentiment de sécurité lors des visites.
- Pour **l'équipe de Jean Verdier et de Louis Mourier**, les binômes sont quasi-systématiques en visite à domicile, les consultations seules ne sont réalisées qu'en cas d'urgence.

Focus sur la temporalité de prise en charge des patientes : une prise en charge au plus tôt possible, pour permettre un repérage précoce et favoriser l'alliance

La prise en charge débute majoritairement en postnatal dans les trois unités (Figure 6). La majorité des membres des **équipes mobiles identifient qu'une prise en charge (PEC) qui débute dès la période anténatale facilite l'alliance thérapeutique**. Intervenir avant l'arrivée du bébé allège le stress des familles et leur offre la sécurité de se savoir déjà entourées. Cela leur évite de découvrir l'équipe dans le « tourbillon » des suites de couches, moment où elles peuvent se sentir surchargées. Pour les professionnels, c'est aussi l'occasion de consacrer un temps spécifique à la mère, sans devoir partager leur attention entre elle et le nouveau-né ; et d'être plus attentif au bébé une fois qu'il sera né.

Figure 6. Répartition des suivis anténataux et postnataux en début de prise en charge



« On voit une vraie différence au niveau de l'alliance thérapeutique, si on intervient avant que le bébé soit là, c'est plus simple d'investir une relation, [cela génère] moins de stress. » - Amae

« Quand on a pris contact en anténatal, cela permet aux familles de savoir qu'on est là et d'avoir envie que l'on revienne, pour la suite c'est beaucoup plus pérenne. » - Jean verdier

Selon les adresseurs, l'anténatal est également idéal car il installe d'emblée une continuité de soins à la sortie de la maternité. Cette temporalité de prise en charge a notamment évolué dans le temps.

« Dans l'idéal on essaye que les EMPP puissent aller les voir en anténatal, comme ça la famille sait qu'en sortant de la maternité il y aura cette équipe-là autour d'eux, ça c'est le plus facile.

On essaye de plus en plus que le lien se fasse avant la naissance, c'est mieux et pour les patientes et pour les équipes, cela permet de rassurer les patientes, et nous on sait où on va. Avant on attendait qu'elle ait accouché, puis on faisait la demande...on s'est beaucoup améliorés dans notre façon de travailler. » - Maternité Tenon (Amae)

Toutefois, de nombreuses situations apparaissent seulement après la naissance. Les équipes mobiles font alors preuve d'une **souplesse d'intervention** en adaptant leur manière de se présenter et d'entrer en lien avec les familles. Cela passe notamment par un temps d'interconnaissance et une écoute active de la famille. La **rencontre précoce en maternité ou en néonatalité** est identifiée comme **un facteur facilitant** :

« On a travaillé le fait qu'on ne nous indique pas la famille le jour de la sortie pour les rencontrer avant, et être un peu engagés dans le soin » - Jean Verdier

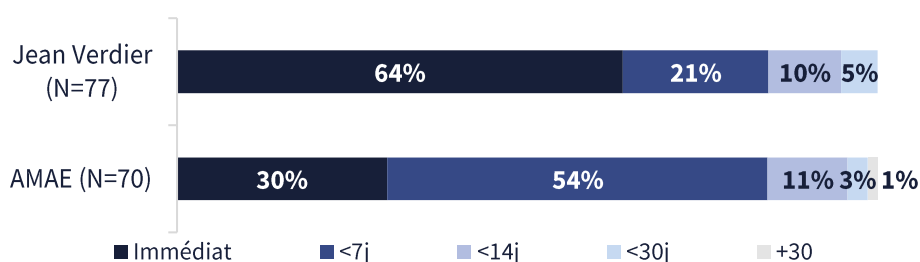
Des délais d'adressage, de traitement des demandes d'adressage et d'intervention rapides

Les délais d'adressages (ici concernant l'adressage des structures prescriptrices aux équipes mobiles) apparaissent rapides. Les demandes peuvent être formulées dès l'identification d'un besoin, parfois dans la journée ; et vont jusqu'à une semaine. Les adresseurs soulignent que **certains facteurs peuvent rallonger les délais** : la disponibilité des adresseurs eux-mêmes, l'adhésion de la famille qui peut nécessiter plusieurs consultations, ou encore les difficultés liées à l'organisation interne (en particulier, une personne mentionne que l'absence de secrétaire allonge ses délais d'adressage, en raison du temps nécessaire pour recopier les informations nécessaires à l'adressage à partir du dossier de la patiente).

Les demandes sont généralement prises en compte dans la semaine pour l'équipe Amae (74% des cas) et pour l'équipe de Jean Verdier (75% des cas), voire plus tôt en cas d'urgence, comme indiqué dans la Figure 7. L'anténatal et les suites de couches constituent des moments où la réactivité est particulièrement recherchée.

« C'est assez rapide quand même. On sait que c'est une urgence pour le bébé, et plus on le fait tôt plus on sait que cela marche. » - Maternité Jean Verdier

Figure 7. Délai de réponse (entre la prédemande et le staff)



Concernant les **délais d'intervention et la réactivité des équipes mobiles à l'issue de l'adressage** ; l'ensemble des membres des équipes mobiles insistent sur l'importance d'une réponse rapide, adaptée à la temporalité particulière du bébé, ainsi qu'à la fragilité des situations parentales. L'enjeu des équipes mobiles est d'éviter la perte de temps au maximum : car un décalage de quelques semaines peut déjà transformer la situation.

« On n'est pas dans l'urgence mais on a une mission de réponse rapide en raison de la sensibilité de la clinique que l'on a : c'est-à-dire des bébés qui n'ont pas une temporalité extensible, et quand la fragilité maternelle est là, elle peut être très vive également » - Amae

Les équipes mobiles identifient ainsi une nécessité de ne pas **avoir de délai d'attente et d'adapter la rapidité de la réponse à l'urgence de la situation**. Un adresseur témoigne de la rapidité de la prise en charge :

« Ils donnent des rendez-vous rapides aux patientes. Je ne sais pas comment ils se débrouillent dans leurs plannings mais on a l'impression que les rendez-vous sont très rapides : dans la semaine ou dans les 10 jours grand maximum. » - Maternité Tenon (Amae)

Des stratégies sont ainsi mises en place par les équipes pour ne pas avoir de délai d'attente. L'équipe Amae met notamment fin à des prises en charge qui duraient depuis longtemps, qui auraient pu s'arrêter mais continuaient en raison de l'alliance créée, pour être en capacité de prendre en charge de nouvelles familles.

Les délais pour le premier contact diffèrent légèrement selon les structures :

- Pour l'équipe mobile Amae : Dans la semaine, au plus tard dans les 15 jours.
- Pour l'équipe mobile Jean Verdier : Dans les 15 jours
- Pour l'équipe mobile Louis Mourier : En moins d'une semaine.

Comparaison avec d'autres structures, et en l'absence d'équipe mobile

En comparaison, les délais de prise en charge des équipes mobiles apparaissent plus courts que ceux des structures hospitalières ou des CMP, ce qui est identifié par un professionnel comme inadapté au contexte périnatal :

« Les délais pour avoir rendez-vous à l'hôpital, c'est 15 jours voire plus. » - Amae

*« Sur les délais, **dans les unités psychiatriques périnatales, les délais sont assez courts comparé aux CMP du secteur.** La dernière fois que j'ai appelé un CMP on m'a dit qu'il y avait 3 ans d'attente, pour des enfants cela n'a absolument aucun sens. » - Jean Verdier*

« Je pense qu'elles auraient des solution type CMP, via la PMI ou leur médecin généraliste, mais cela serait plus tardif et moins spécialisé » - Louis Mourier

Un membre de Jean Verdier rappelle également qu'**avant la mise en place des équipes mobiles**, les délais pouvaient s'allonger jusqu'à plusieurs semaines, voire des mois, ce qui générerait des situations de tension :

« Quand il n'y avait pas l'équipe mobile, on avait des situations de grande tension où on avait des demandes mais nos agendas étaient complets, donc effectivement les délais s'allongeaient alors qu'on se disait que c'était important d'avoir une réponse dans les 15 jours, ou à minima un contact, et au bout d'un mois on n'en avait pas. Ces périodes de saturation étaient aussi difficiles pour l'équipe. » - Jean Verdier

Toutefois, cette réduction des délais ne dépend qu'en partie des équipes mobiles, elles-mêmes dépendantes de l'adressage par les maternités, les psychiatres, sage-femmes, etc, et de sa temporalité dans la vie des patientes et de leur bébé.

En conclusion, les **résultats soulignent l'efficacité des équipes mobiles de psychiatrie périnatale à intervenir de manière rapide, ciblée et adaptée dans des situations de grande vulnérabilité.** Leur capacité à réduire les délais d'accès aux soins (notamment grâce à des circuits d'adressage réactifs, une souplesse organisationnelle et une forte coordination interprofessionnelle) constitue un levier majeur pour prévenir l'aggravation des difficultés parentales et favoriser un repérage précoce.

Bien que les modalités pratiques varient d'une unité à l'autre, ces différences reflètent des contextes territoriaux spécifiques plutôt qu'un écart de philosophie d'action. **Toutes reposent sur une même logique d'efficacité : offrir une réponse rapide, souple et coordonnée, ajustée aux besoins des patientes et de leurs enfants dans une temporalité périnatale particulièrement sensible.**

5. Adhésion, qualité et satisfaction perçues des bénéficiaires

Une adhésion aux soins qui se construit dans le temps

L'adhésion des familles aux soins proposés apparaît satisfaisante selon les équipes mobiles, et se construit progressivement au cours de l'accompagnement. Si la **majorité des familles acceptent l'accompagnement**, une proportion minoritaire (5 à 10 % pour l'équipe Amae) le refuse d'emblée, parfois avant même la première rencontre. Cette réticence s'observe notamment chez les mères ayant vécu des expériences de protection de l'enfance dans leur propre histoire, qui manifestent une grande méfiance envers tout dispositif perçu comme intrusif, comme le souligne un.e professionnel.le :

« Ça arrive régulièrement que la famille refuse d'être accompagnée. Je trouve que c'est souvent lorsqu'il y a des problématiques de protection de l'enfance dans les antécédents maternels. » - Jean Verdier

Dans ces situations, l'enjeu des équipes est d'éviter une rupture prématurée, en cherchant à construire une alliance thérapeutique. Lorsqu'un terrain d'accord est trouvé, les soins sont alors généralement acceptés et valorisés :

« Le plus compliqué c'est d'arriver à les faire adhérer aux soins à domicile : tomber d'accord sur une plainte pour déclencher les soins. Une fois que les soins sont déclenchés, dans l'immense majorité des cas les familles sont très contentes. » - Amae

L'adhésion repose souvent sur la relation de confiance déjà établie avec le.a professionnel.le qui propose l'intervention de l'équipe mobile. Les patient.es acceptent généralement sans difficulté, même si elles ne connaissent pas le dispositif au départ.

Si certaines acceptent d'abord pour « faire plaisir », ou ont des inquiétudes initiales liées à la peur d'une surveillance ou d'un retrait de l'enfant, les professionnel.les répondants soulignent que l'alliance se crée dans la majorité des cas grâce au travail thérapeutique. Certaines femmes, non demandeuses au départ, finissent par s'approprier l'accompagnement et redoutent même son arrêt.

« Les femmes ne sont pas demandeuses au début, on identifie la souffrance et on propose des soins. Petit à petit elles se rendent compte que cela les soutient, que cela leur fait du bien, et elles veulent continuer. Quelques fois elles ont peur que ça s'arrête. » Maternité Jean Verdier

Des ruptures de prise en charge fréquentes

Les ruptures en cours de prise en charge sont minoritaires mais fréquentes, et surviennent principalement en début de prise en charge, lorsque l'accroche initiale n'a pas eu lieu, que la famille n'a pas conscience du travail qui va lui être demandé, lors de transitions importantes, comme le passage de la période prénatale au postnatal ou lors de déménagements. Les profils marqués par le trauma complexe, les addictions ou les troubles de la personnalité apparaissent particulièrement vulnérables à ces décrochages, selon un.e professionnel.le. De même, les familles pour lesquelles un sujet de protection de l'enfance est présent sont plus souvent à même de rompre les soins.

« Oui, lorsqu'elles changent de logement, ce qui arrive souvent, ou alors quand elles sont persécutées et qu'elles ont peur qu'on enlève le bébé. » - Maternité Jean Verdier

Lorsqu'une rupture se produit, les équipes privilégient une posture de disponibilité, relançant les familles et leur rappelant que le suivi reste possible.

La question des refus se pose aussi autour des traitements médicamenteux, comme en témoigne un.e professionnel.le de Louis Mourier, ce qui conduit les équipes à retarder ou contourner leur introduction en passant par d'autres portes d'entrée (ex. accompagnement de l'enfant, allaitement).

« Les familles refusent souvent les médicaments, cela leur fait peur... soit on continue les consultations et à un moment elles vont accepter, soit on passe par la psychologue, soit par l'enfant. » - Louis Mourier

Il arrive également que les familles interrompent prématurément le suivi dès qu'elles estiment aller mieux, sans consolidation suffisante, ce qui fragilise l'efficacité thérapeutique. Les données montrent que les ruptures de prise en charge demeurent fréquentes : à titre d'exemple, 49 % des patientes de l'équipe mobile de Louis Mourier ont mis fin au suivi, 34 % des fins de prise en charge dans l'équipe mobile de Jean Verdier correspondent à des patientes perdues de vue, et 6 % résultent d'une demande explicite de la patiente⁸.

Selon les adresseurs, **l'assiduité des patientes** est globalement satisfaisante, même si elle n'est pas toujours directement observable par ces professionnels.

« Je ne sais pas ; à partir du moment où elles sont accompagnées je ne les revois qu'une fois à deux mois. » - Maternité Tenon (Amae)

« En général je ne suis pas informée sur l'assiduité, je ne le suis que s'il y a des difficultés, pour recontacter la patiente par exemple, mais cela arrive rarement. » - Maternité Tenon (Amae)

La satisfaction exprimée par les familles

La **satisfaction exprimée par les familles** apparaît variable. Une partie des patients manifeste explicitement son attachement à l'accompagnement, certaines patientes allant jusqu'à exprimer le souhait d'une fréquence accrue, et ne souhaitent pas que l'accompagnement prenne fin. D'autres, en revanche, se montrent satisfaites dans le discours mais peinent à honorer les rendez-vous, souvent en lien avec des situations de précarité et de trauma :

« Tout dépend des familles : certaines nous disent qu'elles viendraient tous les jours si le pouvaient, d'autres qu'elles sont très satisfaites mais elles ratent tous les rendez-vous. C'est une problématique qu'on retrouve souvent dans le trauma-complexe et dans l'extrême précarité médico-sociale. » - Louis Mourier

Les structures prescriptrices rapportent globalement des retours très positifs de la part des familles suivies par les équipes mobiles. Ces retours mettent en avant plusieurs dimensions : la satisfaction générale, la réduction du sentiment d'isolement grâce aux visites à domicile, le confort et la sécurité liés au fait que l'équipe se déplace vers elles, ainsi que la régularité du suivi qui devient un repère.

⁸Les données existantes sur les patientes perdues de vue sont potentiellement biaisées : en effet une diversité de situations ont été mentionnées par les équipes (notamment des prises en charge téléphonique), qui ne se retranscrivent pas dans les données de suivi des équipes.

« Les patientes sont contentes, j'ai beaucoup de bons retours. (...) À partir du moment qu'elles ont dit ok, et qu'elles savent à quoi s'attendre, je crois qu'il n'y en a qu'une seule qui m'a dit que cela ne lui a rien apporté. » - Maternité Tenon (Amae)

La démarche d'aller-vers de l'équipe, qui se déplace directement au domicile, est notamment mentionnée par plusieurs répondant.es.

« En général elles sont très satisfaites car c'est très confortable. Justement on vient vers elles. (...) Le fait d'aller au-devant, il y a une satisfaction. » - Maternité Jean Verdier

Enfin, une proportion importante de familles ne verbalise pas directement sa reconnaissance, sans que cela ne signifie un rejet du suivi, mais plutôt une moindre habitude à exprimer verbalement leur ressenti. Même lorsque les patientes n'expriment pas beaucoup de commentaires, la **régularité des visites est interprétée comme un signe de confiance et d'adhésion au suivi par un.e professionnel.le :**

« Je n'ai pas beaucoup de retour, elles me disent juste que ça se passe bien. J'ai l'impression que le fait qu'elles y aillent régulièrement montre qu'elles sont en confiance, cela a l'air d'être des repères. » - Maternité Jean Verdier

En résumé, **l'adhésion aux soins proposés par les équipes mobiles s'établit le plus souvent au fil de l'accompagnement.** Si certaines mères, notamment celles ayant un passé lié à la protection de l'enfance, se montrent d'abord méfiantes, la confiance s'installe progressivement grâce à la posture bienveillante et au travail de lien. **Les familles apprécient la disponibilité et la démarche d'aller-vers des équipes,** vécues comme un soutien sécurisant. Les ruptures de suivi, souvent liées à des contextes de précarité ou de troubles psychiques, restent minoritaires

6. La cohérence du dispositif des équipes mobiles

Cette section analyse la cohérence du dispositif des équipes mobiles de psychiatrie périnatale, en mettant en lumière leur rôle de porte d'entrée vers de soin pour des familles qui n'auraient pas bénéficié de prise en charge dans les équipes mobile, leur articulation avec l'écosystème périnatal, leur complémentarité avec les dispositifs existants, la participation aux réseaux, ainsi que la perception des partenaires.

Une porte d'entrée vers le soin pour des familles qui n'auraient pas bénéficié de prise en charge sans l'équipe mobile

Plusieurs membres des équipes mobiles comme des adresseurs insistent sur le fait que la valeur ajoutée des équipes mobiles ne réside pas uniquement dans la réduction des délais d'accès aux soins, mais aussi dans le fait qu'elles constituent souvent la seule porte d'entrée possible vers le soin. Sans elles, une part importante des patientes et des familles resterait en dehors de tout accompagnement spécialisé.

Les retours des membres des équipes mobiles ayant réalisé des entretiens mettent en évidence que ces équipes jouent un **rôle d'accès initial au soin**, à un moment charnière, pour des patientes sans demande claire, ou freinées par la distance, l'isolement, la méconnaissance et les représentations autour de la maternité et/ou de la psychiatrie.

« Dans les cas pour lesquels on a le plus de d'intérêt, il n'y aurait souvent pas eu de consultation. Le **premier facteur n'est pas la diminution des délais, c'est plutôt l'accès.** »
- Jean Verdier

« **[Sans l'équipe mobile], il n'y aurait pas eu de soins.** La mobilité permet de contacter des mamans et des bébés. La précocité est cruciale, on doit intervenir le plus tôt possible. Si on n'arrive pas à être là au début, l'accès aux soins psychiques va être très long, car il faudra attendre que le bébé ou la maman aille très mal, et ce n'est pas sûr qu'elle ait accès aux soins.
» - Maternité Jean Verdier

Avant la création des équipes mobiles, des familles à risque échappaient au suivi après la maternité, comme le souligne un.e professionnel.le de l'unité Vivaldi :

« Initialement on a écrit le projet de l'équipe mobile pour favoriser les adressages à l'unité Vivaldi ou aux autres unités qui ressemblent à celle-ci, car on s'est aperçus **qu'une frange de la population, qui était très à risque d'un problème de développement pour le bébé était perdue de vue : on les avait à la maternité et après on n'arrivait pas à les faire venir dans des unités comme Vivaldi, on les retrouvait 9 ou 18 mois plus tard, les enfants étaient déjà en retard, ou les mères très déprimées.** Donc on a imaginé que d'aller davantage vers les personnes avec une équipe mobile qui allait pouvoir intervenir rapidement, cela allait pouvoir favoriser la continuité des soins. » - UPEP Vivaldi (Amae)

En miroir, les **alternatives existantes apparaissent limitées et insuffisantes.** Les sage-femmes libérales ou la PMI peuvent assurer un soutien ponctuel, mais sur une durée très restreinte et sans la polyvalence des équipes mobiles. De même, les autres alternatives existantes (ex. Unités Mère Bébé) nécessitent que ce soit les patientes qui aillent au-devant des soins, peu compatible avec leur état de vulnérabilité.

« On n'a **pas d'alternative structurée en tout cas** : une sage-femme peut aller au domicile, mais elle sera seule et n'aura pas cette polyvalence. La PMI, c'est deux visites, trois au maximum, alors que l'équipe mobile accompagne beaucoup plus longtemps. » - Maternité de Tenon (Amae)

« **Ceux qui font le plus de visites à domicile ce sont les PMI, or elles sont submergées par l'évaluation de la maltraitance,** les informations préoccupantes, elles ont beaucoup de moins de temps pour faire des visites à domicile ou de la prévention, et nous on compte moins sur elles pour faire les visites à domicile. C'est une vraie solution » - UPEP Vivaldi (Amae)

Certains adresseurs mettent également en évidence les **fortes inégalités territoriales qui persistent, où l'absence d'équipe mobile fragilise la prise en charge.**

« Dans le 19ème, il n'y a pas d'équipe mobile, et on est en grande difficulté. On se retourne vers les unités parents-bébés, mais ce n'est pas pareil : il faut que la patiente y aille, qu'elle appelle elle-même. » - Maternité de Tenon (Amae)

Articulation avec les autres acteurs du réseau périnatal, complémentarité perçue

Les équipes mobiles sont à l'interface avec un ensemble d'acteurs de la périnatalité : équipes de liaison de psychiatrie périnatale, services de maternité et de néonatalogie, consultations de psychiatrie périnatale, ainsi que toutes les structures de soin d'aval (unités mères bébés, hôpitaux de jour pédiatriques, centres de psychiatrie de proximité, unité de psychiatrie périnatale ambulatoire, praticiens libéraux, PMI, aide sociale à l'enfance, structures médicosociales CAMPS, associations ou

encore autres services de l'APHP). La **coopération avec ces acteurs est perçue par les équipes comme déterminante pour la continuité des soins par l'ensemble des répondant.es**. La **qualité du maillage territorial** influence directement l'efficacité des équipes mobiles.

La **complémentarité entre les actions des équipes mobiles et celles de leurs partenaires est perçue comme essentielle par les différents membres des équipes mobiles**, comme une réelle « valeur ajoutée » de l'équipe mobile ou encore un « inconditionnel » de l'accompagnement. Cette complémentarité repose notamment sur : une **relation de confiance construite entre les professionnels**, l'absence de doublons entre les interventions de l'équipe mobile et celles des autres acteurs.

Les équipes mobiles identifient que **cette complémentarité est à la fois rassurante pour les équipes et les patientes**.

- Pour les équipes car être accompagnés par les institutions permet aux professionnels de ne pas se sentir démunis, et d'avoir des ressources externes, et un écosystème à activer, selon le besoin.
- Pour les patientes car bénéficier d'un maillage de soin autour d'elles, dispensant un discours unifié, est un facteur de réassurance.

Cette complémentarité est perçue par l'équipe mobile Amae comme ayant été construite dans le temps, via la coopération de terrain avec les autres acteurs.

*« Etre identifiés et reconnus dans notre travail est précieux. On pourrait être perçus comme une étape supplémentaire. On ne fait pas de doublons, donc quand on est reconnu c'est favorable pour notre travail. **Le fait qu'on se parle, qu'on ait un peu le même discours a un effet thérapeutique aussi pour les familles** : les familles sentent qu'il y a de la coopération autour d'elles, il y a un travail collectif aussi, on ne se dit pas que les uns piquent le travail des autres. » - Amae*

« Le fait qu'on puisse être accompagnés par les institutions, qu'on ne se sente pas seuls, c'est très rassurant pour nous ce qui nous permet de mieux sécuriser les familles. Cela nous ferait porter une charge forte de responsabilité, le maillage avec les PMI etc. C'est un inconditionnel dans notre accompagnement. » - Amae

« Pour moi c'est une suite, un étayage supplémentaire : comme si j'avais d'autres bras et d'autres yeux. » - Maternité Tenon (Amae)

En particulier, **du point de vue des adresseurs, cette complémentarité permet une extension de leur action** : des suivis de plus long-cours spécialisés sur le suivi parents-bébés, s'assurer de voir le bébé qui ne participe pas systématiquement aux consultations dans les services et donc de s'assurer d'être à même de réaliser un dépistage précoce. Les adresseurs soulignent également que l'action des équipes mobiles permet **d'observer le fonctionnement de la famille dans le domicile**, ce qui participe à la complémentarité.

« Le bébé donne aussi des indications sur l'état de santé de la mère, les patientes avec qui j'ai une bonne alliance le savent, mais ce n'est pas le cas pour toutes ; certaines n'amèneront pas leur bébé en consultation, cela permet de connaître l'ambiance à la maison, dans quel cadre l'enfant va se développer. » - Maternité Tenon (Amae)

« L'unité parents bébés a permis ce suivi parent bébé spécialisé, ce qu'on ne pouvait pas faire. Nous on ne pouvait pas trop de centrer sur le post-natal car on a le prénatal, les suites de couches, les urgences... donc on ne pouvait pas intégrer ce travail parent bébé. L'unité parents bébé a permis ces suivis longs. » - Maternité Jean Verdier

Les équipes mobiles permettent également aux adresseurs **de gagner du temps, à différents niveaux** : en limitant **les hospitalisations prolongées en maternité**, notamment pour les patientes identifiées comme vulnérables : l'existence d'un relais à domicile rassure les équipes hospitalières et **favorise des sorties plus rapides**. La présence d'une équipe mobile permet également **d'éviter de faire beaucoup de réadressages**.

« L'équipe aide beaucoup à réduire les durées d'hospitalisation. Après accouchement c'est 3 jours normalement, mais des fois des patientes peuvent rester beaucoup plus, parce qu'on sait qu'elles ont des fragilités, elles ont besoin d'accompagnement. Le fait qu'il y ait Amae, on sait qu'il y a un relai à la maison. Cela nous aide énormément. On a baissé nos DMS ces dernières années (pour les patientes avec vulnérabilités), c'est aussi grâce à Amae. » - Maternité Tenon (Amae)

« Je pense que cela serait très compliqué [sans l'équipe mobile] on n'aurait pas de suivi sur le long cours, et il faudrait faire beaucoup de ré-adressage, cela nous prendrait beaucoup de temps. On n'a que des psychologues sur la maternité, donc la mise en relation avec d'autres structures prendrait du temps. » - Maternité Jean Verdier

Connaissance au sein de l'écosystème et perception des partenaires

Des équipes mobiles connues au sein de leur écosystème

Les **trois équipes mobiles considèrent être bien connues de leurs partenaires**, en particulier des maternités et des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), **cette connaissance s'étant faite progressivement pour les trois équipes, à travers des présentations aux autres structures, des adressages, ou des orientations à la fin de la prise en charge (PEC)**. L'équipe mobile Louis Mourier déclare notamment disposer de prospectus qui leur permettent de mieux se faire connaître.

« Maintenant je peux dire oui avec certitude que dans les arrondissements sur lesquels on s'occupe, je **pense que tous les acteurs ont entendu parler de nous au moins une fois**. Au début on n'avait pas beaucoup de demandes, maintenant on est repérés dans les maternités, les demandes viennent souvent des professionnels qui adressent la situation. » - Amae

« On commence à connaître les noms des professionnels des PMI, on a leurs coordonnées : donc on s'appelle, on s'envoie des mails. C'est le travail de terrain [qui permet cela] : on a eu des familles en commun, on s'est appelés pour faire du lien... ce qui fait que l'on se connaît. » - Amae

Toutefois, **cette interconnaissance reste variable selon les équipes, et relativement fragile car reposant sur des relations interpersonnelles sans être institutionnalisée**, et sensible au turnover des équipes partenaires.

« L'unité est de plus en plus connue, mais cela nécessite qu'il n'y ait pas trop de turnover dans les équipes à qui on s'adresse [sinon l'information se perd] » - Jean Verdier

Un membre de l'équipe mobile de Jean Verdier souligne notamment une marge de progrès dans la connaissance de l'équipe mobile par ses partenaires, en raison des capacités de l'équipe qui ne permettraient pas de prendre davantage de patients.

Un ancrage fort dans les réseaux de périnatalité

Les équipes mobiles sont toutes engagées dans les réseaux de périnatalité, elles échangent régulièrement avec les autres structures ; en participant à des staffs, des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) entre les différentes équipes mobiles, des réunions fréquentes avec les PMI et les CMP. **Cette inscription dans les réseaux est considérée comme indispensable par les différentes équipes mobiles.**

« C'est super d'avoir du temps commun dédié, pour des synthèses, des réunions pluriprofessionnelles. Si on avait une injonction de faire X actes par semaine, on n'aurait plus ce temps-là et cela ne serait juste pas possible. » - Amae

Concernant l'équipe mobile Amae : l'équipe participe aux staffs hospitaliers qui réunissent les différents professionnels des réseaux de périnatalité (les responsables de PMI, les unités de parentalité, les gynécos et les sage-femmes de ville)⁹, aux réunions avec les PMI, les CMP, avec l'UPEP Vivaldi ; mais également au réseau ville-hôpital via des soirées organisées par les CPTS notamment. Un lien fort existe également avec la recherche.

Le fait d'être en lien avec les maternités et autres structures de soin est considéré par les équipes comme précieux, car il permet d'échanger, de préparer les orientations, que la famille sente qu'un maillage s'est créé autour d'eux, ce qui participe à l'alliance. De plus, les équipes identifient que cela permet de **créer une continuité entre les professionnels, d'éviter les répétitions et de construire un discours commun**. Des échanges ont ainsi lieu à minima toutes les semaines avec les autres structures du réseau pour travailler l'orientation (tél, mail)

« La semaine dernière j'ai appelé une puéricultrice d'une PMI pour une patiente, j'ai envoyé un mail à un CMP pour l'orientation, j'ai appelé le psychiatre d'une patiente avec son accord pour voir son traitement, c'est fait au moins une fois par semaine. » - Amae

L'équipe Mobile de Jean Verdier participe au réseau Naître dans l'Est Francilien (NEF), au Réseau International d'Etudes sur la Psychopathologie et la Psychanalyse de l'Infans (RIEPPi) ; en plus de participer systématiquement au staff médico-psychosocial de la maternité, au staff des suites de couches (participation hebdomadaire), à la réunion mensuelle organisée avec la pédiatrie, et ponctuellement au staff néonatalogie de l'hôpital.

Le travail de réseau est également considéré comme très facilitant pour le soin pour les équipes.

« On se connaît tous entre psychiatres périnataux du territoire. Cela permet de faciliter l'adressage, on s'appelle. » - Jean Verdier

Les équipes de Jean Verdier participent également à la diffusion de connaissances grâce à cette mise en réseau.

*« Sur l'observation des mouvements généraux, corrélée avec des risques du trouble du neurodéveloppement. Ce n'est pas forcément connu des professionnels qui s'occupent des bébés, que ce soit des pédiatres ou autre. **On diffuse des connaissances, incite des professionnels à se former.** » - Jean Verdier*

Concernant **l'équipe mobile de Louis Mourier**, des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) en psychiatrie périnatale ont été mises en place par le Dr. Tebeka, ces dernières ont lieu mensuellement et visent à aborder des cas cliniques complexes. Un membre de Jean Verdier témoigne

⁹ Staffs auxquels participent l'équipe Amae : staff psychiatrie grossesse de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, au staff parentalité des 3 maternités du DMU ORIGYNE d'AP HP SU.

y participer. Les équipes participent également hebdomadairement à la liaison PMI et au staff néonatalogie, et mensuellement aux staffs de l'hôpital : le staff psy périnat et le staff psycho social (qui regroupe également les professionnels de ville du territoire).

Une perception des partenaires positive

Dans l'ensemble, les adresseurs expriment une perception très positive des équipes mobiles. Elles sont reconnues comme un système **innovant, souple et indispensable** :

« Je pense que c'est un système innovant qui a grandement fait changer les choses. Le fait d'aller au domicile, d'avoir cette mobilité et cette flexibilité permet des soins et cette prévention que l'on n'avait pas avant ». - Maternité Jean Verdier

La **communication fluide, la proximité physique ou des membres des équipes** sont identifiées comme de véritables facilitateurs :

« C'est plutôt satisfaisant car on s'entend très bien, on a des moyens de communication qui sont rapides : on est sur nos téléphones sur WhatsApp, et il y a toujours quelqu'un de disponible qui va répondre. Et surtout on est sur le même lieu : dans l'enceinte de la maternité. Les facilités de communication font que ça fonctionne de manière fluide. » - Maternité Jean Verdier

« Une kiné psychomotricienne va venir travailler à mi-temps à Vivaldi. Le fait de partager du personnel, faute de partager des locaux, cela va être aidant. » - UPEP Vivaldi (Amae)

Améliorations envisagées dans l'articulation et la complémentarité

Si cette reconnaissance témoigne d'une **complémentarité déjà bien installée**, les équipes et les partenaires identifient néanmoins plusieurs **pistes d'amélioration**.

Sur l'interconnaissance et la visibilité du dispositif

Bien que globalement connu et reconnu, le dispositif gagnerait à être encore mieux identifié dans son écosystème. Plusieurs pistes sont proposées par les adresseurs et membres des équipes mobiles.

Organiser régulièrement des rencontres avec les professionnels du secteur afin de se faire connaître et renforcer les orientations :

*« Ce qui pourrait être utile pour se faire mieux connaître par le réseau, cela pourrait être **d'avoir un budget pour organiser tous les ans ou tous les six mois une rencontre avec les professionnels du secteur**, se faire connaître et qu'ils nous adressent des patients. » - Amae*

Clarifier la répartition territoriale et des modalités d'adressage des différentes équipes mobiles :

« Savoir quelle équipes s'occupe de quel secteur, savoir comment adresser. » - Maternité Tenon (Amae)

Améliorer la communication externe pour **déstigmatiser** l'accès au dispositif :

« J'ai une patiente qui a un gros trouble anxieux, l'équipe mobile aurait pu être un bon soutien. Mais elle est allée voir sur le site, et m'a dit « je n'ai pas une grosse pathologie mentale ou je ne coche pas non plus les cases de grande difficulté » Si c'était amené comme un soutien à la parentalité sans amener quelque chose de grave, de très précaire ou de très stigmatisant cela pourrait aider les patientes » - Maternité Tenon (Amae)

Sur la complémentarité avec les autres acteurs

Les équipes mobiles et leurs partenaires soulignent que la complémentarité fonctionne bien avec le secteur sanitaire, mais reste fragile avec le secteur socio-éducatif.

« Le secteur socio-éducatif va très mal. Il y a une question de la ressource et de la bonne santé de ces services. C'est vraiment disparate, il y a des endroits où l'ASE fonctionne très bien, où il y a une équipe stable et où on peut penser et travailler ensemble. Il y a beaucoup d'endroits où il y a un seul éduc, ou une responsable : dans ces cas-là on ne peut rien penser ensemble. » - Jean Verdier

Un sentiment de compétition pour le lien à la famille a été relevé à une reprise :

« Malgré tout quand des équipes sont constituées : des équipes éducatives ne voyaient pas l'utilité de ce qu'on fait quand on était là quand elles se mettaient en place. On est sur le même terrain du soutien à la relation, de la parentalité mais on n'est pas dans le même cadre, on n'a pas les mêmes leviers d'action et ce n'est pas simple à penser. » - Jean Verdier

Pour dépasser ces difficultés, un.e membre de Jean Verdier évoque la possibilité de développer des actions de formation communes :

« Il faudrait qu'on puisse soutenir / participer aux actions de formation » - Jean Verdier

Sur la formalisation des échanges et du suivi

Si la communication quotidienne est jugée efficace, les partenaires sont plusieurs à mentionner un besoin d'un meilleur retour d'informations à long-terme :

« Avoir plus de retours après l'accouchement : savoir comment ça se passe sur le long-terme. » - Maternité Jean Verdier

« Ce qui me manque c'est le **retour à long-terme** que l'on n'a pas à chaque fois, quand il est fait il est fait à l'oral et est informel. Comme on se voit, on se parle. Quand ça se passe bien on n'a pas trop d'infos. Quand il y a des difficultés elles reviennent vers nous pour relancer ce lien, relancer la machine, mais peut-être qu'il y a des interfaces à parfaire. » - Maternité Tenon (Amae).

Concernant l'équipe Amae, certains leviers sont également envisagés pour simplifier les procédures d'adressage et de suivi des patientes à la fin de la PEC : via l'automatisation du remplissage d'une partie des fiches et l'intégration des notes des équipes mobiles dans le dossier patient partagé (Orbis).

« Une des difficultés est que les équipes mobiles ne mettent pas leurs notes dans le dossier partagé Orbis. Selon moi, tout devrait être dans le dossier patient. S'ils mettaient leurs notes dans Orbis, ils n'auraient pas besoin de me faire une fiche de liaison. » - UPEP Vivaldi (Amae)

« Pour le remplissage de la fiche d'adressage, via notre logiciel, que les informations type adresse, numéro... se remplissent automatiquement et qu'on n'ait plus qu'à remplir les

informations psychiatriques. Une solution plus automatisée nous ferait gagner un temps fou. » - Maternité Tenon (Amae)

En résumé, **l'action des équipes mobiles s'articule en cohérence avec l'écosystème de soins. Leur rôle de porte d'entrée pour des familles qui n'auraient pas bénéficié d'un accompagnement spécialisé sans équipe mobile s'inscrit dans une logique d'articulation étroite avec l'ensemble des acteurs de la périnatalité.**

Cette cohérence repose sur plusieurs dimensions : une **complémentarité claire avec les dispositifs existants**, une coopération structurée avec les maternités, les PMI, les unités mères-bébés et les services de psychiatrie, ainsi qu'une **inscription forte dans les réseaux territoriaux**. Les équipes mobiles contribuent ainsi à fluidifier les parcours, à éviter les ruptures de suivi et à assurer une continuité des prises en charge.

La reconnaissance positive des partenaires souligne cette intégration réussie dans le maillage territorial. Si des marges d'amélioration existent — notamment en matière de visibilité, d'interconnaissance institutionnalisée et de formalisation des échanges —, les équipes mobiles apparaissent comme un **maillon structurant et fédérateur**.

7. Impacts de l'accompagnement et durabilité du retour vers le soin

Le sentiment d'être soutenu lors de la prise en charge

Une forte dimension humaine de l'accompagnement

Les équipes mobiles soulignent que le **cœur de leur action réside dans le lien humain, et la proximité de l'accompagnement**. Ce sont les qualités humaines qui priment dans la relation de soin, et le développement de liens humains forts ce qui peut s'illustrer par le fait que les patientes peuvent appeler les soignant.es par leurs prénoms, ou leur donner des surnoms.

« Il n'y a quasiment que de l'humain. Quand on accompagne des personnes dans des moments particuliers de leurs vies, même quand elles vont mieux, cela crée un lien tout particulier avec le professionnel. Le côté humain est capital. » - Amae

« On est souvent appelées les tatas. Des patients nous disent que nous leur fait du bien, on a une présence, un contact humain, c'est assez présent dans notre unité. » - Jean Verdier

Les **éléments facilitateurs** identifiés portent sur le fait que les **équipes interviennent à domicile**, que la **prise en charge soit adaptée à chaque personne, la forte disponibilité et flexibilité** des professionnels (notamment le fait de pouvoir contacter les équipes par téléphone ou SMS). Pour les visites dans le service, le fait d'avoir un service le plus accueillant possible est également identifié par les équipes de Jean Verdier et de Louis Mourier comme un élément facilitateur dans la création de lien. Enfin, l'équipe de Jean Verdier met également en avant la dimension collective et conviviale de l'accompagnement, qui permet aux familles de savoir qu'elles peuvent s'adresser à l'équipe.

« Pendant les vacances on organise les dinettes en fête, on a un temps de goûter en commun, où on apporte à manger. Les familles savent qu'on peut être des ressources selon leurs besoins. » - Jean Verdier

Les propos des professionnels mettent en lumière une **posture singulière**, qui combine :

- **Un équilibre entre proximité et distance**, afin d'être dans l'alliance sans être trop présents et ainsi éviter une dépendance affective excessive, ou des effondrements trop importants, et ouvrir vers d'autres soins si besoin
- **Une posture de soutien et non de correction**, il ne s'agit pas de corriger la parentalité mais de la contenir, la renforcer et la valoriser, en se plaçant comme alliés de la famille.

« Travail délicat d'être dans l'alliance sans être trop présents non plus, pour que les familles puissent aller dans le soin sans être trop attachés à nous » -Amae

Un sentiment de soutien des familles accompagnées

Cette posture particulière des équipes mobiles, associée aux visites à domicile et à une grande flexibilité d'intervention permet, selon les professionnels interrogés, que les familles se sentent soutenues, perçoivent les équipes mobiles comme de réels supports qui constituent des repères sécurisants et un relai aux absences familiales ou d'entourage proche :

« Ce que les patients ressentent c'est le support : le fait de venir à domicile, parfois de travailler avec l'assistante sociale ou les TISF, c'est des grands supports. » - Louis Mourier

« Parfois il y a des jeunes couples qui vivent en Île-de-France dont la famille peut être loin, avoir des conseils précoces, être rassurés, c'est très important. » - Louis Mourier

Un professionnel prend notamment l'exemple d'une patiente, qui n'avait plus confiance dans les autres professionnels de santé qui la suivaient, et dont l'accompagnement de l'équipe mobile a permis de garder un filet de sécurité, quand d'autres relations au soin échouaient. Les équipes sont ainsi identifiées comme des **figures d'appui**, et sollicitées par certaines familles, qui expriment leur reconnaissance post-accompagnement, par exemple via des visites de courtoisie pour montrer l'évolution de leur enfant.

Acquisition de connaissances en lien avec la parentalité

Les équipes observent attentivement les **acquisitions et comportements du bébé** : mouvements, motricité, éveil, interactions. Elles s'appuient sur des **outils concrets** (tapis de travail, guidance parentale, exercices) et sollicitent des **intervenants spécialisés** (psychomotriciens, kinésithérapeutes) lorsque des retards ou difficultés sont identifiés. L'objectif est de **stimuler l'enfant** et d'aider les parents à mieux percevoir et accompagner son développement.

Les équipes mobiles **transmettent des informations pratiques aux familles, sur la parentalité et la prévention, selon leurs demandes et leurs besoins**. La sécurité du bébé, l'alimentation, la diversification, l'hygiène, les postures, le syndrome du bébé secoué, la gestion des pleurs... ont notamment été cités en entretiens.

Ces apports entraînent souvent des **changements de comportement progressifs chez les parents**. Un professionnel cite notamment le retrait d'objets dangereux dans le lit, un autre une adaptation du portage de l'enfant. Les **parents évoluent dans leurs questionnements et leur appropriation des conseils**, ce qui est particulièrement visible chez les co-parents.

« L'éducatrice de jeunes enfants fait pas mal de prévention sur le syndrome du bébé secoué, elle explique aussi les pleurs du bébé (...). Dans la majorité du temps, cela se traduit par des changements de comportement des parents. Par exemple : pas de doudou dans les premiers

mois de vie du bébé, car il y a un risque que le bébé s'étouffe. Concrètement cela fait partie des choses que l'on met en place.» - Amae

Certains membres des équipes mobiles notent que les besoins fondamentaux sont généralement plus accessibles aux familles suivies que **les besoins affectifs et relationnels, sur lesquels les équipes mobiles interviennent tout particulièrement.**

« Sur tout ce qui est sécurité et besoins fondamentaux du bébé, c'est plus facilement accessible [pour les mères]. C'est surtout sur les besoins affectifs et relationnels ». - Amae

Des différences sont aussi à noter selon les équipes, en raison de typologies de patients différentes :

- Pour **l'équipe de Jean Verdier**, l'accompagnement repose davantage sur le lien que sur la transmission de connaissances, car les conseils peuvent être confrontés aux représentations culturelles et ne pas être directement opérants. Le travail peut porter sur les besoins fondamentaux du bébé, particulièrement dans des situations de précarité importante. Dans les familles où ces besoins sont couverts, l'accompagnement se concentre majoritairement sur les besoins affectifs et relationnels, présentés ci-dessous.
- Pour **l'équipe de Louis Mourier**, les familles sont souvent bien informées, mais restent demandeuses de conseils, sur l'alimentation, la diversification ou l'éveil. Les équipes témoignent que les pères, d'abord réservés, deviennent progressivement acteurs en posant des questions, et que le fait de se focaliser sur le bébé permet de « décentrer les angoisses des parents ».
- **L'équipe Amae** relève une diversité de situations.

Enfin, les équipes insistent sur **l'importance de la complémentarité avec les autres acteurs** : elles interviennent souvent en articulation avec d'autres services, comme les PMI, les CAMPS, ou des assistantes sociales. Cette articulation permet d'adapter leurs réponses aux besoins des familles, et aux situations de précarité (particulièrement citées chez les équipes de Jean Verdier).

Focus sur la diffusion des acquis auprès de l'entourage ou des autres enfants

Un impact positif inattendu de l'accompagnement, réside dans la capacité des familles accompagnées à essayer les conseils et connaissances acquises à leur entourage, sur la maternité et les soins psychiques. Cet effet peut également s'observer au sein de la cellule familiale elle-même, lorsque le travail mené pour un premier enfant bénéficie aux suivants :

*« On a eu une maman qui était complètement perdue, elle avait peu de représentations au niveau de la maternité, et au bout d'un an de suivi elle donnait plein de conseils aux mamans dans son entourage. Elle expliquait que la psy ce n'est pas que pour les fous. **On a vraiment des mamans qui transmettent ce que l'on leur transmet.** » - Jean Verdier*

Effets sur l'état psychique et le bien-être parental

Pour les mères, pouvoir exprimer leur souffrance, leurs traumatismes ou leurs inquiétudes ; et avoir le sentiment d'être écoutée et accompagnée a un effet apaisant et prévient l'enkystement des angoisses selon les professionnel.les répondant.es.

« Beaucoup de mère nous disent que s'il n'y avait pas eu l'équipe mobile, elles ne savent pas ce qu'elles seraient devenues car elles allaient vraiment mal. Cela a permis à ces mères de retrouver de la stabilité et de la mobilité. » - Amae

« On ne sait pas si elles ne l'auraient pas fait par elles-mêmes, mais c'est vrai qu'on peut observer que ce sont des mères qui peuvent se remettre à leur place de mère. Elles ne sont pas réduites à une seule identité, on travaille à une fluidité de l'identité. » - Amae

Toutes les structures constatent une évolution positive du bien-être psychique des parents, notamment une diminution de la dépression post-partum (souvent mesurée par l'EPDS), une réduction du sentiment d'incompétence et une meilleure stabilité émotionnelle. D'autres changements que l'EPDS sont également cités par les équipes comme des marqueurs d'amélioration : se lever, sourire, envisager le lendemain, se rendre au marché, accepter un relai (crèche, aide familiale). Les équipes d'Amae et de Jean Verdier calculent différents scores : l'échelle CGI-I pour Amae, qui permet d'évaluer l'amélioration de l'état clinique du patient ; un score d'amélioration de la situation pour Jean Verdier. Ces éléments mettent en avant que pour Amae, la situation de 77% des patientes s'améliore (Figure 8), et Jean Verdier notifie une amélioration clinique dans 58% des cas (Figure 9).

Figure 8. Score CGI-I, Amae (N=69)

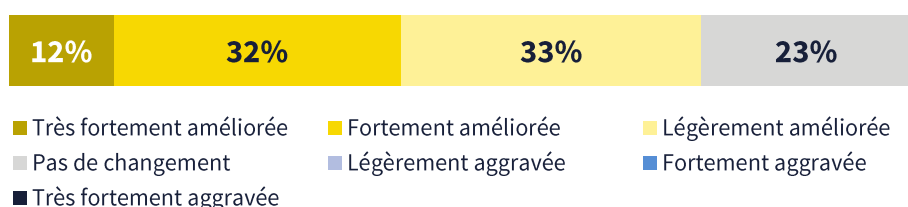


Figure 9. Amélioration clinique, Jean Verdier (N=77)



Toutes les équipes insistent également sur le fait que **l'accompagnement ne repose pas uniquement sur les équipes mobiles : le maillage avec d'autres acteurs** (PMI, psychiatres, psychologues, UMB, institutions sociales et médicales) est jugé indispensable.

« En périnatalité, on travaille toujours en équipe pluridisciplinaire voire en plusieurs institutions, ce maillage-là est primordial. Pour accompagner les familles il faut vraiment tout un étayage, social voire politique. » - Amae

Les répondants des trois équipes mobiles mettent tout de même en avant le fait que, selon les familles, des médecins de CMP, ou encore selon elles.eux, sans leur intervention la situation des familles accompagnées aurait été bien plus complexes.

« Je ne pense pas [que ces changements seraient advenus sans nous]. Il y a des situations où on a rattrapé des placements. Il y a des situations où on vient et on parvient à créer des appuis crèches très rapidement dans des cas où des mamans ont un trouble de l'attachement elles-mêmes. C'est l'avantage de l'équipe mobile : on agit très précocement. » - Louis Mourier

Focus : Des demandes de soutien parfois plus simples à émettre par les familles

La prise en charge des équipes mobiles semble également jouer un rôle dans la capacité des familles à exprimer leurs besoins et à solliciter de l'aide. Deux éléments ressortent des entretiens réalisés : l'expression d'une demande auprès des équipes et l'expression de demandes auprès des proches.

- Sur la **formulation d'une demande aux équipes mobiles**, les membres de l'équipe mobile de Jean Verdier considèrent que la demande des familles se construit de manière progressive, au fur et à mesure que les familles comprennent le rôle de l'équipe et ce qu'elles peuvent leur apporter. Un membre de l'équipe Amae souligne que ces demandes restent peu explicites : les familles verbalisent peu leurs besoins de façon directe.
- Sur **l'expression de besoins de soutien aux proches** : Les professionnels des équipes de Louis Mourier et Amae témoignent d'une évolution. Le travail mené participe à permettre aux familles, et plus particulièrement aux mères de reconfigurer leurs liens familiaux (au sein du couple, ou avec leurs parents) en apprenant à poser des limites, demander du soutien à leurs proches. Les équipes notent ici aussi une évolution progressive : au départ, les mères demandent peu d'aides, et avec le temps et l'accompagnement, elles sollicitent davantage leur entourage.

« Cela aide certaines familles à remanier les liens avec leur propre famille : savoir mettre des limites, émettre des demandes, savoir aussi retrouver des compétences dans la parentalité, exprimer leur manière de faire. » - Amae

« Oui, au début les mamans ont du mal à demander de l'aide à leur conjoint, à leur famille, et justement au fur et à mesure des entretiens elles y arrivent de plus en plus, voire même on reçoit leurs conjoints pour expliquer » - Louis Mourier

Amélioration de la relation parent-enfant

L'accompagnement des équipes mobiles participe à **renforcer et ajuster le lien parent-enfant, en travaillant la manière dont les parents perçoivent et interagissent avec leur bébé.**

Favoriser l'interaction et l'autonomisation

Les équipes mobiles **favorisent l'interaction entre les parents et leur bébé**, non pas en « faisant à leur place », mais **en stimulant leur réflexion et curiosité vis-à-vis de leur enfant**, leur faire voir que les échanges sont réciproques et que le bébé est un être interactif.

Par exemple, les équipes encouragent les parents à parler, chanter ou raconter des histoires à leur enfant, pour découvrir que les échanges parents-enfants peuvent être réciproques.

Les professionnels soulignent aussi les réactions du bébé, interprètent ses signaux et mettent en évidence ses progrès. Cette médiation contribue à construire une relation plus autonome et mieux accordée.

« Souvent ce que l'on observe et qui met plus ou moins de temps : les parents découvrent qu'un bébé comprend quand on lui parle, qu'il est capable de nous répondre de différentes manières. » - Jean Verdier

« Dans la vision que les parents ont de leur enfant : il y a quelque chose qui change. » - Amae

Travailler les représentations du bébé... tout en tenant compte de la souffrance parentale

Les professionnels aident notamment les parents à distinguer le bébé réel du bébé imaginé, en questionnant certaines croyances. Par exemple, un.e professionnel.le témoigne interroger l'idée qu'un

bébé puisse être « capricieux » avec ses parents, ou encore donner des images aux parents les impliquant eux-mêmes, qui permettent de mieux comprendre les besoins du bébé.

« Par exemple, pour des bébés qui sont mal portés : “oh il pleure ou elle pleure, cela doit être inconfortable”, ou encore, “c’est comme si on vous mettait au-dessus d’un balcon et qu’on vous tenait uniquement par les bras, c’est effrayant” » - Amae

Les professionnel.les éveillent donc les parents à la perception de l’enfant, mais doivent également tenir compte de leurs limites et de la souffrance parentale qui peut être vive. Plusieurs professionnel.les témoignent de cette complexité de se situer sur plusieurs temporalités :

« Donc il faut à la fois mettre le bébé au centre et accueillir les parents, leurs souffrances, leurs limites et leurs freins psychiques. Par exemple si c’est compliqué pour une femme de porter son bébé, si c’est trop intrusif pour elle car elle a vécu des choses compliquées qui n’ont pas été travaillées, si on lui dit « vous prenez votre bébé comme ça », et qu’on lui montre comment le faire, elle va le faire, mais cela va générer une souffrance énorme pour elle, ce qui n’est pas possible » - Amae

Des indices concrets de progrès dans la relation

Le portage est évoqué comme un révélateur de la qualité de l’interaction : un portage plus contenant traduit déjà une évolution positive selon un.e répondant.e. Les séances pluridisciplinaires sur le tapis sont également des moments marquants, notamment pour les co-parents, souvent émerveillés de constater les progrès de leur enfant.

*« C’est fascinant car on peut observer les stades de développement, et notamment des changements qui étaient entravés. Un bébé dépressif par exemple va montrer des signes de fragilité, et nous on va pouvoir montrer des signes des évolutions de l’interaction aux parents. **Un bébé peut pleurer beaucoup au début, ou alors être très discret car il faut se faire petit, et à un moment donné on observe qu’il peut babiller, qu’il peut être dans l’interaction car il a trouvé sa place** » - Amae*

Selon les trois équipes mobiles, les évolutions sont hétérogènes selon les familles : certaines mères intègrent rapidement les conseils et établissent un lien renforcé avec leur bébé, tandis que d’autres nécessitent un suivi long, sans évolution significative. Dans certains cas, des profils psychiques complexes font que l’ajustement aux besoins et ressentis de l’enfant est plus difficile.

*« C’est vraiment très indépendant de chaque mère : avec certaines on rame pour qu’il se passe de toutes petites choses, avec d’autres il suffit d’actionner. **Il y a des mamans à qui on dit qu’il suffit de se mettre à la place de l’enfant et tout se crée, les liens se font.** » - Amae*

Les équipes mobiles facilitent un meilleur développement de l’enfant

Le lien entre état psychique de la mère et développement de l’enfant

Un lien fort est établi par les différent.es professionnel.les entre **état psychologique de la mère et développement de l’enfant** : des bébés « absents », peu éveillés ou silencieux en cas de dépression maternelle, et une amélioration visible du bébé lorsque la mère commence à aller mieux, renforçant l’idée que **le soin à la mère soutient aussi le développement de l’enfant**.

« Quand la maman est déprimée, l'enfant est presque absent dans les premières consultations. On peut avoir des enfants qui ne babillent pas du tout. C'est prouvé scientifiquement que la dépression de la maman agit sur le développement psychomoteur de l'enfant, et les familles le constatent eux-mêmes. La maman se soigne et on voit le bébé qui va de mieux en mieux. » - Louis Mourier

La relation entre dépression maternelle et les problèmes de développement cognitif et socioaffectif des enfants est bien documentée. Différents travaux de recherche en psychologie et en psychiatrie mettent en avant que l'un des effets majeurs de cette dépression réside en une altération des relations entre la mère et l'enfant, avec in fine un impact négatif sur le développement de l'enfant aux niveaux social¹⁰, émotionnel¹¹ et cognitif^{12,13}, ainsi qu'une survenue plus probable de troubles psychopathologies précoces¹⁴.

Ainsi, en soutenant précocement les mères vulnérables, les équipes mobiles contribuent à **prévenir les troubles développementaux et relationnels** du nourrisson. Le repérage rapide d'un risque de dépression maternelle ou d'une difficulté dans les interactions permet d'intervenir au plus tôt.

Des évolutions positives observées sur le développement du bébé

Le **développement du bébé, évalué via des observations cliniques, est décrit comme très variable** par les membres des équipes mobiles : certains enfants évoluent bien et soutiennent activement le lien parental, tandis que d'autres qui présentaient des fragilités plus importantes (retards, troubles du tonus, repli, hypervigilance, symptômes liés à l'attachement) peuvent garder des fragilités résiduelles. Selon la situation, les interventions peuvent être courtes (si le bébé va bien) ou nécessiter un soutien prolongé et pluridisciplinaire pour parvenir à un meilleur développement du bébé.

Les professionnels relèvent des **évolutions positives après leurs actions : amélioration de la motricité grâce à la kinésithérapie, éveil accru grâce à la stimulation, interactions renforcées** via la guidance parentale.

« Quand il y a des problèmes de développement, ce qui n'est pas toujours le cas, s'il y a une intervention de la kinésithérapeute, **on se rend compte que les mouvements du bébé qui étaient anarchiques et pas symétriques s'améliorent**. Si le bébé a du mal à tenir sa tête, la kiné va intervenir à plusieurs reprises pour faire en sorte que le bébé tienne sa tête, et regarde le parent dans les yeux alors qu'il ne le faisait pas. Si le bébé est en retrait car peu stimulé, l'objectif c'est de faire que le bébé soit plus réveillé, dans l'interaction. » - Jean Verdier

« **Ils font les acquisitions fondamentales mais on sent que ce n'est pas complètement solide**, il y a des signes d'insécurité affectives, des symptômes liés à des troubles de l'attachement... il y a quand même des décalages. Certains se développent sous un versant plus autonome. Par exemple des petites filles très compétentes, dont on peut imaginer qu'elles auront des places un peu plus parentifiées. » - Jean Verdier

¹⁰Hipwell A. E., Murray L., Ducournau P. & Stein A. (2005), *The Effects of Maternal Depression and Parental Conflict on Children's Peer Play*, Child Care, Health and Development, 31(1), 11-23.

¹¹Goodman S. H., Brogan D., Lynch M. E. & Fielding B. (1993), *Social and Emotional Competence in Children of Depressed Mothers*, Child Development, 64(2), 516-531.

¹²Hay D. F. (1997), *Postpartum Depression and Cognitive Development*, dans Postpartum Depression and Child Development (L. Murray & P. J. Cooper [eds.]), 85-10, New York, Guilford Press.

¹³Paulson J. F., Keefe H. A. & Leiferman J. A. (2009), *Early Parental Depression and Child Language Development*, Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 50(3), 254-262.

¹⁴Field T. (1986), *Models for Reactive and Chronic Depression in Infancy*, New Directions for Child Development, 34, 47-60.

Un repérage et une orientation précoce permis par les équipes mobiles

En parallèle du travail sur le lien parent-bébé, les équipes mobiles jouent un rôle clé dans le repérage précoce des troubles du développement de l'enfant. Leur réactivité et leur présence à domicile permettent d'éviter des retards de diagnostic pouvant aller jusqu'à plusieurs années.

« L'équipe mobile permet un repérage et une orientation extrêmement précoce des troubles du neurodéveloppement. **Sans l'équipe mobile, on attendrait que ça soit repéré par les parents**, il y aurait des retards de diagnostic de plusieurs années. » - Maternité Tenon (Amae)

« Que l'équipe mobile vienne au domicile permet vraiment de détecter, et de faire une meilleure orientation vers la psychomot, le CMP enfant... » - UPEP Vivaldi (Amae)

« Comme il n'y a plus assez de psychologues en PMI, en CMP, ce soin ne se faisait pas, les enfants arrivaient à l'âge de 3 ans en maternelle, étaient diagnostiqués et c'est comme cela qu'ils accédaient au soin. **Cette période de la grossesse, jusqu'à l'arrivée à l'école était dans la non-prise en charge avant l'équipe mobile.** » - Maternité Jean Verdier

Également, dans des situations où les équipes connaissent déjà la famille, dans des cas de retard de développement ou de suspicion d'autisme, les équipes mobiles peuvent intervenir plus rapidement en suivant la grossesse. L'observation des mouvements généraux permet un repérage plus précoce des fragilités chez le bébé ; corrélée avec des risques de troubles du neurodéveloppement.

La durabilité du retour vers le soin

Les dispositifs existants et orientations réalisées en aval

La fin de l'accompagnement constitue un enjeu central pour les équipes mobiles de psychiatrie périnatale, où se joue la continuité des soins et le passage de relai vers d'autres dispositifs.

« Généralement on fait un accompagnement jusqu'à ce qu'un **maillage institutionnel se fasse, vers des lieux dédiés à la parentalité qui sont en ville.** Quand on met ces accompagnements en place, notre objectif aussi c'est de faire du lien avec les différents partenaires, **dont le maillage social qu'il est aussi important de retisser de tisser : donc faire des liens avec les sage-femmes, PMI, médecins traitants...** » - Amae

« On fait beaucoup de travail de lien avec les partenaires pour que le repérage précoce permette une prise en charge précoce. » - Jean Verdier

Les équipes mobiles **insistent toutes sur l'importance de s'appuyer sur le maillage territorial en fin de prise en charge, en particulier avec les PMI.** Ces dernières sont perçues par les équipes comme des partenaires privilégiés, présentes avant et après l'intervention de l'équipe mobile, avec qui les équipes mobiles font des maillages quasi-systématiques. Les crèches apparaissent également comme des relais, qui permettent un soutien à la parentalité et sont un facteur de répit pour les familles. Ainsi, les équipes mobiles soutiennent les demandes de places en crèche quand cela est nécessaire, certaines allant jusqu'à assister aux commissions d'admission.

« [Le maillage avec les PMI est] quasiment systématique. Soit [les patients] vont déjà à la PMI, et on n'a pas besoin de faire le lien à moins qu'il y ait des éléments sur lesquels on s'inquiète et qu'on veuille un regard croisé. Si on sent qu'il y a un besoin accru, que la famille ne demandera pas forcément de l'aide on fait le lien directement avec la PMI pour ne pas que le lien se perde. » - Jean Verdier

« On fait beaucoup de soutien de demande de places en crèches, je me déplace aux commissions d'admission pour soutenir les demandes de places en crèche. Cela nous est aussi arrivé de visiter le bébé à la crèche en présence de ses référentes. » - Jean Verdier

D'après les données collectées par les équipes de Louis Mourier (Figure 10) et de Jean Verdier (Figure 11), les motifs de fin de prise en charge sont les suivants :

Figure 10. Motifs de fin de prise en charge, Louis Mourier (N=45)

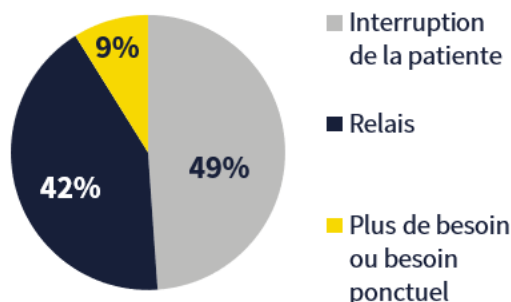
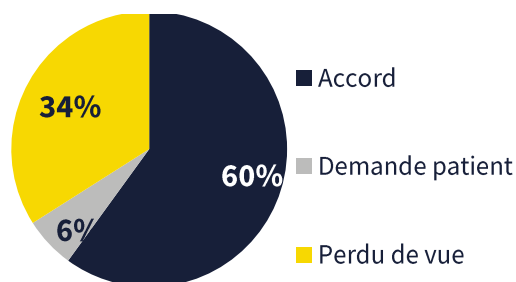
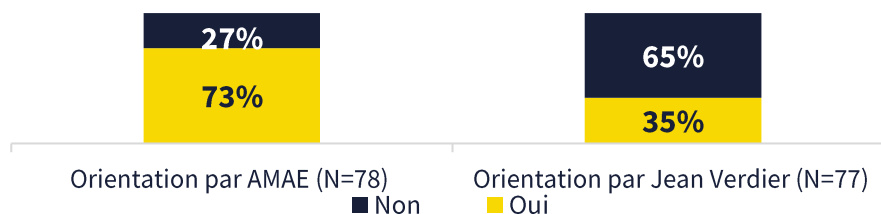


Figure 11. Motifs de fin de prise en charge, Jean Verdier (N=77)



Les trois équipes mobiles relèvent la nécessité **d'évaluer les besoins spécifiques de chaque situation et de réorienter vers les dispositifs adaptés quand ils sont nécessaires** : soins somatiques et spécialisés pour l'enfant, accompagnement psychiatrique pour les parents, structures sociales ou associatives pour les problématiques administratives, de logement ou de vulnérabilité socio-économique, et réorientation vers des dispositifs spécialisés comme le 3114 ou le 3919 dans le cas d'idées suicidaires ou de situations de violences conjugales. La Figure 12 met en avant que 73% des familles suivies par Amae ont été orientées, contre 35% des familles suivies par Jean Verdier.

Figure 12. Taux d'orientation vers des structures partenaires en fin de prise en charge (Amae et Jean Verdier)



Plus **précisément pour Amae parmi les accompagnements terminés (N=50)**, le lien PMI est établi pour 54% des patientes. Les orientations en unités mères-bébés sont réalisées dans 8% des cas, en structure de soins parents-enfant dans 16% des situations. Les équipes d'Amae orientent aussi dans 4% des cas en HAD pédiatrique APHP ou dans une structure médico-sociale CAMPS dans 6% des cas. La mise en

place d'un suivi psychologique est réalisée pour 12% des mères. Des orientations sont également faites vers des associations (2%) ou vers des hôpitaux de jour (2%).

Pour **Jean Verdier** (N=77), le lien PMI est établi pour 74% des patientes. L'orientation de prise en charge en psychiatrie périnatale est de 9% pour les patientes de Jean Verdier. Elles sont aussi orientées vers l'unité parent-bébé dans 16% des cas.

Toutes les unités soulignent le caractère sensible du **passage de relais**, qui ne se réduit pas à une transmission d'informations. La relation de confiance construite avec l'équipe mobile est difficile à transférer, et nécessite une vigilance particulière. Par exemple, les équipes mobiles Amae et de Jean Verdier témoignent organiser des rencontres communes avec la PMI, ou d'autres structures, quand elles estiment que cela est nécessaire pour que les familles poursuivent l'accompagnement. Les synthèses permettent aussi de faciliter le passage de relai, elles sont réalisées selon le besoin identifié, pour les équipes Amae et de Louis Mourier. Les équipes Amae témoignent également réaliser **des bilans à l'issue de l'accompagnement** : un bilan à destination des familles, et un bilan à destination des professionnels pour assurer la continuité des soins.

« Parfois il y en a qui ont besoin de temps, on ne passe pas forcément d'un professionnel à un autre facilement. C'est vraiment la question du lien qui entre en jeu quand on transfère à l'institution » - Jean Verdier

*« On fait des synthèses avant d'orienter, par exemple si changement de secteur, je vais rentrer en lien avec d'autres structures qui font de la périnatalité dans le secteur de la maman. Donc je prends contact avec des unités qui font de la périnatalité dans le secteur, et je m'assure que le traitement de la patiente sera couvert jusqu'à la rencontre avec le médecin du nouveau secteur. **Et notre suivi s'arrête vraiment quand le relai a été pris par l'autre secteur.** » - Louis Mourier*

Un adresseur témoigne que les accompagnements (en présentiel ou via des appels) au passage de relai participent à mettre en confiance la famille et les inscrire dans des soins pérennes, en continuant à lever les freins organisationnels aux soins que rencontrent les familles.

« Quand on sent que ce sont des familles un peu perdues, ou que l'alliance est moyenne, une personne de l'équipe mobile peut physiquement accompagner la famille à Vivaldi, c'est royal. Et cela permet de montrer qu'on se connaît, qu'ils étaient attendus, de mettre en confiance la famille. » - UPEP Vivaldi (Amae)

« Dans quasiment toutes les équipes de périnatalité, dont la nôtre : c'est à la famille d'appeler, on ne les appelle pas pour leur donner de rendez-vous, même si l'équipe mobile ou de périnatalité nous en a parlé, c'est à la famille d'appeler. » - UPEP Vivaldi (Amae)

La transition des familles en fin de prise en charge s'effectue toutefois différemment au sein de chaque équipe mobile, selon les particularités de ces dernières et les besoins des patients, différents selon les territoires. Ainsi, l'**équipe Amae** privilégie une approche centrée sur la santé et le développement de l'enfant, l'**équipe mobile de Jean Verdier** adopte une vision plus élargie, intégrant fortement les dimensions sociales et associatives dans la transition en fin de PEC, tandis que l'**équipe mobile de Louis Mourier** axe davantage sur la continuité du traitement psychiatrique des mères.

Enfin, les **équipes de Jean Verdier témoignent garder un contact téléphonique avec les patientes**, même après la fin de la prise en charge

*« **On propose toujours de garder un contact téléphonique.** Je rappelle tant qu'on est dans une situation d'arrêt d'une prise en charge : au bout de 15 jours, trois semaines ou un mois. Après cet appel-là, on voit si on a besoin de se revoir ou pas, soit on reprend les consultations,*

soit je rappelle un mois plus tard. Ces consultations téléphoniques je les continue jusqu'à ce qu'on décrète qu'il n'y en a plus besoin. » - Jean Verdier

Impact des équipes mobiles sur le retour des patients vers le soin

Les membres des équipes mobiles soulignent que l'une de leurs missions principales consiste à favoriser le retour des patients vers le soin, si un accompagnement est nécessaire à l'issue de leur intervention.

*« Notre mission principale, outre le fait de faire du repérage par rapport à 'état psychique et parfois un peu d'évaluation sur l'état du bébé, sur l'état des parents et de l'accompagnement et du soutien à la parentalité, **la mission majeure c'est quand même d'orienter les patients vers des structures de soin, de raccrocher les patients vers les soins.** » - Amae*

Dans certaines situations, l'accompagnement de l'équipe mobile suffit : l'équipe Amae estime qu'environ **un tiers des familles** n'ont pas besoin de relais ultérieur.

Toutes les équipes insistent sur le fait qu'elles disposent encore de **peu de recul**, en raison de la jeunesse des dispositifs, et d'un suivi post-orientation qui n'est pas systématique : une fois le relais fait, les équipes n'ont pas toujours de nouvelles des patientes, sauf lorsque celles-ci reviennent spontanément en cas de difficulté, ou simplement pour donner des nouvelles à l'équipe mobile. Les différentes équipes mobiles **témoignent, pour les familles pour lesquelles elles ont du recul, que ces dernières adhèrent en majorité au soin quand un adressage a été travaillé.**

« Ce qu'on sait c'est que les familles qui ont été orientées vers des endroits y sont restées. Il y a une continuité du soin dans la majorité des cas. » - Amae

« On a tendance à penser que quand la situation s'est stabilisée, les choses durent. Ça c'est pour les familles pour lesquelles on a du recul car elles viennent nous donner des nouvelles. Après il y a celles pour lesquelles cela ne se fait pas : la personne est en rupture, les choses ne tiennent pas dans le temps quand on essaye de les mettre en place » - Jean Verdier

Différents adresseurs mettent également en avant le fait que les liens créés avec les patientes favorisent une inscription dans un dispositif de soin :

« Oui je pense, parce que la grossesse est un moment particulier, elles les voient régulièrement, elles ont un lieu où elles peuvent venir, un lien de confiance se crée, qui permet une meilleure prise en charge sur le long cours. » - Maternité Jean Verdier

*« Ils ont une mission de **lien avec la psychiatrie adulte : cela permet de réinscrire les mères dans des soins pour elles** également. » - UPEP Vivaldi (Amae)*

Pour pallier ce manque de données, l'équipe Amae a initié un **protocole de recherche** consistant à recontacter les anciennes patientes lorsque leur enfant atteint l'âge de deux ans. Un **questionnaire téléphonique** est alors administré pour évaluer l'impact de l'accompagnement de l'équipe mobile sur la mère et son enfant. L'étude explore plusieurs dimensions : la santé et le développement psychomoteur du bébé, la santé mentale maternelle, le sentiment de compétence parentale et l'accès aux soins. Au moment de l'entretien (i.e. en septembre 2025), 15 familles avaient répondu, sur les 45 prévues d'ici fin décembre. Les premières réponses indiquent un bon accès au soin pour les mères et leurs enfants celles-ci consultant plus fréquemment des **pédiatres** que des médecins généralistes, et maintenant un suivi régulier auprès des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, vaccination).

La durabilité du retour vers le soin semble enfin dépendre de plusieurs facteurs : la stabilité psychique atteinte, le degré d'organisation que la prise en charge demande à la famille, mais aussi la qualité du lien transféré vers l'institution. Un.e professionnel.le de Jean Verdier observe que **les familles les plus stabilisées** sont souvent celles qui s'engagent facilement et de manière durable dans le soin, tandis que celles en plus grande difficulté nécessitent un accompagnement rapproché pour éviter les ruptures.

Zoom sur : La mission de protection de l'enfance des équipes mobiles

Les équipes mobiles ont une mission de prévention, mais également de vigilance vis-à-vis de la protection de l'enfance. L'enjeu des équipes mobiles est de concilier regard non-jugeant et bienveillant sur la parentalité, avec le devoir de signalement quand la sécurité de l'enfant est en jeu. **Ainsi, dans les situations les plus inquiétantes pour le bébé, une information préoccupante (IP) peut être transmise, mais cette démarche est minoritaire** (Figure 13). L'objectif reste préventif : rappeler les règles de base de protection et d'éducation, travailler la prise de conscience avec les parents, et mobiliser les partenaires pour un soutien renforcé, permettant d'éviter les placements.

« On ne met pas une IP parce qu'une famille a loupé deux rendez-vous. On travaille avec des familles qui dysfonctionnent, tout dysfonctionnement ne génère pas une IP. » - Jean Verdier

« On fait de la prévention, on rappelle qu'on ne laisse pas un bébé seul, qu'il ne doit pas être exposé aux écrans. Cela permet d'appuyer nos messages sur les recommandations sociales et légales. » - Amae

Les équipes soulignent **plusieurs éléments facilitateurs** :

- L'anticipation en anténatal quand la vulnérabilité est repérée avant la naissance, ce qui permet de préparer les échanges avec la famille
- La collaboration avec les maternités & PMI permet de co-rédiger / relayer des IP, limitant la charge de l'équipe
- La posture : expliquer la démarche, insister sur le fait que l'IP vise à obtenir de l'aide et n'est pas une sanction.

Figure 13. Taux d'IP par unité

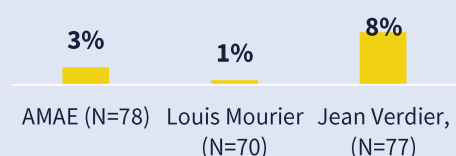


Les **ordonnances de placement provisoires (OPP)** constituent quant à elles des situations complexes, souvent vécues comme un choc pour les familles et une épreuve pour les équipes. Deux configurations principales sont décrites :

- Dans la majorité des cas, l'annonce du placement entraîne une rupture du lien : « Quand on annonce une OPP, neuf fois sur dix la famille nous en veut et on la perd de vue. » - Amae
- Mais dans certains cas, lorsque la décision peut être accompagnée et expliquée, les équipes parviennent à maintenir un lien thérapeutique et à transformer l'épreuve en soutien : « Quand on arrive à travailler le placement avec la famille, à retourner les voir, c'est plus apaisé. C'est complexe, mais ça peut devenir un travail positif. » - Amae

Les OPP soulignent ainsi la nécessité de collaborations resserrées avec les partenaires.

Figure 14. Taux d'OPP par unité



Ainsi, **l'accompagnement des équipes mobiles de psychiatrie périnatale participe à l'apparition de multiples impacts sur les familles suivies.**

- Il favorise d'abord une **amélioration du bien-être psychique des mères**, avec une diminution des symptômes dépressifs, un regain de confiance dans sa capacité maternelle et une plus grande stabilité émotionnelle.
- Le **travail mené soutient également la relation parent-enfant** : les parents développent une meilleure compréhension des besoins de leur bébé, ajustent leurs interactions et gagnent en assurance dans leurs gestes et postures.
- Ces **évolutions contribuent à une stimulation du développement de l'enfant**, et à un meilleur développement de ce dernier, renforcées par l'intervention précoce et la collaboration pluridisciplinaire avec d'autres professionnels.
- Les familles **acquièrent par ailleurs des connaissances sur la parentalité, qu'elles diffusent pour certaines à leur entourage.**

Enfin, le **travail de maillage territorial** mené par les équipes avec les PMI, les crèches et les structures de soin **facilite le relais et la continuité de la prise en charge**. Si le retour vers le soin s'avère durable pour certaines familles, d'autres demeurent fragiles, ce qui souligne l'importance d'un accompagnement attentif lors des phases de transition.

Conclusions

Les vulnérabilités psychiques, sociales et relationnelles qui traversent la période périnatale constituent des facteurs majeurs de risque pour le bien-être des mères et le développement de l'enfant, en particulier lorsqu'elles se cumulent et se prolongent dans le temps. Ces enjeux appellent des réponses adaptées, capables d'intervenir précocement, dans des temporalités ajustées à celles de la maternité, de la parentalité naissante et de la petite enfance.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le développement des équipes mobiles de psychiatrie périnatale, conçues comme un **dispositif innovant**, articulé autour de la **pluridisciplinarité**, de la **mobilité**, de la **réactivité** et d'un **ancrage territorial fort**. Leur objectif est double : prévenir l'aggravation des situations de vulnérabilité et garantir une accessibilité effective aux soins psychiques pour des familles qui, en l'absence de ce dispositif, resteraient très souvent en marge des parcours de soins classiques.

La **méthodologie de cette étude** repose sur une approche mixte, combinant une analyse quantitative des données de suivi des équipes mobiles et une enquête qualitative auprès des membres des équipes mobiles et adresseurs.

Les résultats mettent en lumière la **complexité et la diversité des situations familiales accompagnées**, marquées par des vulnérabilités sociales, psychiques, migratoires ou relationnelles souvent cumulatives. Ce cumul accentue le risque de dépression parentale, de difficultés dans la construction du lien parent-enfant et, à terme, de troubles du développement de l'enfant. Face à ces enjeux, les équipes mobiles apportent une réponse adaptée, souple et sur mesure, qui repose sur une intervention précoce et une forte capacité à aller vers les familles.

Sur le plan opérationnel, l'étude confirme l'**efficacité des équipes mobiles à réduire les délais d'accès aux soins**, à sécuriser les orientations et à renforcer l'adhésion des patientes. La souplesse des modalités d'adressage, la possibilité d'intervenir au domicile et le travail en binôme sont autant de leviers qui permettent de s'adapter à la temporalité particulière de la période périnatale, où quelques semaines peuvent suffire à modifier profondément une situation. Les équipes constituent ainsi, pour de nombreuses familles, la **seule porte d'entrée effective dans le parcours de soin**. Une marge de progression a été identifiée concernant les patientes perdues de vue, par les équipes mobiles et les données d'activité étudiées.

Les résultats soulignent également la **cohérence structurelle** du dispositif. Les équipes mobiles s'intègrent de manière fluide dans l'écosystème périnatal : elles coopèrent avec les maternités, les services de néonatalogie, les PMI, les CMP, les praticiens libéraux, les unités mères-bébés et le secteur médico-social. Cette **complémentarité**, fondée sur la confiance et l'absence de doublons, favorise la continuité des prises en charge, réduit les ruptures de parcours et renforce la prévention. Elle contribue également à fluidifier l'organisation des soins.

Par ailleurs, l'étude met en évidence une **reconnaissance forte des équipes mobiles par leurs partenaires**, qui les perçoivent comme un dispositif à la fois innovant, accessible et indispensable. Leur capacité à assurer des relais rapides, à faciliter les sorties de maternité et à sécuriser les suivis est identifiée comme un atout majeur, particulièrement dans les territoires où les ressources en santé mentale périnatale sont limitées.

Ainsi, les équipes mobiles, par leur réactivité, leur inscription dans les réseaux, leur approche pluridisciplinaire et leur capacité à aller vers les familles, renforcent la prévention, l'équité d'accès aux soins et la continuité des parcours. Leur action répond à des besoins spécifiques, non couverts par les dispositifs classiques, dans une logique de complémentarité entre les acteurs qui favorise la cohérence globale du système.

Recommendations

Les **recommandations présentées ci-dessous sont issues des retours des équipes mobiles et de leurs partenaires**. Elles ont ensuite été priorisées dans un atelier dédié, avec les médecins coordinateurs.ices des différentes équipes mobiles de psychiatrie périnatale, et **sont donc présentées par ordre de priorisation** (de la plus prioritaire à la moins prioritaire).

Ressources humaines, matérielles et organisation interne

Constat

Les équipes mobiles reposent sur une dynamique interdisciplinaire essentielle. Toutefois, certaines équipes **relèvent un besoin de pérennisation des postes existants**. De plus, dans certaines équipes, le faible nombre de profils complémentaires (ex. profil non psy pour Jean Verdier) limite la capacité d'adaptation des équipes aux besoins des familles rencontrées.

Les **équipes relèvent des besoins matériels** : téléphones portables, voitures de service et ordinateurs portables ; mais aussi des besoins de **coordination accrue** pour certaines (Jean Verdier) : les plannings sont sur des agendas papiers, ce qui limite la souplesse organisationnelle de l'équipe mobile.

Recommandations

La **priorité identifiée porte sur la pérennisation des postes existants**, puis l'intégration de profils correspondant aux besoins des équipes mobiles, notamment :

- Pour Amae : assistante sociale & personne en charge de la communication ;
- Pour Jean Verdier : médiateur en santé, professionnel.le non psy.

Par ailleurs, **l'organisation interne pourrait être renforcée via l'usage systématique** :

- D'ordinateurs portables sécurisés et téléphones professionnels pour chaque membre d'une équipe mobile ;
- D'une voiture attitrée à l'équipe mobile, pour celles qui en expriment le besoin ;
- D'un agenda numérique partagé pour l'équipe (et un second pour la voiture).

Interconnaissance, visibilité et communication externe

Constat

La visibilité des équipes mobiles auprès des partenaires du périnatal varie selon les territoires. La **place et les missions des équipes mobiles demeurent parfois mal identifiées par une partie du réseau périnatal, notamment concernant leur périmètre d'intervention géographique**.

De plus, certaines maternités ou structures médico-sociales savent comment les solliciter, tandis que d'autres ne sont pas **totalelement au fait des modalités d'adressage**.

Enfin, la présentation des équipes mobiles a également pu freiner des patientes dans leur prise en charge. Notamment, **l'association du terme « psychiatrie » à des pathologies graves génère parfois de la stigmatisation** et peut empêcher certaines familles d'être accompagnées par les équipes mobiles.

Recommandations

La **visibilité des équipes mobiles peut être renforcée**, mais de manière contrôlée, claire et déstigmatisante. Pour cela, plusieurs pistes sont envisagées :

- **Améliorer les supports de présentation actuels.** La mise à jour des sites de l'AP-HP est notamment prévue dans le cadre de la nouvelle collégiale de psychiatrie, et identifiée comme un élément facilitateur par les équipes mobiles.
- Développer des **actions de communication ciblées** :
 - **Vers les maternités** : Organisation de rencontres de présentation (*sous condition que les équipes soient pérennisées*).
 - **Vers les réseaux périnataux** : Organisation d'évènements, par exemple des soirées thématiques avec les CPTS pour renforcer l'interconnaissance des réseaux périnataux, et permettre aux équipes d'être identifiées comme ressources.
 - **Vers le grand public**,
 - Renforcer la présence sur les réseaux sociaux des équipes mobiles ou mobiliser les réseaux de l'AP-HP. Ces actions ont une double visée de prévention, et de présentation des équipes mobiles.
 - Etre recensés par Psycom, site d'information sur la santé mentale
 - Concernant les actions à destination du grand public, il s'agit de présenter les équipes d'abord comme ressources de soutien à la parentalité et au lien, avant d'évoquer leur expertise clinique en psychiatrie.
- **Renforcer la communication interne** : Recenser les ressources déjà existantes au sujet des équipes mobiles et créer une page dédiée permettant de centraliser les informations et de faciliter leur diffusion.

Plus globalement, les équipes mobiles soulignent la nécessité d'améliorer la lisibilité de l'ensemble de l'écosystème de psychiatrie périnatale.

Dans un second temps, il apparaît essentiel de **clarifier les modalités d'adressage** et les **périmètres territoriaux de chaque équipe mobile**.

Outils de suivi clinique et d'évaluation

Constats

Suivi des indicateurs

Les **données suivies par les équipes mobiles diffèrent à date**. Différents échanges ont été réalisés entre les équipes mobiles dans le but d'uniformiser ces données, via RedCap, mais l'accès à ce logiciel de recherche a été refusé en l'absence de projet de recherche associé (Louis Mourier).

Pratiques d'évaluation

Les **pratiques d'évaluation réalisées par les différentes équipes mobiles varient également**, de l'utilisation d'outils standardisés à des observations cliniques plus souples :

- Amae : Les outils cliniques déployés sont l'EPDS, l'évaluation de la santé mentale et physique des parents, et de l'état du bébé. L'ADBB est parfois utilisée ;

- Jean Verdier : Pas de recours systématique à des outils standardisés, l'évaluation repose sur des observations cliniques, l'échelle de Brazelton, et l'observation des mouvements généraux sans traçabilité systématique ;
- Louis Mourier : l'EPDS est passée en amont de la prise en charge par l'équipe mobile, il n'existe à date pas de traçabilité des évaluations.

Recommandations

Suivi des indicateurs

L'équipe de Louis Mourier va **lancer un appel à mécénat pour mettre en place un outil de suivi**. Lors de l'atelier d'élaboration des recommandations, la possibilité d'un appel à mécénat qui concernerait les trois équipes a été évoqué. **Cette recommandation porte donc sur la modification de cet appel à mécénat, pour intégrer les équipes de Louis Mourier, Jean Verdier et Amae.**

Pratiques d'évaluation

Pour uniformiser les pratiques d'évaluation, il est ressorti de l'atelier que les différentes équipes mobiles **travaillent sur un socle commun, visant à uniformiser les pratiques d'évaluations, via la création d'un groupe de travail dédié.**

L'objectif visé ne porterait pas sur une uniformisation de toutes les échelles, jugée non-prioritaire, mais de se mettre d'accord sur des éléments communs.

Complémentarité et articulation avec les acteurs du social et médico-social

Constats

Les échanges menés dans le cadre de l'étude mettent en avant la nécessité de **renforcer la complémentarité entre les équipes mobiles de psychiatrie périnatale et les acteurs socio-éducatifs**. Le secteur socio-éducatif, aujourd'hui fragilisé, connaît en effet une grande hétérogénéité selon les territoires. Certains services de l'Aide Sociale à l'Enfance disposent d'équipes stables, permettant un travail partenarial fluide ; ailleurs, les ressources sont insuffisantes et la collaboration devient difficile à organiser.

Même lorsque les équipes existent, la **compréhension mutuelle des rôles n'est pas toujours acquise**. Les professionnels éducatifs peuvent parfois percevoir difficilement l'intérêt ou la temporalité des interventions des équipes mobiles, notamment lorsqu'ils n'interviennent pas sur le même registre ou n'ont pas les mêmes leviers d'action. Cette méconnaissance réciproque peut freiner la coordination et limiter l'efficacité globale des interventions au bénéfice des parents et bébés.

Recommandations

Un **renforcement de la coopération avec le secteur socio-éducatif** apparaît intéressant, mais conditionnel à la bonne santé des services éducatifs. Dans le contexte de pérennisation des équipes mobiles, il semble important de ne pas augmenter la charge de sollicitations tant que les ressources disponibles restent limitées.

Le développement de **formations croisées et de temps d'échange** peut constituer un levier pour favoriser une compréhension partagée des rôles, apaiser les tensions liées aux représentations professionnelles et installer une culture commune autour de la clinique du bébé. Certaines initiatives existent déjà au sein des équipes mobiles et pourraient être élargies ou formalisées.

Enfin, il serait pertinent de **capitaliser sur l'expérience acquise** : formaliser les bonnes pratiques, structurer les processus de passation et documenter les apprentissages accumulés pour soutenir la montée en compétence des futures équipes mobiles qui vont se constituer.

Echanges d'informations et transmissions

Constat

Plusieurs acteurs déplorent **l'absence de l'intégration des notes des équipes mobiles dans le dossier partagé Orbis**, réduisant la traçabilité du travail réalisé et compliquant la coordination interprofessionnelle.

Par ailleurs, **certaines procédures, comme le remplissage des fiches d'adressage, restent chronophages**, faute d'outils automatisés (Amae). Les partenaires doivent ressaisir des informations de base déjà disponibles dans leurs systèmes, ce qui ralentit les démarches et mobilise du temps au détriment du travail clinique.

Recommandations

Plusieurs recommandations ont émergé de ces constats :

- **Renforcer l'interopérabilité des outils, via l'utilisation d'Orbis**, pour améliorer la circulation des informations et la lisibilité des interventions des équipes mobiles.
- **Pour l'équipe Amae, simplifier et automatiser certaines procédures**, notamment l'adressage, grâce à des formulaires en ligne ou des pré-remplissages, afin de libérer du temps pour les professionnels.
 - L'équipe Amae a notamment mentionné qu'elle allait mettre en place un formulaire en ligne à destination des adresseurs, visant à simplifier les procédures d'adressage.

Perte de vue des patientes & durabilité de l'accompagnement

Constat

Enfin, **concernant les patientes perdues de vue** et la durabilité de l'accompagnement des équipes mobiles, l'atelier de co-construction des recommandations a également permis d'échanger sur la possible inclusion de pairs-aidants. Cette piste n'a pas été retenue comme recommandation en raison du caractère très spécifique des interventions des équipes mobiles (à domicile majoritairement, dans le cadre d'une fenêtre périnatale particulière, avec une diversité importante des problématiques rencontrées par les familles), qui ne permettent pas, selon les membres des équipes, l'inclusion de pairs-aidants aux dispositifs.

Recommandation

Une recommandation porte donc sur l'analyse de ces patientes perdues de vue, pour en tirer des pistes d'action dans un second temps, et potentiellement (ré)étudier la pertinence de l'inclusion de pairs-aidants.

Additionnellement à ces recommandations, des éléments réalisés par les équipes mobiles et identifiés comme de réels leviers sont :

- Le développement des prises en charge anténatales
- Le maintien d'une souplesse organisationnelle

Annexes

Amae

- Logement
- Contexte social
- Date de la première demande
- Professionnel qui fait la demande
- Age de la mère
- Statut conjugal
- Niveau socio-économique global de la famille
- Gestité
- Parité
- Complications médicales pendant la grossesse
- Soins en per-post natal
- Antécédents psychiatriques en lien avec la grossesse
- Autres antécédents psychiatriques
- Traitements psychotropes actuels
- Date du staff de l'EMIPP
- Date 1^{er} contact téléphonique
- Date première rencontre (maternité, VAD)
- Nombre de VAD total
- Professionnels intervenants
- Interventions proposées par Amae
- Mesures de protection de l'enfance faites dans ce contexte (pas forcément par l'équipe mobile)
- Axe 1 : Diagnostic psychiatrique parent
- Axe 2 : Contexte de vie
- Axe 3 : Problèmes médicaux / développementaux du nourrisson
- Conduites autoagressives actuelles du parent
- Score EPDS
- Score CGI-S de sévérité clinique (de la situation globale pas que du parent)
- Date de fin de prise en charge
- Orientation vers des partenaires
- Score CGI-I d'amélioration globale (de la situation pas que du parent, à remplir à l'issue de la PEC)

Jean Verdier :

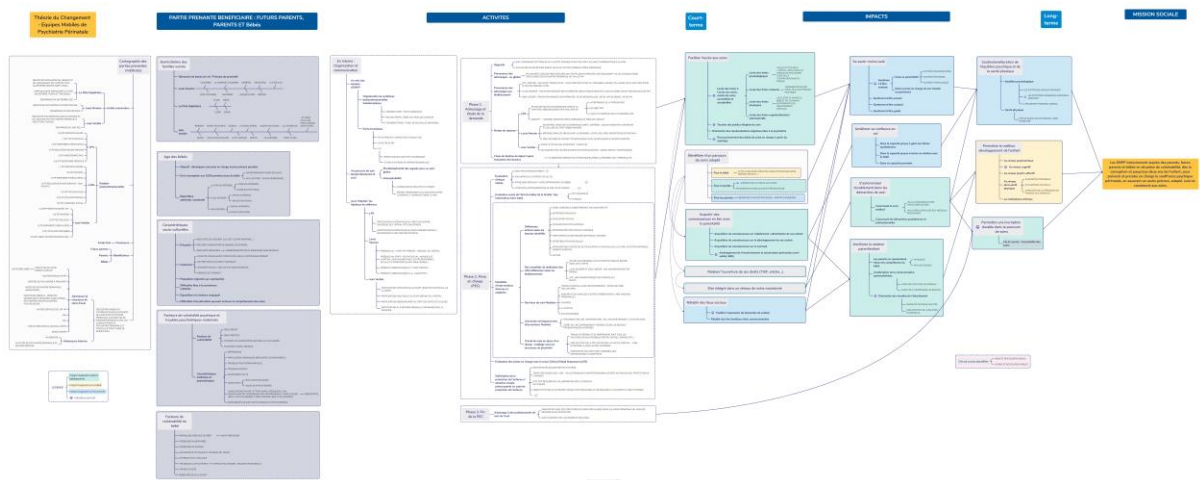
- Sexe bébé
- Âge maternel (au 31/12/2024)
- Nationalité de la mère
- Co-parent
- Suivi anténatal
- Suivi postnatal immédiat (maternité, néonatalogie, 0)
- Entretien hospitalier
- Nombre de consultations
- Nombre de visites à domicile (VAD)
- Consultations téléphoniques
- Rendez-vous manqués
- Suivi téléphonique
- Recours aux interprètes
- Réunions / Synthèses
- Demande de PEC (Staff MPS, SDC, GHR, Néonatal, Pédiatrie, PMI, autre)
- Délai de réponse (Immédiat, <7 jours, <14 jours, <30 jours)
- Âge de PEC

- PEC en cours
- Antécédents de violences
- Violences actuelles
- Parcours migratoire traumatique
- Migration de moins de 3 ans
- Migration 1re génération
- Migration 2e génération
- Grande précarité
- Logement inadapté au début de la PEC (SDF, 115, tiers, 0)
- Soutien familial inadéquat
- Isolement social
- Deuil précoce
- Deuil récent
- Placement dans l'enfance
- Dépression
- Troubles psychotraumatiques
- Troubles anxieux
- Suivi psychologique / psychiatrique antérieur
- Antécédents de tentative de suicide
- Addictions
- Complications pendant la grossesse
- Accouchement compliqué
- Pathologie médicale du bébé
- Bébé à risque d'autisme (fratrie)
- Durée de PEC
- Fréquence de PEC (3j, 7j, 15j, 30j)
- Amélioration clinique
- IP (information préoccupante)
- OPP (ordonnance de placement provisoire)
- RPP (recours protection de l'enfance)
- Brazelton
- Motif de fin de PEC (accord, demande patient, perdu de vue)
- PMI
- Orientation et partenaires
- Orientation PEC psy périnatale
- Orientation UPB
- Suivi par (psy)
- Suivi par (autre professionnel non psy)
- Assistant social (AS)

Louis Mourier

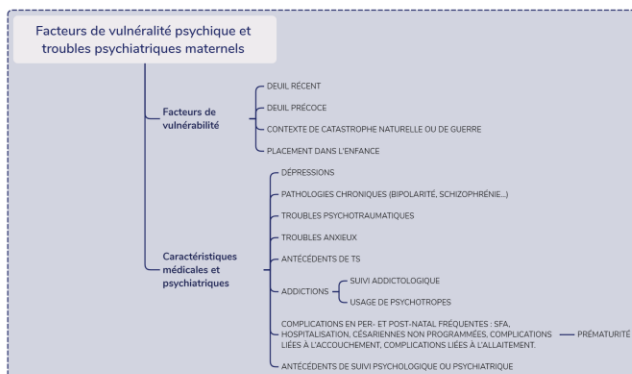
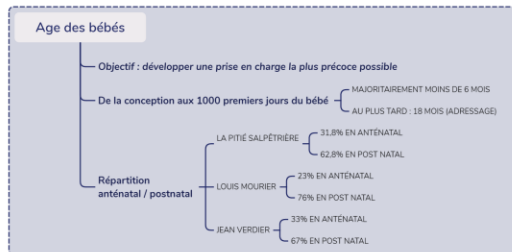
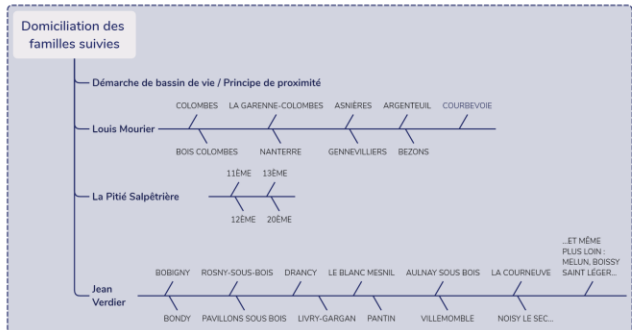
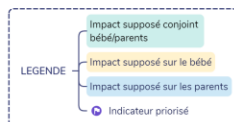
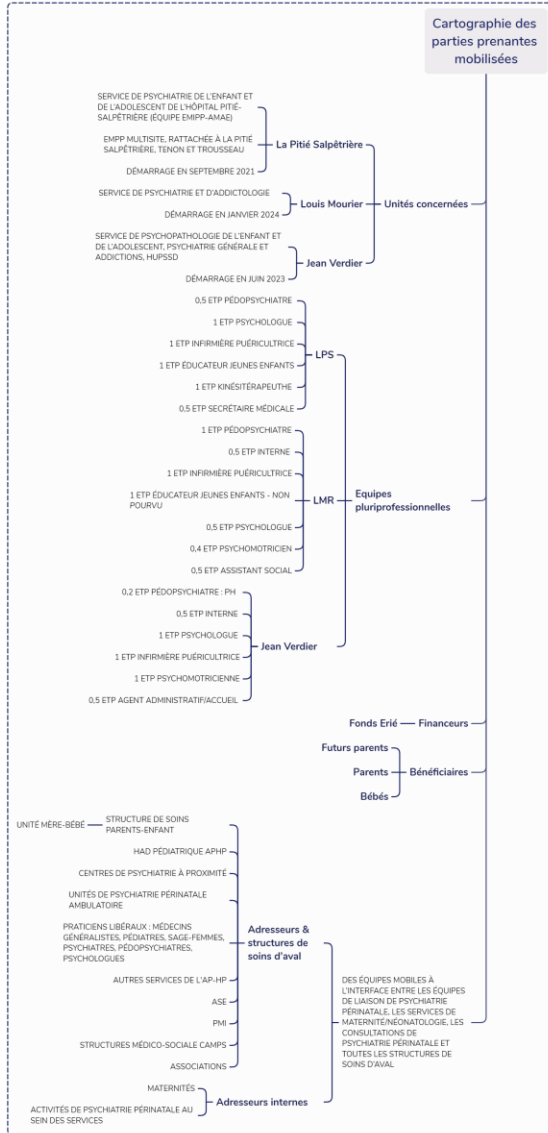
- Date de naissance
- Début de suivi (date)
- Anté ou post natal
- Fin de suivi
- Nombre de consultations
- Nombre de visites à domicile
- Professionnels intervenants
- Fin de suivi (date)
- Motif de fin de suivi
- IP / OPP

Annexe 2. Théorie du changement des équipes mobiles, vues d'ensemble et détaillée

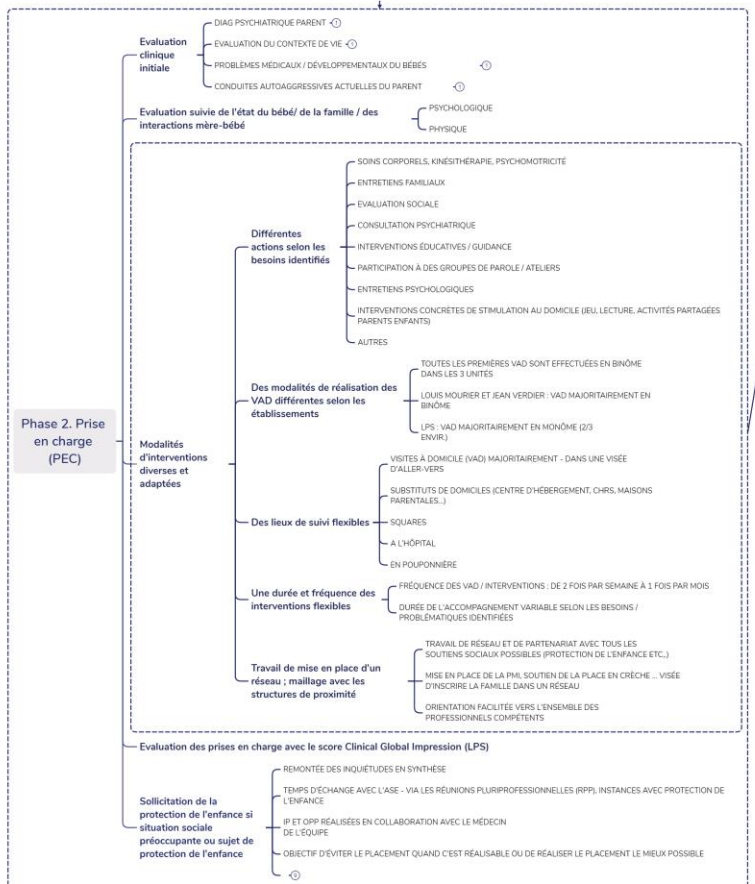
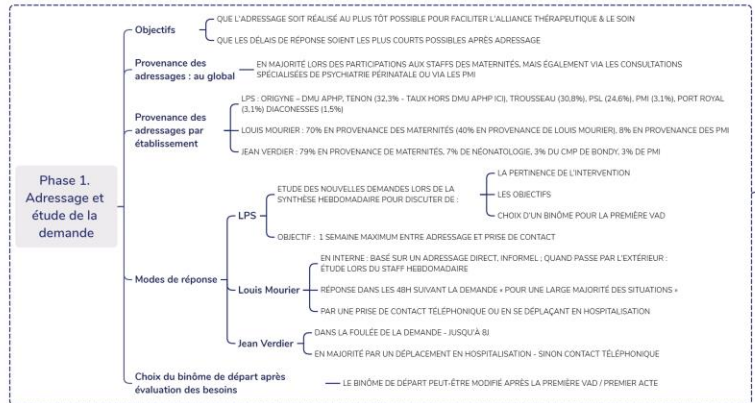
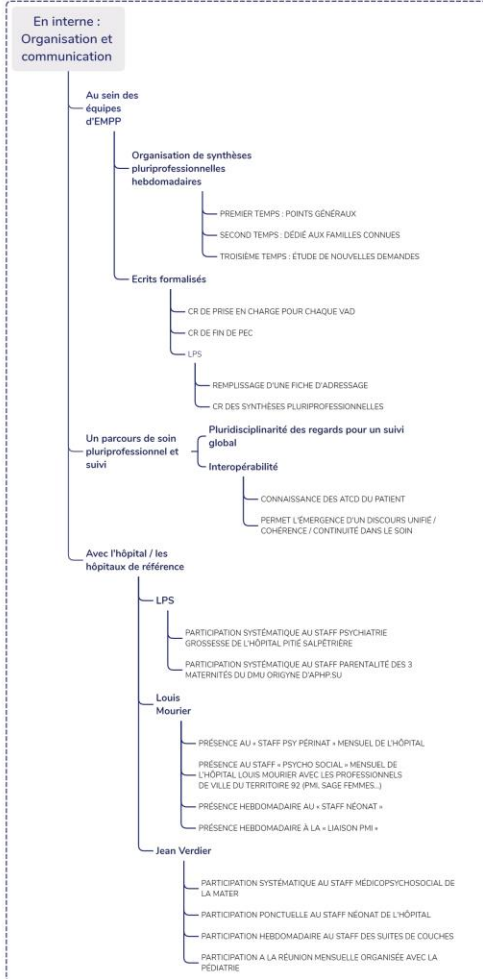


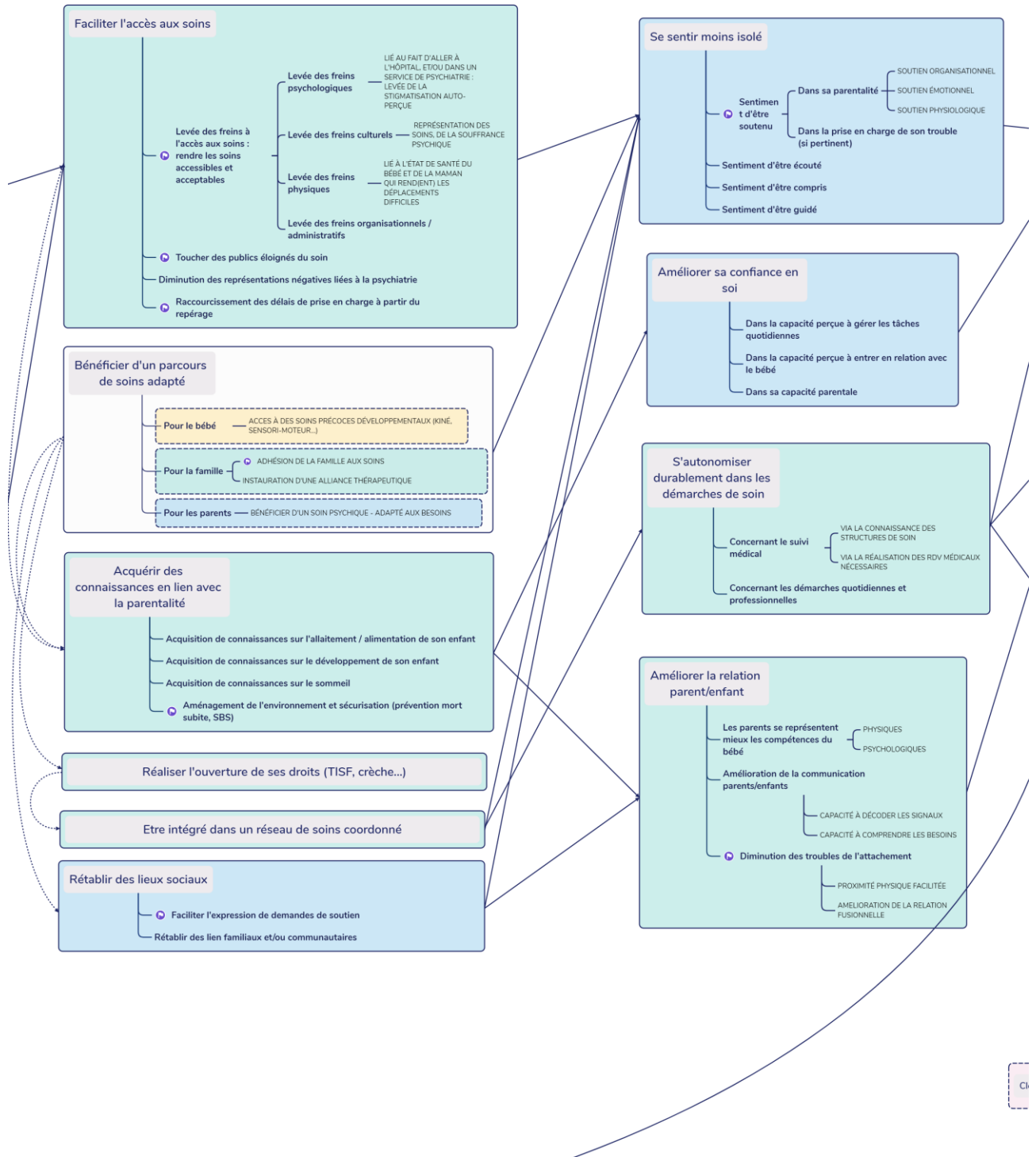
Théorie du Changement
- Equipes Mobiles de
Psychiatrie Périnatale

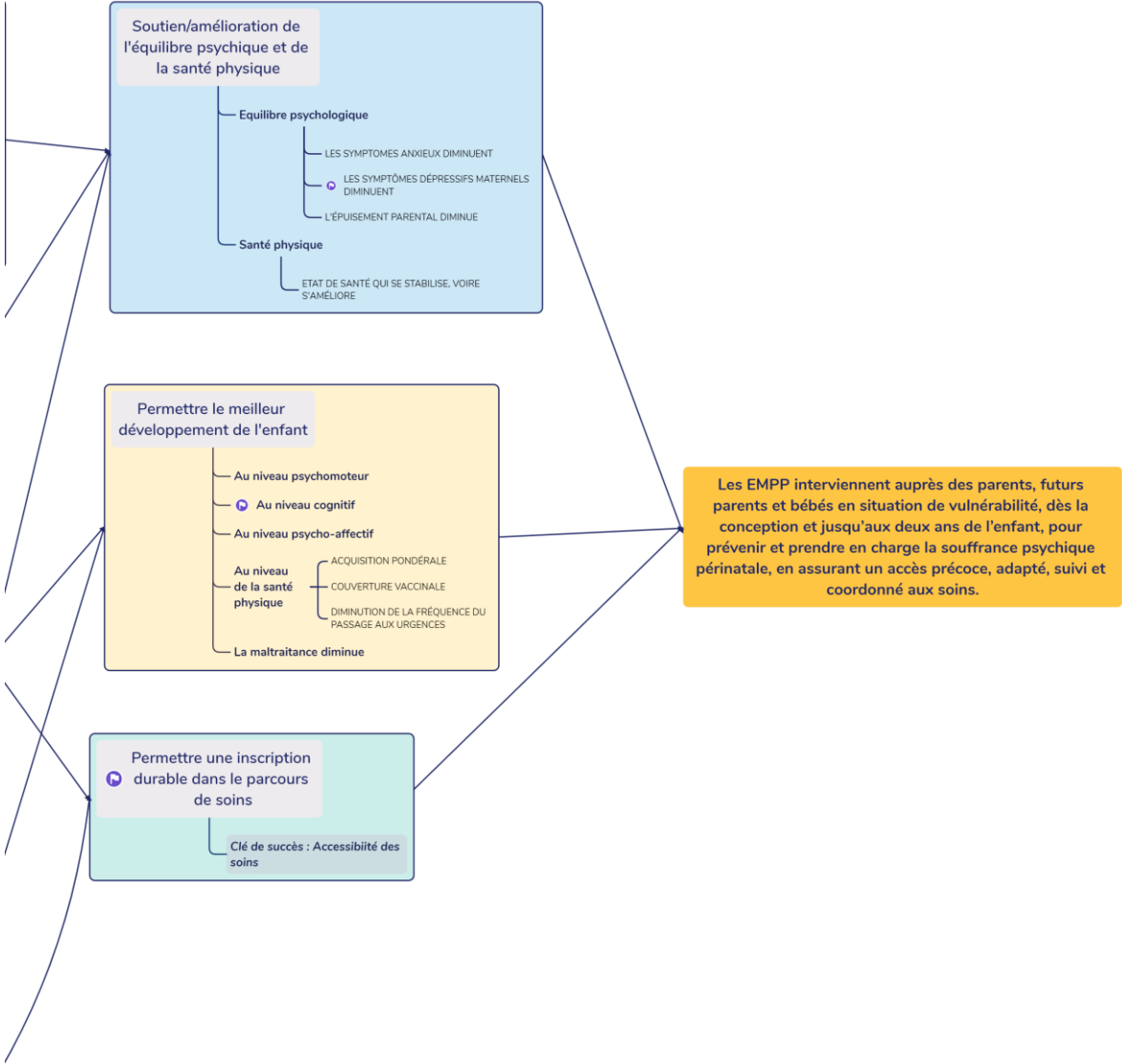
PARTIE PRENANTE BENEFICIAIRE : FUTURS PARENTS, PARENTS ET Bébés



ACTIVITES







Clés de succès identifiées { MOBILITÉ DES ÉQUIPES MOBILES
FLEXIBILITÉ DES ÉQUIPES MOBILES

Annexe 3. Questions évaluatives et impacts prioritisés

Questions Évaluatives & Impacts	Sous-dimension	Adresseurs et structures de soin	
EMPP			
Questions Évaluatives			
Les EMPP répondent-elles à un besoin réel qui ne serait pas pourvu en leur absence ?	Pertinence	x	x
Quelle est la complémentarité avec les autres dispositifs existants (PMI, etc.) de l'amont et de l'aval ?	Cohérence	x	x
Les EMPP sont-elles connues au sein de l'écosystème ? Participent-elles activement aux réseaux de prévention ? L'adressage est-il systématique quand un besoin est identifié ?	Cohérence	x	x
L'adressage est-il réalisé efficacement (délai entre identification besoin et adressage) ?	Efficacité	x	x
Quels sont les délais d'intervention des EMPP après l'adressage ?	Efficacité	x	x
Quels sont les moments de prise en charge des patientes ? Permettent-ils d'optimiser les soins ? (Temporalité = repérage anténatal vs postnatal)	Efficacité	x	x
Suivi : Les familles sont-elles suivies sur le temps long ? Y-a-t-il des refus de prise en charge ? Y-a-t-il des pertes au cours des accompagnements ?	Efficacité	x	x
Vis-à-vis du placement : Quelles sont les mesures mises en place pour éviter le placement des bébés ? Quels sont les taux de bébés placés ? Les placements sont-ils réussis lorsque ces derniers ont lieu ?	Efficacité	x	x
Les équipes ont-elles suffisamment de ressources pour atteindre leurs objectifs et assurer de bonnes conditions de travail ?	Efficacité	x	
L'équipe optimise-t-elle les ressources mobilisées (temps, coordination) ?	Efficacité	x	
Existe-t-il des dispositifs prévus permettant d'assurer/de garantir la transition des familles de l'accompagnement des EMPP vers un parcours de soin conventionnel ?	Durabilité	x	x
Les familles sont-elles assidues dans leurs démarches de soin et/ou soutien post-transition ?	Durabilité	x	x
IMPACTS			
Raccourcissement des délais de prise en charge à partir du repérage	Faciliter l'accès aux soins	x	x
Toucher des publics éloignés du soin	Faciliter l'accès aux soins	x	x
Levée des freins à l'accès aux soins : rendre les soins accessibles et acceptables	Faciliter l'accès aux soins	x	x
Adhésion de la famille aux soins	Faciliter l'accès aux soins	x	x
Aménagement de l'environnement et sécurisation (prévention mort subite, SBS)	Acquérir des connaissances en lien avec la parentalité	x	
Faciliter l'expression de demandes de soutien	Rétablir des lieux sociaux	x	
Sentiment d'être soutenu	Se sentir moins isolé	x	

Diminution des troubles de l'attachement	Améliorer la relation parent/enfant	x	
Diminution des symptômes anxieux / dépressions maternelles	Soutien/amélioration de l'équilibre psychique et de la santé physique	x	
Permettre un meilleur développement cognitif du bébé	Permettre le meilleur développement de l'enfant	x	
<i>Permettre une inscription durable dans le parcours de soins</i>	N/A	x	x

Présentation d'Improve

Nous sommes un cabinet de conseil spécialisé dans l'accompagnement de structures porteuses de projets sociaux et de santé. Nous menons pour elles des études sur le terrain, auprès de leurs bénéficiaires ainsi que de leurs membres, pour leur apporter un regard externe sur l'impact généré par leurs activités.

Présentation du contexte

Le dispositif des Équipes mobiles de psychiatrie périnatale initialement lancé en septembre 2021 est désormais entièrement déployé sur trois unités : l'équipe AMAE de la Pitié Salpêtrière, l'équipe de Jean-Verdier, et enfin celle de Louis Mourier. Le principal défi auquel sont maintenant confrontés les équipes ainsi que la direction de l'APHP est de réussir à pérenniser ce projet.

C'est dans ce cadre qu'intervient notre travail : nous cherchons à travers cette évaluation à mettre en lumière l'impact du projet sur ses bénéficiaires afin de notamment produire des éléments de preuve et de valorisation qui seront mobilisables lors du lancement de l'appel d'offre de l'ARS au 4^{ème} trimestre 2025. Aussi, les résultats permettront d'identifier des axes d'amélioration possibles dans le but de renforcer l'efficacité du dispositif.

Vos retours constituent notre principale source de données pour nos analyses et nous sont donc extrêmement précieux.

Présentation du cadre général de l'entretien

Notre échange durera entre **45 minutes et 1h maximum**, en fonction de **vos envies de développer vos réponses**. Certaines questions sont volontairement larges dans leur formulation afin de vous laisser libre de répondre comme vous l'entendez.

Toutes vos réponses ainsi que les informations que nous recueillons lors de cet entretien seront **anonymisées et resteront confidentielles**. Vos informations personnelles ne seront transmises à aucune personne en dehors de notre cabinet, donc **sentez-vous libre de répondre le plus sincèrement possible**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses — nous cherchons à comprendre votre vécu, vos ressentis, vos perceptions des impacts des EMPP sur vos patients. Ce que vous allez nous dire aujourd'hui permettra d'illustrer notre étude mais ça ne sera jamais relié à vous spécifiquement, nous utiliserons des citations au sein de notre rapport sans en nommer la source.

Si vous n'êtes pas à l'aise avec une question, vous n'êtes pas obligé d'y répondre. Vous pouvez aussi arrêter l'entretien quand vous le souhaitez.

Avant de démarrer, j'aimerais vous demander si vous êtes d'accord pour que **j'enregistre** notre entretien. Cela permet de ne rater aucune information et d'être davantage concentré sur notre échange. **L'enregistrement sera supprimé** quand nous aurons terminé notre travail.

Avant que nous ne commençons, avez-vous des questions ?

Amorce

Thème	Question	Relances
-------	----------	----------

Caractérisation générale	Pour commencer, pouvez-vous vous présenter en quelques mots et me décrire rapidement votre rôle au sein de votre unité ?	
---------------------------------	--	--

Facilitation de l'accès aux soins

Thème	Question	Relances
Publics éloignés	Pourriez-vous me parler des patients pris en charge par votre unité et de leur situation par rapport aux soins médicaux ? Existe-t-il un ou des profils prédominants ?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sont-ils particulièrement éloignés du soin ?</i> • <i>Comment est fait le repérage ?</i>
Prise en charge	Pouvez-vous m'expliquer comment se déroule la prise en charge des patients ? Quelle est le plus souvent la temporalité de prise en charge dans la vie du bébé dans votre structure ? (anténatal/postnatal) Quels sont les délais pour la prise en charge ? En quoi l'action des EMPP permet-elle de réduire les délais pour accéder aux soins / y accéder tout court ?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prise en charge systématique si besoin identifié ?</i> • <i>Selon-vous, en quoi un repérage le plus précoce possible est-il nécessaire ?</i> • <i>Stratégies mises en place pour intervenir au plus vite ?</i> • <i>En quoi les EMPP permettent-elles un repérage plus précoce ?</i> • <i>Quels sont les délais entre l'identification du besoin et l'adressage ?</i> • <i>Et les délais entre l'adressage et la prise en charge ?</i>
Levée des freins	Pouvez-vous me parler de la manière dont vous abordez les soins avec les patients ? Comment parlez-vous des sujets de santé mentale ? Concernant l'accès et le recours aux soins, quels sont les freins les plus récurrents qu'évoquent les familles ou que vous percevez ? En quoi les EMPP permettent-elles de lever ces freins ?	<i>Typologie de freins :</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Freins de disponibilité du soin (=offre)</i> • <i>Freins physiques (=demande) lié à l'état de santé</i> • <i>Freins psychologiques (=demande) notamment vis-à-vis de la perception des soins psychiatriques</i> • <i>Freins organisationnels / administratifs (=demande)</i> • <i>A quel point les soins sont-ils accessibles ?</i>
Adhésion	En lien avec ce que nous venons de voir, comment décririez-vous la manière dont les familles	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Acceptent-ils facilement les soins ?</i>

	accueillent les soins proposés par l'unité (niveau de confiance, satisfaction, refus, assiduité, ruptures de parcours, etc.) ? Avez-vous identifié des facteurs facilitants ou freinant l'implication des familles dans les soins proposés par l'unité ?	<ul style="list-style-type: none"> • Refusent-ils souvent les soins ? • Sont-ils confiants ? méfiants ? • Satisfaits / heureux ? • Assiduité ? • Abandon au cours du parcours ? • Durée d'accompagnement ?
Durabilité des soins	Pouvez-vous me parler de la transition des familles au sortir de l'accompagnement de l'unité ? Observez-vous une inscription durable dans un parcours de soins ?	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des dispositifs qui aident les familles dans la transition ? • Y-a-t-il des différences notables entre les familles ? Ex : en fonction de leur assiduité au cours de la prise en charge

Liens sociaux

Thème	Question	Relances
Sentiment de soutien	Pouvez-vous me parler de la dimension humaine de l'accompagnement de l'unité auprès des familles ?	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients parlent-ils de lien humain ? • Diminution de l'isolement ? • Sentiment/sensation de soutien ?
Demandes de soutien	Dans quelle mesure observez-vous une évolution dans la manière dont les familles expriment leurs besoins ou demandes de soutien ?	<ul style="list-style-type: none"> • Sont-elles plus fréquentes ? • Plus « aisées » ?

Amélioration du bien-être de la famille

Thème	Question	Relances
Acquérir des connaissances en lien avec la parentalité	Quels sont les changements que vous avez pu observer chez les parents vis-à-vis de leurs connaissances en lien avec la parentalité ? Dans quelle mesure ces changements sont dûs à l'action de votre unité selon-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité du bébé ? [prévention mort subite / bébé secoué] • Besoins fondamentaux du bébé • Les bonnes pratiques ?
Améliorer la relation parent/enfant	Concernant les parents toujours, quelles sont les évolutions que vous avez pu constater vis-à-vis de leur relation avec leur bébé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de l'attachement ? (deux extrêmes – pas assez / trop)

	Dans quelle mesure ces changements sont dus à l'action de votre unité selon-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Décryptage des signaux / des besoins ?</i> • <i>Communication, toucher ?</i>
Soutien/amélioration de l'équilibre psychique et de la santé physique	<p>Au cours de l'accompagnement, dans quelle mesure observez-vous une évolution de la santé mentale des mères ? Et de la santé ?</p> <p>Dans quelle mesure ces changements sont dus à l'action de votre unité selon-vous ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diminution des troubles anxieux et/ou dépressions maternelles ?</i>
Permettre le meilleur développement de l'enfant	<p>Concernant les bébés, que constatez-vous par rapport à leur développement ?</p> <p>Dans quelle mesure ces changements sont dus à l'action de votre unité selon-vous ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Développement cognitif / émotionnel</i>
Placement des enfants	Pouvez-vous me parler de la question du placement des bébés ? Est-ce un dénouement fréquent à l'issue du diagnostic ?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Comment l'éviter ?</i> • <i>Si inévitable, comment le réussir ? Le faire accepter aux familles ?</i>

Ressources et complémentarité

Thème	Question	Relances
Ressources disponibles et besoins	<p>Pouvez-vous me parler des ressources dont dispose votre unité afin de mener à bien sa mission ?</p> <p>Dans quelle mesure ces ressources sont-elles suffisantes pour exercer votre travail dans de bonnes conditions ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financières ?</i> • <i>Matérielles : ordinateurs, locaux, voitures pour VAD...</i> • <i>Qu'est-ce qui vous manquerait ?</i>
Utilisation des ressources	Comment votre équipe fait-elle pour se répartir l'utilisation des différents équipements à sa disposition ? Qu'est-ce qui vous aiderait à travailler plus efficacement ?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coordination ? Plannings ?</i> • <i>Temporalité ?</i>
Coopération avec les autres services – complémentarité de l'écosystème	Pourriez-vous me parler de la coopération avec les autres acteurs de l'écosystème ?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'unité est-elle connue au sein de l'écosystème ?</i> • <i>Quel est le niveau de participation aux réseaux de prévention ?</i>

		<ul style="list-style-type: none">• <i>Quelle complémentarité perçue ?</i>• <i>Percevez-vous des améliorations possibles ou éléments à parfaire dans cette complémentarité ?</i>
--	--	---

Fin & remerciements

Avant de finir, avez-vous quelque chose à ajouter, une question / un sujet important que nous n'avons pas abordé et dont vous souhaiteriez parler ?

Y a-t-il une question à laquelle vous vous attendiez, mais que je ne vous ai pas posée ?

Un grand merci pour votre temps et d'avoir participé à cet entretien.

Présentation d'Improve

Nous sommes un cabinet de conseil spécialisé dans l'accompagnement de structures porteuses de projets sociaux. Nous menons pour elles des études sur le terrain, auprès de leurs bénéficiaires ainsi que de leurs membres, pour leur apporter un regard externe sur l'impact généré par leurs activités.

Présentation du contexte

Le dispositif des Équipes mobiles de psychiatrie périnatale initialement lancé en septembre 2021 est désormais entièrement déployé sur trois unités : l'équipe AMAE de la Pitié Salpêtrière, l'équipe de Jean-Verdier, et enfin celle de Louis Mourier. Le principal défi auquel sont maintenant confrontés les équipes ainsi que la direction de l'APHP est de réussir à pérenniser ce projet.

C'est dans ce cadre qu'intervient notre travail : nous cherchons à travers cette évaluation à mettre en lumière l'impact du projet sur ses bénéficiaires afin de notamment produire des éléments de preuve et de valorisation. Aussi, les résultats permettront d'identifier des axes d'amélioration possibles dans le but de renforcer l'efficacité du dispositif.

Enfin, l'évaluation cherche à comprendre quels sont les différents canaux de coopération entre les EMPP et les autres acteurs de l'écosystème de la psychiatrie périnatale, afin de mettre en lumière les mécanismes vertueux d'entraide et de collaboration entre les différentes unités existantes.

Vos retours constituent notre principale source de données pour nos analyses et nous sont donc extrêmement précieux.

Présentation du cadre général de l'entretien

Notre échange va durer **environ 30 à 45 minutes**, en fonction de **votre envie de développer vos réponses**. Certaines questions sont volontairement larges dans leur formulation afin de vous laisser libre de répondre comme vous l'entendez.

Toutes vos réponses ainsi que les informations que nous recueillons lors de cet entretien seront **anonymisées et resteront confidentielles**. Vos informations personnelles ne seront transmises à aucune personne en dehors de notre cabinet, donc **sentez-vous libre de répondre le plus sincèrement possible**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses — nous cherchons à comprendre votre vécu, vos ressentis, vos idées. Ce que vous allez nous dire aujourd'hui permettra d'illustrer notre étude mais ça ne sera jamais relié à vous spécifiquement, nous utiliserons des citations au sein de notre rapport sans en nommer la source.

Si vous n'êtes pas à l'aise avec une question, vous n'êtes pas obligé d'y répondre. Vous pouvez aussi arrêter l'entretien quand vous le souhaitez.

Avant de démarrer, j'aimerais vous demander si vous êtes d'accord pour que **j'enregistre** notre entretien. Cela permet de ne rater aucune information et d'être davantage concentré sur notre échange. **L'enregistrement sera supprimé** quand nous aurons terminé notre travail.

Avant que nous ne commençons, avez-vous des questions ?

Amorce

Thème	Question	Relances
Caractérisation générale	Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et me décrire votre structure/unité/équipe ainsi que votre rôle au sein de celle-ci ?	<ul style="list-style-type: none"> • Taille ? • Nombre de patients ?
Liens avec les EMPP	<p>Quels sont vos liens avec les EMPP ?</p> <p>Quelle ancienneté de l'interconnaissance ?</p> <p>Quel degré de collaboration ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisez-vous des adressages ? • Etes-vous également une structure de soin vers laquelle les EMPP orientent des patients au terme de leur PEC ?

Facilitation de l'accès aux soins

Thème	Question	Relances
Profil des patients	<p>Pourriez-vous me parler des patients pris en charge par votre unité ?</p> <p>Quels sont ceux que vous orientez vers les EMPP ? Existe-t-il un ou des profils type ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles caractéristiques des familles ? • Comment est fait le repérage dans votre structure ?
Adressage aux EMPP – au global	Pouvez-vous m'expliquer comment se déroule l'adressage des patients vers les EMPP ?	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quels cas de figure un adressage a-t-il lieu aux EMPP ? • Est-il réalisé systématiquement quand vous identifiez un besoin ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Si non, quels sont les cas où l'adressage n'est pas fait aux EMPP ?
Adressage aux EMPP – Délais d'adressage	Quels sont les délais d'adressage aux EMPP dans votre structure ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les délais entre repérage et adressage aux EMPP ? • Et concernant les délais entre adressage et début de la PEC par les EMPP ? • Selon vous, l'action des EMPP permet-elle de réduire les délais pour accéder aux

		<i>soins ? OU d'y accéder tout court ?</i>
Levée des freins	Concernant l'accès et le recours aux soins, quels sont les freins les plus récurrents qu'évoquent les familles ou que vous percevez ? En quoi les EMPP permettent-elles de lever ces freins ?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Frein de disponibilité du soin (=offre)</i> • <i>Frein physique (=demande) lié à l'état de santé</i> • <i>Frein psychologique (=demande) notamment vis-à-vis de la perception des soins psychiatriques</i> <p><i>Freins organisationnels / administratifs (=demande)</i></p>
Besoin réel non pourvu en l'absence des EMPP	Auriez-vous des alternatives pour orienter/adresser ces familles si les EMPP n'existaient pas ?	•

Prise en charge : adhésion et durabilité

Adhésion	Comment décririez-vous la manière dont les familles accueillent les soins proposés par les EMPP (niveau de confiance, satisfaction, refus, assiduité, ruptures de parcours, etc.) ? Avez-vous identifié des facteurs facilitants ou freinant l'implication des familles dans les soins proposés par l'unité ?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Acceptent-ils facilement les soins ?</i> • <i>Refusent-ils souvent les soins ?</i> • <i>Sont-ils confiants ? méfiants ?</i> • <i>Satisfaits / heureux ?</i> • <i>Que savez-vous de l'assiduité des patients pris en charge par les EMPP lors de la PEC ?</i> • <i>Connaissez-vous les durées d'accompagnement ?</i>
STRUCTURES AVAL UNIQUEMENT Durabilité des soins – transition vers l'aval	Pouvez-vous me parler plus spécifiquement de la manière dont se fait la transition des familles entre les EMPP et votre unité – après l'accompagnement par les EMPP	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Etes-vous fréquemment sollicités par les EMPP à la fin de leur PEC ?</i> • <i>Existe-t-il des dispositifs ou outils qui aident les familles dans la transition quand elle a lieu ?</i>
STRUCTURES AVAL UNIQUEMENT Durabilité de l'inscription dans les soins	Observez-vous une inscription durable dans un parcours de soins ?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Y-a-t-il des différences notables entre les familles ? Ex : en fonction de leur assiduité au cours de la prise en charge</i>

--	--	--

Complémentarité des actions menées et améliorations

Complémentarité de l'écosystème	<p>Selon-vous, vos actions et celles des EMPP sont-elles complémentaires ?</p> <p>Percevez-vous des améliorations possibles ou éléments à parfaire dans cette complémentarité ?</p>	
--	---	--

Fin & remerciements

Avant de finir, avez-vous quelque chose à ajouter, une question / un sujet important que nous n'avons pas abordé et dont vous souhaiteriez parler ?

Y a-t-il une question à laquelle vous vous attendiez, mais que je ne vous ai pas posée ?
 Un grand merci pour votre temps et d'avoir participé à cet entretien.