



SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
DE SANTÉ
PUBLIQUE

AGIR 2

Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé

SÉMINAIRE DU 19 JANVIER 2018





Ce séminaire a été organisé avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, de Santé Publique France, de la Mutualité Française, de l'Institut National du Cancer et de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales



SOMMAIRE

Pourquoi ?	4
Intervention introductive / Pierre Lombrail	5
Introduction / Zina Bessa	6
La stratégie nationale pour le soutien à la parentalité / Laurine Bricard	8
Revue de la littérature / Annabelle Pierron	12
Intervention plénière / Pauline Domingo	16
Intervention plénière / Christine Colin	22
Synthèse des ateliers	32
Synthèse de la journée / Christine Colin	38

L'accompagnement à la parentalité : comment agir dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé ?

UN CYCLE DE TROIS SÉMINAIRES POUR RÉFLÉCHIR, PARTAGER, CONSTRUIRE

Les inégalités sociales de santé se construisent dès la petite enfance. Une des stratégies efficaces qui permet de les réduire et/ou de ne pas les aggraver est de développer des interventions précoces parmi lesquelles les actions d'accompagnement à la parentalité.

La Société Française de Santé Publique mène un projet visant à valoriser, construire et diffuser l'expérience et la connaissance pour développer des actions d'accompagnement à la parentalité ayant un impact sur les inégalités sociales de santé. Elle organise un cycle de trois séminaires.

Ce cycle est construit autour de trois journées qui se complètent et permettront d'aborder le cadre conceptuel, les pratiques et l'éthique.

Il s'adresse aux acteurs : professionnels, bénévoles, décideurs, élus, usagers impliqués dans les domaines de l'éducation, de la petite enfance, de la promotion de la santé, du développement social, de l'accompagnement/soutien aux familles, de l'accueil des adolescents...

Les objectifs des séminaires

L'objectif des trois séminaires est de vous permettre d'échanger et de construire ensemble un cadre commun pour mener des actions d'accompagnement à la parentalité prenant en compte la question des inégalités sociales de santé.

Chacun des séminaires abordera un thème différent et sera construit autour d'interventions d'experts et de travaux en ateliers.

Les échanges, les questions et propositions issus du séminaire alimenteront la réflexion pour l'élaboration d'un guide commun pour l'action.

LES TROIS SÉMINAIRES

1. POSER LE CADRE
ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ
ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ -
QUELS CONCEPTS, QUELLES DÉFINITIONS,
QUEL « TERRITOIRE » COMMUN ?
[LE 12 SEPTEMBRE 2016](#)

2. AGIR
QUELS CADRES POLITIQUES ET
INSTITUTIONNELS ? QUELS REPÈRES,
QUELLES STRATÉGIES D'ACTION ?
[LE 19 JANVIER 2018](#)

3. ET L'ETHIQUE ?
ACCOMPAGNER LES PARENTS,
RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE
SANTÉ, LE RISQUE DE LA NORME ?
[AUTOMNE 2018](#)

Agir dans une perspective de réduction - non aggravation des inégalités sociales de santé

Quels cadres politiques et institutionnels - quels repères ?
Quelles stratégies d'action ?

PIERRE LOMBRAIL

ADMINISTRATEUR DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE,
PROFESSEUR DE SANTÉ PUBLIQUE, UNIVERSITÉ PARIS 13

Je vais essayer de ne pas être trop long pour vous dire l'importance que la Société Française de Santé Publique attache à cette réunion dont vous savez probablement qu'elle est la seconde d'un cycle de trois. Nous avons commencé par camper le décor, c'est-à-dire les liens entre parentalité et inégalités sociales. Aujourd'hui, nous regardons du côté de l'action : qu'est-ce qui se fait ? Pas si simple de le savoir... Et vous savez qu'ensuite, nous attend un dernier séminaire autour des questions éthiques, car elles sont particulièrement importantes dès qu'on prétend changer des comportements, en oubliant trop souvent de changer les environnements.

Ce séminaire est important pour la Société Française de Santé Publique à trois égards : celui de l'enfance, celui des inégalités et celui — j'emploie un mot qui nous est cher même s'il n'est pas encore très popularisé — de la capitalisation.

L'enfance est un objet de beaucoup d'attentions, de la nôtre aussi. C'est là que se construisent beaucoup de choses, depuis la citoyenneté jusqu'à la santé. Et cela se construit avec des parents, avec des personnes en situation de parentalité, — j'ai compris la subtilité de cet élargissement — avec les ressources des personnes concernées et les ressources de l'environnement, parce que, peu ou prou, nous pouvons tous être compétents et défaillants et, tous, avoir besoin d'un peu d'appui. Je pense que cela sera dit beaucoup mieux que ce que je suis en train de faire, par les personnes qui vont me suivre.

Mais l'enfance, c'est aussi une période marquée par des inégalités sociales : un cinquième des enfants, si je ne trahis pas les chiffres, vivrait en situation de pauvreté dans ce pays, ce qui, personnellement, me paraît difficilement croyable, mais qui est pourtant bien réel et avec les conséquences que vous connaissez ou que vous imaginez.

Les inégalités sociales nous entraînent rapidement sur le terrain des inégalités de santé parce qu'elles se construisent très tôt dans l'enfance, et si la Stratégie Nationale de Santé, celle qui vient d'être rendue publique, comme la précédente, insistent sur la réduction des inégalités sociales de santé, s'il y a bien un moment où l'on doit agir, (cela a été dit par l'IGAS en 2011 et par bien d'autres, dont le Health Evidence Network de l'OMS Europe l'an dernier encore), c'est dès l'enfance qu'il faut le faire.

Pour cela, on compte sur les personnes, on compte sur les milieux, on compte sur des programmes qui ont plus ou moins fait la preuve de leur efficacité ; souvent à l'étranger, un peu chez nous. Mais les programmes ne résoudront jamais toutes les situations concrètes. Pourtant, beaucoup d'entre vous, ici présents, ont des activités de soutien à la parentalité dont nous avons essayé de voir au séminaire précédent en quoi elles avaient à voir avec la réduction des inégalités sociales. Et aujourd'hui, notre challenge est de faire remonter des expériences sur lesquelles on peut s'appuyer. Produire des connaissances rigoureuses prend du temps et avant que la science ne donne des preuves établies de conduite de l'action, il faut malgré tout conduire l'action. Vous faites des tas de choses importantes, qu'il est important de valoriser, et c'est le troisième objet que je soulignerais pour la Société Française de Santé Publique.

Ceci dit, nous ne sommes pas les seuls à nous intéresser à la question, bien évidemment. Et d'ailleurs, nous le faisons en concertation avec les pouvoirs publics qui nous financent. Nous le faisons aussi avec l'aide des pouvoirs publics, et, pardonnez-moi, ce n'est pas très protocolaire, mais Brigitte Lefeuvre doit être dans la salle, un des médecins de la maison, très discrète mais formidablement aidante quand il s'agit d'organiser une opération dont vous ne mesurez peut-être pas la lourdeur. Mais enfin, ce qui est important, c'est de se dire que si l'on se réunit, c'est sous la conjonction des astres parce que la politique publique évolue en permanence et le gouvernement, en tout cas les services centraux de notre Ministère, font plus que réfléchir à la question et formulent des hypothèses d'action.

Je vais donner successivement la parole à une représentante éminente, le Docteur Zinna Bessa, de la Direction Générale de la Santé ; s'exprimera ensuite Laurine Bricard, pour la Direction Générale de la Cohésion Sociale. C'est aussi une de nos fiertés que de montrer à travers cet exemple que, si l'on n'est pas dans l'interministérialité, on est dans "l'interdirectionnalité" et qu'évidemment, la santé a à voir avec le social et le ministère le prouve.

Je remercie donc très chaleureusement mes deux voisins de bien vouloir nous donner l'état de la réflexion actuellement.

Introduction

ZINA BESSA

SOUS-DIRECTRICE "SANTÉ DES POPULATIONS ET PRÉVENTION
DES MALADIES CHRONIQUES"
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

C'est avec grand plaisir que je vous accueille de nouveau, au nom du directeur général de la santé, pour ce deuxième séminaire consacré à un sujet complexe, au croisement de la santé publique et de l'action sociale : « l'accompagnement à la parentalité : comment agir dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé ? ».

Votre présence nombreuse montre le succès rencontré par cette démarche auprès d'une diversité d'acteurs du champ de la santé et du social me paraît très encourageant pour le développement de politiques efficaces et éthiques au service des familles les plus en difficulté.

La promotion de la santé dans tous les milieux et tout au long de la vie, la lutte contre les inégalités sociales de santé, la place des usagers dans le système de santé, thèmes que vous abordez, se trouvent au premier plan de l'actualité. En effet, ce sont des axes majeurs de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2020 annoncée par notre ministre il y a tout juste un mois après une large concertation interministérielle.

La SNS consacre, porte un axe dédié à la politique de santé de l'enfant de l'adolescent et du jeune, dont la première mesure est d'accompagner les parents dès la période prénatale dans la réduction des risques pour la santé de leur enfant, nous sommes d'emblée au cœur du sujet d'aujourd'hui.

En effet, si la majorité des enfants en France est en bonne santé, les inégalités de santé apparaissent très tôt, pour certaines (surpoids et obésité par exemple) elles sont déjà installées avant l'âge de 6 ans. Dès la période périnatale, on observe des différences sociales marquées pour certains indicateurs de santé particulièrement pour les femmes seules, très jeunes, sans ressources ou arrivées récemment sur le territoire.

Pour aborder la question de manière positive, on peut rappeler que si l'enfance est une période de « fragilité », il s'agit aussi, peut-être avant tout, d'une période « d'opportunité » : une action menée précocement auprès de l'enfant et de sa famille peut donc avoir un effet positif majeur à condition qu'elle permette aux parents de prendre confiance en leur

capacité à accompagner leur enfant sur le long terme et à leur permettre de développer les compétences psychosociales indispensables, entre autres, à leur santé.

C'est pourquoi, même si le rôle de parent ne s'arrête pas, loin de là, après les premières années de l'enfant, les interventions précoces vont être cruciales.

La Direction Générale de la Santé en copilotage avec l'Assemblée des départements de France, a mis ainsi en place depuis 1 an un comité technique pour l'animation nationale des actions de protection maternelle et infantile (CANAPMI) pour réaliser conjointement l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile. Il s'agit de développer une approche intersectorielle de l'animation des actions de PMI, de permettre la mise en œuvre des priorités de santé définies au niveau national et adaptées aux besoins des territoires en promouvant des modalités de travail inspirantes et de favoriser les collaborations entre les services départementaux de PMI et les autres acteurs de la santé périnatale et du jeune enfant. Certains participants au CANAPMI sont d'ailleurs inscrits à ce séminaire, l'accompagnement des parents étant, comme vous le savez, une dimension majeure de l'action en PMI.

Enjeu éthique

Un des enjeux à la fois sur le plan de l'éthique mais également de l'efficacité des politiques de santé est le développement de la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité de chacun à comprendre et utiliser l'information en santé pour faire des choix responsables et éclairés. L'objectif « génération sans tabac », les enjeux de réduction des risques de la stratégie nationale de santé sexuelle, l'adoption par le public du Nutriscore, pour ne citer que quelques exemples vont en effet dépendre de la manière dont le public comprend et s'empare des enjeux portés par ces politiques et des solutions proposées.

En permettant à toutes les familles de développer et trans-



mettre cette littératie en santé, on les aide à jouer pleinement leur rôle de premier éducateur dans l'effort collectif d'éducation pour la santé que la SNS vise à mettre en place. Cet effort se poursuit dans un « deuxième cercle », dès la première socialisation dans les lieux d'accueil des jeunes enfants, puis, bien évidemment à l'École où est réalisé le parcours éducatif de santé. La collaboration entre le champ de l'École et celui de la santé, est accompagnée par des conventions cadres au plan national entre les deux ministères et au plan régional entre ARS et rectorats.

Je tiens également à souhaiter la bienvenue à Christine Colin, professeure de santé publique à l'université de Montréal, mais qui est pour plusieurs mois à Paris, si j'ai bien compris, pour nous apporter son concours auprès de l'agence Santé Publique France. Christine Colin, spécialiste en pédiatrie sociale et en santé communautaire, va nous faire bénéficier de son expertise dans les thématiques abordées aujourd'hui qu'il s'agisse de la santé des mères et des enfants, de la promotion de la santé ou de la réduction des inégalités sociales de santé. Parmi ses nombreux titres, je tiens à rappeler qu'elle a conçu et réalisé le programme de prévention périnatale « Naître Égaux-Grandir en Santé » de-

venu le programme SIPPE (Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance) actuellement offert aux femmes enceintes et aux jeunes mères de milieu défavorisé sur tout le territoire québécois.

Au-delà des bonnes volontés, il est important pour les politiques de s'appuyer sur une réflexion approfondie et construite et ne pas hésiter à identifier et remettre en cause les idées reçues ou les évidences. Ainsi, il me paraît essentiel dans l'objet de ce deuxième séminaire que vous posiez la question non seulement de l'amélioration mais de la non-aggravation des inégalités de santé. C'est une question classique de l'intervention en santé publique qui s'applique également de manière tout à fait pertinente aux actions d'accompagnement de la parentalité. Je me réjouis également de voir que l'un des ateliers de cet après-midi est consacré au rôle des pères. L'égalité femmes hommes est l'une des valeurs que nous souhaitons promouvoir dans toutes les politiques.

Je vous souhaite une journée d'échanges riche et fructueuse et vous remercie de votre attention.

La stratégie nationale pour le soutien à la parentalité [2018-2022]

LAURINE BRICARD

CHARGÉE DE MISSION - DGCS

BUREAU DES FAMILLES ET DE LA PARENTALITÉ

Nous sommes venus ce matin pour vous présenter les travaux que nous menons actuellement sur le soutien à la parentalité et vous montrer en quoi les réflexions sur l'accompagnement à la parentalité dans le cadre de la prévention des inégalités sociales de santé nous intéressent au premier plan.

J'appartiens à la Sous-direction de l'Enfance et des Familles au sein de la Direction Générale de la Cohésion Sociale. Nous sommes au sein du même ministère que la Direction Générale de la Santé puisque j'appartiens au ministère des solidarités et de la santé ; mais il n'est pas si évident que cela, historiquement, que le ministère en charge de la politique familiale intervienne sur le soutien à la parentalité. C'est pour cela que je me permets une petite recontextualisation historique sur le soutien à la parentalité.

L'accompagnement des parents s'est mis en place à partir du début du 20^e siècle, quand on commence à avoir une prise de conscience de l'impact de l'éducation parentale sur le devenir des enfants. Par exemple, la première école des parents est fondée en 1929 et tout au long du 20^e siècle, émergent un certain nombre d'actions, de dispositifs dans le champ de la prévention aussi bien en santé qu'en prévention du décrochage scolaire ou en prévention pour la protection de l'enfance. On assiste à l'apparition progressive d'un certain nombre d'actions, de structures, de dispositifs qui ont vocation à aider les parents à exercer au mieux leur autorité

et leur responsabilité parentale, dans l'intérêt de l'enfant. C'est comme cela que vont apparaître progressivement un certain nombre de dispositifs de soutien à la parentalité.

Pour exemples : en prévention du décrochage scolaire, l'Éducation nationale met en place, en partenariat, parfois avec d'autres acteurs, un certain nombre de dispositifs : les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité, la loi de 2013 de refondation de l'école qui amplifie la question de la place des parents dans le parcours scolaire des enfants, en lui donnant une place centrale avec la création d'espaces parents au sein des établissements scolaires.

En prévention en santé : la protection maternelle et infantile existe depuis fort longtemps. Sur le champ de l'accompagnement du handicap, beaucoup d'associations d'entraide de parents pour accompagner au mieux les parents confrontés eux-mêmes au handicap ou au handicap de leur enfant, à agir au mieux dans l'intérêt de l'enfant. Sur le champ de l'égalité femme-homme, il y a eu l'émergence d'ateliers de co-parentalité et de beaucoup de dispositifs visant à mieux impliquer les pères dans l'éducation des enfants.

Sur les différents champs de ces politiques sectorielles, nous allons avoir, petit à petit, la mise en place d'actions en prévention très « en amont », très primaire, dont l'objectif est de s'adresser aux parents dans leur manière d'exercer leur responsabilité parentale.



Et finalement, quand on regarde ces politiques sectorielles, vous vous apercevez que tout est un peu dans tout. C'est-à-dire que la question de la réussite éducative va impacter la santé de l'enfant, la question de la prise en compte du handicap et de la place du parent par rapport à un enfant porteur de handicap, va favoriser une bonne insertion dans le milieu scolaire, etc. Le soutien à la parentalité est donc un outil de prévention universel et généraliste mobilisé pour répondre à plusieurs problématiques.

C'est à la fin des années 1990, en 98, que la conférence de la famille va reconnaître le soutien à la parentalité comme une composante à part entière de la politique familiale. Auparavant, le ministère en charge des politiques familiales ne pilotait pas spécifiquement le soutien à la parentalité. L'ancêtre de la Direction Générale de la Cohésion Sociale va devenir le service de l'État en charge d'animer cette politique en interministérialité et différents dispositifs vont être créés, qui sont alors (entre 1998 et 2013), à la fois financés par l'État et par la branche famille : c'est ainsi que naissent les premiers réseaux d'écoute, d'accompagnement et d'appui à la parentalité (REAAP) à partir de 99. Ensuite, des contrats locaux d'accompagnement scolaire et plus récemment

des espaces de rencontres, etc.

En 2003 se crée la première coordination nationale d'un dispositif avec la création d'un Comité National du Parainage ; entre 2010 et 2013, un Comité National de Soutien à la Parentalité, instance en charge de piloter, avec l'ensemble des acteurs et des parties prenantes, les différents dispositifs de soutien à la parentalité co-financés par l'État et la branche famille,

Mais, et c'est important de l'avoir en tête quand on parle de soutien à la parentalité, ces dispositifs co-financés par l'État et par la branche famille ne se sont pas pour autant tous substitués à ce qui existait par ailleurs dans le cadre des autres politiques sectorielles : la protection maternelle et infantile, l'Éducation nationale continuent de faire du soutien à la parentalité, c'est important de le dire. Et se pose, évidemment la question de la coordination et de l'animation, de la cohérence de l'ensemble de ces actions. Il faut aussi avoir en tête, quand on parle de ce qui se passe en 2018, que la politique de soutien à la parentalité a connu un grand tournant à partir de 2013 avec un chantier de modernisation de l'action publique qui a porté sur la petite enfance et le soutien à la parentalité.

« Le soutien à la parentalité est donc un outil de prévention universel et généraliste mobilisé pour répondre à plusieurs problématiques. »

Ce chantier a débouché sur deux choses très importantes.

■ Tout d'abord, la concentration des crédits au sein de la branche famille. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, il n'y a plus de budget de l'État pour le soutien à la parentalité, il n'y a plus qu'un seul des acteurs dans un objectif de simplification, qui est aujourd'hui financeur national des actions de soutien à la parentalité : la branche famille.

■ La mise en place de schémas départementaux des services aux familles. Aujourd'hui, 94 ou 95 schémas départementaux sont signés. Instances d'élaboration et de mise en œuvre de ces schémas, ils ont vocation à mettre en place un plan d'actions coordonnées des différents acteurs à l'échelle du département. Et cela concerne aussi bien la petite enfance que le soutien à la parentalité.

En parallèle de la concentration des crédits au sein de la branche famille, les crédits consacrés à la parentalité pour les CAF ont doublé sur la période 2013/2017. Ce doublement n'a pas juste servi à compenser ce que versait l'État, loin de là. Il y a vraiment un très fort développement de l'offre de soutien à la parentalité sur la période 2013/2019, sur les territoires. C'est très important de le noter aussi. On a aujourd'hui un vrai foisonnement d'initiatives.

Et sur la dernière année, le Haut Conseil des Familles de l'Enfance et de l'Âge a été créé ; il a vocation à s'emparer de ces questions de soutien à la parentalité. La branche famille a publié, à la fois, une enquête nationale sur les besoins d'accompagnement des parents et un rapport de Claude Martin sur le soutien à la parentalité. A partir de l'année 2017, année à partir de laquelle on a commencé à travailler sur la stratégie nationale de soutien à la parentalité plusieurs enjeux importants ont été identifiés. Le premier, est lié au changement de gouvernement qui s'annonçait dans le cadre d'une nouvelle mandature. Il s'agissait de pouvoir préparer le travail du nouveau gouvernement et de proposer une stratégie pour le soutien à la parentalité partagée et cohérente. Il s'agissait aussi d'établir — on l'a dit — dans un champ qui a été bouleversé ces dernières années et assez mouvant, un état des lieux complet des acteurs et des différents modes d'interventions sur le champ du soutien à la parentalité.

Enfin, l'année 2018 sera celle de la mise en place d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion avec la Caisse Nationale d'Allocations Familiales. Finalement, toute cette démarche de concertation de l'ensemble des acteurs, qu'ils soient des politiques publiques ou du champ associatif, devrait trouver sa traduction dans cette convention. Là, ma collègue de la CAF pourra vous parler de la politique de la branche famille sur le champ du soutien à la parentalité.

Les travaux ont commencé en janvier 2017 et ils ont porté sur six axes :

1. Développer le soutien à la parentalité par et avec les parents. C'est la question du soutien par les pairs, et de savoir comment on anime et on permet à ces actions de se développer sur le territoire.
2. Développer les possibilités de répit parental. Beaucoup

d'initiatives ont émergé ces dernières années, visant à donner des possibilités de répit parental à certaines familles confrontées à des difficultés particulières, que ce soit, par exemple, les familles d'enfants porteurs de handicap ou les familles mono-parentales. Mais aujourd'hui, la question de la prise en compte et de possibilité de financement de ces actions par les acteurs des politiques publiques se pose.

Cela fait l'objet d'un axe de travail pour pouvoir porter cette réflexion.

3. Renforcer l'information des familles.

4. L'accompagnement des parents pour les aider à répondre aux besoins de leur enfant en fonction de leur âge. Cet axe de travail est découpé en trois groupes : un groupe sur les besoins du jeune enfant de 0 à 6 ans, un groupe sur les parents d'enfants de 6 à 11 ans et un groupe sur les adolescents.

5. Améliorer les relations famille /École.

6. La prévention et l'accompagnement des ruptures familiales.

Huit groupes de travail ont été constitués pour travailler ces six axes. Aujourd'hui, l'ensemble des groupes de travail ont eu lieu, ils ont permis la rédaction d'un premier plan d'actions qui n'est toujours pas en version définitive et nous sommes en phase de concertation sur un document global jusqu'au 26 janvier. Concertation avec l'ensemble des acteurs associatifs et institutionnels qui ont été associés à cette réflexion.

Cette concertation va se poursuivre par la saisine de différents Hauts Conseils, que ce soit le Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Âge, la CNCPH (Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées), pour les personnes handicapées. Par ailleurs, d'autres services seront également saisis en particulier sur la question de l'Outre-mer (DGOM) ou sur la question des familles en situation de précarité (avec la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes), etc. Nous allons consulter un certain nombre d'acteurs pour avis et contributions sur cette stratégie nationale de soutien à la parentalité. Une fois qu'elle sera adoptée, en principe au mois de mars, nous la mettrons en place, sur les prochaines années car elle a vocation à courir jusqu'en 2022 ; des instances de suivi partenarial pour la mise en œuvre des actions seront proposées dans le cadre de cette stratégie.

Aucun document n'est aujourd'hui validé, mais, puisqu'on vous annonce qu'on a travaillé sur une stratégie nationale de soutien à la parentalité, on voulait vous donner une petite idée de ce qui a été discuté, de ce qui est envisagé en partenariat avec les différents acteurs aujourd'hui.

Sur l'accompagnement des parents de jeunes enfants, par exemple, on réfléchit au renforcement de l'accompagnement à domicile dans la période périnatale. Sur le fait de travailler en direction des pères de jeunes enfants, la question de l'égalité femme-homme doit être transversale à ces stratégies. Elle va faire l'objet d'un zoom transversal, et, sur l'implication des pères, il nous a semblé que la période où l'enfant est très jeune, quand le père devient père, constitue un moment stratégique pour lui permettre de s'impliquer au maximum dans

l'éducation de l'enfant.

La question de l'approfondissement de l'accompagnement à la parentalité dans la formation initiale et continue des professionnels de l'accueil du jeune enfant et la question de l'accompagnement des parents lors de la première scolarisation de l'enfant, font partie des pistes de travail qui ont été évoquées avec l'ensemble des parties prenantes.

Sur les questions de répit/relais parental, nous avons plusieurs idées. L'une est de bien former les professionnels en contact avec les familles, notamment de changer de regard sur les familles, pour porter un regard bienveillant, sur les parents ou les familles qui en exprimeraient le besoin. Ce qui n'est pas forcément quelque chose de naturel. En particulier quand on est dans le champ des politiques familiales et de l'accompagnement des familles, il n'est pas évident de dire que l'on va faire du soutien à la parentalité, travailler la relation parent-enfant, en envisageant de séparer le parent de son enfant. Pour autant, c'est quelque chose d'utile à penser, à travailler pour prévenir les « burn-out » parentaux.

Sur l'accompagnement des parents d'enfants de 6 à 11 ans, on réfléchit au fait de pouvoir développer des lieux

d'accueil et d'échanges pour les parents et les enfants. Il existe à l'heure actuelle, un nombre assez important — ça s'est beaucoup développé depuis 2013 — de lieux d'accueil enfant-parent, mais en général, ils ne concernent que les parents d'enfants de 0 à 6 ans, voire de 0 à 4 ans. Cela pose la question de l'accueil des fratries et des lieux d'accueil avec un enfant un peu plus âgé. Va-t-on expérimenter cela dans les prochaines années ? C'est quelque chose qui est réfléchi.

Sur l'accompagnement des parents d'adolescents, un des points forts issu du groupe de travail est la question de la coopération entre les acteurs qui vont accompagner les adolescents, en particulier les adolescents connaissant des difficultés. C'est la question du partenariat avec les acteurs du soutien à la parentalité à valoriser dans les prochaines années pour que ces collaborations se développent.

Sur les relations famille/École, plusieurs choses sont évoquées, notamment la poursuite du développement des espaces parents, dans les écoles maternelles et élémentaires, puisque aujourd'hui, ces espaces ont été beaucoup développés dans les collèges. Mais pour travailler sur la relation des familles avec l'École et

notamment celles les plus éloignées de la culture scolaire, il semble pertinent de développer ces espaces et ces partenariats bien en amont de l'entrée au collège. Et que ces espaces parents puissent être animés dans une logique partenariale avec les différents acteurs de la vie sociale et de l'accompagnement à la parentalité, du territoire.

Voilà les quelques pistes annoncées aujourd'hui ; nous devrions publier une stratégie au premier semestre 2018. Nous l'espérons, croisons les doigts mais le respect de ce calendrier nous semble indispensable et sa mise en œuvre devrait aussi impacter les acteurs du champ sanitaire. Et, évidemment, la Direction Générale de la Santé a été associée à nos différents travaux.

Merci de votre attention.

Accompagnement à la parentalité
et inégalités sociales de santé

Revue de la littérature

ANNABELLE PIERRON

SAGE-FEMME, DOCTORANTE EN SANTÉ PUBLIQUE

Je suis Annabelle Pierron, sage-femme et doctorante en santé publique. Je suis encadrée par le Professeur François Alla et le Docteur Laurence Fond-Harmant. Dans le cadre de ma thèse, ma première année a consisté à élaborer une revue de la littérature relative à l'accompagnement à la parentalité. J'ai le plaisir, aujourd'hui, de vous présenter mes résultats.

Pourquoi mener une revue de littérature un peu particulière ?

J'ai mené une revue des revues de littérature, parce qu'il y a de très nombreuses publications et de très nombreuses revues de littérature sur le sujet. Je me suis dit que pour synthétiser les connaissances actuelles, j'allais faire une méta-revue, une revue des revues.

J'ai choisi de débiter mon analyse à partir de 2009.

J'ai sélectionné les publications les plus solides méthodologiquement et publiées dans les bases de données médicales. Je cherchais, d'une part les interventions qui sont les plus efficaces en termes de santé, de promotion de la santé des mères et des nouveaux nés. Et d'autre part, je me suis posée une seconde question : les auteurs considèrent-ils les inégalités sociales de santé dans leur publication ? Et si oui, de quelle manière ? Enfin, j'ai analysé l'ensemble des pistes d'amélioration que les auteurs ont suggéré.

Le premier séminaire auquel j'ai assisté a permis de poser les bases et définir des concepts. Juste un petit rappel ici : les inégalités sociales de santé, ce ne sont pas les notions de

précarité, de pauvreté et d'exclusion sociale. Ce ne sont pas non plus les inégalités de santé liées au fait de vieillir, d'être femme ou homme ou de porter une pathologie génétique. Les inégalités sociales de santé sont des écarts injustes et importants que l'on enregistre entre les groupes sociaux ou les territoires. Je me permets cette précision parce que le terme est assez flou, pour les professionnels ou pas de la santé, d'ailleurs.

Encore un petit rappel sur les inégalités sociales de santé déjà mentionné par les intervenants précédents : j'ai emprunté ce schéma à Thierry Lang qui montre que la vie des personnes depuis la vie intra utérine jusqu'à la période du vieillissement est marquée par la survenue successive d'un certain nombre de processus sociaux et biologiques. C'est ce qu'il indique avec ce schéma en ellipses, poupées russes encastrées, modèle micro et macro social. → cf. 1

L'environnement familial dans lequel on naît conditionne évidemment nos habitudes de vie, nos habitudes alimentaires, notre accès aux soins, notre potentialité à accéder à une profession ou à faire des études, et donc, à nos conditions matérielles. Et ces facteurs s'entremêlent et s'enchaînent tout au long de la vie. Un deuxième processus accentue ces phénomènes, celui de l'accumulation des risques, c'est-à-dire que les désavantages sociaux de certaines populations peuvent se cumuler. Ce sont des facteurs tels que : la qualité de l'habitat, la profession exercée, la zone de résidence. Ces facteurs de risques s'ajoutent les uns aux autres et cela, tout

1. ENVIRONNEMENTS ET COMPORTEMENTS AU COURS DE LA VIE LIENS AVEC L'ÉTAT DE SANTÉ

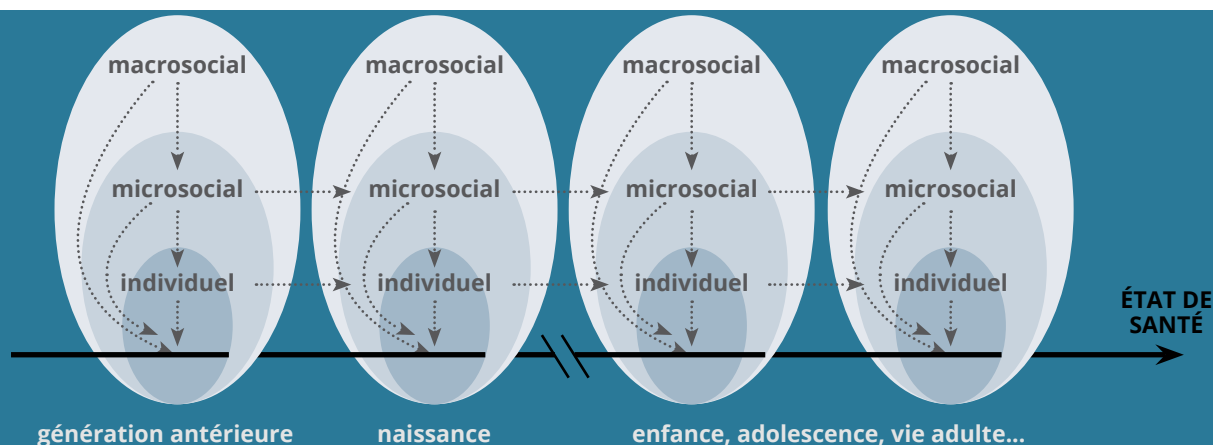


Schéma d'après Thierry Lang dans "les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité", HCSP, décembre 2009, 90 pages

au long de la vie.

Ce rapide point étant fait, je reviens à mon travail. Pourquoi commencer la revue de littérature en 2009? Nombreux d'entre vous savent bien que 2009 est l'année de publication du rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, qui énonce des recommandations pour agir sur ces déterminants et parmi lesquelles instaurer l'équité dès le début de la vie en permettant à tous les enfants et à toutes les mères de bénéficier d'un ensemble de programmes de qualité. Sir Michael Marmot, le Président de cette commission, déclare à ce sujet que pour lutter contre les inégalités sociales de santé, il est recommandé d'agir dès le début de la vie et les actions d'accompagnement à la parentalité sont un levier efficace. Je crois qu'on en est tous convaincus parce qu'on est tous là ici aujourd'hui.

Je rappelle brièvement les objectifs de la revue de la littérature : d'une part, quelles sont les composantes et les caractéristiques des interventions efficaces en matière de santé? Et quelle est la prise en compte des inégalités sociales de santé par les auteurs des revues?

J'ai réalisé une recherche systématique sur trois bases de données : la Cochrane, PubMed, psycINFO : trois

bases choisies parce qu'elles publient des revues de littérature.

Les mots clefs utilisés reposaient sur les concepts de promotion de la santé, d'inégalités sociales de santé, des déterminants sociaux de la santé, d'accompagnement à la parentalité et programmes de santé relatifs à l'accompagnement à la parentalité.

De suite, je vous dis les limites de mon étude : d'une part, bien qu'il y ait de nombreuses revues de santé publique qui valorisent les publications émanant des sciences humaines et sociales, la synthèse des connaissances a été réalisée à partir de données en santé et pas en sciences humaines et sociales à proprement parler, même si la santé publique est au croisement de ces disciplines. De ce fait, je suis assurée d'avoir occulté des points d'approche sociologique.

Ensuite, j'ai fait le choix méthodologique de synthétiser des connaissances à partir d'articles de revues scientifiques médicales, et, je n'ai pas analysé les politiques de santé ou les politiques sociales dans lesquelles s'inscrivaient ces publications.

La sélection des articles s'est déroulée à l'aide des mots clefs présentés tout à l'heure. À partir des trois bases de données, j'ai obtenu environ 800 publications. Après avoir éliminé les

doublons et en excluant aussi les articles traitant de la prématurité, des pathologies maternelles et infantiles, en me limitant aux enfants de moins de trois ans, il me restait 48 revues. Je les ai analysées d'un point de vue méthodologique en me basant sur les références AMSTAR et j'en ai ainsi retenu seulement 21 dans mon corpus. Je vous présente ici les grandes lignes des résultats :

- Les caractéristiques des interventions les plus efficaces sur la santé des mères et des nouveaux nés : l'accompagnement comportemental cognitif et psychologique que sont les groupes de parole, le soutien téléphonique, sont des interventions parmi les plus efficaces. Elles sont efficaces parce qu'elles améliorent l'adaptation des couples à la parentalité, la sensibilité et la réceptivité du nouveau-né. Les interventions les plus efficaces sont celles qui débute avant la naissance et celles pour lesquelles les parents ont la possibilité de participer activement. Les évaluations économiques en promotion de la santé mentale des parents, durant les premières années, permettent également de conclure que les bénéfices sont importants pour les mères et les bébés pour un coût faible. J'ai procédé à une seconde lecture,

seconde analyse. J'ai utilisé le référentiel PRISMA EQUITY : un outil permettant d'analyser les revues de littérature au regard des inégalités sociales de santé. Il en ressort que la question des inégalités sociales de santé reste très parcellaire dans les revues. Sur les 21 revues retenues, 10 seulement évoquent les notions d'équité ou d'inégalités sociales de santé. Et seulement une sur cinq, c'est-à-dire seulement quatre intègrent ces notions dans leur analyse. Un seul auteur évoque l'aggravation des inégalités pour certaines interventions.

En quoi les revues de littérature ont une vision parcellaire des inégalités sociales de santé ?

Les auteurs des revues notent que d'une part, la question des conditions de vie quotidienne, en termes de qualité de logement, ou en termes de service de garde des enfants, est très peu explorée. Et surtout, l'aspect relationnel, le lien social, n'est quasi pas exploré dans les revues que j'ai pu sélectionner.

La grande majorité des études sont ciblées sur des populations à risques. Peu d'attention est accordée aux services universels et une seule revue se focalise sur les interventions communautaires. Par ailleurs, très peu de revues, seulement trois, ont été construites avec l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé durant l'enfance, mais deux seulement concernent la période périnatale.

Sur les 800 publications de départ, il m'en reste 2 tout à la fin, focalisées sur la période périnatale. Effectivement, il y a davantage de publications sur la période qui s'étale de l'enfance jusqu'à l'adolescence, mais la période périnatale est assez peu explorée.

Le temps qui entoure la naissance au plus près est peu observé par les études que j'ai pu recenser.

→cf.2

Ce dessin humoristique (il s'agit d'une bande dessinée montrant une mère courant dans tous les sens avec ses enfants jusqu'à la garderie, puis l'école, puis seule courant au travail et à l'épicerie. La dernière image la montre chez son médecin, annonçant qu'elle se sent un peu déprimée. Le médecin lui recommande de faire du sport !) illustre ce que j'ai pu noter concernant la population ciblée par les revues d'une manière très générale ; en effet, derrière le mot clef : « parents » ou « parentalité », ce sont essentiellement les mamans qui sont désignées et concernées par les interventions. Les problématiques des pères, du couple comme entité parentale sont très peu étudiées. Et quant à la considération des inter-relations, des interactions au sein de la famille, il est souvent évoqué la difficulté méthodologique de pouvoir les aborder ; ce qui est une réalité. Alors, on les occulte. Je me permets juste de vous lire ces définitions du Robert et du Collins.

Le Robert 2015 définit la « parentalité » comme la qualité d'être parent, père et mère.

Le Collins 2016 définit le terme « parenthood » comme l'état, la position ou la relation d'un parent. Ces définitions « basiques » renvoient tout autant aux pères qu'aux mères. Pourtant, les revues de littérature montrent bien que c'est tout autre chose.

Quelles sont les stratégies efficaces pour lutter contre les inégalités sociales de santé telles que présentées par les auteurs ?

De nombreuses revues sont d'accord sur le fait que la parentalité ne relève pas du ressort des seuls parents. Et d'autre part, la parentalité est unique, singulière pour chacun, affectée par les attentes culturelles, sociétales et par les modes de vie. Il existe un consensus là-dessus.

Donc, les interventions devraient le considérer. Cela paraît simple comme ça, mais en fait, cela sous-entend beaucoup de choses.

La quasi-totalité des revues insiste sur le manque de description des processus d'élaboration des interventions. Plusieurs auteurs relèvent que les interventions sont évaluées en termes d'efficacité mais ne précisent pas assez dans quelles circonstances et auprès de quels publics elles ont lieu. C'est souvent assez flou. Quand j'ai essayé de comprendre comment ont été mises en place les interventions ou comment a été déterminée la population cible, il manque des éléments. C'est très difficile de comprendre comment cela fonctionne. Ce manque d'éléments contextuels soulève la question de la transférabilité de ces programmes, ou actions. À titre d'exemple, de nombreux programmes sont axés sur les connaissances et compétences des parents sans pour autant définir au préalable les besoins spécifiques de ces familles. Il est alors difficile d'une part, de pouvoir attester de leur efficacité et d'autre part, d'envisager une adaptation à d'autres contextes.

Individuellement, la capacité de chacun d'agir en faveur de sa santé dépend très fortement du contexte social dans lequel il vit, il pense....

Donc, diversifier les approches partagées entre l'État, l'École, l'organisation des quartiers, permet une meilleure efficacité. De nombreux auteurs centrés sur les ISS l'attestent. Proposer des programmes et actions de lutte contre les inégalités sociales de santé, nécessite une approche globale et dynamique des déterminants sociaux : l'intersectorialité, comme vous le disiez très justement. Pour améliorer les interventions, il faut bien analyser les relations entre contextes sociaux, économiques, culturels, environnementaux. Enfin, « il faut »... je ne suis que le porte-parole de la synthèse des revues.

Soutenir et accompagner les parents durant la période périnatale fait consensus. C'est la période clef pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Et en Europe, les interventions les plus efficaces, c'est-à-dire celles pour lesquelles les résultats sont les meilleurs et le niveau de preuve est élevé, ce sont les programmes éducatifs initiés dès le début de la grossesse et qui perdurent dans la période post natale, incluant les visites à domicile par du personnel qualifié.

LES PISTES D'AMÉLIORATION

Deux pistes d'amélioration des programmes d'accompagnement à la parentalité sont proposées par les auteurs. D'une part, renforcer la qualité des interventions et d'autre part, développer des recherches complémentaires.

► Renforcer la qualité des interventions : dans l'ensemble, les actions en faveur des parents considèrent les parents comme une entité unique et ne différencient pas les problématiques des pères indépendamment des mères. Les obstacles à l'engagement des pères dans les programmes sont peu explorés et c'est une piste d'amélioration pour la mise en place des actions.

De plus, les parents devraient avoir la possibilité de participer activement aux interventions, que ce soit à leur élaboration ou les actions proprement dites. Les interventions devraient être prénatales, précoces et de nombreux auteurs insistent sur le fait que ce qui est démarré pendant la grossesse devrait perdurer en post natal.

Les auteurs relèvent le manque de compétence parentale supposée a priori dans le cadre des projets. Il serait nécessaire, je le répète, d'évaluer les connaissances et les besoins avant les interventions.

Enfin, l'intérêt des groupes de pairs est peu évalué.

► Quelle recherche complémentaire développer ?

D'une part, les études longitudinales sont peu représentées. Plusieurs auteurs suggèrent que des études pourraient être menées à divers temps de la grossesse et du post-partum. Ça pourrait être une option d'étude longitudinale.

Le rôle de la publicité et des réseaux d'information pourraient être des sujets de recherche pertinents qui ne sont pas du tout explorés.

L'aspect relationnel, le lien social sont peu étudiés alors qu'ils représentent une stratégie solide pour prévenir ou réduire le stress, l'anxiété et qui peut permettre l'augmentation de la maîtrise.

Pour l'ensemble de l'Europe, une revue systématique menée de 1999 à 2003, affirme que l'évaluation des interventions doit être effectuée dans un plus large éventail de pays que pour le seul Royaume-Uni. Je le dis crûment, parce qu'en fait, la France, l'Allemagne et l'Italie n'étaient pas du tout représentées dans les revues de littérature que j'ai pu explorer. A travers ce constat, j'évoque un biais anglo-américain.

2. Avec l'aimable autorisation de l'auteur, André-Philippe Côté, publié dans le Huffington post le 7/11/2016



Pour résumer, cette revue nous montre que l'essentiel des publications est issu du monde anglo-saxon. Les perspectives seraient de mener un travail dans le contexte européen.

Très peu d'auteurs considèrent la notion d'équité en santé. Les auteurs évoquent principalement le fait que les programmes parentaux sont pour la plupart focalisés uniquement sur les mères et que les actions sont souvent proposées aux populations les plus défavorisées, sans vraiment considérer les gradients sociaux et toute la diversité des populations.

Les interventions relatives à l'accompagnement à la parentalité sont complexes, je ne vous le cache pas. Les effets sont variables et résultent de multiples actions. Les différentes parties prenantes interagissent avec un environnement dynamique qui leur est propre. Et en matière de recherche, comprendre comment, pour quoi et dans quelles conditions fonctionnent les interventions, relève réellement d'un défi méthodologique.

J'aimerais finir sur ce que relèvent certains auteurs : la plupart des actions sont réalisées par des professionnels au profit des parents. Cela soulève la question de la hiérarchie des savoirs. En ce sens, les savoirs traditionnels, ceux du groupe, ceux issus de la transmission de mère à fille

tendent à être dévalorisés. Il paraît intéressant, cependant, de rappeler que la puériculture est née dans une certaine volonté de contrôle sanitaire et qu'elle est fondée en partie sur un discours médical qui a pu être injonctif et normatif. Ce temps est passé, nous sommes à l'heure de la démocratie en santé. Donc, il semble que les programmes et actions pourraient gagner en efficacité s'ils étaient construits dans une démarche de diagnostic partagé entre les parents, les professionnels et les institutionnels. De nombreux auteurs le déclarent.

La mobilisation des groupes de pairs et la participation active des publics à qui s'adressent ces actions sont décrites comme des stratégies de renforcement de l'efficacité des actions, très clairement. Que le public soit convié à l'élaboration des programmes, c'est un critère d'efficacité. Et s'agissant des attentes ou des besoins, les représentations des différentes parties prenantes pourraient être interrogées dans l'élaboration des programmes parce que les représentations ont toujours un impact fort sur notre manière de travailler.

Je vous remercie pour votre écoute.

La CNAF un acteur de l'accompagnement à la parentalité : quel cadre ?

PAULINE DOMINGO

SOUS DIRECTRICE - RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT
ENFANCE, JEUNESSE ET PARENTALITÉ - DIRECTION DES
POLITIQUES FAMILIALES ET SOCIALES - CNAF

Je travaille à la Caisse Nationale des Allocations Familiales, à la Direction des politiques et j'ai plus particulièrement en charge le département enfance jeunesse, parentalité ; C'est un département, tourné vers l'accompagnement des familles, au fil de l'avancement en âge de leurs enfants. Nous travaillons sur chaque tranche d'âge en réfléchissant aux modalités d'interventions les plus appropriées avec comme objectif supérieur le développement de l'enfant.

Dans cette Direction, nous mobilisons plusieurs moyens d'intervention ; en premier lieu les prestations financières en faveur des parents, telles que les allocations familiales, le complément familial, les aides à la garde des jeunes enfants, mais également les aides au logement et les minima sociaux. L'enjeu est de contribuer à réunir les conditions matérielles nécessaires pour assurer correctement l'exercice de son rôle parental. Si l'on n'a pas de logement, c'est compliqué d'intervenir sur toutes les autres dimensions dont vous avez parlé ce matin. Ces aides financières directes aux parents, qui visent à soutenir le niveau de vie des familles et qui contribuent très fortement à la lutte contre la pauvreté, s'articulent à d'autres leviers qui sont le soutien à des services proposés aux familles. C'est la seconde modalité d'intervention : le financement de services, tels que les crèches, les accueils de loisirs, les relais d'assistantes maternelles, ou encore des actions de soutien à la parentalité.

Je voulais insister sur le fait que l'on travaille la transversalité, l'articulation entre des aides financières auprès des parents et des services d'équipements sur les territoires. C'est la richesse de la branche Famille que de pouvoir s'appuyer sur la connaissance des parents à travers nos fichiers administratifs pour proposer des offres adaptées. Ce sera une de mes pistes de réflexion : comment peut-on mieux utiliser ensemble cette connaissance des parents pour leur pousser de l'information, leur pousser des offres de service ?

J'étais très contente de participer à ce séminaire et puis, plus les jours avançaient et plus j'étais mal à l'aise ; je me disais : aujourd'hui, en toute honnêteté, la CNAF n'a pas travaillé une doctrine spécifique sur la contribution des dispositifs de soutien à la parentalité dans l'optique de la réduction des inégalités de santé. L'objectif de mon propos est donc de vous présenter nos dispositifs et essayer d'identifier les opportunités de collaborations pour travailler ensemble la question de la prévention précoce et du travail sur les bonnes pratiques en matière de santé.

Avant de rentrer dans le détail des dispositifs, quelques mots sur les ambitions stratégiques de la politique de soutien à la parentalité de la branche Famille. C'est une politique de prévention précoce, une politique d'investissement social.



C'est une politique qui a vocation à répondre aux attentes et besoins des parents. Laurine Bricard a précisé que la CNAF avait conduit une étude sur les besoins des parents. Juste deux résultats, mais je vous renverrai sur le quatre pages publié.

<https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/essentiel%20-%20Parentalit%C3%A9.pdf>

Deux parents sur cinq jugent difficile leur rôle de parent et c'est quasiment la moitié pour ceux qui ont des enfants de plus de onze ans. On sait que l'on a à travailler, notamment, avec les parents d'adolescents. Et quand on demande quels sont les deux sujets qui préoccupent le plus les parents, la scolarité est le sujet numéro un. En second lieu, dans cette enquête, c'est la santé de leurs enfants qui préoccupe le plus les parents que nous avons interrogés. En troisième position, l'usage des nouvelles technologies. Ça fait écho à toutes les problématiques des adolescents mais on le retrouve aussi chez les parents de jeunes enfants : l'usage du smartphone... Et en quatrième position seulement, la question des relations avec les parents. On voit que les préoccupations scolaires et de santé sont extrêmement prégnantes. Ces résultats nous engagent à apporter des réponses, parfois détournées. C'est aussi tout l'enjeu de nos dispositifs ; il ne

s'agit pas nécessairement de travailler directement la problématique de la scolarité mais d'utiliser des stratégies de détournement pour travailler avec les parents ces questions-là.

C'est une politique de prévention précoce, généraliste, universelle, contre de nombreux risques qui peuvent toucher les familles. Je pense que Laurine Bricard l'a dit en introduction ; les risques sont nombreux : liés à l'issue de ruptures familiales, de décrochages scolaires, de difficultés intra familiales. C'est une politique universelle ; on n'est pas dans une stratégie de ciblage, contrairement à ce qu'ont pu faire d'autres pays en matière de politique de soutien à la parentalité. Cette politique repose sur le postulat que les parents sont les premiers éducateurs et, évidemment, on a la conviction que la qualité des interactions parents-enfants a un impact, sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant et donc, ensuite sur toute sa trajectoire de vie et, notamment, sa trajectoire de santé.

Une politique d'investissement social vise à renforcer les compétences, les capacités des individus, des familles afin de favoriser leur insertion sociale. L'hypothèse au fondement du développement de ces politiques est que

« Le soutien à la parentalité est donc un outil de prévention universel et généraliste mobilisé pour répondre à plusieurs problématiques. »

l'accompagnement précoce des compétences parentales doit permettre d'éviter ensuite des prises en charge ultérieures plus lourdes et plus coûteuses.

Ces politiques portent un enjeu majeur de démonstrations, de mesures, d'évaluations, sous le prisme de l'investissement social, c'est-à-dire sous le prisme de la mesure du rendement social de ces actions. Si aujourd'hui, un espace rencontre permet d'éviter une prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance, il faudrait être en capacité de mesurer le coût social évité grâce à ce dispositif. La culture de l'évaluation d'impact doit être plus systématique sur ce champ.

Une fois ces quelques éléments d'introduction sur les ambitions de cette politique, je vous propose de passer à l'ingénierie des dispositifs. Et que nous puissions identifier ensemble toutes les opportunités que proposent ces dispositifs pour travailler l'accompagnement des parents en vue de les sensibiliser sur ces questions de santé.

Le dispositif phare, initial, historique, ce sont les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité. Ce qui est intéressant dans ces réseaux, c'est que ce sont des réseaux. C'est-à-dire qu'avant d'être des actions sur le territoire, ce sont des communautés de professionnels, de bénévoles, de parents, pour construire des réponses adaptées aux besoins des parents. Vous avez eu le témoignage de l'école des parents qui valorise les actions élaborées entre pairs. Les actions déployées par les Reaap sont plurielles : de l'écoute individuelle, des actions plus spécifiquement centrées sur les familles fragiles, des actions de groupes de parents, de parole, d'expression, de réflexion et, dans une moindre mesure, des conférences débats. C'est, aujourd'hui, plus de 7000 actions, quasiment 3400 porteurs de projets, plus de 400 000 familles qui participent à ces actions. Elles sont extrêmement diverses sur le territoire, elles donnent énormément d'opportunités pour travailler des programmes. C'est à mon avis un des leviers les plus souples pour l'innovation, pour expérimenter des travaux en partenariat avec les parents.

Un des enjeux de notre prochaine convention d'objectifs et de gestion, en lien avec la stratégie nationale de soutien à la parentalité du gouvernement, sera de structurer des lieux fédérant le projet parentalité sur un territoire. Il y a un premier lieu que l'on soutient très fortement parce que les CAF les agréent, ce sont les centres sociaux. De nombreux centres sociaux conduisent des actions de prévention des inégalités de santé : des programmes autour de l'alimentation, notamment, sur les addictions. C'est intéressant parce que ce sont des lieux ouverts sur le quartier, qui accueillent tous les âges. D'ailleurs, ce matin, on a beaucoup parlé des 0-3 ans, mais on est convaincu aussi à la branche Famille que tout ne se joue pas avant trois ans et qu'il est possible de faire des choses à tout moment.

Aujourd'hui, 74% des centres sociaux ont des financements au titre du soutien à la parentalité. Nous pensons que dans la prochaine COG, il y a sans doute des opportunités pour

multiplier des lieux ressources pour les parents, les espaces parents notamment, et donc, de pérenniser par de l'aide au fonctionnement des structures ; des lieux ressources qui incarnent les projets parentalité des territoires pour sortir, peut-être, de cette vision un peu saupoudrage des actions Reaap.

Et un dispositif assez peu connu finalement : l'aide et l'accompagnement à domicile en faveur des familles, l'AAD : ce dispositif permet en intervenant à domicile, d'accompagner des moments difficiles, ponctuels, de la vie des parents autour de la naissance, des ruptures familiales, ou dans des situations particulières, pour intervenir auprès de parents avec un enfant porteur de handicap. Il y a des convergences avec des dispositifs dont vous avez parlé ce matin.

Ce sont plus de 65 000 familles qui sont accompagnées dans ce cadre. Un des enjeux de ce dispositif est de sensibiliser et former les intervenants à domicile aux problématiques d'accompagnement à la parentalité.

On a un autre bloc de dispositifs autour des relations parents/École. On l'a vu tout à l'heure, une des premières préoccupations des parents, c'est la scolarité et les enjeux autour de l'accompagnement à la scolarité. Les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité sont des dispositifs qui s'adressent aux jeunes et aux enfants, pour renforcer leur confiance, leur estime de soi vis-à-vis de leur parcours scolaire. Mais c'est aussi un dispositif qui s'adresse aux parents, pour renforcer leurs relations avec les enseignants, leur connaissance de l'École, pour les aider à accompagner leurs enfants dans leur scolarité. Les porteurs de projets ont souvent du mal à travailler cette dimension avec les parents. Je pense qu'il y a des leviers qui ne sont pas exploités dans l'accompagnement à la scolarité pour travailler les inégalités de santé ; par exemple, on sait que le sommeil, une bonne hygiène de vie jouent beaucoup sur la réussite scolaire. C'est quelque chose qui est assez peu travaillé par les porteurs de projets et, à mon avis, il y a des collaborations, des partenariats à renforcer sur ce dispositif.

Un des axes de notre COG qui s'achève portait sur la qualité des liens familiaux. Le dispositif phare, Laurine Bricard l'a indiqué, sur lequel nous avons un objectif de couverture territoriale, ce sont les lieux d'accueil enfants-parents (Laep). Il est ouvert aux parents d'enfants de 0 à 6 ans. L'intérêt de ce dispositif, c'est que le parent vient avec son enfant dans la structure et va pouvoir rencontrer des professionnels, des accueillants pour l'accompagner dans toutes les problématiques qu'il peut rencontrer. Cela conforte la relation entre parents et enfants. C'est un espace d'épanouissement pour les enfants, un premier temps de socialisation ; mais c'est aussi un lieu permettant aux parents de rencontrer d'autres parents, de rompre avec l'isolement qu'ils peuvent rencontrer dans les premiers mois de vie de leurs enfants... D'ailleurs, on peut être en couple et avoir l'impression de vivre sa parentalité de manière un peu monoparentale et ces lieux sont aussi un lieu pour favoriser les échanges entre adultes, prévenir, rompre l'isolement. Il y a sans doute un enjeu de sensibilisation aux problématiques de santé dans ces lieux.

Un autre dispositif contribuant à favoriser le lien parent-enfant : ce sont les vacances ! Parce que les vacances, c'est un temps extrêmement privilégié entre enfants et parents, une parenthèse en dehors des tensions quotidiennes. Souvent, ce qui manque le plus à la parentalité, c'est la disponibilité. On manque de temps pour avoir de la réflexion sur la qualité de ses liens avec ses enfants et les vacances sont des dispositifs à investir.

On soutient les départs en vacances familiales. La branche Famille y consacre plus de soixante millions d'euros. Nous soutenons des dispositifs de premiers départs en vacances, accompagnés par des travailleurs sociaux. Là, aussi, il y a des connexions avec le champ de la prévention dans le champ de la santé. Il faut sensibiliser les travailleurs sociaux à toutes les dimensions du départ en vacances et notamment celles liées à la santé.

Un axe très fort dans notre précédente COG sur lequel il est évident que l'on va poursuivre la montée en charge : la prévention et l'accompagnement des ruptures des liens familiaux. La branche Famille déploie une palette d'outils sur ce champ : des dispositifs pour informer les parents, autour des séances partenariales d'information

« parents après la séparation ». Ce dispositif comprend un volet sur les impacts psycho sociaux de la séparation ; à la fois pour les adultes mais aussi pour les enfants. Il s'agit d'une information de premier niveau qui peut ensuite permettre une orientation vers des services spécialisés.

Nous soutenons également les services de médiation familiale ainsi que les espaces de rencontres. Ce sont des espaces où il y a aussi beaucoup de choses à faire en lien avec les problématiques de votre séminaire. L'enjeu de ces espaces est de sécuriser le lien parents-enfants, souvent père-enfant, dans des situations de ruptures familiales extrêmement conflictuelles où le maintien du lien d'un des parents avec son enfant est mis en danger. Et donc, sur injonction du juge, on prévoit cette retrouvaille entre un parent et son enfant dans un lieu sécurisé, avec des professionnels. C'est aussi un lieu de contact avec le parent, dans une situation particulièrement difficile. Donc, il y a aussi à bien outiller ces professionnels sur l'ensemble des dimensions de ce temps de vie, de ces séparations extrêmement conflictuelles.

Enfin, pour accompagner les plus fragiles dans ces périodes de vie, les travailleurs sociaux des CAF peuvent

proposer un accompagnement individualisé. Il y a à peu près 3 000 travailleurs sociaux CAF. L'offre de service parentalité des travailleurs sociaux est le premier « *fait générateur* ».

Je voulais vous présenter ces dispositifs pour voir comment on peut s'en emparer, collaborer, en penser de nouveaux. Le soutien à la parentalité touche une pluralité de problématiques, par conséquent il y a intérêt à développer les partenariats pour être pertinent dans la réponse apportée aux parents.

Les schémas départementaux des services aux familles permettent de structurer ces partenariats. Il y a à peu près 96 schémas départementaux signés. Sur de nombreux territoires, de nombreux acteurs sont réunis autour des schémas : Éducation nationale, Justice, acteurs du milieu sanitaire et social, collectivité territoriale, etc. Il y a, évidemment, à renforcer ces instances partenariales. Elles visent à partager un diagnostic, à identifier les besoins du territoire, à élaborer un plan d'actions partagées. Il y a dans la prochaine COG à concrétiser davantage la question du plan d'actions partagées et à se donner des objectifs vraiment quantitatifs pour développer ces services aux familles sur les territoires.

« Il y a beaucoup à travailler, dans le cadre de nos interventions pour ne pas tomber dans l'écueil de normes, de principes qui peuvent stigmatiser »

Il y a énormément d'enjeux autour des schémas dans la prochaine COG. Peut-être sur le champ de la parentalité, Laurine Bricard l'a souligné, c'est d'être plus fin dans le diagnostic, de mieux embrasser, l'ensemble des acteurs du soutien à la parentalité. Au fil de l'élaboration des schémas, beaucoup d'entre-eux quasiment la moitié, ont intégré un axe « jeunesse ». Malheureusement, on a continué un peu à travailler en silos : la petite enfance, la parentalité, la jeunesse. Un des objectifs est de mieux articuler les axes petite enfance/parentalité, mais également jeunesse/parentalité, notamment autour des adolescents.

Quelques pistes de réflexions pour finir ce tour d'horizon. Les enjeux de formation sont très fortement identifiés. Les enjeux de formation des professionnels mais, également des bénévoles. Les CLAS, sont majoritairement animés par des bénévoles, à quasiment 60%. Vous l'avez dit, ce sont des dispositifs qui ne coûtent pas cher mais parce qu'une grande partie des personnes intervenant dans ces dispositifs sont des bénévoles. Cela pose un certain nombre de questions sur la sensibilisation de ces acteurs à la panoplie de problématiques que pose le soutien à la parentalité.

Un autre enjeu est celui de l'évaluation et de l'essaimage des dispositifs les plus efficaces. On a un très fort enjeu d'expérimentation, d'évaluation, de capitalisation et d'essaimage. Nous ne sommes pas les « sachants », donc, on ne sait pas dire ce qui est le plus efficace mais on veut bien outiller, financer les gisements d'expérimentation, d'innovation sur les territoires.

En tant que tête de réseau, on se pose très fortement la question de l'information. L'information pour les parents : aujourd'hui, nous avons un site Internet « monenfant.fr » qui est en pleine restructuration et la question que je me pose, — on a eu l'occasion d'échanger avec la Société Française de Santé Publique — est comment en inter ministériel, on arrive à délivrer auprès des parents une information labellisée. Parce que quand les parents arrivent sur Internet, il y en a partout, c'est le foisonnement d'informations. Il est nécessaire de valoriser l'information fiabilisée, estampillée. Il y a un gros travail à faire dans les prochaines années pour fiabiliser l'information puis la diffuser aux parents.

Toutes les branches de la sécurité sociale signent leur COG en même temps, donc, c'est l'occasion de construire des parcours inter branches, notamment autour de la naissance ; Comment collectivement on va pouvoir pousser l'information au bon moment en partant d'un certain nombre de faits générateurs : la déclaration de grossesse, quelle information on livre à ce moment-là ? Le premier rendez-vous chez la sage-femme : qu'est-ce qu'on peut livrer comme informations coordonnées ? Un des enjeux de la branche Famille pour rendre plus lisible son action est de privilégier une approche par parcours de vie.

Dernier point : quand je parle des dispositifs de soutien à la parentalité autour de moi, notamment ceux de la branche Famille, à peu près personne ne les connaît. Quels recours des parents ? Comment on cible les parents qui en ont le plus besoin ? Il faut être là où sont les parents. C'est un peu basique mais ils sont sur Internet, il faut qu'on y soit avec une information crédible. Ils sont dans les crèches, dans les centres de loisirs, dans l'entreprise. Je pense que l'on peut aussi travailler cet axe : que peut-on faire avec les entreprises qui sont de plus en plus à se poser la question de la dimension parentalité, de la conciliation vie familiale-vie professionnelle. Dans des optiques de responsabilité sociale, de nombreuses entreprises se positionnent sur ce secteur.

Enfin, comme il a été évoqué tout à l'heure, l'un des repoussoirs de ces dispositifs pour les parents, c'est la peur d'être jugés, la peur qu'on leur impose des normes. Donc, il y a beaucoup à travailler, dans le cadre de nos interventions pour ne pas tomber dans l'écueil de normes, de principes qui peuvent stigmatiser. Et cela, renvoie aux postures professionnelles et, évidemment, à la formation.

Je vous remercie.



Accompagnement à la parentalité
et inégalités sociales de santé

Sur quoi et comment agir ? Questions et points de repères

CHRISTINE COLIN

PROFESSEURE DE SANTÉ PUBLIQUE,
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

C'est en tant que médecin spécialiste de santé publique et professeur de santé publique et de médecine préventive à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Montréal que j'interviens ce matin. Avant d'être professeure universitaire à temps plein, j'ai bénéficié d'une riche expérience professionnelle, de gestion, de recherche et d'enseignement combinés, dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, à la fois dans les hôpitaux, les services ambulatoires et le ministère de la santé et des services sociaux, dont j'ai été sous-ministre adjointe et directrice de la santé publique pendant 5 ans. C'est en m'appuyant sur cette expérience diversifiée à la fois en périnatalité, particulièrement sur la thématique des femmes enceintes en milieu défavorisé, mais aussi en santé publique, en promotion de la santé, en politiques publiques et même en organisation de la santé publique et en pédagogie de la santé que je m'exprime aujourd'hui. Je remercie sincèrement Pierre Lombrail et Anne Laurent-Beq qui m'ont donné cette occasion de contribuer à nos réflexions de ce jour.

Le titre que l'on m'a proposé : « *Accompagner les parents, réduire les inégalités sociales de santé : sur quoi et comment agir ? Questions et points de repères* » est un titre ambitieux auquel je vais donc apporter ma modeste contribution sous l'angle de la réduction des inégalités sociales de santé certes, mais aussi sous l'angle de l'amélioration de la santé et de la défense des plus défavorisés. Pour revenir au titre, je me suis

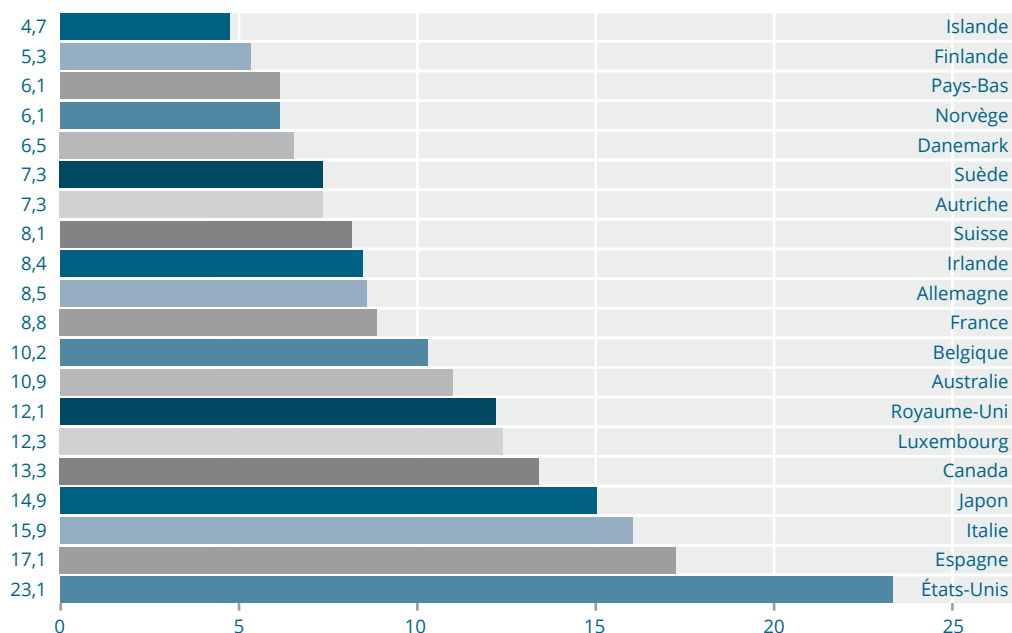
permis d'inverser questions et points de repères. En utilisant les données probantes et les données des expériences vécues auprès des familles, je commencerai par les points de repères et je terminerai par les questions.

DES POINTS DE REPÈRES

Le gradient social présent dès l'enfance perdue

Évidemment, la petite enfance est une période cruciale. Si tous les parents ont des besoins et des inquiétudes souvent semblables, le gradient social et de santé est bien présent dès la conception de l'enfant et même avant. Jack P. Shonkoff, pédiatre et directeur fondateur du Centre universitaire sur le développement de l'université de Harvard écrivait dès 2000 : « *La pauvreté peut être plus dommageable durant la petite enfance car elle affecte plusieurs sphères constituantes qui auront un impact sur la performance et la réussite scolaire* ». (Shonkoff JP. et Phillips DA, 2000). On sait aujourd'hui qu'elle a un impact sur la vie et la santé tout au long de la vie. En Europe, Michael G. Marmot, professeur d'épidémiologie et de santé publique au University College de Londres et autre figure scientifique incontournable de la réduction des inégalités sociales de santé, a présidé pour l'Organisation Mondiale de la Santé les travaux qui ont conduit à la publication « *Comblant le fossé en une génération - Instaurer l'équité en santé en*

1. TABLEAU DE COMPARAISON DE LA PAUVRETÉ RELATIVE DES ENFANTS DANS CERTAINS PAYS DE L'OCDE



Taux de pauvreté des enfants (% des enfants vivants dans des ménages dont le revenu équivalent est inférieur à 50% de la médiane nationale)

Note : Les données renvoient à des enfants âgés de 0 à 17 ans.

Sources : Calculs basés sur l'EU-SILC 2009, HILDA 2009, SLID 2009, PMS 2009 et PSID 2007. Les résultats pour le Japon sont issus du Bureau du cabinet, Bureau pour l'égalité des sexes (2011)

agissant sur les déterminants sociaux » (OMS, 2008). Il y définit les inégalités sociales de santé comme « les écarts d'état de santé socialement stratifiés, qui reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux. Cela correspond à des écarts, injustes et évitables, entre les groupes sociaux de population, qui ont un impact sur la santé ».

Sur la base de cet ouvrage très important, plusieurs questions se posent :

■ Sommes-nous devant des inégalités générant un gradient ou générant un fossé (gap) ?

Si l'on parle actuellement plus souvent de gradient, au sens d'une variation des indicateurs de santé entre tous les groupes sociaux, on parlait, il y a plusieurs années, plus fréquemment de « gap », au sens de fossé ou d'écart important, de décalage, entre les indicateurs du groupe social le plus défavorisé par rapport aux autres groupes. Selon le choix des termes, on mettra donc davantage l'accent sur des interventions pour tous les groupes sociaux qui n'atteignent pas les résultats du plus favorisé (gradient), ou davantage l'accent sur la réduction des écarts entre le groupe le plus défavorisé et les autres (gap/fossé).

Michael Marmot a gardé le titre de fossé dans son rapport. Le fossé existe donc encore. Cette différence d'approche est importante puisqu'elle conditionne les prémices de l'intervention, même si bien sûr parler de gradient n'empêche pas de parler de gap ou de fossé.

■ Comment définir les populations vulnérables ?

On aborde souvent la vulnérabilité psychosociale de façon spécifique : maladies mentales, toxicomanies, violences, dysfonctionnement familial, carences (affectives, éducatives ou autres). On peut aussi l'aborder de façon plus globale sous l'angle de familles fragiles, familles défavorisées, de familles vulnérables. Le vocabulaire reflète bien notre difficulté à cerner les choses de façon concrète et complète. Et ceci sans aborder la question des migrations, auxquelles on pourrait, surtout actuellement, consacrer une autre journée, puisque migration et périnatalité sont un sujet majeur, que je n'aborderai toutefois pas aujourd'hui, faute de temps. De mon côté, je préfère garder une approche peut-être un peu plus ancienne mais qui parle de vulnérabilité plutôt en termes de pauvreté. De précarité, bien sûr, mais surtout de pauvreté et de grande pauvreté.

■ Où sont les plus grands besoins ?

La pauvreté

Le bilan Innocenti publié en 2012 (UNICEF, 2012), par la commission de l'UNICEF sur la pauvreté relative des enfants la définit comme le pourcentage d'enfants - de 0 à 17 ans - vivant dans des ménages dont le revenu est équivalent ou inférieur de 50% à la médiane nationale.

→ cf. 1

Selon cet indicateur, il y aurait en France 8.8% d'enfants dans cette situation et 13.3% au Canada où j'habite. Dans ce rapport, le taux est de 23,1 % aux États-Unis et de 4,7 % en Islande (données de 2012). Il s'agit du taux après transferts et on verra plus loin que ceux-ci ont un très fort impact pour réduire la pauvreté des enfants.

La grande pauvreté, le cumul des difficultés et l'exclusion sociale

La pauvreté persiste donc dans nos pays riches et, de plus, les écarts augmentent. Tout cela est bien connu. Depuis bien longtemps, le mouvement ATD Quart-monde a fait connaître la grande précarité des familles les plus défavorisées qui cumulent difficultés de logement, de revenus, de scolarité, de travail, etc., difficultés qui persistent

dans le temps et, qui sont souvent aussi celles de leurs parents. Absence de pouvoir, de savoir reconnu et l'exclusion sociale qui les accompagne rendent la vie très pénible. Et l'on sait que plus la durée et l'intensité sont grandes pour la pauvreté, plus c'est difficile pour les familles.

Une étude qualitative, réalisée dans les années 1990, a permis de mieux connaître le vécu des familles en extrême pauvreté au cours de la grossesse et les retentissements sur la maternité et la santé. Ce que ces femmes du Québec, qui y étaient nées, nous ont dit, c'est qu'elles survivaient avec un passé lourd et la peur au quotidien de manquer de nourriture pour les enfants (Colin C. et al, 1992). C'était extrêmement troublant de les entendre dire leurs inquiétudes et donner quantité de détails sur la façon de diviser en petites parts le steak haché ou encore de cacher de la nourriture à leurs adolescents pour qu'il y en ait assez jusque la fin de la semaine ou du mois... Les parents, et les mères en particulier, ont à gérer un stress constant et élevé et leur définition de la santé c'est : garder un bon moral. Ça dit bien à quel point santé physique et santé mentale sont extrêmement liées. On n'insistera jamais assez sur l'effet destructeur de la honte pour les mères et pour les enfants, et sur l'effondrement de l'estime de soi.

Dans ce contexte, les enfants, dont nous - comme intervenants - contestons parfois la mise au monde, ne sont pas vus par leurs parents comme une difficulté. Au contraire, ils sont plutôt un projet, un espoir qui donne un sens à la vie et qui est aussi, pour les mamans, un apport social. Souvent, elles ne travaillent pas mais en mettant au monde leurs enfants, elles nous disent contribuer « à la société ».

Les parents sont, en grande majorité, aimants mais leurs compétences parentales, bien réelles la plupart du temps, sont souvent masquées par les conditions de vie et les difficultés du quotidien, surtout quand il n'y a pas de sécurité matérielle et qu'il y a aussi, parfois, un manque de sécurité affective.

Les familles, les mamans, en particulier, vivent dans la peur constante d'être jugées incapables de s'occuper de leurs enfants et de se les faire « retirer ».

Multiple impacts sur la santé physique et mentale des mères et des enfants

Au chapitre des conséquences pour la santé des mères, mentionnons anémie, pré-éclampsie, infections, diabète et dépression pré ou post natale, en augmentation. Pour la santé physique des nouveaux nés : poids insuffisant à la naissance, prématurité, surtout retard de croissance intra utérine, etc. L'allaitement, pourtant une mesure majeure de prévention, est moins fréquent et moins long. Quand l'enfant grandit, apparaissent des troubles du développement, des troubles de l'estime de soi, des traumatismes plus fréquents, des résultats scolaires compromis parce que la maturité scolaire n'est pas au rendez-vous, des problèmes de santé

mentale, des hospitalisations plus fréquentes et une mortalité plus élevée. Si le taux de mortalité foeto-infantile, jusqu'à la fin de la première année de vie, au sein des familles défavorisées, était le même que celle des femmes les plus favorisées, il y aurait 20% de décès en moins, alors que leur proportion est bien inférieure à 20%. Donc, il y a un excès de mortalité extrêmement important et un excès de morbidité, de malaise et de mal-être, qui justifient, d'un point de vue de santé publique, que l'on investisse dans des interventions efficaces auprès de ces familles.

Les enfants qui grandissent dans la pauvreté développent plus fréquemment de l'asthme, de l'anémie, de l'obésité, des traumatismes, des difficultés d'apprentissage, des troubles de santé mentale et sont davantage hospitalisés. Une étude sur les facteurs influençant le rendement scolaire (ELDEQ, 2011 et 2016), faite au Québec en 2011, montre que les quatre facteurs les plus importants sont : le statut socioéconomique, l'éducation de la mère, l'éducation du père et le revenu familial.

L'environnement dans lequel vivent les enfants a une influence majeure sur leur développement et leur santé. On peut penser qu'en milieu défavorisé, outre les privations matérielles, il y a moins de stimulations, que l'éducation familiale est plus rude et qu'il y a moins d'interactions verbales et sociales. A contrario, Kathleen Conroy (2010) a bien montré la grande influence de la disponibilité et de la qualité des institutions et des communautés et en particulier celle de l'école et des programmes éducatifs — on y reviendra. Cela peut changer les choses pour ces enfants et leurs parents. Enfin il faut souligner le rôle structurel de la marginalisation sociale et de la pauvreté, le rôle de nos préjugés et de nos jugements négatifs, l'hostilité, la méfiance que ces familles rencontrent et qui génèrent honte, anxiété et désespoir. Pour les enfants, c'est dramatique. Vincent de Gaulejac avait bien décrit à quel point la honte ressentie par les enfants (honte de leur milieu et plus dommageable encore, la honte de leurs parents et la honte d'avoir honte) était destructrice pour eux dans beaucoup de domaines de leur vie (De Gaulejac V, réédition 2012).

Pour autant, il n'y a pas de déterminisme. Bien sûr, le risque est augmenté et souvent les indicateurs de santé sont multipliés par deux ou par trois pour la morbidité et la mortalité, mais cela ne signifie pas que cela concerne la majorité des enfants. Tous ces enfants ne naissent pas prématurés ou n'auront pas de difficultés scolaires. Il faut miser sur les forces et les compétences des familles et garder à l'esprit qu'il y a beaucoup de résilience. Et heureusement, comme on va le voir, il y a des interventions efficaces pour diminuer les risques de morbidité et de mortalité.

Le statut socio-économique de l'enfant a clairement une grande influence sur sa santé pendant l'enfance et la petite enfance, et plus tard sur son statut socio-économique et sa santé à l'âge adulte (maladies cardio-vasculaires, hypertension, obésité, diabète, etc...). Même quand un enfant qui a grandi dans la pauvreté, réussit finalement, à l'âge

adulte, à en sortir, cela n'efface pas complètement l'influence de son passé (Conroy K, 2010). On sait aussi que l'influence du statut socio-économique est supérieure à l'influence cumulée de tous les facteurs de risques. L'excès de facteurs de risques (tabac, alimentation, drogues ou autres...) n'explique que pour moitié l'influence du statut socioéconomique (Conroy K, 2010).

L'incorporation « biologique » du statut socio-économique

À long terme, des maladies plus fréquentes et plus nombreuses vont toucher des adultes ayant grandi en milieu de pauvreté. On sait maintenant, qu'il y a une interaction entre le biologique, le neurocognitif et le social et que ce sont des mécanismes neuro endocriniens qui vont, en passant par l'impact du stress chronique, influencer le développement et la santé de l'enfant. L'épigénétique, de découverte récente, est extrêmement intéressante. Elle permet de comprendre les mécanismes à l'œuvre pour l'impact sur la santé, sans rien retirer aux conditions et aux explications sociales. Tout se passe comme si le statut socio-économique devenait « biologiquement incorporé » chez l'enfant, dès le départ et tout au long de sa vie. Ses expériences de vie difficiles entraîneront souvent des dommages irréversibles, quand elles surviennent pendant des

périodes critiques de développement - et la petite enfance en est une. On estime aussi que les stressors chroniques et les menaces, qui sont issues de l'environnement physique, social, familial, psychologique ou culturel, et qui se répètent tout au long de la vie, se cumulent. C'est la théorie de « life course ». Sans interventions préventives, cela entraîne un impact très grave sur l'état de santé, qui commence dans l'enfance et se poursuit à l'âge adulte (Halfon N et Hochstein M, 2002 ; Conroy K, 2010).

Plus de besoins signifie-t-il plus de sollicitations de services ?

Ce n'est pas parce que ces familles ont plus de besoins qu'elles vont bénéficier de plus de services. D'abord, elles se sentent très impuissantes par rapport à nos services de santé. Surtout, et cela a déjà été dit ce matin, notamment par Pauline Domingo, elles ont peur d'être jugées incapables de s'occuper de leurs enfants, de se faire prendre ou retirer les enfants. La relation entre les familles défavorisées et les intervenants sociaux et de santé oscille toujours entre une relation de confiance avec les intervenants et le contrôle social exercé par les institutions. Il en résulte beaucoup d'incompréhension et de la méfiance souvent. Du côté des intervenants, nous avons souvent du mal à rejoindre ces familles, et quand nous

les rejoignons, nous sommes confrontés à un milieu difficile. Les ressources financières et humaines ne sont pas toujours suffisantes et la concertation et la collaboration gagneraient à être augmentées au niveau interinstitutionnel, interministériel et intersectoriel. Même si c'est un peu moins vrai aujourd'hui, les intervenants sont souvent encore très seuls et isolés en face de ces familles. Or cela peut entraîner, soit l'épuisement professionnel, soit, à l'opposé, le désintérêt et l'indifférence. Le défi est grand...

Rien d'automatique dans la réduction des inégalités sociales de santé...

La réduction des inégalités sociales n'est pas automatique, même quand la santé de tous s'améliore. Au contraire, l'écart, en général, s'aggrave. Pourquoi ? Parce que les individus ont des capacités différentes de tirer profit des ressources et des interventions, notamment en fonction de leur position sociale et que les plus pauvres en profitent moins.

Nous devons être très vigilants pour ne pas accroître les inégalités de santé par des programmes qui visent les groupes plus favorisés, ou simplement qui visent tout le monde et qui ne vont pas accorder assez d'attention aux plus défavorisés. Selon une de mes collègues de l'Université de Montréal, Louise Potvin (2008),

« Au final, ne pas se préoccuper de l'impact potentiel des interventions de santé publique sur les inégalités de santé, c'est prendre la décision de les accroître ».

ALORS, SUR QUOI AGIR ?

Les déterminants de la santé

Les déterminants de la santé, comme vous le savez, sont très complexes et démontrent à quel point ce ne sont pas seulement les familles qui sont responsables de la situation dans laquelle elles sont et que, au-delà des caractéristiques individuelles, ce sont les milieux de vie, les systèmes et le contexte global, y compris politique, qui influencent de façon majeure leur santé.

→cf.2

Des prérequis et des stratégies pour la santé

Comme l'a clairement énoncé la charte d'Ottawa : sans paix, sans toit, sans éducation, sans revenus suffisants, sans écosystème stable, sans ressources durables et sans justice sociale et équité, la bonne santé n'est tout simplement pas possible (Organisation Mondiale de la Santé, 1986). La situation dramatique des migrants, nous rappelle, jour après jour à quel point la charte d'Ottawa est toujours d'actualité. Cette charte fondatrice de la promotion de la santé, présente les cinq stratégies d'action qui vont bien au-delà des interventions individuelles ou même familiales.

Les voici.

- Renforcer le potentiel des individus et l'action individuelle : c'est ce que l'on vise par les programmes d'accompagnement parental ou d'éducation à la santé.
- Développer des environnements sains et sécuritaires : il s'agit de développer des milieux de vie favorables par la sécurité alimentaire, des logements sains, l'accès aux parcs, etc.
- Établir des politiques publiques en faveur de la santé : ce sont les politiques de logement, de revenus, de systèmes de garde des enfants, des congés de parentalité, des politiques d'éducation préscolaire et scolaire, etc. On a, actuellement au Québec, des congés de parentalité extrêmement intéressants et on voit qu'ils ont un impact positif qu'on est en train d'évaluer.
- Développer les communautés : ce sont les actions communautaires et intersectorielles, etc.
- Réorienter les services de santé : il s'agit d'implanter davantage de programmes de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'un accès plus performant aux services de première ligne.

Toutefois, toutes ces stratégies, essentielles et indispensables, ne seront pleinement efficaces que si on accorde de l'importance à la participation des individus et des communautés, même si, reconnaissons-le, ce n'est pas toujours facile.

La nécessité du travail politique et l'importance de la redistribution

L'influence du niveau socio-économique sur la santé montre bien à quel point les politiques sociales sont absolument nécessaires. Les interventions visant les enfants vont être d'autant plus efficaces et avoir un grand rapport coût/efficacité qu'elles sont très précoces et qu'elles auront un impact durable.

L'augmentation des taxes et la redistribution est une stratégie efficace, beaucoup plus que des campagnes médiatiques par exemple (Merkur S. et al, 2013). Nous avons examiné tantôt les indicateurs de pauvreté relative des enfants dans les pays de l'OCDE, après redistribution. Considérons maintenant le même indicateur, avant et après les impôts et les transferts de redistribution.

→cf.3

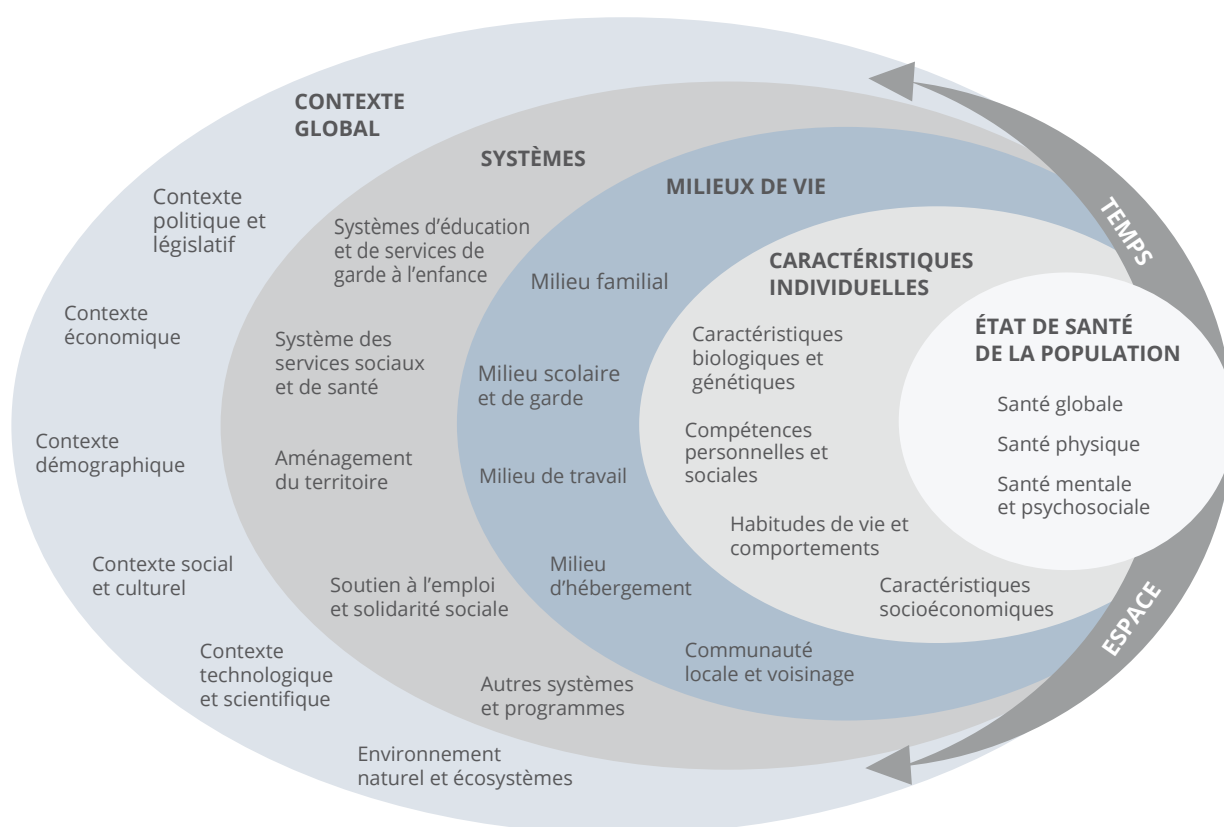
Parmi ces 8 pays, la France est la championne (données de 2007 et 2009). Le pourcentage de 8,8% d'enfants vivant dans la pauvreté, selon cet indicateur, serait de 19,4% s'il n'y avait pas eu de redistribution via les taxes, les impôts, etc. Comme vous le savez, les Etats-Unis sont très peu re-distributifs : l'indicateur varie très peu et ne baisse pratiquement pas après les impôts (de 25,1 à 23,1%), Au Canada, comme en France, la redistribution agit et fait baisser le pourcentage de 25,1 (comme aux États-Unis) à 13,3%. Cela illustre bien à quel point ces stratégies, économiques, sociales et politiques sont fondamentales.

Si ces politiques ne relèvent pas du secteur de la santé ou du secteur social, nous avons tous cependant, comme intervenants en santé et en services sociaux, un rôle de plaidoyer ou d'advocacy à jouer, pour influencer le développement de ces politiques, ne serait-ce que par le travail intersectoriel ou même par des prises de position publiques.

Des programmes et des interventions de prévention efficaces

Plusieurs programmes de prévention sont efficaces. Dans les années 1980 à 2000, plusieurs interventions précoces ont été développées aux Etats-Unis - par exemple Nurse Family Partnership (Olds, 1986), en Angleterre - par exemple Sure Start, au Canada et ailleurs dans le monde. Leurs évaluations ont permis de constater des impacts positifs sur la santé et les apprentissages des enfants et même sur leurs comportements ultérieurs pour leur santé. Ces interventions ont pour but d'améliorer la santé des enfants et, pour la majorité, de réduire les inégalités. De façon générale, elles s'appuient sur le rôle « pivot » de la mère, offrent des visites à domicile, interviennent en prénatal, en postnatal et/ou durant la petite enfance et visent le rehaussement des habiletés parentales (Steward-Brown et al, 2002). D'autres équipes ont développé des programmes préscolaires (Early childhood development programs aux États-Unis), qui sont en général offerts dans un endroit spécifique et visent l'amélioration des « compétences sociales » des enfants de 3 à 5 ans, à risque du fait de leur faible niveau socio-économique (Head Start, Perry Preschool Project et autres). Ces programmes préscolaires sont très

2. LE CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS RÉSULTAT D'UNE RÉFLEXION COMMUNE (MSSS, 2010)

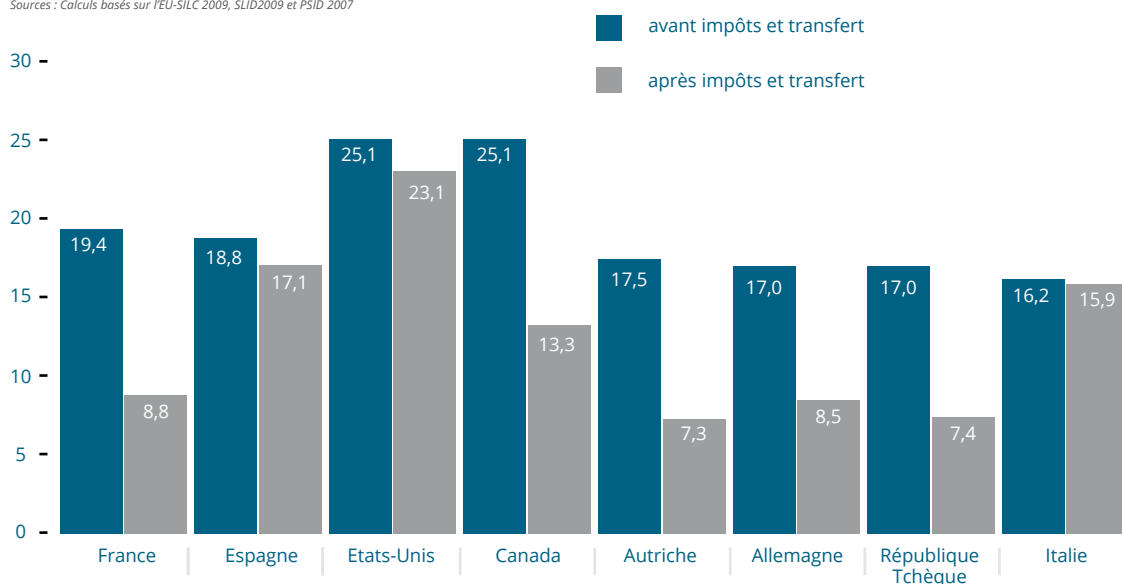


3. TAUX DE PAUVRETÉ RELATIVE DES ENFANTS : % D'ENFANTS VIVANT DANS DES MÉNAGES DONT LE REVENU EST INFÉRIEUR À 50% DU REVENU MÉDIAN NATIONAL, AVANT ET APRÈS IMPÔTS ET TRANSFERTS

Source : UNICEF, BILAN Innocenti 10, 2012

Taux de pauvreté relative des enfants avant impôts et transfert (revenu du marché) et après impôts et transferts dans certains pays

Sources : Calculs basés sur l'IEU-SILC 2009, SLID2009 et PSID 2007



importants pour aider les enfants de milieux plus vulnérables à arriver à l'école mieux préparés.

J'ai fait plusieurs revues de la littérature sur l'efficacité des programmes concernant les visites à domicile et des programmes préscolaires (Colin, 2004). Nous disposons d'études solides et nombreuses, sur de nombreuses années. À chaque fois ces programmes produisent énormément de résultats pour l'enfant intéressants, qui varient bien sûr selon le type d'intervention. Globalement, on constate selon les programmes, une diminution des naissances de poids insuffisant et de la morbidité néonatale, une diminution des blessures non intentionnelles des enfants, une diminution des hospitalisations, un meilleur développement cognitif et socioaffectif des enfants, une augmentation de l'implication des pères auprès des enfants, une meilleure relation parent-enfant, une amélioration des pratiques parentales, une diminution du risque de maltraitance et de négligence et des effets positifs sur la préparation à l'apprentissage scolaire.

Ces programmes ont aussi des effets positifs pour les mères qui vont davantage retourner sur le marché du travail, espacer les grossesses et réduire leur dépendance à l'aide sociale. Pour les deux parents, il y a amélioration de la santé mentale, réduction des dépendances, diminution de la criminalité, augmentation de l'emploi, et diminution de l'aide sociale.

De plus, à long terme, on observe que les enfants qui ont bénéficié des programmes dans la petite enfance, vont avoir, à l'âge adulte, des comportements de santé plus favorables. Ils vont moins fumer, plus attacher leur ceinture de sécurité, faire plus d'exercice physique et avoir une meilleure santé mentale à 21 ans. Tout cela a été bien documenté.

Le Centre de l'Université Harvard sur le développement des enfants a publié en 2007 (<http://developingchild.harvard.edu/>) la synthèse de 40 ans d'expériences et de recherche évaluative qui montrent aussi un meilleur accès aux soins de base et une intervention clinique plus efficaces pour les femmes enceintes et les enfants, l'impact positif du soutien précoce et intensif et des visites à domicile, l'amélioration du développement cognitif et social des programmes d'éducation précoce de haute qualité, et au final un retour sur l'investissement qui dépassent largement les coûts des programmes.

« Les programmes de développement précoce ont un impact positif en prévenant le retard de développement cognitif et en augmentant la préparation pour l'École (school readiness). Ils peuvent prévenir les conséquences négatives à l'adolescence et l'âge adulte, réduire l'abandon scolaire, la criminalité et le chômage »

(Anderson, 2003), Traduction libre.

« Ils sont plus efficaces et ont plus d'effets s'ils font partie d'un ensemble de services coordonnés pour les familles, incluant les soins des enfants, l'aide pour le logement et le transport, un soutien nutritionnel, les opportunités d'emploi et les soins de santé »

(Anderson et al, 2003), Traduction libre.

Enfin, il faut signaler que :

- les effets sont plus marqués chez les populations les plus vulnérables ;
- qu'il existe aussi un effet sur la sécurité dans l'environnement ou les pratiques parentales qui s'améliorent avec les programmes ;
- que les programmes combinant visites à domicile et interventions directes auprès de l'enfant semblent les plus efficaces ;
- qu'on constate une plus grande résilience émotionnelle et une estime de soi positive chez l'enfant, associées avec l'existence d'au moins une bonne relation parent-enfant, caractérisée par l'affection, l'approbation, la supervision appropriée et la discipline.

Au Québec, en misant sur toutes ces évaluations positives, j'ai eu l'opportunité de mettre sur pied en 1991 le programme « Naître Égaux-Grandir en Santé » (NÉGS), qui a évolué et mené au programme SIPPE « Services intégrés de prévention en petite enfance ». Il combine tout ce qui semblait positif dans la littérature et selon l'expérience des intervenants du Québec en petite enfance, soit une intervention avec un accompagnement parental pré et postnatal, des visites à domicile, un intervenant « privilégié » (au sens d'intervenant unique pour éviter la multiplication pas toujours heureuse des intervenants) soutenu par une équipe multidisciplinaire (ce qui n'existait pas encore à l'époque, les intervenants étant très isolés) - des activités de groupes pour les parents, de la stimulation parents-enfants. Conjointement à cette activité plus individuelle, nous avons développé un soutien à la création d'environnements favorables : des tables de concertation dans les quartiers, un renforcement de l'empowerment à la fois individuel et collectif et une influence, modeste certes mais quand même réelle sur les déterminants sociaux. Les parents participent et indiquent ce qu'ils souhaitent changer dans l'environnement du quartier. Les évaluations quantitatives et qualitatives du programme sont très positives (Brodeur JM et al, 2004).

COMMENT AGIR ?

L'impact des interventions préventives bien structurées est impressionnant. S'ils sont différents, ces programmes de visites à domicile et/ou d'interventions dans des centres dédiés ont pourtant des caractéristiques communes qui sont à l'origine de leur succès.

Des facteurs de réussite

Les facteurs de réussite des interventions en périnatalité et petite enfance sont extrêmement connus et ils ont fait leur preuve :

- la précocité, dès le début de la première grossesse (et même idéalement avant la conception) ;
- la continuité pré et post natale ;
- l'intensité. Il est bien démontré que des petites interventions saupoudrées dans de nombreux endroits ou milieux sociaux ne donnent pas grand-chose. Il vaut mieux en faire moins mais cibler intensément nos interventions auprès de ceux qui en ont le plus besoin ;
- la souplesse pour que l'intervention soit adaptée aux conditions dans lesquelles vivent les gens ;
- la stabilité des équipes et des intervenants, ce qui est souvent compromis par la rotation très importante de personnel. C'est un enjeu et un défi ;
- une approche à la fois personnalisée et globale - on avait choisi dans le programme NÉGS de ne pas cibler des facteurs de risques en particulier et donc d'intervenir auprès de toutes les familles qui vivaient dans la grande pauvreté même si a priori, il n'y avait pas de facteurs de risques spécifiques, puisque de toute façon, leur santé est compromise ;
- une intervenante privilégiée et engagée auprès des familles qui devient leur correspondante principale (pour peu qu'il y ait une bonne relation de confiance, l'intervention d'une personne 4 demi-journées et bien

plus efficace que l'intervention de 4 personnes pour une demi-journée chacune) ;

- le travail en équipe multidisciplinaire ;
- la participation et la mobilisation des parents et du milieu ;
- le partenariat et la concertation.

Des attitudes favorables

Par contre, même en respectant toutes ces conditions, cela ne suffit pas, si les intervenants ne développent pas des attitudes favorables en regard des familles, sans lesquelles l'efficacité de l'intervention est compromise. Pour que les visites à domicile soient efficaces, les attitudes des intervenants envers les familles doivent être favorables et bienveillantes, avec le moins de préjugés possibles. Ce n'est certes pas toujours facile, mais la formation peut être d'une grande aide. Cette formation ne doit pas être seulement « technique » sur les conditions de parentalité, elle doit aussi aider à faire comprendre ce que vivent les familles qui sont dans des situations d'extrême pauvreté et d'exclusion sociale, très loin des nôtres, et permettre de développer une attitude favorable, qui va respecter la dignité des personnes et leurs valeurs, et qui va permettre aussi de reconnaître, de valoriser les compétences des parents et de, surtout, développer avec eux une vraie relation de confiance.

Une intervention multiple

De plus, l'intervention doit être multiple : individuelle (notamment les

visites à domicile), communautaire (accompagnement par des réseaux de soutien, des services disponibles) et inter sectorielle (tables de concertation dans les quartiers, influence sur les conditions de vie et les déterminants sociaux, renforcement du milieu, etc.).

Des ressources suffisantes, une vision et la continuité des services

Les ressources doivent aussi être suffisantes pour permettre des interventions de qualité. Bien entendu, c'est souvent un problème et c'est très apprécié que des décideurs qui sont aux commandes pour la répartition des ressources soient dans cette salle aujourd'hui.

Il faut également développer une vision commune des besoins des enfants et de leur famille, renforcer le continuum entre les services en périnatalité et ceux de la petite enfance et moduler les services en fonction de l'âge et des besoins en s'assurant des modalités qui permettent la mise en œuvre et l'amélioration continue des services.

Et si on tenait compte de la littératie ?

Avant de conclure, quelques mots pour évoquer la littératie qui constitue une des grosses difficultés d'accès aux services et à l'éducation à la santé car les familles de milieu défavorisé ont généralement une littératie de niveau très faible qui ne leur permet pas de décoder ni d'intégrer le contenu de nos messages. C'est tout un travail...

Il y a peu, avec mes collègues du Centre de promotion de la santé que je dirigeais au CHU Sainte-Justine à Montréal, nous avons travaillé pendant plusieurs années et développé des capsules animées (diaporama) d'information et de prévention pour des parents, à littératie faible, de jeunes enfants - de la grossesse à 5 ans (Colin C et Valderrama A, 2015). Ces capsules, fondées sur la littérature scientifique et les données probantes, puis testées et révisées avec des familles et des experts, m'ont appris que, paradoxalement, plus on vise des parents de faible littératie (niveau 2, voire 1) et plus c'est long à écrire. Il faut en effet constamment sélectionner les messages, épurer et réviser le vocabulaire. Les capsules ont été bien acceptées par les parents. Elles sont disponibles sur le site du CHU Sainte-Justine, à l'onglet rose de promotion de la santé : <https://promotionsante.chusj.org/fr/Boite-a-outils/Capsules>.

On sait que les personnes défavorisées passent beaucoup de temps dans les salles d'attente des services médicaux, c'est pourquoi nous avons conçu cet outil de prévention pour des salles d'attente. En conséquence, il n'y a pas de son, celui-ci étant en général fourni par les enfants de la salle d'attente... Même si ces capsules visent des parents à faible littératie, tous les parents peuvent en profiter, ce qui est ailleurs le cas de beaucoup de jeunes parents autour de moi.

QUELQUES QUESTIONS EN CONCLUSION

J'aimerais conclure en revenant sur les points de repère évoqués au début de cette présentation et quelques-unes des questions qui étaient alors évoquées.

En regard de ces inégalités, sommes-nous devant un gradient ou un fossé/gap ?

La question demeure. Mais on peut parler de gradient sans nier, pour autant, l'existence d'un "gap" ou "fossé" lorsqu'il s'agit des familles les plus défavorisées vivant dans l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale. Il m'apparaît important et urgent de les prioriser dans notre offre de services parce qu'elles cumulent le plus de risques et ont les plus grands besoins. De plus des interventions efficaces existent et ont beaucoup d'impact à court et long terme.

Comment rejoindre les mères et les pères les plus défavorisés ? Comment offrir des services à ceux qui en ont le plus besoin ?

Cela reste une question majeure. Il y a dix-huit mois, au séminaire précédent, une statistique avait été mentionnée à propos de l'entretien prénatal précoce (EPP), une initiative très intéressante et prometteuse. Malheureusement, cet EPP ne bénéficiait alors qu'à 30% des familles et celles-ci étaient parmi les plus scolarisées. Un autre exemple qui montre que sans priorité absolue, les plus pauvres ne bénéficient pas des services qui devraient pourtant leur être destinés.

Comment renforcer la cohésion et le soutien social ? Comment éviter la stigmatisation et le contrôle social ?

Ces questions devraient être abordées lors du prochain séminaire.

Quant aux intervenants auprès des familles, et beaucoup d'entre nous ici le sommes, comment nous former et être à l'écoute pour comprendre les familles et leurs parcours de vie ? Comment éviter de culpabiliser encore plus les parents, être d'abord bienveillants et patients pour garder en tête notre devise a priori : d'abord « ne pas nuire » ? Comment reconnaître les compétences des parents et le savoir profane, leur savoir à eux, tout en visant constamment d'améliorer leurs compétences parentales, individuelles, familiales, voire communautaires ? Là encore il faut rester confiants et patients puisque, souvent, ce qui est transmis à une maman très défavorisée pendant la première grossesse, ne sera réellement pleinement mis en œuvre que pendant la seconde. Au-delà de la nécessité d'une meilleure articulation entre l'intervention individuelle et l'action collective - qui a une dimension sociale et structurelle, nous avons aussi un rôle de plaidoyer, pour la réduction des inégalités et le respect des droits humains et de la dignité. Tout ça est lourd pour les intervenants qui y sont confrontés tous les jours. Ils ont, vous avez aussi besoin d'être soutenus ! Comment développer un soutien nécessaire et efficace pour ceux qui interviennent auprès des femmes enceintes, des enfants et des familles en milieu de grande pauvreté ?

La question de **l'universalisme proportionné reste posée.** Comment répartir les ressources, forcément limitées, et éviter d'accroître les inégalités. Car si on ne s'en préoccupe pas, les inégalités vont continuer de s'accroître... Comment travailler avec toutes les familles sans pénaliser les plus défavorisées, comment éviter les effets pervers alors que la majorité des familles moins ou pas défavorisées vont drainer la majorité des ressources ? C'est une question fondamentale à laquelle il faut soigneusement penser...

Enfin la lutte pour **la réduction des inégalités sociales de santé ne doit pas masquer le défi permanent de la lutte contre la pauvreté et la grande pauvreté.** Quand la pauvreté et la grande pauvreté diminueront vraiment, les inégalités sociales de santé seront bien réduites.

En somme, faire de la réduction des inégalités un véritable enjeu pour favoriser le développement et la santé de l'enfant et de sa famille, reste notre principal défi pour réellement améliorer la santé de tous à moyen et long terme.

Références

- Adamson P. Mesurer la pauvreté des enfants : nouveaux tableaux de classement de la pauvreté des enfants dans les pays riches. Florence : Centre de recherche Innocenti de l'Unicef ; 2012. 40 p. (Bilan Innocenti ; 10).
- Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J, et al. The effectiveness of early childhood development programs : A systematic review. *Am J Prev Med.* 2003 ; 24 (3 suppl) : 32-46.
- Brodeur JM, Boyer G, Séguin L, Perreault M, Colin C, Théorêt B, et al. Le programme québécois Naître égaux – Grandir en santé : étude des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. *Santé, Société et Solidarité.* 2004 ; (1) : 119-27.
- Center on the developing Child at Harvard University [Site internet]. Cambridge : The President and Fellows of Harvard College. 2019. [Visité le 15/01/2019].
En ligne : <http://developingchild.harvard.edu/>.
- Colin C, Ouellet F, Boyer G, Martin C. Extrême pauvreté, maternité et santé. Montréal : Les Éditions Saint-Martin ; 1992. 259 p.
- Colin C. Promotion de la santé et du bien-être et prévention auprès des enfants et des familles en milieu d'extrême pauvreté : soutien, contrôle ou solidarité ? In : Colin C. (sous la dir. de). Une juste place pour tous les enfants : plaidoyer pour l'action. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine ; 2004. pp 85-117.
- Colin C. Naître égaux-Grandir en santé : un exemple de la contribution des infirmières en prévention et en promotion de la santé en périnatalité. *Santé publique.* 2004 ; 16 (2) : 287-90.
- Colin C, Vадerrama A. Des capsules numériques d'information et de prévention [Page internet]. Montréal : Promotion de la santé CHU Sainte-Justine ; 2015. [Visité le 15/01/2019].
En ligne : <https://promotionsante.chusj.org/fr/Boite-a-outils/Capsules>.
- Conroy K, Sandel M, Zuckerman B. Poverty grown up : how childhood socioeconomic status impacts adult health. *J Dev Behav Pediatr.* 2010. 31(2) : 154 –60.
- De Gaulejac V. L'histoire en héritage : roman familial et trajectoire sociale. Nouvelle édition. Paris : Payot ; 2012. 300 p. (Petite biblio Payot Essais).
- Direction des enquêtes longitudinales et sociales. ELDEQ, Étude longitudinale du développement des enfants du Québec [Page internet]. Montréal : Institut de la statistique du Québec ; 2016. [Visité le 15/01/2019].
En ligne : <http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/>.
- Halfon N, Hochstein M. Life course Health development: an integrated framework for developing Health, Policy and Research. *Milbank Q.* 2002 ; 80(3) : 433-79, iii.
- Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case?. Genève : World Health Organization ; 2013. 84 p. [Visité le 15/01/2019].
En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/235966/e96956.pdf.
- Emond A, Gosselin JC, Dunnigan L. Le Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications ; 2010. 44 p. [Visité le 15/01/2019].
En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/cadre_conceptuel.pdf.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1986. 5 p. [Visité le 15/01/2019].
En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève: OMS; 2008. 40 p.
- Shonkoff JP, Phillips DA. From neurons to neighborhoods: the Science of early childhood development. Washington: National Academy Press; 2000. 612 p.
- Stewart Brown S, Shaw R, Morgan L, Mockford C. The Roots of Social Capital: a systematic review of longitudinal studies linking relationships in the home with health and disease. Oxford : Health Service research Unit ; 2002.

Synthèse des ateliers

ATELIER 1

Élaborer des politiques territoriales et créer des liens entre les acteurs

Pierre Lombail

Administrateur de la Société Française de Santé Publique, professeur de santé publique, Université Paris 13

Un atelier passionnant autour de deux expériences passionnantes : la première était portée par l'Association Familiale Populaire. Elle a été présentée par un représentant national de la fédération et une représentante de l'association qui intervient dans le Rhône.

L'objet : prévenir la dépression maternelle et les conséquences de la dépression, notamment, sur l'établissement du lien.

Dans ce type de projet, le point clef est le partenariat, et ce, pour de nombreuses raisons ; notamment, parce que lorsqu'on est une association familiale employant des techniciennes d'intervention sociale, celles-ci, en tant que travailleurs sociaux, ne peuvent intervenir sur des objets de santé que si elles sont accompagnées par ailleurs et qu'il y a un partenariat avec, entre guillemets, les « services de santé ». Notamment un pédopsychiatre, et les services de PMI.

« Ce n'est pas parce que je suis TISF, que je vais accompagner des femmes qui ont

des difficultés psychiques au décours de leur accouchement. J'ai une formation en plus, j'ai une supervision par la pédopsychiatrie et je travaille en partenariat avec le monde de la santé. Et avec ça, dans ces cas-là, je peux y aller ! »

La contribution de cette action à la réduction des inégalités sociales de santé réside dans l'approche universelle du service ; cependant, une proportion importante des situations dans lesquelles l'association intervient, sont des situations où les familles sont en difficulté sociale. La moitié de mères auprès desquelles ont lieu les interventions sont au foyer, 20% d'entre-elles sont ouvrières. L'un de nos motifs d'intervention, est l'isolement. L'isolement qui peut être avant, mais surtout à la sortie de la maternité. Et si l'association ne choisit pas de facto, le public auprès duquel elle intervient, ce sont quand même des publics plus populaires qui sont rejoints par l'action. L'action est « consistante », elle peut aller de soixante à cent heures sur l'ensemble de l'intervention, étant entendu qu'elle se déroule forcément sur une durée de six mois cette durée maximum étant fixée par la CAF ; la perspective de l'action est le retrait.

L'autre exemple était porté par un collectif, c'est assez original, qui s'appelle la Coordination Lunévilloise Enfance Famille. L'objet initial, signé par le sous-préfet au moment de la création du réseau : renforcer l'autorité

parentale et la citoyenneté.

Depuis, l'objet s'est modifié : il s'agit plutôt de travailler des pratiques et des postures qui favorisent le développement des enfants, y compris la réussite éducative. Cette action se situe un peu plus tard que la précédente en termes d'âge. Cette prévention est basée sur la coopération. Les actions s'appuient beaucoup sur le langage. On fait d'emblée le lien avec les inégalités sociales parce que s'il y a un enjeu d'intervention sur les inégalités sociales, c'est dans la capacité à se représenter le monde, la capacité à s'exprimer ; que ce soient les enfants ou leurs parents ; parents qui, de toute façon, sont acteurs.

La coordination est constituée en collectif et n'a pas de personnalité morale : elle est composée de personnes et d'institutions qui ont décidé de travailler ensemble : la CAF, la ville de Lunéville, le Conseil départemental du 54. Elle s'associe à de nombreux partenaires, des bénévoles des bibliothèques, le monde scolaire. Elle travaille beaucoup avec l'Éducation nationale, y compris en termes de formation des personnels. Elle « fait » de l'universalisme proportionné comme Monsieur Jourdain de la prose. Sous entendu : des interventions collectives d'appui au développement du langage, par le biais de la lecture ou par le biais de jeux qui mobilisent le langage.



L'approche est universaliste mais, plutôt dans des quartiers en difficultés que dans les quartiers favorisés. Par ailleurs, on « fait » de l'universalisme proportionné parce qu'on a des actions individuelles en direction d'enfants plus particulièrement en difficulté et qu'il faut accompagner individuellement et dans la durée.

On a parlé ce matin de formations, de parcours du bénévole. Le bénévole intervient d'abord dans la lecture. « Lecture plaisir », puis en petits groupes pour faire le « langage en jeu » et éventuellement, renforcer un petit peu plus.

Dans les deux expériences présentées, le partenariat est vraiment pluriel et très inter sectoriel sur le plan des institutions. La Ville a une place importante, même si le collectif de Lunéville n'est pas porté par la Ville — il est porté à tour de rôle par des associations. En termes de politiques territoriales, ces deux projets sont très territorialisés.

Je souligne à nouveau le fait que les parents sont acteurs dans les deux cas.

ATELIER 2

Impliquer les pères

Christine Ferron

Déléguée générale de la Fédération Nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé

Dans cet atelier, deux présentations ont été faites, l'une par le Réseau de Santé Périnatal Parisien et l'autre par l'association « et les pères ! », qui arrive du Sud de la France.

Je vais faire ce rapport d'atelier en deux grandes parties : une première sur les principes d'actions développés dans le cadre de notre atelier et notamment, évidemment, avec une visée de réduction des inégalités sociales de santé. Et une deuxième grande partie autour des questions, des besoins identifiés par les acteurs.

Les principes d'action

Je regrouperais les principes d'actions en trois sous parties : la première autour de la porte d'entrée de « l'aller vers », de comment rejoindre les personnes ; une deuxième partie davantage sur les contenus. Quels types de contenus apporter pour rejoindre cet objectif ? Et une troisième sous-partie autour des modalités d'animation puisqu'il s'agissait dans les deux cas, notamment, de groupes d'échanges, de groupes de paroles. Sur la porte d'entrée ou de « l'aller

vers », clairement, il a été dit qu'il fallait aller chercher les pères là où ils se retrouvent et notamment en extérieur. C'est-à-dire que si l'on se poste derrière un bureau au centre social et qu'on les attend, on ne les verra pas. Véritablement, aller au contact, aller à leur rencontre.

Le nom de l'action a son importance aussi. Le « groupe de parole » fait fuir les pères, le « groupe d'échanges » les intéresse davantage. La nécessité de trouver le bon lieu, le bon jour et la bonne heure, de mettre en place une ambiance marquée par la convivialité, créer la confiance. L'importance aussi, d'impliquer les structures, les associations qui travaillent déjà avec ces pères pour les motiver. Sensibiliser les professionnels et les bénévoles des initiatives existantes, notamment pour favoriser l'émergence d'autres démarches équivalentes sur les territoires. C'est ce qui a été dit en très raccourci autour de cette problématique « aller vers » et comment les rejoindre.

Les contenus

Sur le versant des contenus, il a été dit qu'il était important d'apporter des choses pratiques, de répondre aux besoins, de réassurance de ces pères, de véritablement adapter la communication dans leur direction. Par exemple, élaborer un flyer,

une brochure qui leur soient spécifiquement destinés. Donner du sens à l'engagement de ces pères, leur donner la possibilité de transmettre, d'essaimer, de partager. L'intérêt des approches interculturelles, aussi, a été évoqué. La nécessité de travailler sur le changement de regard sur la place des pères, être à l'écoute de ce qui les motive, cultiver la confiance sur leur capacité à s'exprimer et à s'engager.

L'animation

Pour ce qui est de l'animation de ces temps de travail avec les pères : la question de la formation des animateurs a été évoquée ainsi que l'intérêt des animations en binômes interprofessionnels. Par exemple, sage-femme/psychologue, mais aussi en parité homme-femme. L'intérêt également pour les animations de ces groupes, de travailler en intersectorialité. Un des exemples associait des bailleurs. C'était particulièrement intéressant. Dans ce cadre-là, aussi, prendre en compte, véritablement, le contexte du territoire dans lequel on intervient et susciter dans l'animation, la co-construction avec les participants.

Quels besoins des professionnels et des pères pour agir ?

Les professionnels ont besoin d'acquérir des compétences concrètes en amont de la mise en œuvre du projet : des compétences méthodologiques sur la mise en place de ce type d'action et pour répondre aux appels à projets, construire un budget.

Pour le public concerné, les pères, des questions persistent sur la littératie, autour de ce qui a été évoqué comme une barrière sociologique, l'enjeu qu'il y a à transformer les pères en pairs, à travers ces ateliers. Et d'autres besoins beaucoup plus larges ont été évoqués, notamment comment faire bouger les mères par rapport à l'évolution des pères dans le cadre de ces travaux, avec le constat du côté des mères, parfois, de difficultés à partager les soins aux enfants. Et plus largement

encore, changer le regard de la société et des institutions sur les pères et sur leur rôle de parent.

Nous avons terminé l'atelier sur un point qui nous a semblé particulièrement passionnant et intéressant en termes de perspectives : à travers ces actions on constate que les pères investis dans ce type de démarche changent de posture non seulement en tant que pères ou dans leur implication au sein de leurs familles, mais qu'ils évoluent aussi dans leur place de citoyens avec l'envie de s'investir, ensuite, dans des structures associatives, de jouer un rôle plus actif dans le territoire. Et ce point nous semble relever complètement, d'une démarche de promotion de la santé et de développement du pouvoir d'agir. A ce titre, les deux présentations étaient tout à fait passionnantes.

ATELIER 3

Accompagner les futurs et les jeunes parents

Sandie Sempé

Chargée de mission Santé Publique France

Deux projets ont été présentés dans cet atelier. La première présentation concernait un projet de promotion de l'allaitement auprès des mères. Ce projet était construit au départ autour d'un soutien par téléphone sur la ligne « S.O.S. allaitement » ; Nathalie Baunot du réseau Santé Périnatal Parisien, promoteur de ce projet nous en a expliqué l'évolution avec une ligne qui s'ouvre à des horaires où les cabinets médicaux, notamment, sont fermés, et qui vise à soutenir les mamans dans la poursuite de leur allaitement. Après quelque temps d'action, l'évaluation fait apparaître le fait que ce sont essentiellement les femmes de classe moyenne ou supérieure, -en tout cas des cadres- qui s'emparent de cette ligne téléphonique. Le réseau se lance alors, notamment à la demande des financeurs dans une réorientation de l'action, La question posée dans le cadre de cette réorientation, était : comment aller vers ces femmes qui sont en situation de précarité, qu'on vise dans notre action mais qu'on n'a visiblement pas réussi à capter ? Nathalie Baunot a décrit les évolutions en cours et notamment, le fait de pouvoir travailler avec les CHRS, les CHU, les restos du cœur, pour mener des actions plus larges que la mise à disposition d'une ligne téléphonique ; il s'agirait de développer des actions de promotion de l'allaitement, in situ, au sein des institutions qui reçoivent le public attendu.

La deuxième présentation concernait une action lancée par une crèche dans un quartier de Rouen ; cette crèche accueillait beaucoup de personnes allophones et cela suscitait une question : comment faire les transmissions à ces mamans ou à ces parents, alors que les intervenants de la crèche ne maîtrisaient pas l'anglais ou d'autres langues. Assez vite, grâce aux compétences artistiques d'une des

membres de l'équipe, l'idée est venue de créer un imagier ; cet outil reconnu en interne l'a aussi été en externe puisqu'il a eu un prix. Un imagier très simple, sans mots, juste avec des dessins pour faciliter les échanges avec les familles. La description de l'action nous a permis de comprendre que cet imagier, au départ utilisé au sein d'une crèche pour des personnes ne parlant pas français, a finalement permis d'intégrer d'autres dimensions de la diversité : de l'utiliser pour des personnes qui ont globalement du mal à s'exprimer, que ce soit des personnes en situation de handicap ou autres. Et cet imagier est même utilisé en dehors des crèches actuellement. Avec une description de professionnels qui ont intégré cette notion de diversité culturelle au-delà même des services de la crèche et des professionnels qui se sont décidés à se former à l'anglais, etc... Donc, une description de l'évolution des compétences et des envies des professionnels assez intéressante, par Nathalie Hulin de la mairie de Rouen.

À partir de ces présentations, nous avons essayé d'identifier des grands axes de recommandation, en tout cas, des pistes, des pense-bêtes. Quand on veut mettre en place une action de promotion de la santé ou de soutien à la parentalité qui n'accroît pas les inégalités sociales de santé, qu'est-ce qu'on a retenu comme éléments essentiels, ou les questions à se poser avant, pendant et après ?

Le premier point, paraît évident, mais c'est déjà d'avoir **posé l'objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé** et d'avoir élaboré les critères d'évaluation pour mesurer si oui ou non, on atteint cet objectif de ne pas accroître, voire de réduire les inégalités sociales de santé.

Le deuxième point est : **comprendre le public ou la diversité des publics et comprendre, éventuellement, les non recours à des services qu'on propose** ; ceux-ci sont plutôt a priori bien pensés mais peut-être les pense-t-on un peu trop depuis notre propre point de vue et pas assez depuis le point de vue des divers publics accueillis ou attendus. Et pour

cela, il faut à nouveau développer une stratégie d'évaluation ou, en tous cas, aller vers ces publics, essayer de trouver des médiateurs, éventuellement, pour comprendre les freins au recours à ces services ; relèvent-ils de représentations culturelles, individuelles, collectives, de la logistique, de la technique ? Est-ce que des mamans en situation de précarité peuvent appeler le numéro S.O.S. allaitement ? Y a-t-il des barrières psychologiques ? Tout cela nécessite d'être compris.

Pour pouvoir mieux comprendre le public, on rejoint le groupe précédent, il faut sortir de ses murs, en tant que professionnels, aller vers ce public, dans différents lieux qui les accueillent. Cela implique de rencontrer d'autres professionnels, accepter de se décloisonner, de ne pas fonctionner en silos, que ce soit des professionnels ou des bénévoles qui travaillent dans les autres institutions. On parlait, par exemple de l'importance d'une médiatrice culturelle chinoise qui avait permis de travailler à Aubervilliers, avec les familles chinoises qui n'avaient pas du tout eu accès aux services de soutien à la parentalité.

Troisième point essentiel, **un focus sur les professionnels et leurs compétences**. Est ressorti l'intérêt des formations, à nouveau, pas en silos, pas forcément par métiers mais des formations qui mettraient divers professionnels les uns avec les autres pour réfléchir à des projets communs. Et on irait même jusqu'à, si possible, associer à cette formation des membres de la population qu'on cherche à viser pour faire des co-formations où les formateurs seraient aussi bien des professionnels que des membres de la communauté.

Pour que tout cela soit possible, il faut aussi s'autoriser à changer de pratique, s'autoriser à ne pas savoir en tant que professionnel, se confronter à l'inconnu. De ce qui a été rapporté nous ne sommes pas formés en tant que professionnels pour dire : « *là, Madame, je ne sais pas !* »

Il faut s'autoriser à faire ça, et pour se sentir autorisé à changer de pratique, et

à se questionner, il faut être soutenu par son institution et ce n'est pas toujours le cas. Mais dans les deux exemples, on a eu des exemples opposés, certains ont eu des difficultés avec les autres institutions mais quand ça marche bien, finalement, les institutions finissent par se mettre d'accord.

Pourquoi ces exigences envers les professionnels, pourquoi faire tout ça ? C'est utile de le rappeler : pour permettre aux personnes, au public que l'on vise, de participer réellement à l'élaboration des projets. Il faut que l'on ait envie d'associer les populations mais, certainement cela nécessite des compétences en facilitation de réunion ou d'échange. C'est un savoir faire que de faciliter une réunion avec des habitants, des populations diverses. Ce n'est pas forcément compliqué à acquérir, mais il faut le travailler. Il faut faire confiance à ces populations et s'autoriser à leur laisser de la place.

Quatrième point, on revient sur le pourquoi de tout ça. **C'est se rappeler les principes de la promotion de la santé**, c'est permettre aux gens de prendre du pouvoir sur leur propre santé, leur donner les moyens de s'autoriser à faire des choses, à s'exprimer, à s'autoriser à nouveau à allaiter.

Cinquième point. Tout cela est issu de la pratique, certes, mais on voit que c'est très exigeant, et pour les institutions et les professionnels, on revient très vite à la question des moyens. Dans le groupe de travail, il y a une impression que, finalement, on se remet à travailler en silos et on va de moins en moins, vers les autres institutions et les autres professionnels. **Les projets pluriprofessionnels sont de moins en moins simples à mener.**

ATELIER 4

Soutenir la fonction parentale tout au long de la vie

Anne Laurent

Chargée de mission Société Française de Santé Publique

Notre atelier s'est déroulé autour de deux présentations différentes quant à la taille des projets, leurs modalités d'évaluation, leur mode d'entrée et d'appréhension des sujets, les stratégies et approches déployées.

Le premier présenté par Corinne Roehrig portait sur l'adaptation en France, du programme « Strengthening families program » qui fait l'objet d'une évaluation structurée, scientifique ; il a été adapté dans une première ville puis dans des communes « Politique de la Ville ». Ce programme défini par Corinne Roehrig comme un programme éducatif, est construit autour de quatorze séances associant les enfants et les parents, avec des séances au sein desquelles ils sont, soit ensemble, soit séparés, et avec des expérimentations d'un certain nombre de situations en famille. Ce programme est défini dans la littérature comme probant.

La seconde action présentée était le point écoute de l'Ecole des parents et des éducateurs du département de l'Hérault qui s'inscrit dans une histoire très longue puisque les premiers points écoute ont été créés il y a plusieurs années.

La porte d'entrée est un peu différente du projet précédent : les parents ont la possibilité de prendre un rendez-vous avec un psychologue pour trois séances ouvertes. Les séances sont centrées sur les besoins exprimés par les parents, séances auxquelles ils peuvent venir seuls, accompagnés de qui ils veulent, un enfant ou pas, etc. L'idée est de proposer un moment d'accompagnement aux parents portant sur une difficulté particulière avec laquelle ils viennent.

En fait, ces deux portes d'entrée ont amené un certain nombre de discussions, notamment parce que ce sont deux modes d'organisation et d'intervention très différents.

La discussion a notamment porté sur l'articulation et la complémentarité de programmes définis dans la littérature comme probants et d'actions de terrain ne faisant pas l'objet d'une démarche qualifiée de scientifique mais néanmoins structurée et répondant aussi à une demande sociale. Cela nous a amenés à poser quelques principes pour agir. Nous avons travaillé à partir de mots clefs ; le premier terme qui est apparu est celui d'évaluation. Comment aujourd'hui, peut-on évaluer les actions d'accompagnement à la parentalité ? Qu'existe-t-il comme outils et repères pour les acteurs de terrain, qui n'ont pas accès à des évaluations très structurées, à des compétences pour les accompagner... comment peut-on les aider ? A cette réflexion s'ajoute une question subsidiaire : on travaille sur la parentalité, sur la santé, sur les inégalités sociales de santé, mais sur quoi porte l'évaluation ? Sur l'impact des actions sur les inégalités sociales de santé ? Est-ce qu'on évalue l'impact sur parentalité ? Est-ce qu'on évalue l'impact sur la santé ? Tout cela est-il équivalent ? Quels outils et indicateurs peut-on utiliser ?

Le second terme issu du travail du groupe a été la notion de **participation des parents**. Je crois que cet élément est commun à l'ensemble des ateliers. Mais comment est-elle définie, nous n'avons pas tous la même conception de la notion de participation.

Le troisième terme présenté comme une marge de progrès, relève de la formation des professionnels et notamment à la bienveillance.

Le dernier terme évoqué, qui a aussi été au cœur des discussions au sein des autres ateliers est **l'intersectorialité**, le travail au local, la complémentarité des différents professionnels.

Et puis, enfin, en termes de perspectives, deux questions ont été évoquées qui méritent qu'on s'y attarde dans la suite du travail. Tout d'abord, comment se protège-t-on de l'imposition d'une norme, dans les actions et dans les programmes, avec une réponse qui constitue sans doute une piste : dès lors que l'on donne la parole aux

parents pour participer et répondre aux questions des autres parents, on se protège d'une trop forte référence à une norme.

Et la deuxième question relève de la sémantique : l'accompagnement et le soutien à la parentalité, sont-ils des termes équivalents ? Est-ce que l'emploi de l'un ou de l'autre des termes a des implications différentes en termes de politiques ou d'actions ?



Synthèse de la journée

CHRISTINE COLIN

PROFESSEURE DE SANTÉ PUBLIQUE,
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

ATELIER 1 : Elaborer des politiques territoriales et créer des liens entre les acteurs

Le travail en intersectoralité, la création de dispositifs favorisant les collaborations constituent des stratégies efficaces de lutte contre les inégalités sociales de santé ; cet atelier propose deux exemples qui favorisent la création de liens entre les acteurs.

Actions présentées : réseau CLEF- Lunéville (Anne Houot- CLEF) et dispositif d'accompagnement des mères et leur nourrisson par des TISF en prévention de la dépression du post partum (Jean Laurent Clochard-Aurore Lirola FNAAFP)

Animation : Pierre Lombrail (SFSP)- Laurine Bricard (DGCS)

ATELIER 2 : Impliquer les pères

De nombreux professionnels soulignent la nécessité mais aussi la difficulté d'impliquer les pères dans les actions d'accompagnement à la parentalité. Cet atelier présente deux actions qui leur sont dédiées, dans des contextes différents.

Actions présentées : Association Et les pères (Jean-Luc Folliot- Président)

Groupe de soutien à la parentalité pour les pères (réseau de santé périnatal parisien)

Animation : Michel Dugnat (APHM) - Nathalie Houzelle (Santé Publique France)

ATELIER 3 : Accompagner les futurs parents et les jeunes parents

Les inégalités sociales de santé se construisent dès la petite enfance. L'atelier porte sur cette période clef de la vie des parents et des enfants, au cours de laquelle les interventions ont un impact particulièrement important sur les inégalités sociales de santé.

Actions présentées : Promotion de l'allaitement auprès des mères (Nathalie Baunot réseau de santé périnatal parisien)

Alpha bébés du monde (Nathalie Hulin, chef de service petite enfance, Mairie de Rouen)

Animation : Sandie Sempé (Santé Publique France) et Didier Houzel (pédopsychiatre)

ATELIER 4 : Soutenir la fonction parentale tout au long de la vie...

L'accompagnement à la parentalité se poursuit tout au long de la vie pour favoriser des liens de qualité, soutenir les parents dans des situations complexes...Les stratégies déployées pour les soutenir peuvent cependant être différentes. Cet atelier s'appuie sur deux actions illustrant notamment la diversité des modes d'intervention.

Actions présentées : « Le Point Écoute Parents Blandine Sagot, directrice École des parents et des éducateurs de l'Hérault » et présentation du programme PSFP (Corine Roehrig-codes 06)

Animation : Anne Laurent (SFSP) - Catherine Bernard (Fabrique Territoires santé)



Pour cette brève synthèse spontanée, permettez-moi de vous présenter dix courts énoncés qui me semblent se dégager de la journée.

1/ J'ai trouvé personnellement cette journée très intéressante avec des présentations des échanges extrêmement riches et encourageants. Beaucoup de consensus et de pistes se sont dégagés. Les voici :

2/ Le premier consensus se situe au niveau des politiques et des stratégies, puisque cette assemblée nous a permis d'entendre Madame Zinna Bessa, Madame Laurine Bricard et Madame Pauline Domingo qui, toutes les trois, nous ont parlé des stratégies en cours, des politiques, ou des conventions, anciennes ou futures. On constatait bien leur désir de soutenir la parentalité et d'aller le plus loin possible. Si la réduction des inégalités sociales a été abordée, elle l'a été moins précisément mais on peut penser qu'elle est incluse et à renforcer plus explicitement.

3/ Je trouve qu'il y a aussi un grand, très grand consensus même, sur le besoin d'agir précocement et sur les visites à domicile, qui ont beaucoup été citées. Bien organisées et dans le cadre de programmes structurés, elles améliorent la santé et la qualité de vie des enfants et des familles. Ce consensus est très encourageant.

4/ En ateliers, il a été beaucoup question du « aller vers » : ce besoin de nous déplacer pour mieux connaître les besoins et surtout rencontrer davantage les pères, les femmes

immigrantes, les familles défavorisées. Je mets ceci en corollaire avec ce que vous avez dit à plusieurs reprises : l'importance de comprendre ce que vivent les familles, de reconnaître leurs compétences, de nous appuyer sur ces compétences et d'être bienveillants. Et ça, c'est vraiment important, y compris et surtout quand on pense aux personnes les plus défavorisées.

5/ Autre point majeur : l'importance de continuer, ou même de recommencer parfois, à briser les silos et d'agir en transversalité et en intersectorialité, tout en reconnaissant aussi que l'un des prérequis, c'est de pouvoir développer des valeurs communes entre les professionnels de différentes institutions ou de différents métiers.

6/ Le besoin de formation des professionnels à différents niveaux a été longuement abordé : besoin de formation technique mais aussi besoin de formation quant aux attitudes à promouvoir par rapport aux personnes avec qui nous travaillons.

7/ L'évaluation : c'est bien sûr très important et doit figurer dans cette synthèse : l'évaluation des programmes et des actions, l'utilisation d'indicateurs qui vont permettre, finalement, de savoir si oui ou non on a atteint les objectifs énoncés. Certains exemples de l'atelier sur l'allaitement montrent bien que s'il n'y avait pas eu ce souci d'évaluation et ces indicateurs, les responsables n'auraient pas su quelles personnes avaient été vraiment rejointes. Elles ont constaté qu'elles ne rejoignaient pas assez, ou

pas vraiment, les personnes qu'elles avaient ciblées et ont pu réaligner leurs interventions.

8/ Toute la question demeure de comment on va arriver, d'abord à ne pas accroître - c'est bien de commencer comme ça - et, surtout, de réduire les inégalités sociales de santé en ajustant nos services ou nos projets pour rejoindre les familles les plus pauvres. On dit clairement que si ce n'est pas dans l'objectif, ça ne se fera pas. Donc, il faut que ce soit dans les objectifs, il faut examiner les obstacles, les barrières, se donner les moyens de mieux comprendre et d'associer les familles. Mais ça reste un énorme défi.

9/ Restons vigilants ! À plusieurs reprises, on a parlé de fragilité des acquis, d'équipes qui ne sont plus financées, de personnes qui changent d'emploi, de silos qui se recréent. Donc, restons vigilants : il n'y a rien, rien d'acquis, surtout dans ces domaines-là.

10/ Et en dernier point, voici une introduction pour le prochain séminaire. Annabelle Pierron, ce matin, nous a parlé du problème des hiérarchies des savoirs et du contrôle sanitaire normatif qui est un risque réel. Elle a été suivie par Madame Domingo, que je cite : « *des écueils des normes et des principes qui peuvent stigmatiser* ». J'ai moi-même utilisé les termes de contrôle social et de stigmatisation. Il s'agit de vraies questions qui ouvrent très bien la porte aux réflexions du prochain séminaire qui, je n'en doute pas, sera aussi passionnant que celui-ci.

CONCLUSION

Emmanuel Rusch

Président de la Société Française de santé publique

On m'a laissé ces quelques mots de clôture au titre de la présidence de la Société Française de Santé Publique. Je vais les faire en trois points : une remarque générale, des remerciements et des perspectives.

La remarque générale, c'est que Flore Lecomte, Anne Laurent et Pierre Lombraill, notamment, m'avaient préparé à cette journée puisque je n'ai pas participé à la genèse de cet axe de travail et de vos travaux initiaux. Je m'attendais à la diversité des acteurs, je m'attendais à l'importance du contexte dans la mise en place des actions. Je m'attendais au retour d'expérience qui allait avoir lieu, mais je pense sincèrement avoir sous-estimé et la diversité des acteurs, et l'importance du contexte dans la mise en œuvre des actions, et la richesse des retours d'expérience. D'où l'importance renouvelée, à mon sens, de la capitalisation des travaux, des actions que vous menez et de ce partage que vous acceptez de faire au cours de ces journées. C'était pour la remarque générale et je voudrais vous en remercier profondément.

J'ai bien sûr quelques remerciements tout aussi sincères à la Direction Générale de la Santé pour leur soutien. Soutien financier, ça a été dit ce matin mais aussi, soutien actif, et je remercie Madame Zinna Bessa et également Brigitte Lefeuvre pour son accompagnement. Je remercie la Direction Générale de la Cohésion Sociale qu'on a entendue ce matin au travers de l'intervention de Laurine Bricard. Je remercie également la Caisse Nationale des Allocations Familiales, même si j'ai compris qu'il ne s'agissait pas que d'allocations, mais aussi de services aux personnes et, pour ce qui nous concerne ici, aux parents, avec l'intervention de Pauline Domingo. Et j'en profite, bien sûr, pour remercier Christine Colin pour son

accompagnement tout au long de ces journées et Annabelle Pierron pour sa synthèse, certes biaisée de la littérature sur ce champ-là, et on espère, bien sûr, le compléter sur d'autres dimensions bibliographiques.

Je remercie également le comité de pilotage sans lequel toutes ces journées qui se sont déroulées jusqu'à maintenant, n'auraient pas pu se dérouler, qui a été très actif. Et je voudrais remercier sincèrement, chaleureusement l'équipe de la Société Française de Santé Publique, Anne Laurent, Flore Lecomte et tous les autres qui participent. Et les administrateurs qui participent, qui nous accompagnent aussi, de la Société Française de Santé Publique. Encore une fois, tous mes remerciements. Je clos la partie remerciements.

Juste quelques perspectives : il y a une troisième journée prévue sur la thématique « éthique » qui, nous l'espérons, et nous en avons besoin d'ailleurs, puisqu'il y a une forme d'engagement à la réaliser plutôt en 2018. L'objectif est peut-être plutôt fin d'année 2018 que début 2019.

Egalement souligner qu'il va y avoir diffusion des actes de la première journée dans les semaines à venir. Qu'il y aura bien sûr des actes de cette deuxième journée qui suivront peut-être sur un rythme un petit peu plus rapide que pour la première journée. Il y aura bien sûr des actes pour la troisième journée, ce qui ne vous empêche pas de venir bien au contraire ! Et il y a l'ambition au travers de l'ensemble de ce parcours de ces trois journées, de pouvoir envisager des outils d'accompagnement pour, à la fois, associer l'accompagnement à la parentalité et la réduction des inégalités sociales de santé.





Le cycle de séminaire et la réalisation des actes ont été coordonnés par Anne Laurent, chargée de mission à la SFSP et par un groupe d'experts.

Composition du groupe d'experts :

Catherine Bernard/Fabrique territoires santé ; David Blin/DGCS ; Julie Bodard/ANISS ; Danièle Boyer /CNAF ; Laurine Bricard /DGCS Alexandra Christides /FNEPE ; Jean-Laurent Clochard /FNAAFP-CSF; Dr François-Paul Debionne /SFSP; Pr Jean-Pierre Deschamps ; Dr Michel Dugnat /APHM ; Charles Eury/ANPDE ; Christine Ferron/ FNES ; Nathalie Houzelle – Santé Publique France ; Pr Didier Houzel ; Anne Laurent/SFSP ; Flore Lecomte/ SFSP ; Dr Brigitte Lefeuvre/DGS ; Pr Pierre Lombrail/SFSP ; Bénédicte Luret/FNEPE ; Dr Catherine Paclot/DGS ; Frédérique Perotte/Réseau Périnatal Parisien ; Sandie Sempé/Santé Publique France ; Pr Danièle Sommelet.

Droits et crédits photos : IStock photo / Freepik / Jcomb / bearfotos / André-Philippe Côté

Mise en page / design graphique : Studio Lili Bellule



**Plus d'informations
sur la SFSP**

CONTACT :
1, rue de la Forêt
54520 Laxou - France
Tél. +33(0)3 83.44.39.17
accueil@sfsp.fr
www.sfsp.fr